

OM JAG VAR EN PATIENT...

***HUR UTTRYCKANDE KONSTTERAPI
KAN UTGÖRA ETT STÖD FÖR VÅRDPERSONAL I KRIS***



Angela Rizzo

Utbildningen till Uttryckande Konstterapeut årskurs 2005
Handledare Klara Yvonne Jonsson

Till

Johanna och Mattias

I DÖDENS VÄNTRUM

*I dödens väntrum
där jobbar jag
Där ligger livserfarenhet
och klokhets och väntar på slutet.
Där frodas bitterhet och vanmakt
där flödar kärlek och sorg.*

*I dödens väntrum
råder stillhet och kaos
på samma gång
Där finns plåga och pina
men också vemod och ro*

*Du ligger så lugnt och väntar på döden
din hud är slät och len
som persika,
som vore du nyfödd.
Din andning är trött och tung
varje andetag en stor ansträngning
Din mun är tom på ord och tänder
efter ett långt livs talande och tuggande
som om du beslutat att nu var sista ordet sagt,
sista tuggan mald.
Dina ögon är slutna som om de
bestämt sig för att de har sett nog.
Du gör ingenting,
du kämpar inte, du ger inte upp
du bara ligger där och låter livet rinna ut ur dig*

*Vad rör sig i ditt huvud?
Vad ser du när du tittar upp?
Kan du känna min vörnd?
Förstår du att jag stödjer dig
och vill göra slutet
så lugnt och fint som möjligt.*

*Förstår du att det dropp
jag tvingas sätta i din arm
håller dig i liv,
Förlänger ditt väntande?
Förlåt mig,
om jag kunde göra annorlunda
så skulle jag.*

*Dina nära och kära älskar
dig så mycket att de inte vill låta dig gå
De är förblindade av kärlek och rädsla för
att förlora dig
De ser inte att du redan är på väg,
redan har bestämt dig*

*De försöker hålla dig kvar och jag tvingas
hjälpa dem
Du måste ha spelat en stor roll i deras liv
och nu vet de inte hur de ska klara sig om du går
De kämpar med sin dödsångest
men du, du bara ligger där
Lugn och vacker
och väntar*

*FLYG NU, lilla duva
vidare ut i det okända.*

Din tid här är slut

DU

FÅR

GÅ

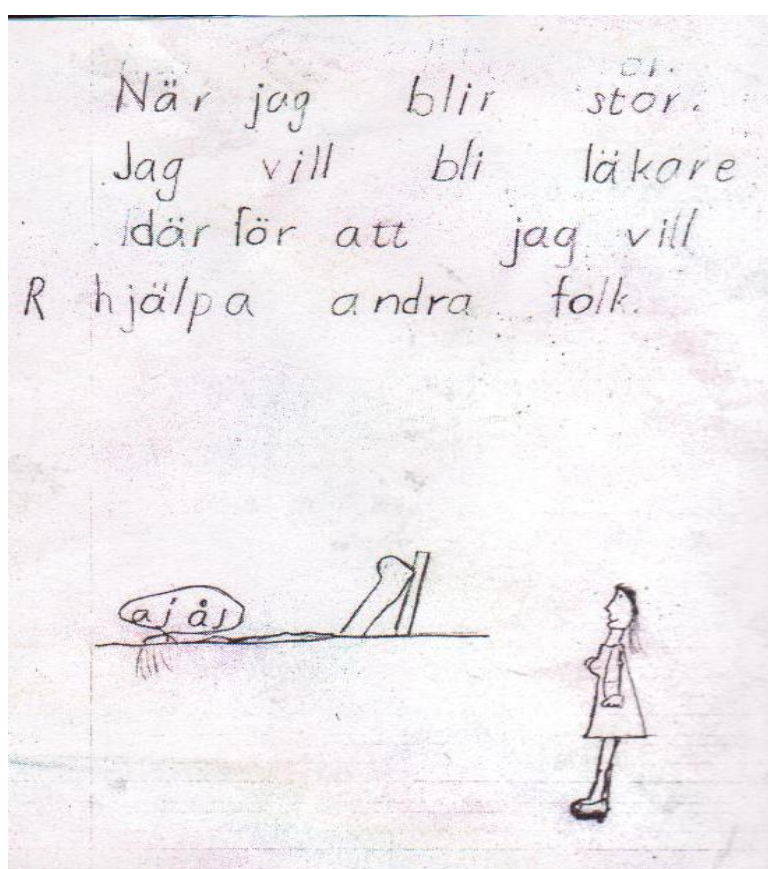
NU

Angela Rizzo



PROLOG

När jag var fem år bestämde jag mig för att jag ville bli läkare när jag blev stor. En anledning var att jag ville hjälpa andra, en annan att jag var väldigt nyfiken på hur kroppen fungerade. Jag möttes av förvåning av min familj, där den högsta utbildningen var studentexamen. Man sa mig att då måste man läsa mycket och att man var tvungen att tåla att se blod och skära i döda människor. Jag bad min Morfar lära mig att läsa och det gjorde han. Jag gick till bokhandeln köpte för första gången en bok. Den hette "Anatomi för nybörjare". Jag minns att jag grubblade över titeln, vem var Anna och Tommy, var det kanske barnen på omslaget? Under min fortsatta uppväxt beslöt jag mig för att härda mig, jag skulle bli tvungen att tåla att se otäcka saker som läkare. Jag tvingade mig själv att se blodiga inslag på TV. Jag minns speciellt en gång när man visade en hjärtoperation, jag satt med uppspärade ögon och såg hela operationen utan att blunda en enda gång.



Figur 1: När jag blir stor... Angela 1973

Jag började på läkarutbildningen på Karolinska Institutet (KI) 1987, jag var stolt och jag trivdes. Utbildningen var krävande och särskilt anatomikursen och patologikursen som innebar närkontakt med döda människor var påfrestande. Konkurrensen var hård, men jag fick också vänner för livet. När jag som kandidat påbörjade min kliniska praktik fick jag möta verkligheten. Det var spännande att komma ut på klinik och jag var stolt och glad när jag satte på mig läkarrocken. När jag ställde en fråga till en handledande läkare, svarade han med förakt: "men du tänker ju som en patient". Jag förstod att det inte var uppskattat och jag gjorde sedan mitt bästa att sluta "tänka som en patient".

Åren på KI var spännande och lärorika, de var också åren då jag blev vuxen. Jag minns det som otroligt innehållsrika och lyckliga år, men det fanns också en baksida. Min entusiasm och längtan efter att göra gott trubbades av med åren och jag gjorde mitt bästa för att axla läkarrollen och göra som mina förebilder, det vill säga, de äldre kollegerna.

Som nyexaminerad läkare började jag jobba på en geriatrisk klinik. Jag var stolt och otroligt nöjd med mig själv. Jag var läkare! Jag tyckte att det var det bästa man kunde vara, inget annat yrke var så viktigt som det! Men glädjen blev kortvarig; på min tredje dag som läkare matade en åldrig kvinna sin sjuke make. Han satte tuggan i halsen och fick inte luft. Sjuksköterska tillkallades, men hon kunde inte mycket göra, så man larmade på läkaren. Läkaren var jag. Jag gjorde sedan mitt bästa för att få ut maten ur strupen, men det var lönlöst. Mannen dog hängande i min rockkrage, med ögonen vitt uppspärade. Bredvid satt hans maka och bevittnade döds kampen. När jag kom hem den kvällen var jag tyst. Jag ville aldrig mer gå tillbaka till jobbet. Jag var övertygad om att en "riktig" läkare skulle ha kunnat rädda mannen.

Efter den dagen slutade jag helt att fungera om en patient drabbades av andningsbesvär. Jag blev handlingsförlamad och prioriterade att ringa efter förstärkning istället för att hålla fria luftvägar. Jag hann jobba många år som läkare innan jag kunde hantera en liknande situation och några gånger höll min skräcktolösta handlingsförlamning på att få dödliga konsekvenser. Jag fick aldrig någon hjälp att bearbeta det trauma jag hade varit med om.

I min fortsatta yrkesbana lärde jag mig att inte dela svåra upplevelser med någon. Jag upplevde att jag, om jag visade att jag tagit illa vid mig av en händelse i yrket, skulle mötas av åsikten att jag kanske inte hade det som krävdes för det här jobbet. Idag kan jag se att om det som krävs i läkarjobbet är att man inte känner sorg, ilska, äckel och skam och aldrig reagerar på de otäcka saker som man upplever och blir vittne till, så har jag inte det som krävs. Jag vet också att jag inte är ensam om det.

När jag var trettiofem år tog jag slut. Jag kan inte beskriva det på något annat sätt. Precis som de vårdgivare som berättar sin historia i min uppsats, blev jag sjukskriven och var oförmögen att fungera i vardagslivet under många månader. Jag trodde aldrig att jag skulle bli frisk igen. Jag hade stort stöd av min husläkare men eftersom jag själv fortsatte vara och tänka som en läkare försvårades vår kontakt. Jag gav en perfekt anamnes, jag föreslog ordinationer och jag gick lydigt i stödsamtal. Men jag tog inte av mig läkarrocken, och jag valde vad jag berättade... risken fanns ju att man skulle tycka att jag var knäpp på riktigt och spärra in mig *som om jag var en patient*. Jag fick slutligen möjlighet att komma till en psykiatrisk klinik specialiserad på sjukvårdspersonal. Där möttes jag av en psykiater som genomskådade mig, som kunde se mitt lidande genom min läkarroll. Hon hade tillräckligt med erfarenhet av andra kolleger i samma situation för att kunna hjälpa mig. Hon befriade mig från min läkarroll och gav mig möjlighet att vara patient. Jag erbjöds ett flertal olika terapiformer och i samråd med min psykiater valde jag Uttryckande Konstterapi. Mitt val styrdes av att jag var medveten om att jag inte kunde komma ur läkarrollen i ett behandlingssamtal. Min verbala förmåga upplevde jag också som ett hinder i det terapeutiska samtalet.

Jag hade det fantastiska privilegiet att gå i uttryckande konstterapi i grupp under ett drygt år. Under den tiden återfann jag förmågan att leka. Jag hittade kreativiteten och jag började släppa fram min fantasi. Jag fick min livslust tillbaka! Jag fick en mindre dömande inställning till mig själv och jag började tycka att det var tillåtet att göra saker bara för att det var roligt. Det var en helt ny erfarenhet för mig.

År 2005 påbörjade jag den 4-åriga utbildningen till Uttryckande Konstterapeut. Jag jobbade då med patienter med stora förvärvade fysiska funktionsnedsättningar och jag kände vanmakt pga. min oförmåga att hjälpa dem vidare till ett psykiskt välbefinnande. De fyra åren har nu kommit till sitt slut. Det har varit fantastiska år som bidragit till att utveckla mitt liv på alla plan. Jag har fått uppleva hur det är att delta i en helt annan typ av utbildning, där tankar och funderingar uppmuntras, där intuition och lyhördhet ses som en tillgång och där autenticitet är ett eftersträvanvärt mål. Jag har lärt mig att lyssna på mina behov, att lita på det jag känner och att jag duger trots mina brister. Utbildningen lägger stor vikt vid att upplevelser leder till insikter som sedan armeras med hjälp av teorier. Jag har insett skillnaden i lära sig med huvudet och lära sig med kroppen och dess sinnen. Jag tror att båda sätten behövs - även på läkarutbildningen.

Att skriva den här uppsatsen har varit en resa i teorin men också en resa i upplevelser, inte minst i minnenas land. Jag har hittat några av svaren på mina frågor, men många återstår att besvara.

*The more she tells her story
The more she can let go of it
As she keeps changing her story
The story keeps changing her
Margo Fuchs*

Innehåll

Innehåll.....	9
1. SAMMANFATTNING	11
1.1 Abstract	11
2. INLEDNING	12
3. BAKGRUND.....	14
3.1 Sammanfattning av studier angående hälsotillstånd hos läkarstudenter	15
3.2 Sammanfattning av studier angående hälsotillstånd hos vårdpersonal.....	15
4. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	19
5. METOD OCH GENOMFÖRANDE	20
5.1 Val av metod	20
5.2 Val av målgrupp.....	20
5.3 Intervjufrågor	20
5.4 Genomförande av intervjuer	21
5.5 Utskrift av intervjuer	21
6. METODER FÖR ANALYS OCH BEARBETNING AV MATERIAL	22
7. TEORI	24
7.1 UTTRYCKANDE KONSTTERAPI.....	24
7.1.1 Teoribildning inom Uttryckande konstterapi	25
7.1.2 Intermodal teori.....	26
7.1.3 Symboler och metaforer	28
7.1.4 Verkligheten och imaginationen	28
7.1.5 Kreativitet.....	30
7.1.6 Kristallisering	30
7.1.7 Estetik.....	30
7.1.8 Estetisk respons	31
7.1.9 Kropp och själ	32
7.2 Yalom's kurativa faktorer.....	34
7.3 Självkänsla	37
7.3.1 God självkänsla	37
7.3.2 Villkorsbaserad självkänsla	38
8. RESULTAT	41
8.1 Sammanfattning av anamnes	41
8.2 Vad i terapin var verksamt?	43

Hur Uttryckande Konstterapi kan utgöra ett stöd för vårdpersonal i kris av Angela Rizzo

8.2.1	Gruppspecifika faktorer	43
8.2.2	Konst som psykoterapi	46
8.2.3	Ramar	49
8.2.4	Chronos	50
8.3	Avgörande händelser i terapin	50
8.4	Effekten av terapin	51
8.4.1	Relationen till arbetet	55
8.4.2	Om konsten idag	56
9.	DISKUSSION	60
9.1	Urval, metodval, felkällor	60
9.2	Vad i terapin var verksamt?	60
9.2.1	Gruppspecifika faktorer	60
9.2.2	Konst som psykoterapi	62
9.2.3	Ramar	65
9.2.4	Chronos	66
9.4	Sammanfattning	73
10.	AVSLUTANDE REFLEKTION	74
11.	LITTERATURLISTA	76
12.	INDEX	79
13.	BILAGOR	80
13.1	INTERVJUFRÅGOR	80
13.2	IRVIN YALOM'S KURATIVA FAKTORER BESKRIVANDE GRUPPTERAPEUTISKA PROCESSER	81
13.3	DIAGNOSTISKA KRITERIER FÖR UTMATTNINGSSYNDROM	87
13.4	PERFORMANCE-BASED SELF-ESTEEM SCALE (PBSE-scale)	89

1. SAMMANFATTNING

De flesta vårdrörken innebär att man dagligen bevittnar lidande och nöd. Man arbetar ofta under tidspress och det finns sällan möjlighet att påverka arbetsbelastningen. Studier utförda på läkarstudenter talar för högre frekvens av prestationsbaserad självkänsla (PBSA) och depression än jämförelsepopulationen. Ett flertal studier talar för att sjukvårdspersonal i allmänhet och läkare i synnerhet utvecklar en rad stressrelaterade symptom. Trots det är det ingen självklarhet att man som sjukvårdspersonal erhåller adekvat handledning.

Syftet med uppsatsen var att skildra hur Uttryckande konstterapi (UKT) hade varit till hjälp för vårdpersonal som haft psykiska symptom såsom depression och utmattningssyndrom. Fem inom vården yrkesverksamma personer som behandlats med UKT intervjuades. Alla fem hade upplevt UKT som avgörande för sitt tillfrisknande. De beskrev att de nu var mer lyhörda för sina egna behov och hade lättare för att sätta gränser. De beskrev också ett mer hälsosamt förhållande till prestationer och yrkesutövning. Det som de upplevt som verksamt i terapin var att möta en grupp förutsättningslöst utan förutbestämda inbördes roller och att få ge sig hän i icke prestationsinriktad kreativitet och lek. De förändringar som beskrevs kan tolkas som en minskad tendens till PBSA och ökad förmåga till de egenskaper som förknippas med god självkänsla.

SÖKTERMER/KEYWORDS: härbärgera, konst, läkare, måleri, självkänsla, tillit, utmattningssyndrom, vårdpersonal, art, burn-out syndrom, care, containing, performance-based self-esteem.

1.1 Abstract

The majority of health care professionals witness human suffering and death on a daily basis. Work is often performed under heavy time pressure, and the possibilities to influence the workload are limited. Studies suggest that depression and performance-based self-esteem (PBSE) are more frequent amongst medical students, in comparison to academic students in other areas, of the same age. Several studies imply that health care professionals, and especially physicians, develop a number of stress related symptoms. Even so, counselling is seldom offered to health care professionals.

The purpose of the essay was to illustrate how Expressive Arts Therapy (EXA) could serve as a therapeutic method for health care professionals with psychiatric symptoms, such as depression and burn out syndrome. Five health care professionals treated with EXA were interviewed. All five subjects had experienced EXA as crucial for their remission. The subjects described themselves as being more attentive to their own needs, and more able to set out limits, than before the treatment. They further described a healthier relationship to performance.

To unconditionally meet a group of people, with no predetermined roles, and to participate in non-performance-based creativity and play, were experienced as the most contributing factors to remission. The changes described by the subjects can be interpreted as a diminished tendency of PBSE, and an increase in the abilities related to healthy self esteem.

Hur Uttryckande Konstterapi kan utgöra ett stöd för vårdpersonal i kris av Angela Rizzo

2. INLEDNING

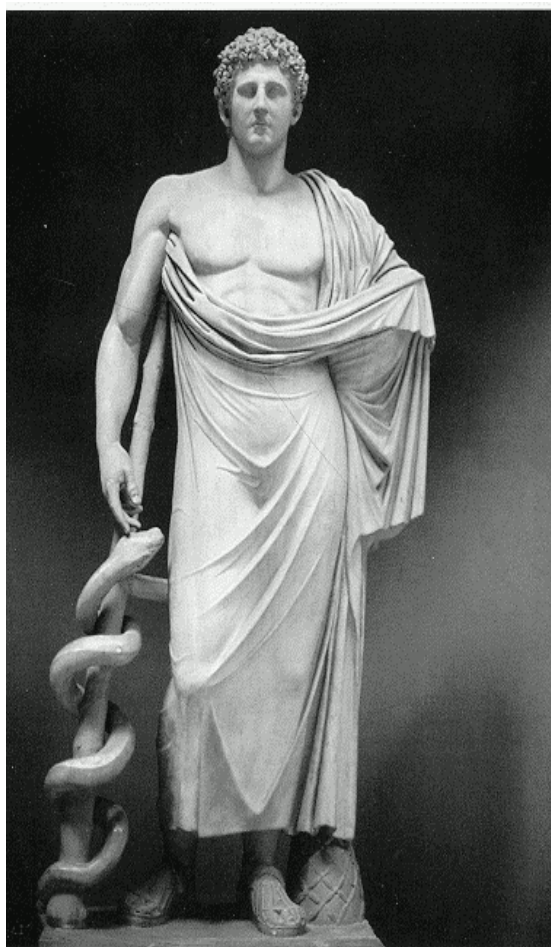
Alla medicinska ingrepp och all sjukvårdsbehandling behöver vara djupt förankrad hos vårdtagaren, annars finns det en risk att den behandlande insatsen upplevs som ett övergrepp. Vårdtagaren behöver relevant information, utrymme för reflektion och möjligheten att få svar på de frågor som är angelägna för henne. Därefter gör patienten valet att, utifrån vad hon anser vara bäst för henne, antingen ta emot behandlingen eller förkasta den. Valet är alltid patientens. Vårdgivarens uppgift är att erbjuda lämplig behandling och att med respekt ge den behandling som vårdtagaren behöver. Patienten är oftast utlämnad och i underläge. Förutsättningen för god vård är att vårdpersonal förstår ovanstående, att vårdtagaren känner tillit för vårdgivaren och att vårdgivaren kan härbärgera detta och känna respekt för vårdtagaren och dennes val.

Av erfarenhet från läkaryrket har jag både hos mig själv och hos medarbetare upplevt en tendens till att försköna de egna insatserna. Det är lätt att utgå från att bara för att jag själv vet att behandlingen är bra så tycker patienten det också. Jag trodde länge att bara jag förklarade tillräckligt bra och gav tillräckligt tydlig information, så skulle vårdtagaren förstå och följa min ordination. Jag ansåg mig veta att ordinationen var den bästa för patienten som därför borde följa den. Jag utgick alltid från att vår upplevelse var densamma. Jag förstod inte varför mina ord ibland inte nådde fram till patienten. Jag var inte medveten om patientens utsatthet, mitt eget övertag och inte heller att jag behövde höra och förstå patienten och vad det var han/hon undrade över. Jag förstod helt enkelt inte att det inte bara var jag som inte nådde fram till patienten utan även patienten som inte nådde fram till mig.

När jag första gången läste de ord av Kirkegård som jag låtit få utgöra avslutningen på denna uppsats blev jag djupt berörd och anade instinktivt att det här var sant och viktigt! Så började min egen alltjämt pågående utveckling mot att bli en hjälpare utan fåfänga och högmod. En hjälpare som i djupet av sin själ vill förstå och hjälpa den som söker min hjälp. Jag hämtar kraft i konsten, inte minst från antikens Grekland. Att man för flera tusen år sedan brottades med samma frågeställningar har hjälpt mig att förstå frågans komplexitet och att detta är en ständigt pågående process.

Som vårdgivare behöver man metoder som stöd för att stå ut med att se allt det svåra som man ofrånkomligt blir vittne till. Vi har olika sätt att lösa detta. Ett sätt är att "stänga av" och göra sig okänslig för det man är med om. För många är detta destruktivt och leder till psykisk ohälsa. På många sjukhus och mottagningar råder en förhärskande inställning att detta är det rätta professionella sättet att tackla problemet. Känslouttryckningar och reaktioner på det man ser och upplever tolkas som svaghet och som ett tecken på att man egentligen inte passar i yrket. Därmed skuldbeläggs reaktioner och känslor på arbetsplatsen. De katastrofer man blir vittne till göms undan och man talar sällan eller aldrig om det.

Utanför arbetsplatsen finns inte heller möjlighet att tala om det man varit med om. Dels har man tystnadsplikt och får av denna anledning inte dela sin erfarenhet, dels upplevs ibland det man blivit vittne till så vidrigt att man inte kan förmå sig att belasta någon närstående med detta. När man blir vittne till den hjälplöshet och förnedring som det ibland innebär att vara sjuk och döende, behöver man ett sätt att hantera och härbärgera detta. Behovet är olika stort och ser olika ut beroende på individens egen förmåga och psykosociala situation.



Figur 2: Asklepios (t.v.), läkekonstens gud. Hans attribut är en stav omslingrad av en orm (eskulapstav). Eskulapstaven ses som en symbol för läkekonst och används bl.a. av läkare, tandläkare och veterinärer. **Hygieia** (t.v.), hälsans och renhetens gudinna, dotter till Asklepios. Det är från hennes namn ordet hygien har sitt ursprung. Hygieias attribut är en orm som ringlar uppför en skål, symbolen används bl. a. av apotekare.

3. BAKGRUND

I egenskap av vårdgivare kommer man ständigt i kontakt med människor i kris. Man möter situationer som i andra sammanhang skulle uppfattas som makabra. Man konfronteras med fysiskt och psykiskt lidande och blir vittne till människors totala beroende av hjälp som kan uppfattas som förnedrande och ovärdigt både av patienten och av vårdgivaren. Detta är en del av sjukvårdspersonals vardag. Ändå ägnas väldigt lite uppmärksamhet åt detta både internt, bland sjukvårdspersonal och externt i samhället, i media och i den allmänna debatten. Det är som om man anser att sjukvårdspersonal är immun mot sorg och lidande och inte behöver vare sig stöd, tid eller utbildning i hur man klarar av denna påfrestning utan att själv bli sjuk.

Nedan följer en sammanfattning av aktuella studier om hur vårdstuderande och vårdpersonal mår. Fokus ligger på läkarutbildningen och läkaryrket vilket beror dels på min egen erfarenhet av att det finns en brist på stöd i detta yrke, dels på att flertalet studier handlar om denna yrkesgrupp. På Karolinska Institutet i Stockholm pågår för närvarande en studie om studenter på sjuksköterskeprogrammet liknande den som utförts på studenter på läkarprogrammet som beskrivs nedan. Något resultat finns dock ännu ej tillgänglig.

Vad får man för hjälp under vårdutbildningen och senare av sin arbetsgivare?

Hur de olika vårdutbildningarna är upplagda ser olika ut beroende på var och vad man studerar. Läkarutbildningen har under senare år genomgått en förändring mot integrerad pedagogik. Karolinska Institutet har en ny utbildningsplan sedan 2007. I denna ingår integrerad psykologi och etik under hela utbildningen. Man har även tillgång till en och samma handledare under hela utbildningen och man träffas i grupper på 4-5 studenter en gång per termin. Nytt i läroplanen är att man inkluderar vikten av humaniora och konst. Ett exempel på detta är att alla elever varje termin erhåller en skönlitterär bok och erbjuds ett tillfälle för reflektion kring denna. Sjuksköterskeprogrammet på Karolinska Institutet genomgår för närvarande en stor omorganisation och även här kommer utbildningen bli mer integrerad. På psykologprogrammet ingår handledning i samband med praktikperioder. Egenterapi är inget krav (Karolinska Institutet, 2009).

Under yrkesutövningen är det också stora skillnader i stöd beroende på var man är anställd och i vilket yrke. Psykologer och kuratorer har som regel en återkommande handledning av legitimerade psykoterapeuter med handledningskompetens. Även sjuksköterskor kan ha liknande handledning, men det är ingen självklarhet. Läkare erbjuds inom psykiatriska sektorn handledning hos leg psykoterapeut, oftast i en multiprofessionell grupp. Inom somatiska sektorn erbjuds läkare sällan handledning och i så fall sker detta tillsammans med det multiprofessionella teamet och min erfarenhet är att läkaren oftast av tidsbrist väljer att avstå från denna. Någon yrkeshandledning för läkare att hantera sin specifika yrkesroll och sina upplevelser finns sällan. De flesta läkare har medicinsk handledning av en mer erfaren kollega där man går igenom svårare patientfall och erhåller medicinsk handledning. Detta är inte den typ av handledning jag syftar på här och bör snarast se som en slags vidareutbildning i medicinska frågor.

Hur Uttryckande Konstterapi kan utgöra ett stöd för vårdpersonal i kris av Angela Rizzo

Hur mår vårdpersonal? Spelar det då någon roll hur man hanterar dessa problem? Finns det ett behov av större stöd hos vårdpersonal? Det finns ett flertal nationella och internationella studier gjorda. Låt oss titta lite närmare på dessa!

3.1 Sammanfattning av studier angående hälsotillstånd hos läkarstudenter

Nyligen utförde Dr. Marie Dahlin en avhandling rörande läkarstudenters psykiska hälsa på Karolinska Institutet (Dahlin, 2007). Man såg att läkarstudenter oftare var deprimerade än kontrollpopulationen, däremot var självmordstankar och självmord inte vanligare hos läkarstudenterna än för övriga individer i denna åldersgrupp. Det tredje studieåret uppvisade 27 % av studenterna psykisk ohälsa. Man kunde hos dessa individer redan första året se tecken på depression. Hos 42 % av dessa studenter fanns det tidigare depressioner i anamnesen.

Vidare såg man en könsskillnad mellan kandidaterna; de kvinnliga studenterna löpte en 2,4 gånger högre risk att rapportera symtom uppfyllande kriterier för depression. De rapporterade oftare högre nivåer av studierelaterad stress än vad de manliga studenterna gjorde. Fler kvinnliga studenter än manliga uppvisade utmattningssymtom både det sista året och ett år efter examen.

Marie Dahlin tittade också på förekomst av prestationsbaserad självkänsla eller performance-based self-esteem (PBSE), en egenskap som visat sig vara en förutsättning för utmattningssyndrom (Hallsten, 2005) som beskrivs närmare i kapitel 7.3.2. Förekomst av PBSE var högre bland läkarstudenterna jämfört med vad som rapporterats i litteraturen i andra populationer. PBSE uppmätt första året på utbildningen var inte en prediktor för utveckling av utmattningssyndrom på tredje året och någon undersökning på längre tid finns inte tillgänglig för närvarande. Av studien framkom också att andelen studenter som rapporterade bristande engagemang ökade under utbildningens gång, vilket liknar resultat från andra studier där man sett en ökad cynism och sjunkande engagemang i takt med utbildningsgången. En norsk studie har visat att läkarstudenters ohälsa är en god prediktor för senare ohälsa i läkaryrket (Tyssen).

3.2 Sammanfattning av studier angående hälsotillstånd hos vårdpersonal

Studier rörande yrkesverksamma, färdigutbildade läkare visar att läkare är fysiskt friskare än normalbefolkningen, söker mer sällan vård än övrig befolkning och har lägre sjukskrivningsfrekvens än övrig befolkning. I läkartidningen år 2006 kunde man läsa en översiktsartikel om läkarens hälsa. Av denna framgår att finska läkare visserligen har en lägre sjuklighet, lägre sjukfrånvaro och lägre dödlighet än sin socialgrupp men de utmärker sig med att ha en högre självmordsfrekvens och högre incidens av depression. Psykisk ohälsa, kroniska eksem, mag-tarmsjukdomar, ryggproblem och astma var också vanligare hos finska läkare jämfört med normalbefolkningen. Trots detta skattade nästan 80 % av de finska läkarna sitt hälsotillstånd som gott. Även andra studier har visat en ökad självmordsfrekvens hos läkare jämfört med andra akademiker, där kvinnliga läkare rapporterats ha speciellt hög självmordsfrekvens. Senare studier tycks dock visa på en trend med sjunkande självmordfrekvens och en minskande könsskillnad i denna. I en amerikansk studie fann man ingen signifikant skillnad mellan depressionsincidens och frekvensen självmordsförsök hos kvinnliga läkare jämfört med kvinnor i normalbefolkningen.

En hälsoenkät som Läkartidningen gjort där de intervjuat nästan 6000 läkare visar att även de svenska läkarna har högre sjuknärvaro än övriga befolkningen. I denna enkät skattade 89 % av de manliga läkarna sig må bra jämfört med bara 48 % av de kvinnliga läkarna. Under 90-talet steg i Sverige antalet sjukskrivna läkare till det dubbla. Sjukskrivningsfrekvensen låg fortfarande under normalbefolkningens men den andel av läkarna som var sjukskrivna pga. psykisk ohälsa var proportionellt hög. År 2001-2003 var psykisk ohälsa orsak till sjukskrivning för 47,7% av sjukskrivna kvinnliga läkare och 37,9% av sjukskrivna manliga läkare. Det finns en del belägg för att läkare är mer benägna att utveckla depression än normalbefolkningen. Vissa studier har även visat att det finns en skillnad mellan specialiteterna där psykiatrikerna skulle ha en högre incidens av psykisk ohälsa. (Arnetz BB, 1987), (Firth-Cozens, 1989), (Stefansson, 1991), (Aasland, 1997), (Erica Frank, 1999), (Frank, 1999), (Frank, 2000), (Töyry, 2000), (Lutz, 2004), (Töyry, 2005), (Hem, 2005), (AFA, 2005) (Ohlin, 2006), (Olkinuora).

I en Irländsk studie har man gett sig in i det delikata arbetet att beskriva allmänläkares inställning till sin egen hälsa och eventuella sjukdom. Man såg att genans och obehag inför patientrollen påverkade hur allmänläkarna förhöll sig till egen sjukdom. Läkarna uppfattade att kolleger och patienter sammankopplade läkarens hälsotillstånd med hans yrkesskicklighet och man kände sig därför tvungen att visa upp en frisk fasad. Dessa faktorer påverkade hur läkaren tolkade sina och anhörigas symtom. Läkarna beskrev hur man pendlade mellan panik och förnekelse när man erfor potentiellt farliga symtom. Plikttrogenhet och ansvarskänsla gentemot patienter och kolleger var viktiga anledningar till varför läkarna arbetade i fysiska och psykiska tillstånd under vilka de skulle avråda patienter från att arbeta. Svårast hade de irländska allmänläkarna att erkänna psykisk ohälsa. De såg psykisk ohälsa hos sig själva som ett tecken på svaghet. Paradoxalt nog så försäkrade de sina patienter att det var en sjukdom som alla andra. Kulturen i yrket tycktes avskräcka från att prata om sin egen hälsa med kolleger. Några ansåg att i läkarutbildningen och på sjukhus var sjukdom hos läkarna inte riktigt accepterat och man förväntades göra sitt jobb oavsett hälsotillstånd (Thompson, 2001).

Stockholms Läns Landsting har i "Vårdens arbetshälsorapport" sammanfattat arbetshälsan inom vården under 1990-talet, (Yrkesmedicinska enheten inom Samhällsmedicin). Där framkommer att det under 90-talet skett stora förändringar både vad gäller ekonomi, belastning och organisation. Läkare rapporterade största försämringen av arbetsvillkoren med ökad arbetsbörda, tidspress och övertid och samtidigt mindre resurser i form av utveckling, inflytande, stöd och delaktighet med stora konsekvenser även för egna privatlivet. För sjuksköterskor och undersköterskor kompensades den ökade belastningen något oftare av bättre resurser. Många läkare återfanns bland den personal, som hade sämst psykosociala arbetsförhållanden och som hade fått störst försämring av arbetsvillkoren från 1994 till 1998 med motstridiga krav, mycket övertid och dålig sammanhållning. De var samtidigt den grupp där inflytandet minskat mest. Läkare var också överrepresenterade bland anställda med försämrade arbetsvillkor. Sämst arbetsvillkor och också sämst hälsa hade sjuksköterskor och läkare utan ledningsansvar samt servicepersonal.

Kvinnliga läkare hade 1998 hög grad av psykisk ohälsa. För både läkare och sjuksköterskor var psykisk ohälsa vanligare än för tjänstemannayrken utanför vården. Man såg även en tendens till skiktning av arbetsvillkoren inom yrkesgrupper på så sätt att det i alla yrkesgrupper fanns vissa, som hade bra och andra som hade dåliga arbetsvillkor. Man drog slutsatsen att det blir allt svårare att identifiera riskgrupper genom att studera yrkestillhörighet på traditionellt sätt.

I en annan rapport från Yrkesmedicinska enheten, Sverige (1999;6) redovisas en intervjustudie omfattande totalt 273 individer yrkesverksamma på 10 kliniker spridda över olika typer av sjukvård. Läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, läkarsekreterare samt paramedicinsk personal deltog, liksom verksamhetschefer och chefssjuksköterskor. De vanligaste enskilda symtomen var nedstämdhet, irritabilitet och sömnstörningar. Vidare rapporterades ökad känslighet, vanmakt, avskärmning, utbrott, samarbetsproblem. Flera av de intervjuade använde begreppet utbrändhet. Tidspress, splittrade arbetsuppgifter med svårigheter att hinna planera, prioritera och ytterst begränsade möjligheter för reflektion och återhämtning var karakteristiskt för arbetet inom alla yrkesgrupper och sjukvårdsenheter. Man menar i studien att för att man skall kunna utföra sitt arbete i patientrelationen förutsätts ett engagemang och intresse för patienten där man använder sig själv som person i samspel med patienten. Man såg åtskilliga exempel på situationer där personalen inte förmådde eller hade möjlighet att ge patienter utrymme i samspelet. Symtom som angavs kopplat till detta var exempelvis avskärmning, minskad lyhördhet och uppgivenhet. Man tolkade detta som en följd av det ökade patienttrycket. Vidare såg man i studien att den av många vedertagna myten att personal inom vården är osårbar och inte påverkas av att arbeta med sjukdom och död, att man alltid skall kunna rädda liv och inte göra fel, förstärkte flera av de påfrestningar som rapporterades. De inre kraven hos den enskilde som ligger i myten och i yrkesidentiteten tillsammans med viljan att göra ett gott arbete kom i allvarlig konflikt med yttre krav.

Man såg att de psykiskt belastande situationerna fördelade sig något olika mellan yrkesgrupper. Sjuksköterskor och undersköterskor upplevde en i hög grad splittrad arbetssituation, många avbrott, oavslutade arbetsuppgifter och stor spännvidd i arbetsuppgifter. Att ha ett stort ansvar kändes belastande för läkare och sjuksköterskor och tog sig uttryck i oro för att göra fel, missa behandlingsbara tillstånd eller genom behandling åstadkomma skada. Det var särskilt utpräglat bland läkare att känna stora krav på att alltid ha full kompetens och tillsammans med ensamansvar, brist på feedback och stöd av kollegor och andra utgjorde detta en tydlig påfrestning.

Undersköterskors arbetsförhållanden hade efter omorganisationer på många håll förändrats på ett sådant sätt att de kände sig delvis utnyttjade och kränkta i sin yrkesroll. Andra yrkesgrupper som läkarsekreterare och den paramedicinska personalen delade flera psykiska belastningar med övrig vårdpersonal men det som framträdde som särskilt problematiskt för dessa grupper var känslan av utanförskap och brist på sammanhang med övrig personal och organisation. Det poängterades av alla yrkesgrupper att all form av ensamarbete skärper den psykiska belastningen.

Sammanfattningsvis talar alla studier för att det finns ett behov av stöd hos vårdpersonal som ej uppfylls. I den här uppsatsen undersöker jag om UKT kan utgöra ett stöd för vårdpersonal.

Hur Uttryckande Konstterapi kan utgöra ett stöd för vårdpersonal i kris av Angela Rizzo



Figur 3: Min punkt, Angela 2006

4. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

I kapitel 3 beskrivs att man sett en överrepresentation av depressioner och PBSA bland läkarstudenter och att sjukvårdspersonal ofta utvecklar en rad stressrelaterade symptom. Dessa fynd talar för att det finns ett behov av stöd för vårdpersonal såväl under utbildning som under yrkeslivet. Det handlar både om ett behov av att förebygga ohälsa samt ett behov av stöd då psykiska symptom till följd av arbetet uppkommit. Uppsatsens fokus är det sistnämnda dvs. behandlande insatser för vårdpersonal med psykiska symptom. Syftet med uppsatsen är att skildra hur Uttryckande konstterapi (UKT) varit till hjälp för vårdpersonal som haft psykiska symptom såsom depression och utmattningssyndrom. Hypotesen är att UKT skulle kunna utgöra en lämplig behandlingsmetod. En tanke är att kroppsinriktad, icke verbal terapi skulle vara gynnsam för vårdpersonal som är vältränad i samtals teknik och ofta utvecklat kraftiga, verbala försvar vilket kan utgöra ett hinder i egenerapi. En annan tanke är att UKT, som i sig är processinriktad; det är den kreativa handlingen i relation till andra som anses helande, skulle kunna vara en möjlighet till förändring och utveckling.

Uppsatsen skildrar hur fem inom vården yrkesverksamma personer som behandlats med UKT upplevde metoden. Den centrala frågan är om de upplevde terapin som gynnsam och i så fall vilka faktorer som varit verksamma.

Följande frågor formulerades:

Vad i terapin upplevdes som verksamt?

Fanns det någon speciellt avgörande händelse i terapin?

På vilket sätt upplevde de intervjuade att terapin påverkat deras liv och då framför allt deras yrkesutövning?

5. METOD OCH GENOMFÖRANDE

5.1 Val av metod

Uppsatsen baseras på fem djupintervjuer med syftet att undersöka hur vårdpersonal med psykiatriska symtom upplevt erfarenheten att genomgå uttryckande konstterapi och om, och i så fall hur, de haft nytta av detta i sitt vidare arbete i vården. Valet att genomföra djupintervjuer grundade sig på en strävan efter att få ett så omfattande och uttömmande material som möjligt. I "Den kvalitativa forskningsintervjun" beskriver Steinar Kvale den kvalitativa forskningsintervjun som ett samspel mellan två personer som samtalar om ett ämne av intresse där ämnet kommer att formas, växa och utkristalliseras under samtalets gång. Kvale illustrerar detta med hjälp av den danske psykologen Edgar Rubins tvetydiga bild som finns återgiven i Figur 4. Man kan fokusera på de två ansiktena och låta dem symbolisera ett samspel mellan två personer eller så kan man fokusera på vasen mellan profilerna och föreställa sig hur den under samtalets gång fylls med kunskap genom utbytet mellan de två personerna (Kvale, 1997).

5.2 Val av målgrupp

Syftet var att undersöka om UKT kunde vara en behandlingsmetod för vårdgivare med psykiatriska symtom. En utmaning blev därför att hitta vårdpersonal som haft tillgång till UKT. Ersta psykiatriska klinik är en klinik som enbart tar emot personal verksamma inom landstinget. Där erbjuds också Uttryckande konstterapi.

Målgruppen bestod av fem patienter som samtliga under en period deltagit i uttryckande konstterapi i grupp. Samtliga hade avslutat kontakten med terapeuten.

En inbjudan skickades till tio personer. Individerna valdes ut av en terapeut på Ersta klinik. Kriterierna var att de skulle ha deltagit i UKT de senaste fem åren och nu avslutat behandlingen på Ersta psykiatriska klinik. Sex individer svarade och var positiva till att delta. Fem av dessa intervjuades, den sjätte föll bort pga. svårigheter att hitta möjlig tid och plats för ett möte. Huruvida några av de fem deltagarna deltog i samma grupp var ej känt.

5.3 Intervjufrågor

Tio huvudfrågor utgjorde skelettet till intervjuerna (se bilaga 1, kapitel 13.1). I djupintervjuns natur ligger dock att en fråga leder till en annan. Det fanns under samtliga intervjuer en tendens hos klienten att sväva iväg och förlora sig i sin egen historia. Ett tillåtande förhållningssätt präglade samtalen och det var ofta just i dessa oplanerade utsvävningar som många av frågeställningarna besvarades.

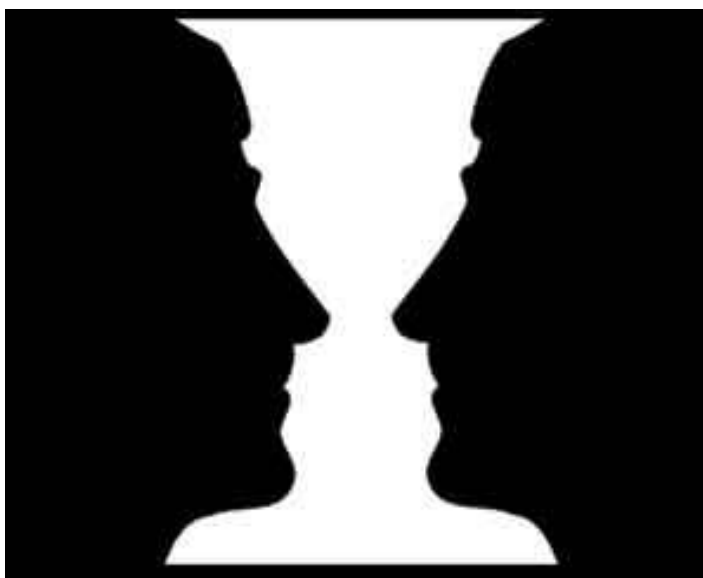
5.4 Genomförande av intervjuer

Intervjuarbetet påbörjades i december 2008 och avslutades i mars 2009. Totalt intervjuades fem personer.

Tid för intervju bokades per telefon med författaren. Varje intervju pågick mellan 1-2 timmar utom en som pågick 3 timmar. Samtliga intervjuer utfördes av författaren och samtliga spelades in på band.

5.5 Utskrift av intervjuer

Intervjuerna skrevs ut av en skrivbyrå med erfarenhet av forskningsarbete och sjukhusjournaler. Varje intervjuutskrift omfattar mellan 18 och 28 A4 sidor. Totalt omfattar materialet 117 sidor (typsnitt Times Roman, 12)



Figur 4: Edgar Rubins bild som Steinar Kvale använder sig av för att illustrerar intervjun såsom något som sker mellan två seenden.

6. METODER FÖR ANALYS OCH BEARBETNING AV MATERIAL

Ett hermeneutiskt och fenomenologisk förhållningssätt eftersträvades vid bearbetningen av materialet.

Det hermeneutiska förhållningssättet präglas av en ständig växling mellan delar och helhet. Initialt har man ofta en vag, intuitiv uppfattning då man betraktar helheten. Nästa steg blir att betrakta de enskilda delarna som tolkas och ger en förförståelse. Med denna förförståelse relateras åter till helheten som nu ger ter sig i en ny dager och förförståelsen förändras och fördjupas. Därefter ser man åter på fenomenet i dess olika delar, teman och aspekter och förförståelsen ändras ytterligare och så vidare. Tolkningen av meningen upphör då man nått *en god gestalt*, då rimliga mönster bildats som ingår i en sammanhängande enhet utan logiska motsägelser (Kvale, 1997).

Det fenomenologiska förhållningssättet präglas av att den egna förförståelsen ställs i bakgrunden till förmån för upplevelsen och kroppens möte med fenomenet. Fenomenet utforskas och beskrivs på alla sätt som det är möjligt, dock utan tolkningar och värderingar och återges sedan i text på ett sätt så att även läsaren deltar i upplevelsen (Kjörup, 1999) (Stoknes, 2009)

Allt eftersom materialet har bearbetats på detta sätt har teorimodeller och analysmetoder vuxit fram. De delar av deltagarnas berättelser som berör uppsatsens område har återgetts så intakta som möjligt men har delats in i ämnesområden för att materialet skall bli hanterbart. Övriga beskrivningar av livssituationen har utelämnats. Teorier har beaktats, förkastats eller inkluderats utifrån deltagarnas berättelser. Genom denna process har uppsatsen vuxit fram och nått sin slutgiltiga form.

Hypotesen var att UKT skulle kunna vara ett stöd för vårdpersonal i kris.

De utskrivna intervjutexterna lästes åtskilliga gånger och så småningom identifierades gemensamma ämnesområden. Texterna delades sedan in på följande sätt:

Vad i terapin hade upplevts som verksamt?

- Upplevelsen att delta i terapi i grupp
- Upplevelsen av att delta i uttryckande konstterapi
- Tidens betydelse
- Ramarnas betydelse

Fanns det någon speciellt avgörande upplevelse i terapin? Upplevde de intervjuade att terapin gjort någon kvarstående skillnad i deras liv?

- I relation till sig själva
- I relation till arbetet
- I relation till konsten

Resultatet inleds med en sammanfattning av anamneserna. Sammanfattningen svarar på fråga 1,2 och 3 (kapitel 13.1).

I de fall då terapeutens namn nämns har detta bytts ut till "terapeuten". De fem intervjuade personerna kallas för "deltagare".

Under diskussionen delges därefter läsaren reflektioner och kopplingar till olika teorier som gjorts under arbetets gång.

7. TEORI

Fakta och teoribildningar har under arbetets gång sökts både i litteratur och på internet. Kapitlet inleds med en beskrivning av UKT och dess teoribildning. De personer som intervjuades hade alla deltagit i UKT i gruppform. Den teoribildning som har valts för att beskriva gruppens effekt i terapin härrör sig från den amerikanska gruppsykoterapeuten Ivrin Yalom. Hans teori om på vilket sätt gruppen bidrar till läkande beskrivs i kapitel 7.2. Tidigare (i kapitel 3) har beskrivits att man sett en ökad frekvens av prestationsbaserad självkänsla hos läkarstudenter och att beteendet att stärka självkänslan genom prestationer bidragit till utmattningssyndrom hos sjukvårdspersonal. Detta medförde att uppmärksamhet ägnats åt begreppet självkänsla. I kapitel 7.3 följer en beskrivning av teorier runt självkänsla och hur brister i denna kan stärkas på gynnsamma och mindre gynnsamma sätt.

7.1 UTTRYCKANDE KONSTTERAPI

Låt oss inledningsvis titta på vad som är gemensamt för de flesta terapiformer. Gemensamt för de som söker hjälp i form av terapi är en känsla av fastlåsthet vilket kan uttryckas i metaforer som att trampa vatten, stampa på samma ställe, känna sig upptryckt mot väggen, inmålad i ett hörn osv. Man har sålunda en upplevelse av gränser och begränsningar som förhindrar möjligheten till lättnad och utveckling. (Paolo J. Knill, 2005). Att uppleva sig oförmögen att förändra sin situation ger en smärtsam upplevelse av att vara oförmögen, otillräcklig och, slutligen, värdelös. Upplevelsen av brist på egna resurser leder i sin tur till bitterhet, skuld och anklagelser mot den egna personen eller omgivningen. Knill kallar detta "*den hjälplösa situationen*". Denna karaktäriseras av en tomhetskänsla, en upplevelse av att inget finns och att inget hjälper eller en känsla av att för mycket finns där och att det är övermäktigt. Utmärkande för "*den hjälplösa situationen*" är sålunda upplevelsen av att sitta fast utan utrymme till förändring. Knill kallar detta att man saknar *spelrum* (spielraum eller playground).

Gemensamt för terapi är interventionen att öka lekutrymmet och man använder sig då av den imaginära förmågan. Detta sker på olika sätt beroende på terapiinriktning. Man kan fokusera på drömmar, dagdrömmar, avslappning, hypnos, önskeorienterad inriktning (samtal om "vad som skulle hända om..."), kroppsspråk, konstnärligt arbete, kognitiva imaginära metoder ("att se genom ett annat perspektiv"), desensitisering med bilder, användande av metaforer osv. Majoriteten av terapiformer innehåller sålunda en sekvens där en alternativ värld/erfarenhet inbjuds genom övningar som involverar imaginationen. Vidare har de flesta terapier det gemensamt att man erbjuder ett rum utanför klientens vardag där man ostört kan reflektera över sin situation. Dessutom finns en spatial och temporär ram som skiljer terapin från vardagen och man erbjuder sekvenser där fokus riktas på vardagens verklighet .

7.1.1 Teoribildning inom Uttryckande konstterapi

UKT utvecklades initialt på 70-talet i USA när Shaun McNiff m.fl. integrerade olika konstformer i en terapiform, Expressive Arts Therapy, på svenska Uttryckande konstterapi (UKT). I Uttryckande konstterapi tar man hjälp av konstens alla uttrycksformer för att öppna det imaginära rummet. Paolo Knill har beskrivit fördelarna med att använda sig av konsten som en nyckel till sinnessas dörrar vilka leder in till lekrummet (Paolo J. Knill, 2005):

- handlingen eller objektet (bilden, sången, dramat etc.) finns i rummet och kan upplevas samtidigt av både klienten och terapeuten. Detta alster utgör en "tredje part" i rummet och man kan tala genom och till denna.
- När imaginationen träder fram genom att konkret material formas kan terapeuten delta och interagera. Detta sker då alltid "på ytan" och handlar om att t. ex föreslå pappersstorlek eller en förstärkning av en rörelse osv.
- Medvetenheten om att vi rör oss i olika verkligheter (se kapitel 7.1.4) tillåter oss att i den imaginära verkligheten utforska och uppleva specifika händelser med alla våra sinnen utan att det får skadliga konsekvenser i den bokstavliga verkligheten.
- Terapeuten kan hjälpa en klient som anser sig vara konstnärligt obegåvad att hänge sig i ett konstnärligt arbete och finna glädje i detta och sin egen prestation. Klientens egen uppfattning av att vara obegåvad eller tekniskt begränsad gör att den konstnärliga "descenteringen"¹ också blir en slags coping-erfarenhet. Terapeuten kan också ge begränsade förutsättningar såsom att t.ex. ge instruktionen att bara använda två färger. Erfarenheten kan leda till att man upptäcker de resurser som finns trots restriktionerna eller till och med ligger dolda i restriktionerna.

UKT är psykodynamiskt förankrad och man grundar teoribildningen på relationell psykoterapi, anknytningsteori (Winnicott, Stern) arketypisk psykologi (J.Hillman) och analytisk psykologi (C.G. Jung). Ur dessa teoribildningar har följande teser vuxit fram som utgör fundamentet för UKT:

- Man bär med sig tidigare livserfarenheter och dessa påverkar oss i vårt dagliga liv och i våra relationer i vardagen.
- omedvetna psykiska processer kan ta sig konstnärliga uttryck
- Inom varje människa finns en skapande kraft som strävar efter helhet, skönhet och integration.
- Människans inre värld står i förbindelse med det skapande uttrycket och kreativiteten
- Det finns en kommunikation och ett släktskap mellan de olika konstformerna
- Människan behöver estetiska upplevelser

¹ Descentering beskrivs närmare i kapitel 7.1.4

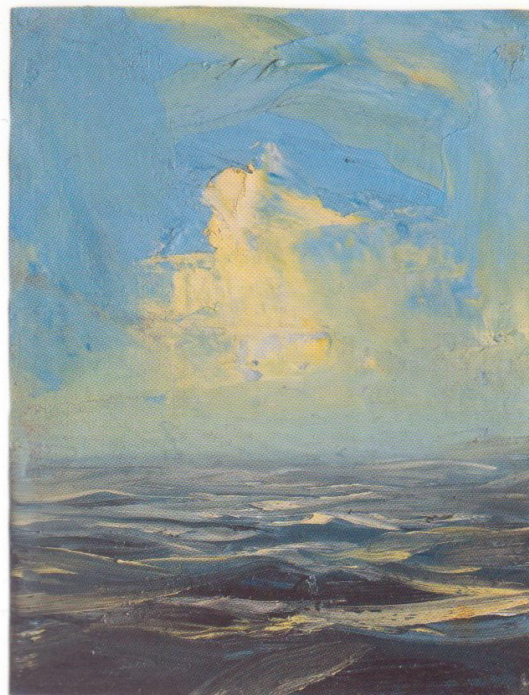
Nedan redovisas för ett antal grundläggande begrepp och "verktyg" som utgör grundstenar inom UKT. Dessa har alla utsprungit ur och stöder sig på ovanstående teser.

7.1.2 Intermodal teori

Ett konstnärligt språk innehåller alla konstnärliga språk!

När vi tittar t.ex. på ett konstverk håller nog de flesta med om att synen är det sinne som aktiveras. Vi ser former och färger. Men samtidigt aktiveras även andra sinnen och vi förnimmer även dessa. Låt oss ta tavlan nedan som exempel!

"När jag ser på tavlan ser jag ett mörkt hav och en ljusare blå himmel. Det går vågor på havsytan och jag kan tänka mig att det blåser. Jag kan förnimma hur vinden känns mot min hud. Jag tänker på hur det skulle kännas att sticka ner foten i vattnet. Vattnet är svalt uppe vid ytan men om jag sänker ner hela benet upptäcker jag att det blir allt kyligare desto djupare foten kommer. Jag föreställer mig att jag sitter i en liten båt på det mörka havet. Jag hör fiskmåsar skria ovanför mitt huvud och jag känner havets friska doft. Båten vaggas av vågorna. Jag har en smak av saltvatten i min mun efter min tidigare simtur i havet."



Figur 5: Peter Frie, Eliopaintings no 22

När jag tittar på tavlan aktiveras inte bara synen utan i min inre värld aktiveras även hörseln, luktsinnet, det taktila sinnet och smaksinnet. På samma sätt kan ett musikstycke ge en synupplevelse, en känsla av beröring osv. Många har nog också upplevt fenomenet då en flyktig doft kan ge en stark förnimmelse av en händelse vi tidigare varit med om. Denna händelse minns vi med bilder, ljud och så vidare. Detta kallas intermodalitet.

I exemplet ovan var det enda jag gjorde att betrakta tavlan. Om jag istället hade börjat röra min kropp i takt med båtens rörelse och kanske härmat fiskmåsar skri hade jag gjort en övergång mellan en modalitet till en annan. Detta kallas *intermodal transfer*.

Människan har en medfödd förmåga att översätta en sinnesmodalitet till en annan vilket kallas *amodal perception* (Stern, 2003) . Att ett sinnesintryck väcker förnimmelser relaterade till andra sinnen och människans förmåga att genom flera sinnen skapa ett helhetsintryck kallas *synestesi*. Synestesi och amodal perception är en förutsättning för intermodal transfer.

Den intermodala teorin formulerades av Shaun McNiff 1995. Han menar att flera aspekter samverkar: den mellanmännsliga, den individuella, den rituella.

Den mellanmännsliga tar hänsyn till kunskapen som finns om gruppdynamik inom ramen för det skapande arbetet, detta ämne kommer att närmare beskrivas i kapitel 7.2.

Den individuella aspekten avser en individs eller en grups förhållande till ett specifikt konstnärligt språk. Många känner sig mer bekväma med ett konstnärligt uttryck än med andra. Målet i UKT är att arbeta utifrån varje individs resurser.

Den rituella aspekten har sitt ursprung i de traditioner som finns av andligt, rituellt, och religiöst användande av de konstnärliga språken. Den konst som skapas i det terapeutiska arbetet kan för klienten få en liknande betydelse. Målet i UKT är att på ett medvetet sätt använda den ursprungskraft som är kopplad till det konstnärliga uttrycket (McKeogh, 2009).

Sinnena aktiveras sålunda parallellt och i ett konstnärligt uttryck ryms samtliga konstnärliga uttryck. Sinnena utgör också dörren till imaginationen och är starkt kopplade till våra affekter. Genom att stimulera våra sinnen kommer vi i kontakt med och blir medvetna om känslor som vi inte kunnat nå genom samtal och tanke.

Det intermodala arbetssättet erbjuder flera sätt att vara i och använda skapandet i terapirummet. Olika konstuttryck berör och verkar i oss på olika sätt. De olika konstnärliga språken som används är:

Bild: Bildskapande med olika material. Här ingår även skulpturarbete och installationer i olika material.

Dans: Kroppsliga uttryck genom dans och rörelser.

Musik: Musikupplevelser genom inspelad musik men också ljud och rytmimprovisationer med hjälp av instrument.

Drama: Psykodrama och sociodrama. Gestaltning såsom rollbyte mm.

Poesi: Skapande av dikter och prosa, arbete med sagor och myter.

När skiftet från den ena till den andra modaliteten sker, träder ofta nytt material fram som ger en fördjupad kunskap och insikt. (Institutet för Uttryckande Konstterapi, 2007)

7.1.3 Symboler och metaforer

Människans symboliseringsförmåga är medfödd och utvecklas successivt genom livet där vissa åldrar tycks kritiska. Inom utvecklingspsykologin lyfts fungerande anknytning fram som en förutsättning för utveckling av symboliseringsförmågan (Havnesköld, 2006). Jung menade att vi människor har ett gemensamt omedvetet, "det kollektivt omedvetna", som synliggörs i symboler som vuxit fram genom människans historia (Jung, 1993). Symbolerna fungerar som broar mellan vår inre och vår yttre värld, mellan sinnesupplevelser och den medvetna tanken. Symbolerna är tidlösa och förbinder därför det förflutna, nuet och framtiden med varandra. Materialet från både det personligt och det kollektivt omedvetna får en skepnad genom de konstnärliga uttrycken och det blir då möjligt att bearbeta och komma i dialog med detta.

7.1.4 Verkligheten och imaginationen

Då vi pratar om verklighet menar vi i vardagligt tal de händelser som sker runt om oss. Detta kan tyckas självklart men då man ser lite närmare på ordet verklighet så visar det sig vara mer komplicerat än så. Om tre individer samtalar om en specifik gemensam händelse visar det sig att de har tre olika uppfattningar om vad som *verkligt* hände och hur det *verkligt* var. Alla tre tycks ha sin unika upplevelse av verkligheten. Då de pratar vidare om händelsen visar det sig också att alla tre även har egna associationer och fantasier runt själva händelsen. Så vad är egentligen verklighet och sanning? I "Foundations of Expressive Arts Therapy" gör Steven Levin följande indelning av verkligheten:

- *Literal reality*; den bokstavliga verkligheten, själva händelsen. Det är i denna betydelse som ordet verklighet oftast används.
- *Effective reality*; den upplevda verkligheten, den enskildes verklighet. Två personer som är med om exakt samma händelse kommer ha två olika upplevelser av denna. Bådas upplevelse är lika sann och verklig.
- *Imaginal reality*; de psykiska bilder som uppstår i mötet med världen. Den imaginära verkligheten framträder i drömmar, dagdrömmar, fantasin och i konsten. (Levin, 1999)

Den imaginära verkligheten, *imaginationen*, ges stort erkännande och utrymme inom UKT. Den grad av kontroll som man kan ha på imaginationen varierar. I drömmen är imaginationen som mest fri och vi har minst kontroll. I dagdrömmen och i trans-stadiet har vi större möjlighet att kontrollera imaginationen. När vi är i kreativt, konstnärligt arbete finns inslag av både dröm och dagdröm. Det är enbart i det konstnärliga arbetet som imaginationen blir synlig, hörd och berörd samtidigt av både konstnär och vittne. C.G. Jung skrev att den konstnärliga handlingen har ett speciellt värde då det är en "förtingligad" dröm som kan bevittnas. Han menade att man inte målade sin dröm utan att det snarare var drömmen som fortsatte sin handling på duken (Paolo J. Knill, 2005).

Den imaginära verkligheten fungerar som vidgare av spelrummet. En mycket potent metod att aktivera imaginationen är att aktivera våra sinnen. Vår förmåga till amodal perception gör att vi genom att stimulera ett sinne även aktiverar våra andra sinnen. Konst aktiverar sålunda alla våra sinnen och fungerar då som en dörröppnare till imaginationen. Det som uppstår i det imaginära rummet i improvisation är ofta förvånande och oväntat och blir ofta värdefulla skatter som klienten sedan bär med sig. Dessa upplevelser beskrivs ofta som en känsla av att vara i en annan värld. Ibland kan upplevelserna ge överraskande infallsvinklar som senare kan sättas i perspektiv till den vardagliga situation som klienten befinner sig i. Inte sällan kan man i konsten och den imaginära världen ana klientens problem och lösningar långt innan det kan medvetandegöras och formuleras i ord. Metoden att rikta uppmärksamheten bort från klientens vardagsproblem och fastlåsta situation och istället öppna den imaginära världen kallas *descentering*.

Dan Stiwne, föreläsare för existentiell psykologi beskriver i "Bara detta liv" hur vi relaterar till omvärlden genom våra sinnen. Synen, smaken, känseln, lukten och hörseln är de "känslspröt" med vilka vi orienterar oss i omvärlden. Känslorna tjänar som budbärare till oss om våra värdegrunder och vår riktning i livet, s.k. intentionalitet (Dan Stiwne, 2008). Konsten stimulerar våra sinnen, öppnar det imaginära rummet och känslorna träder fram. På så vis kan vi få kontakt med och bli medvetna om vad som är viktigt för oss i livet och varåt vi vill gå dvs. hitta vår värdegrund och vår intentionalitet.

Teorin om att konsten öppnar dörrar till den imaginära världen och det undermedvetna stöds av den moderna neuroforskningen. I "Descartes misstag" beskriver neuroforskaren Antonio Damasio hur hjärnans inre språk består av det han kallar "images"; I nervcellerna i hjärnan skapas representationer eller inre föreställningar, vilka kan manas fram som mentala bilder och sedan bearbetas i en process som vi kallar tänkande. Dessa "images" produceras kontinuerligt, oavbrutet i vår hjärna utan att vi är särskilt medvetna om dem. I drömmarna får vi kontakt med dessa images, vår bilddimension, men det finns andra vägar att få tillgång till de inre bilderna. Hypnos är ett sätt, konsten kan vara ett annat. När vi går in i den kreativa processen och låter den styra oss får vi tillgång till våra inre bilder (Damasio, 1999).

Marta Cullberg Weston beskriver detta på följande sätt i "Självkänsla på djupet":

"om man således kommunicerar med hjärnan med hjälp av bilder öppnar man en kanal till påverkan som är mycket kraftfull. När hjärnan registrerar de inre föreställningarna som är en del i visualiseringen uppfattar hjärnan de inre bilderna som lika verkliga som de sinnesintryck som kommer från yttvärlden. Genom de inre bilderna får man därför ett verktyg att skriva om sin egen historia mycket konkret." (Weston, 2007).

Det som sker i den imaginära världen, har ur denna synvinkel lika stor betydelse som det som sker i den bokstavliga verkligheten.

7.1.5 Kreativitet

En av UKT:s grundläggande teser är att människans inre värld står i förbindelse med det skapande uttrycket och kreativiteten. Definitionen på kreativitet är *"en förmåga som gör det möjligt för människan att upptäcka en ny lösning på ett gammalt problem eller ett lämpligt svar på en helt ny situation"* (Paolo J. Knill, 2005). J.L. Moreno, psykodramats föregångsman, menade att kreativitet är förmågan att vara i grunden verklig och flexibel och kunna skapa oss själva varje dag. En förutsättning för kreativitet är att vi har spontanitet vilket Moreno definierade som *"den egna fria viljan"* (spontare, latin = av fri vilja) (Berglind, 1998). Den kreativa kraften inom oss strävar efter helande och helhet. Genom konstnärliga aktiviteter får vi fatt vår helande, kreativa kraft som i sin tur tar sig konstnärliga uttryck. På så sätt vidgar vi vår förmåga att uttrycka vårt sanna jag och vår själ få möjlighet att växa och ta plats.

7.1.6 Kristallisering

Med kristalliseringen avses den process där konstverket tar form, ändrar skepnad och kanske modalitet tills det har nått sin slutgiltiga form. Denna process ges stort utrymme inom UKT både i form av tid och uppmärksamhet. Kristalliseringsteorin handlar om att kasta ljus över den konstnärliga processen från dess start och den pågående omvandlingen till dess slutgiltiga förklaring. (Levin, 1999)

7.1.7 Estetik

Inom UKT är skönhetsbegreppet centralt. Man avser då inte den konventionella betydelsen av ordet såsom smakfullt, stilenligt och vackert utan en djupare, själsligare innebörd. Ordet estetik härstammar från grekiskans *aisthesis* vilket betyder *sinnlig förnimmelse* och handlar sålunda om hur vi uppfattar världen med våra sinnen. Ordet används än i dag i Grekland för *"att ta in"*, *"att andas"* (Hillman, 2007). Motsatsen är anestesi vilket betyder *"bedöva sinnen"* och begreppet används inom medicinvetenskapen för bedövning och narkos.

Den estetiska upplevelsen handlar om förmåga att ta in och uppleva omvärlden och den uppstår genom sinnesupplevelser och har sålunda ett kroppsligt ursprung. Denna typ av skönhet berör oss på djupet och förknippas med äkthet och autenticitet.

En vacker tavla, ett musikstycke eller en dansuppvisning som berör oss är ett exempel på detta. Tidigare har beskrivits hur ett sinne talar till ett annat och att stimulans av våra sinnen fungerar som en dörröppnare till imaginationen som i sin tur har förmågan att vidga individens spelrum. Det är därför inte svårt att förstå att en estetisk upplevelse, en upplevelse av skönhet, öppnar upp och ger individen kontakt med sin inre skapande kraft och ett ökat spelrum. Skönheten kan också vara till hjälp att närma sig det svåra och smärtsamma. (Levin, 1999)

7.1.8 Estetisk respons

När en individ eller grupp med hjälp av ett konstnärligt språk ger respons på en upplevelse eller en konstnärlig handling kallas det estetisk respons. Överensstämmande med vad som beskrivits ovan gällande estetik är detta ett gensvar som utspringer ur våra sinnen. Det är "ett fenomen som uppstår i personer engagerade i en kreativ process som konstnärer och vittnen" (Paolo J. Knill, 2005). Kännetecknande för den estetiska responsen är att den kommer från kroppen och sinnen i form av en känsla och ges ett konstnärligt uttryck, den är intuitiv och man undviker tolkningar och analyser. Den estetiska responsen används både i handledning och i terapi, enskilt eller i grupp. I det terapeutiska sammanhanget kan den estetiska responsen vara till hjälp för terapeuten att uppmärksamma det som väcks i ett möte med klienten.

Exempel på estetisk respons:

I en grupp som erhåller gruppterapi enligt UKT har man målat enskilt. När man därefter samlas igen visar man sina alster för varandra. Efter varje tavla målar varje enskild medlem en ny bild som ges till konstnären till alstret. Detta är en form av estetisk respons som alltså erbjuder en möjlighet att ge gensvar utan att använda ord. Dock kan även ord i t.ex. diktform vara estetisk respons.

The Beauty

*The experience of beauty brings joy
and as such it is soothing.*

*This, however, does not mean
that beauty blunts and blinds us
to the problems of the world,
as modern critics have maintained...*

*Beauty brings joy
because it institutes meaning,
and its instituting of meaning
is characterized not by closing,
on the contrary,*

it is characterized by opening the horizon...

*This experience of meaning that it is,
stirs up the profound question of what meaning is,
while it critically puts in perspective
all the lack of meaning in the world.*

Dorthe Jørgensen

7.1.9 Kropp och själ

James Hillman (Hillman, 2007) beskriver själen som varje tings och varelses unika form såsom den uttrycker sig, visar sig i världen. Ju närmare uttrycken, desto närmare själen. Följden av detta blir att möjligheten och förmågan att uttrycka sig på olika sätt styr vår själs omfång. Själen beskrivs som det som omvandlar händelser till erfarenheter. Det konstnärliga skapandet ger individen fler uttrycksmöjligheter och främjar enligt Hillman själens tillväxt, självförståelsen och självkänslan.

Jung och Hillman hävdar att själen till största delen finns utanför kroppen och uppstår i mötet med omvärlden. Själen är djupare än vårt ego. Detta synsätt är en viktig del i den filosofi som UKT grundar sig på. UKT berör det ömsesidiga förhållandet mellan det kognitiva medvetandet, kroppen och själen. Mc Niff beskriver bilden som själens budbärare (McNiff, 1992) och Hillman talar om hur bilden kommer människan till mötes med sin intillegens och sin egna röst (McKeogh, 2009).

Denna syn på människan avviker från den naturvetenskapliga där ett starkt dualistiskt förhållningssätt härskar. Under upplysningstiden med Descartes i spetsen gjordes en uppdelning av människan i en själ och en kropp och tanke. Man kan se det som att denna tudelning av människan var nödvändig för att naturvetenskapen skulle kunna framskrida och bli det den är idag. Genom att särskilja kropp och själ kunde kyrkan ge sin tillåtelse till att vetenskapsmän undersökte döda kroppar och anatomiskt kartlade dessa. Kyrkan blev själens väktare och naturvetenskapen blev kroppens och tankens (Damasio, 1999).

Själen tänker aldrig utan en bild,

Aristoteles



Figur 6: Får jag lov..e? Angela 2006

7.2 Yalom's kurativa faktorer

De fem intervjuade hade samtliga deltagit i UKT i gruppform och det var därför av intresse att efterforska teorier om gruppterapi. En teoribildning om på vilket sätt gruppen bidrar till läkande står den amerikanska grupppsykoterapeuten Irvin Yalom för. Yalom har i sin forskning undersökt hur grupppsykoterapi hjälper patienter till en mer meningsfull tillvaro (Yalom, 2005). Han har urskiljt grupp-specifika faktorer som gynnsamt påverkar gruppens arbete. Yalom beskriver tolv kurativa faktorer, var och en av dessa är härledda från fem påståenden, vilket ger sammanlagt sextio påståenden. Yalom's kurativa faktorer med de sextio beskrivande påståenden återfinns som bilaga i kapitel 13.2. Yalom's kurativa faktorer är *altruism, grupp-sammanhållning, universalitet, interpersonligt lärande – input, interpersonligt lärande – output, rådgivning, katharsis, identifikation, återupplevande av familjekonflikter, självförståelse, hopp och existentiella faktorer.*

I UKT i grupp möts individerna i konsten på många olika sätt, och det som pågår på en implicit nivå i en grupp synliggörs med hjälp av konsten såsom i exempelvis drama, rörelse eller ljud. Interaktioner sker som inte kunnat ske utanför den konstnärliga formen. De konstnärliga språken kan också reglera kommunikationen i en grupp och terapeuten kan med hjälp av val av konstform till viss del styra denna.

Yalom's teorier och kurativa faktorer lämpar sig väl till att bättre förstå vad som sker vid UKT i grupp. De ickeverbala möten som uppstår ger individen en möjlighet att upptäcka nya sidor av sig själv men också hur andra uppfattar honom/henne hur han/hon uppfattas av andra (*interpersonligt lärande – input, interpersonligt lärande – output*). Den estetiska responsen är ett exempel som bidrar till detta.

En bild eller ett psykodrama väcker känslor, tankar och nya upptäckter hos medlemmar i gruppen och detta banar vägen för *altruism*.

De konstnärliga gemensamma upplevelserna och delandet efteråt ger stora möjligheter att bygga och uppleva *grupp-sammanhållning*.

Att delta som antagonist i en annan gruppmedlems psykodrama, att känna igen sig i en bild, en dans eller en dikt kan ge en upplevelse av *universalitet*.

Rådgivning kan inom UKT som i annan gruppterapi ske genom att man i delandet och samtalet ger varandra råd. Inom UKT finns dock också rådgivningen närvarande i konsten. Man kan hjälpa varandra genom att föreslå olika lösningar på det konstnärliga uttrycket såsom färgval, händelseförlopp i ett psykodrama eller förslag på en rörelse mm.

Då en gruppmedlems tema synliggörs i gruppen med hjälp av en bild, ett psykodrama eller en dans kan *återupplevande av familjekonflikter* uppstå hos en annan medlem i gruppen. Denne ges möjlighet att jobba med detta parallellt med den andra medlemmen på ett ickeverbalt sätt.

I enlighet med vad som beskrivits i kapitel 7.1 erbjuder konsten och kreativiteten individen nya sätt att uttrycka sig och sin själ. UKT erbjuder inte bara klienten att uttrycka sig med hjälp av de konstnärliga uttrycken utan också att med alla sina sinnen uppleva omvärlden. Detta erbjuder oändligt många möjligheter att uttrycka det man bär på och tidigare inte kunnat dela med omvärlden. Sålunda finns stora möjligheter till *katharsis*.

Den lek som de konstnärliga uttrycken öppnar upp för ger alla möjligheter till att gruppmedlemmarna skall kunna pröva att identifiera sig med andra individer i gruppen. Detta liknar i hög grad barnets fria lek, då det härmar vuxna förebilder. Konsten ger sålunda stora möjligheter till *identifikation*.

I likhet med att konsten befrämjar identifikation öppnar den också upp för nya upptäckter om det egna jaget; vad man tycker om och vad man undviker, vad man dras till och vad som skrämmer. Konsten erbjuder också en möjlighet att undersöka det obehagliga på ett ofarligt sätt. Detta ökar förutsättningarna för *självförståelse*.

På samma vis erbjuder de konstnärliga uttrycken en möjlighet att närma sig *existentiella faktorer* på ett mindre hotfullt sätt.



Figur 7: Tillsammans, Angela 2006

7.3 Självkänsla

Självkänslan utgör en viktig faktor för att erhålla ett harmoniskt liv och kan se väldigt olika ut från individ till individ, men kan även variera för en och samma individ över tid. Självkänslan kan vara villkorsbaserad dvs. byggas upp genom att vissa villkor uppfylls såsom att prestationer i arbete eller i t.ex. sportgrenar. Ett annat sätt att stärka sin självkänsla är genom utseende eller materiella ting. Omgivningens krav och värderingar påverkar självkänslan och hur vi kompenserar för eventuella brister i denna.

Självkänsla som i hög grad grundar sig på det man presterar kallas för hög prestationsbaserad självkänsla och tycks stå i direkt relation till utmattningssyndrom (se nedan), ett fenomen som först diagnostiserades på 70-talet hos individer med offentliga serviceyrken såsom vårdgivare, socialarbetare och lärare (Dahlin, 2007).

Självkänslan är det rykte som vi har inom oss själva.

Nathaniel Branden, psykolog

Självkänsla är ett fenomen som har stor genomgripande betydelse för individens känslor och tankar. Den är en stark prediktor för livstillfredsställelse och den fungerar som en viktig tillgång vid *coping* i samband med psykisk belastande och stressande situationer. Låg självkänsla är korrelerad till känslomässig utmattning, depersonalisering (cynism) och lägre personliga bedrifter (professionell framgång). Man har inte kunnat urskilja vad som är orsak och verkan gällande denna korrelation. Global självkänsla syftar på individens uppskattning av sitt eget värde generellt. I kontrast till global självkänsla står domäninriktad självkänsla där individens värde stärks av yttre faktorer såsom utseende, prestationer, förmågor, makt eller medlemskap.

7.3.1 God självkänsla

Författaren psykologen och psykoterapeuten Marta Cullberg Weston menar i "Ditt inre centrum" (Weston, 2005) att en person med god självkänsla instämmer i följande:

- Jag tycker om mig själv och är glad att jag inte är någon annan.
- Jag accepterar mig själv med mina fel och brister (och försöker ändra det jag kan ändra).
- Jag känner mig trygg i mig själv och kan handskas med de känslor som livet väcker.
- Jag ser mig själv som en värdefull person och respekterar mig själv.

I "Självkänsla på djupet" beskriver hon vidare hur en god självkänsla och goda självbilder hjälper oss att härbärgera och stå ut med svåra känslor såsom otillräcklighet, oförmåga, skam och skuld. (Weston, 2007). Hon citerar psykoanalytikern Warren Kinston:

Hur Uttryckande Konstterapi kan utgöra ett stöd för vårdpersonal i kris av Angela Rizzo

”En sund självkänsla handlar mindre om att känna sig harmonisk och värdefull än om att kunna handskas med känslor av otillräcklighet, oförmåga, skam eller skuld - vilket krävs för att kunna vila i sig själv.”

7.3.2 Villkorsbaserad självkänsla

Med villkorsbaserad självkänsla menas självkänsla som är beroende av uppfyllande av vissa villkor såsom att ha vissa karaktäristika, att vara en medlem i ett exklusivt sällskap eller att ha åstadkommit en speciell uppgift (Hallsten, 2005). Eftersom självkänsla är ett så starkt uttalat behov kommer individer med hög villkorsbaserad självkänsla enträget agera för och sträva efter att motverka tvivel rörande självkänslan genom att försöka matcha villkoren. Värdet ligger i målet i sig och betydelsen av den självdefinierande uppgiften åsidosätts. Enbart då ansträngningarna är fruktbara och resulterar i att individen når sina mål kan självkänslan höjas eller bevaras. Om individen däremot inte uppnår sitt mål kommer detta upplevas som ett misslyckande och uppgiften och det arbete den inneburit ses som bortkastat och meningslöst.

En del forskare hävdar att all självkänsla är villkorad, men att villkoren ser olika ut och är olika uttalade för olika individer. Några forskare hävdar att de som har en uttalad villkorad självkänsla baserar denna på externt kontrollerade domäner såsom kompetens, utseende och socialt accepterande/status, medan de som inte har villkorsbaserad självkänsla baserar denna på inre kontrollerade domäner, såsom dygd, moral och etik.

Performance-based self-esteem (PBSE)

Den svenska forskaren Lennart Hallgren har gjort flera studier gällande utmattningssyndrom² och funnit att en speciell typ av villkorad självkänsla, som han valt att kalla ”prestationsbaserad självkänsla”. PBSE är överrepresenterat bland individer med utmattningssyndrom. Han har till och med visat att PBSE är en förutsättning för utmattningssyndrom.

PBSE definieras som en självkänsla grundad på upplevelsen att man måste åstadkomma något för att uppskattas. Prestationsbaserad självkänsla beskriver hur självkänslan formas och upprätthålls och är inte en specifik nivå av självkänsla. Personer med PBSE bygger upp sin självkänsla med prestationer och genom ”att åstadkomma” snarare än ”att vara ” eller ”att ha” och deras självkänsla är beroende av hur väl de presterar i roller som är livsviktiga för deras självrealisering.

² Diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom finns i kapitel 13.2.1

Stressorer i dessa områden uppfattas då som utmaningar eller hot mot självvärdet, självkänslan och självbilden. Detta startar ett beteende som strävar efter att stärka självkänslan, vilket sannolikt kan vara framgångsrikt i många sammanhang men kan under vissa omständigheter bli missledande och till individens nackdel och leda till utmattningssyndrom.

Ett centralt antagande som L. Hallsten gör är att utmattningssyndrom kan förstås såsom misslyckade strävanden att undvika eller höja låg självkänsla genom att försöka matcha vissa specifika faktorer (självvärdeskrav) som den enskilde individen tycker höjer hans självkänsla (Hallsten, 2005).

En person med PBSE instämmer i följande³:

- Jag tror att jag ibland försöker bevisa mitt värde genom att vara duktig.
- Min självkänsla är alltför mycket beroende av vad jag åstadkommer i mina dagliga sysslor.
- Jag känner ibland att jag måste vara litet bättre än andra för att duga inför mig själv.
- Jag har känt ett inre tvång att åstadkomma något värdefullt här i livet.

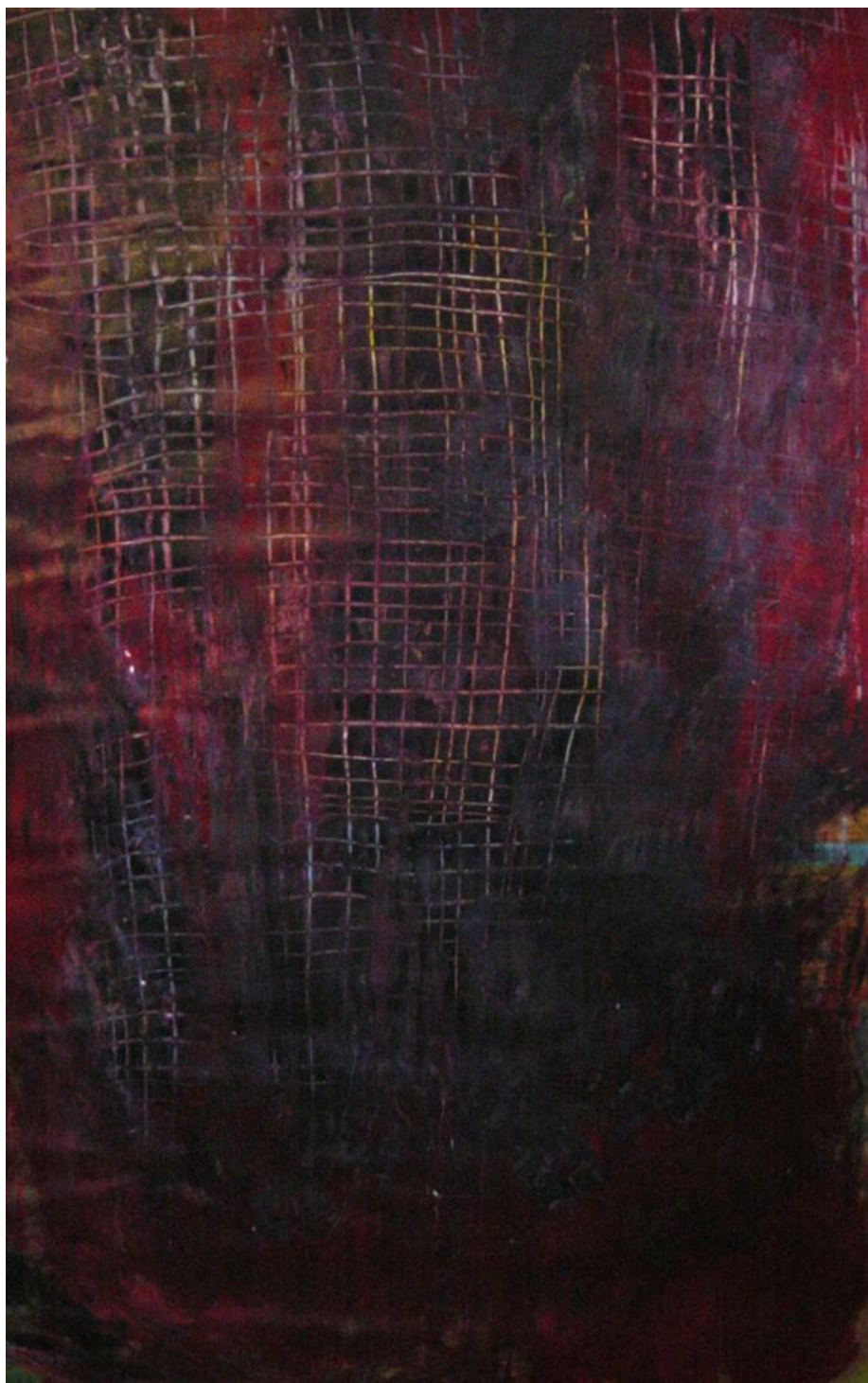
Marta Cullberg Weston beskriver i "Självkänsla på djupet" (Weston, 2007) att den som bär på en negativ självbild ofta inte vågar sätta sunda gränser eftersom individen har ett stort behov av att bli sedd som snäll och trevlig av omgivningen. Detta kan leda till utmattningsproblem av olika slag. När man däremot har en god självkänsla och tillgång till sina känslor har man också förmåga att sätta gränser.

"I och med att man känner en ny trygghet i sig själv brukar det utvecklas en naturlig gränssättning mot omgivningen på punkter där man tidigare kört över sig själv."

Vidare beskriver hon hur det under ytan ofta döljer sig ett inre barn som inte känt att det duger och en inre kritiker som driver den vuxna personen till övermänskliga prestationer. Individen försöker med prestationer bevisa att han/hon duger – utan att lyckas. Hur stor bekräftelsen från omgivningen än blir läker den aldrig det där inre hålet, som Marta Cullberg jämför med ett hål i en sked genom vilket berömmet snabbt rinner igenom när hålet i skeden inte är lagat.

"Det är vanligt att man hittar ett underliggande problem med en negativ självkänsla där personen på djupet inte tror att han/hon duger och därför sliter hårt för att täcka över detta skamliga tillstånd. ... en central del i utmattningsproblematiken är en oförmåga att sätta gränser både i förhållande till omgivningen och i förhållande till den inre slavdrivare som många bär på"

³ Utdrag ur PBSE-skalan enligt Hallsten (se bilaga i kapitel 13.313.3)



Figur 8: Prestationsångest, Angela 2009

Hur Uttryckande Konstterapi kan utgöra ett stöd för vårdpersonal i kris av Angela Rizzo

8. RESULTAT

Syftet med uppsatsen var att skildra hur Uttryckande konstterapi (UKT) hade varit till hjälp för vårdpersonal som haft psykiska symtom såsom depression och utmattningssyndrom. Djupintervjuer utfördes av fem individer som samtliga under en period deltagit i uttryckande konstterapi i grupp. Följande kapitel innehåller en redovisning av intervjuerna. Den omfattande texten som intervjuerna utgör har delats in i ämnesområden enligt följande:

- Sammanfattning av anamnesen
- Vad i terapin var verksamt
- Avgörande händelser i terapin
- Effekten av terapin

8.1 Sammanfattning av anamnes

Deltagare A: Kvinna, 50-årsåldern. Psykiater.

Deltagare B: Kvinna, nu ålderspensionär tidigare sjukgymnast.

Deltagare C: Kvinna, 50-årsåldern. Ursprungligen bildlärare, jobbar inom psykiatri

Deltagare D: Man, 50-årsåldern. Psykolog.

Deltagare E: Man, 50-årsåldern. Läkare, kirurgisk specialitet.

Alla deltagare utom B hade arbetat mer än tio år i sitt yrke. Tre personer arbetade inom psykiatriska sektorn och tre av de fem var nu yrkesverksamma. Samtliga hade varit sjukskrivna mer än tre månader under diagnosen utbrändhet/depression.

Två deltagare berättar om att de medicinerat med antidepressiva läkemedel, en har medicinerat med neuroleptika. Övriga har inte nämnt någon medicinering.

Två deltagare hade varit deprimerade tidigare i livet varav en beskriver ett tydligt årstidssamband. Gemensamt för flera av deltagarna är att de hamnade i kris med alla psykosociala områden påverkade. De upplevde att de inte kunde påverka det som hände dem. För tre av deltagarna framkom att arbetet och den belastning som rådde där var en bidragande orsak till insjuknandet och enligt deras beskrivning uppfyllde de kriterierna för utmattningssyndrom (se bilaga i kapitel 13.2.113.2.1). Hos tre individer fanns också en kraftigt ansträngd social situation med relationsproblem och stor ansvarsbörda. De hade en ansträngd arbetssituation och ett hårt ansträngt privatliv under flera års tid. Det kulminerade med en förlust i privatlivet som gjorde att de inte längre klarade av att uppfylla kraven på arbetsplatsen och det var först då de erhöll vård.

Flera deltagare fortsatte arbeta trots att de mådde mycket dåligt psykiskt. De agerade utåt sett rationellt och praktiskt. De tappade omdömet och blev allt mindre lyhörda på hur de själva mådde. När de till slut sökte hjälp så var de "duktiga" patienter och levererade lydigt anamnes och symtom till den behandlande läkaren. De berättade inte hur dåligt de egentligen mådde förrän de helt föll i bitar. De berättade inte heller om sin dödslängtan för sin behandlande läkare. Flera berättar om att när de sökte hjälp i primärvården uppfattades de vara i bättre skick än vad de själva kände sig.

"... jag blev bara sämre och sämre, till slut tog mina kamrater tag i mig och såg till att jag kom till Ersta. Jag hade ringt Ersta själv, för jag hade fått nys om det, och då sade dom "Men du låter inte deprimerad, vi lägger dig i väntekö. Ring igen"... Så ringde jag några dagar senare, "Men du kan väl höra av dig när du blir sämre."... Nej, det var tvärtom, så var det... Hur som helst, när jag blev sämre så kunde jag inte höra av mig... då ringde mina arbetskamrater... jag kom in dagen därpå" (D)

Samtliga beskriver att de varit likgiltiga till livet och haft en dödslängtan. Båda de manliga deltagarna beskriver sig ha varit suicidala och en av dem hade gjort ett allvarligt suicidförsök. Båda hade varit inlagda på psykiatrisk klinik i cirka en månad.

Fyra av deltagarna beskriver att de hade sömnproblem under en längre tid.

Deltagare C som innan insjuknandet varit kreativt aktiv beskriver att hon helt förlorade sin kreativa förmåga.

De två deltagarna som var ineliggande kom via arbetsterapin på kliniken i kontakt med UKT. De andra hade haft poliklinisk kontakt med psykiater på Ersta psykiatriska klinik och remitterats till UKT. Alla deltagare hade erhållit UKT i grupp. En deltagare hade parallellt gått hos en psykodynamisk terapeut i enskilda samtal helt skilt från UKT. Två deltagare hade efter gruppen gått enskilt i UKT hos samma terapeut som lett gruppen. Deltagare E beskriver hur det var att som läkare inträda i patientrollen, han beskriver en stark överklighetskänsla som att det som sker är ett sällskapsspel och inte på riktigt:

"... Det var ju en upplevelse för mig, för jag hade aldrig varit på sjukhus tidigare någon gång, aldrig legat inne. (Jag hade genomgått dagkirurgi vid ett tillfälle... det värsta jag har varit med om.) Så det här var en väldigt annorlunda upplevelse. När jag gick hit då och skulle lägga in mig, då var det som om man spelade monopol "Gå i fängelse, gå direkt i fängelse utan att passera gå" ungefär. Det var någon sån där känsla som kom för mig"(E)

8.2 Vad i terapin var verksamt?

Alla beskriver att terapin var väldigt viktig för dem och den betydde mycket för deras tillfrisknande. Flera beskriver terapin som en möjlighet att blicka inåt och lära känna sig själva på nytt utifrån det de varit med om i livet. Alla fem förändrade sina liv och ändrade sin arbetssituation efter sjukskrivningen.

De områden som deltagarna beskriver som verksamma redovisas under följande rubriker:

- Grupp-specifika faktorer
- Upplevelsen av att delta i uttryckande konstterapi
- Tidens betydelse
- Ramarnas betydelse

8.2.1 Grupp-specifika faktorer

Här har jag samlat de beskrivningar som har att göra med upplevelsen av att delta i gruppterapi.

”Vi fick en del scenarier vi skulle gestalta... för min del så var det en oerhörd skräck att behöva utsätta sig för det därför att jag var fullständigt övertygad om att ingen skulle vilja vara ihop med mig, vara partner med mig i en sådan övning... då höll jag på att svimma när hon presenterade den här övningen för jag tänkte att ingen kommer att vilja vara med mig. Och det tänkte jag utifrån att jag kan bli ganska kraftfull och det vet jag att jag pratade med terapeuten om då hon intervjuade mig inför gruppen att jag sa att tror du att jag kan vara med alltså om det kommer frågor vad jag har gjort så vet jag ju att ”psykiater”-folk tystnar, klinikchef- folk tystnar igen också min svada som ... men det gick jättebra faktiskt i gruppen, och det var ett genombrott att göra sådana övningar och få vara alldeles bara en i gänget. Jag undrar om jag nånsin i hela mitt liv har varit en i gänget.” (A)

”vi kunde möta varandra i den här gruppen med olika uppfattningar och att respektera varandras olika uppfattningar”(A)

”... att jag inte... jag inte är en omöjlig person varken personlighetsmässigt eller för mitt jobb, att ha i en grupp”(A)

Hon berättar vidare att hon valde att inte uppge sitt yrke som psykiater då hon befarade att detta skulle bli ett hinder för henne i terapin:

”Jag berättade aldrig i gruppen att jag var psykiater för jag tänkte att det är ... lär de känna mig så tror jag att man kan bortse från det men det finns så mycket fördomar och så mycket egna föreställningar så jag tänkte det skulle bli ett jättehinder så jag berättade det aldrig. Jag tror att de möjligen fick reda på att jag var läkare också men inte min specialitet. Jag vet inte vad de andra jobbade med heller...”(A)

Hur var det i gruppen, var det någon som visste vad de andra jobbade med eller vad man hade för yrke?⁴

Ja, en del berättade om det, och någon berättade inte om det. En valde att vara ganska mycket doldis, jag tror att hon kanske var läkare faktiskt, fast det är bara något som jag har fått för mig. (C)

”Vi var fem i gruppen. Man kände att man verkligen hade sin plats och när det var någon annan som hade sin plats så var det lugnt för min plats kom sen. Den formen var väldigt bra. Och gruppen var bra och blev bra, det var ingen som trampade på tårna eller trampade över någonstans, inte någon alltså! och då kunde man ju släppa på på ett annat vis. Vilken känsla det är när man släpper på sådan kontroll. Ja det var jätte härligt!” (A)

”Man kände att man verkligen hade sin plats och när det var någon annan som hade sin plats så var det lugnt för min plats kom sen).” (A)

A beskriver att hon kände sig trygg och viss om att det fanns plats och tid för alla. Tryggheten gjorde att hon kunde släppa på kontrollen och hon berättar att hon njöt av detta.

”Hon (terapeuten⁵) sa någonting, och de andra sa någonting, jag har glömt vad, men det landade så jättebra i mig och jag har känt mig så mycket helare efter det, faktiskt ”(A)

”Men, det var väldigt bra att börja i grupp för att man... när man bara slutar att fungera, då rycks allting bort under marken och så ser man andra personer som man tycker fungerar ganska bra då, fast man förstår att dom inte gör det, eftersom dom är sjukskrivna och går där, och se andra i samma situation, det har ju varit jätteviktigt. Så det var väldigt bra att vara i grupp.”(B)

”Ja, att vidmakthålla hoppet liksom, att man ska bli bra igen, att någon som håller i det liksom”(C)

⁴ Författarens fråga

⁵ Författarens kommentar

En deltagare berättar att han under en period målar otäcka blodiga bilder, han säger:
"det jag fick höra via terapeuten var att det gjorde väldigt starkt intryck (på de andra i gruppen⁶), inte minst för att jag vågade uttrycka det, för dom gick ju med liknande tankar också. Om det var lika gravt, det vet jag inte. På något sätt så blev det lättare för mig"(D)

han fortsätter:

"...men det fick ändå uttryckas och jag fick se att människor kunde engagera sig. Jag blir fortfarande rörd när jag tänker på det. Det jag säger, det var skönt att få struktur, det kändes tryggt, jag kände mig lite omhändertagen, tagen på allvar, så... validerad. (D)

"Dom (de andra i gruppen⁷) var oerhört omtänksamma. Vi gjorde ett teaterspel som vi gjorde väldigt starkt, dom var så engagerade, jag blev oerhört rörd. Det kunde jag aldrig tänka mig, så engagerade." (D)

"Det gick inte att i förväg veta exakt vad som skulle hända även om en del saker var återkommande, av uppvärningskaraktär. Det var också intressant... Jag kommer inte ihåg det här riktigt vad det var vi hade, men det här att vi kunde möta varandra i den här gruppen med olika uppfattningar och att respektera varandras olika uppfattningar. Det tror jag var en väldigt viktig ingrediens, som jag tror inte bara jag tyckte var viktig, jag tror fler tyckte det var en viktig sak. Och så talade vi öppet med varandra, det blev en större öppenhet i gruppen vad det led. Där var det också skillnad tror jag... vi är olika, och det fick vi vara."(E)

Samma deltagare fortsätter på ämnet om att de andra medlemmarna hjälpte henne att utvecklas:

"Jo, dom gör ju det, absolut. Det är att man kan känna igen sig, att det blir väldigt allmängiltigt det som sker i gruppen."(E)

⁶ Författarens förtydligande

⁷ Författarens förtydligande

8.2.2 Konst som psykoterapi

Här har jag samlat de beskrivningar som har att göra med upplevelsen av att delta i uttryckande konstterapi. För överblickens skull har jag samlat berättelserna utifrån om det handlar om konsten i terapi, upplevelse av musiken, upplevelse av bildkonst samt upplevelsen av specifika avgörande händelser i terapin.

Om konstens kraft i terapin

"Jag tror på de konstnärliga språkens helande kraft, absolut. Och nödvändigheten, i ett liksom jättefyrkantigt samhälle" (C)

"... jag, att jag hade inte kommit någon vart med mig själv om jag hade gått i en pratterapi. För, jag är verbal, jag är psykoterapiutbildad, jag är van att sitta med människor och arbeta med ord på det sättet och jag hade på tok för mycket skall jag säga snyggfärdiga svar det hade inte berört mig, det hade inte kommit någon vart. Och här gick jag bakom allt det och in i en helt annan form både med kroppens rörelser och med öronens njutning av musiken och med ögonen på vad de andra hade gjort och med händerna och ögonen på vad jag själv producerade för någonting. Det gjorde att det kom åt bakom det där som ju nästan hade hunnit bli till någons lags pansar för att jag överhuvudtaget skulle överleva."(A)

"... och för mig har det alltid varit viktigt att möta personen därför att det andra det är tillstånd, och det, det skall jag använda min kunskap att försöka hjälpa till så gott jag kan men att möta personen är grunden för att den här människan skall ta sig ur det här läget. Och att möta personen är också grunden för att den här människan ska investera tillräckligt mkt i mig för att göra som jag säger, om jag har någonting att komma med. Så det är A och O i jobbet och det tror jag att just den här konstformen eller jag menar den här terapiformen öppnar upp en på ett sätt som man inte riktigt har lärt sig hur man försvarar sig emot."(A)

"... ord täcker ju inte upp hela det, för dom räcker inte riktigt till. Och det behövs ju så himla många ord också. Och en del tror också, bara för att man är van att hålla på med bild så kanske man kan slingra sig ur det där, men jag tycker inte att det har varit så, utan det har nästan tvärtom varit så att jag kan göra bilden väldigt snabbt, sätta igång, kan få fram snabbt det jag vill säga – just då. Jag tycker inte att det har varit ett hinder för mig."(C)

"... och just detta att det inte var en samtalsterapi... Det var jätteviktigt! Alltså jag hade kunnat prata omkull viken terapeut som helst, för jag var verkligen hur... tillbakatryckt in i mina egna försvar som tänkas kunde... Jag var så tillbakapressad i mina försvar så det hade inte nått mig via prat."(A)

"Det här var ett visualiserande, man använder sig av andra sinnen och aktiverar andra dimensioner än bara sitta och prata om samma sak hela tiden och någon lyssnar. Så det var att föredra."(D)

Hur Uttryckande Konstterapi kan utgöra ett stöd för vårdpersonal i kris av Angela Rizzo

"... och så är det någon som förstår min utgångspunkt. Eftersom jag är ganska visuell och funkar på det sättet, som ser dom poetiska kvaliteterna också, annars kan man ju mötas av total oförstående inför hela den delen. Om man är en person som liksom är ganska genomsyrad av det på något sätt då blir man ju sedd som det också. Det kan man inte bli av någon som aldrig har varit inne i det området, som inte har sett den delen, för dom kan inte heller se vad man gör och då kan jag utgå från att den personen ser ganska mycket vad jag ser, och vad jag uttrycker framför allt."(C)

"... det är där (i konsten⁸) man känner sig förstörd också. Om man är lite höger hjärnhalv-person. Och det på något sätt har varit den delen av mig som har varit mest oförstörd medan jag tycker att vänster hjärnhalva blev alldeles förstörd till slut, jag kunde inte tänka en rak tanke."(C)

"... så att det som egentligen konsten gjorde, det var väl att den gick vid sidan om orden också på ett sätt som var befriande för mig. Jag kunde inte värja mig lika mycket. När jag skulle rita ett ställe som jag kände mig hemma, så kunde jag inte värja mig på samma sätt som om jag skulle ha beskrivit det med ord. Jag kunde ha beskrivit det med ord så att du kanske hade trott att det verkligen var känt ända inifrån hjärteroten, men det hade inte... Jag hade haft koll på det. Jag hade inte bjudit på lika mycket. Jag hade inte varit lika öppen och sårbar."(A)

Om musiken

"Sådan här musik (hon syftar på klassisk musik som är på i bakgrunden⁹) eller sån som terapeuten spelar ganska mycket på konstterapi, Enya och de där olika... alltså de tar en annan sida hos mig de tar fram det lite mer det mellankoliska det vemodig lite ... då kommer jag i kontakt med sorgen och det är klart att jag har en hel del sorg över att livet behövde bli så här jävligt som du hört under ett antal år. Och det är inte alltid jag vill det. Det är liksom en dörr som det kan vara rätt skönt om den kan bara få stå på glänt ibland och inte vidöppen."(A)

En deltagare beskriver här sitt motstånd till musiken och hur det förändrades under terapin:

"jag kan inte lyssna på musik, jag kan inte spela ett enda instrument, jag kan inte ta en ton. Mina bröder som är två till antalet, dom är fantastiska på både sjunga och spela och jag har inte fått ett skvatt av det. Men jag står inte ut med att lyssna på musik... först nu... jag måste säga nu, för bara några veckor sedan har jag börjat lyssna, men bara är min man är hemma. Att jag ska sätta på radion när jag är ensam det finns inte i min värld.

⁸ Författarens förtydligande

⁹ Författarens kommentar

Har det alltid var så för dig med musik, att du inte tycker om att lyssna alls?

Jag har inte tålamod, jag blir irriterad. Den enda musik som jag kan lyssna på, det är klassisk musik utan att bli irriterad, men det hör inte till mina vanor, jag har aldrig gjort det.

Hur var det i terapin, för jag gissar att terapeuten hade med sig musik ibland.

Men hon hade bra musik, härliga änglamusiken, du vet, sån där avkopplande musik. Och då i den miljön och i samband med allt det här andra var det perfekt, så jag uppfattade det inte som musik så, du vet. Alltså, jag avskyr inte musiken, men jag tycker inte särskilt om den.

Kunde du tycka om och njuta av det då?

Ja, absolut. Jag köpte till och med skivorna som hon hade, ett helt gäng, och jag lyssnar... inte ensam, men ihop med min man.”(B)

”Ja musik har betytt en del i det här också, det har det gjort. Och speciellt en låt som jag har lyssnat på många gånger.

Som har tryckt på någon knapp?

Ja absolut, som har varit väldigt hållande.

Hittade du den i terapin?

Ja det gjorde jag faktiskt.”(C)

Om bildkonsten

”Jag har gjort liksom dom fula bilderna och sånt också. Däremot så kanske jag är mindre rädd för fula bilder, både genom mitt jobb och mitt eget liv. Jag tror att konstnärer överhuvudtaget dom är mycket mindre rädda för fula bilder”(C)

”det var ett stort intresse att egentligen bara finna den rätta kulören, det kunde man ägna lång tid åt”(E)

”När jag var kanske 17, 18 så där, 19 kanske, då målade jag någon enstaka tavla så där, men det var mest för att jag inte visste vad jag skulle göra av mig själv. Just då hade jag inte något att göra.”(B)

8.2.3 Ramar

Ur materialet framkom att förekomst av fasta, tydliga ramar, regler och upprepningar var av vikt:

"När jag åkte hit så gick jag ner i mig själv på bussen, såg jag inte dem jag mötte här på vägen när jag gick bort till Ersta. När jag kom in och satte på mig mina tofflor och så, så var jag in ett annat rum, i en annan värld. Efteråt likadant, att det behövs verkligen det utrymmet."(A)

"... men, den (uttryckande konstterapi¹⁰)kräver sitt utrymme alltså, den kräver en setting som... alltså ett sammanhang som åtminstone gör att såna här människor som jag kommer ner i varv tillräckligt för att komma i kontakt med det där(kreativiteten¹¹). Den enda andra gången jag gör det, det är när jag under en kongress går in i ett museum och hittar någonting som tar mig med storm. Och det är ju för att då finns utrymmet, jag är i en främmande stad, min familj är inte med, min mamma kan inte ringa mig, min dotter kan inte ringa mig... Det är ingen patient som står och stampar, och jag har inte 15 journaler jag borde ha gjort klart... ska man gå med i en sån här grupp då ska man gå dit varje gång. Man får vara döende, men annars ska du gå dit..."(A)

"Ja, just det, och ha den regelbundna kontakten... det är nog snarare kontinuiteten, att ha det stödet. Det stödet och den regelbundenheten, tror jag."(D)

"Det kändes tryggt. Det var i första hand det. Jag hade någonstans att ta mig. Det blev lite struktur på veckan". (D)

En av deltagarna beskriver upplevelsen av att delta i en grupp där man målade under tystnad så här:

"Det var fantastiskt för det var ju ingenting som jag har ägnat mig någonsin åt tidigare i mitt liv. Jag har alltid antingen jobbat eller pluggat hela mitt liv, jag har aldrig haft tid med sånt. Och den gruppen var så att man skulle inte prata någonting, utan... Det var helt fantastiskt. Man skulle inte prata någonting. Det tog ett tag för mig att inse det, för jag är rätt pratig och så, och var ännu pratigare då. Men så sa man att här sak vi vara tysta. Och det var fantastiskt."(B)

¹⁰ Författarens kommentar

¹¹ Författarens förtydligande

8.2.4 Chronos

Flera påtalade också vikten av att terapin fick ta tid, både vad gällde varje sessions längd och, att terapin fick pågå under en längre period.

"...Det var också en sak med den här konstterapi som var väldigt välgörande för mig, det var inte 45 minuter, för det hade jag inte hunnit ställa om på, utan det var ett längre pass..."(A)

"Ja, det har väl varit mycket att bli sedd som den slags person som jag är... och att hon (terapeuten¹²) förstår rätt så väl det jag har varit utsatt för i jobbet. Och sedan har jag även haft något privat som jag igenom som var jättetungt alltså, så att... att man har fått sörja, och framför allt att det har fått ta den tid det har tagit."(C)

"Det fick ta den tiden... Det är ju otroligt i dagens samhälle. Det är knappast man tror att det är sant... Det känns som att jag har fått den tid jag behöver."(C)

"... att man har fått sörja, och framför allt att det har fått ta den tid det har tagit." (C)

8.3 Avgörande händelser i terapin

"Jo, en bild... eftersom du frågade, det var inte den som tog mig mest med hjärtat så där, men det var en bild som jag gjorde, där man vandrar ut i livet med en liten ryggsäck. Och så ritade jag stegen så här, och så var det faktiskt 56 steg och jag var 56 år, det tycker jag är otroligt."(C)

"... sedan var det några sådana här genombrottsgrejer också när vi skulle rita, vi skulle rita var vi kände oss hemma. Och jag kunde inte rita det utan det blev för mig en tredelad teckning där en bit var xxxx och en bit var xxxx¹³... Det är där som färgerna och dofterna gör mig... Jag känner mig hemma där. Och den tredje delen var då mitt eget liv eller vad man skall säga. Då var det en sådan där riktig genombrotts upplevelse i pratet efteråt, när de andra skulle kommentera, så var det ju läskigt varje gång..jätteläskigt...men samtidigt så...terapeuten fixade att hålla det där på en sådan nivå att man ändå kände sig trygg. Gruppen var bra också... den blev bra. Då fick jag en sådan där riktig aha-upplevelse..."

"... så var det någon som frågade mig "Hur mår du idag, hur känner du dig?" Och jag svarade ungefär som jag kände mig "Jag känner som ett plankton i en ocean, lite på drift i ett ganska stort någonting ... på vägen hem så hade jag den där bilden i huvudet av plankton i oceanen, och så tänkte jag: Ja, jag ska försöka måla den bilden. Om jag kan tänka den och se den framför mig då kan jag lika gärna få ner den bilden på papper på något sätt.", så då

¹² Författarens kommentar

¹³ deltagaren nämner två geografiska platser

bestämde jag mig för den här målarverkstan och inte snickarboden som jag skulle besöka. Så, så var det". (E)

"Det var det som var något av det roliga just med dom här... i terapin, att där kom det ju på något sätt fram ett motiv i det här vi höll på med på olika sätt, och så fanns det här motivet och då blev det hos en givet. Det var inte fotografi"(E)

8.4 Effekten av terapin

Här samlas de citat som handlar om vad terapin har betytt för deltagarna och vilken skillnad den gjort i deras liv. (Fråga 4: Vad betydde terapin för dig? Vilken skillnad gjorde den? Fråga 7: Har du nytta av UKT idag? Hur?)

" ... det är ju så när man ritar, det blir ju bara som det blir. Det är också ruskigt befriande det här att kliva över sina egna gränser. Att faktiskt rita fast man inte känner för det, inte tilltror sig att kunna producera någonting att, man kommer få kritik, de andra ritar mkt bättre, allt sådant lyckades hon (terapeuten¹⁴) skala av, jag vet inte hur hon gjorde, men hon lyckades skala av allt sådant."(A)

"... och naturligtvis har det gått... jag tror att det värdefullaste man får det är att få stöd för självförtroendet, så att det inte försvinner helt och hållet. Jag tror att det är den allra största nyttan (med terapin¹⁵)." (C)

"Tja... alltså jag tycker att det var bra det jag fick av terapeuten. Det gav mig någonting. Det är svårt att vara konkret och säga... Det blev någonting som jag använder mig av idag. Det kanske inte behöver vara så att jag ska väga och mäta varje sak liksom, utan det kan få vara som det är lite grand. Lite oformligt eller diffust i kanten och det är okej. Men det har givit väldigt mycket, tycker jag och jag kan hoppas att fler får möjligheten att få tillgång till någonting liknande." (E)

"då sitter jag bara och så andas och blundar, och så bara är. Så jag har väldigt lätt för det nu igen, tack och lov. Och det är mycket tack vare terapin där borta som jag återupptäckte det här."(D)

En deltagare beskriver att hon nu har mer energi:

"... jag tycker att det har hänt väldigt mycket och jag har sedan dess inte kroknat fast jag har det fullständigt överjävlig situation på jobbet, det går inte att använda något annat ord."(A)

Hon fortsätter med att beskriva att hon nu är mer lyhörd på sina egna behov och också tar mer hänsyn till dem.

¹⁴ Författarens förtydligande

¹⁵ Författarens förtydligande

"... jag tycker också att jag fick en helt annan ... ska jag säga ... jag gör mer medvetna val nu vad jag egentligen ställer upp på och inte ställer upp på. Det är inte lika ovillkorligt att jag måste om ingen annan orkar, utan jag tänker mig för lite mer och jag tänker vill jag det här eller vill jag inte. Orkar jag det här eller inte? Och det är konstterapiens förtjänst..."(A)

Samma deltagare beskriver att hon i samband med sitt insjuknade behövde få tillåtelse av sin läkare innan hon lyssnade på sina egna behov:

"... och det kändes så skönt när läkaren sa: "- nu är det dags att sätta stopp, nu är det dags för dig att börja ta hand om dig, det får man faktiskt göra! Jag minns att hon sa så: - det får man faktiskt göra"(A)

Flera deltagare tar upp att de lärt sig att sätta egna gränser och är mer lyhörda på sina egna behov:

"Jag har i alla fall lärt mig mycket att säga nej i alla fall, att sätta gränser har jag lärt mig"(B)

"Jag är så otroligt stolt när jag kan säga nej. Inte att jag vågar säga, det är inte det, utan att kunna avstå det"(B)

"Jag tror att jag har en förmåga att lyssna på... jag skulle kunna säga "min verkmästare i magen" nu och ta intryck av vad han säger eller för att knocka honom om han ger sig till känna. Det tror jag är en skillnad." (E)

Flera av deltagarna beskrev att de i livet haft ett uttalat prestationskrav vilket styrt dem mycket. Några beskriver hur UKT förändrat deras syn på kreativitet och skapande.

"Jag gick någon dansskola när jag var 11-12 eller vad jag var, men jag har aldrig känt mig som någon dansör, tvärtom mer som en elefant... Men det handlar nog mycket om självförtroende också. Jag tycker att ska man göra något så ska man göra det bra, annars kan man låta bli. Så jag har nog höga krav på mig själv som kanske har gjort att jag inte har kunnat njuta av dans på ett sätt som man skulle kunna göra " (E)

"Så här är det, genom årens lopp så har jag egentligen haft lätt att få intressen. När jag gick på gymnasiet då var det fiske som spelade en roll för mig. Det var det enda jag gjorde, jämt och ständigt året runt, överallt. Och tävlade. Sedan kom det en period där jag spelade dart väldigt mycket och tävlade i det. Sedan valde jag att spela bridge. Ganska olika saker egentligen. Men alltihopa var från början kul grejer som sedan liksom har blivit mer och mer allvarsam och sedan gått över till tävlingsverksamhet s.a.s., och då har hela glädjen gått förlorad."(E)

”Det är ju två saker, dels att från början när man blir intresserad av någonting så vill man gärna hålla på med det, håller man på med det då blir man lite bättre, och blir man hyfsat bra... ja och det finns en tävlingsverksamhet, då blir man engagerad i det och vill mäta sig med andra.” (E)

”... men just detta att man (i terapin¹⁶) kunde ägna sig åt detta i den takt man ville själv. Dom där timmarna som man satt där gick ju väldigt fort, men hade väldigt lite egentligen för sig. Där kunde vara... det var ett stort intresse att egentligen bara finna den rätta kulören, det kunde man ägna lång tid åt. Det var ändå ganska fantastiskt, ganska olikt mig som person, också med tanke på att jag egentligen aldrig har känt mig som någon konstnärligt inriktad person.”(E)

”Jag älskar att skriva, men jag tycker inte att jag har något att skriva om, alltså jag har ingenting. Och jag har alltid sagt att journalist är jag gärna för då vet jag vad jag ska skriva om, dit ska du och det och det ska du göra, och så gör man det, och då är det inga problem. Jag älskar verkligen att skriva, både att formulera, disponera och själva det här arbetet med händerna och fingrarna. Alltså, jag bara älskar. Men jag har ingen som helst egen fantasi. Jag skulle aldrig kunna skriva böcker. Jag beundrar folk som har det. Och det skulle vara så roligt att ha, för jag skulle gärna vilja skriva som så, men jag har inget att skriva om. Då säger många ”Men skriv om ditt eget... ”, men vem bryr sig, vem är det som vill läsa det? ”Jo dina barnbarn.”, men det tror jag så mycket jag vill på, det tror jag inte. Nä, jag tycker inte det är tillräckligt intressant... så jag skriver inte.”(B)

”... och det har jag lärt mig på Ersta också, på något sätt att ta till mig bara för att jag tycker det är kul, och det är så otroligt länge sedan, inte sedan jag var barn har jag gjort någonting som bara var kul, inte som jag kommer ihåg.”(B)

En deltagare har mycket tankar runt de psykologiska försvaren och hur de påverkas av UKT och hur hon har nytta av dessa lärdomar i sitt yrke:

”Man har mycket mindre försvar och mycket mindre... alltså, det blir ju en chans att bli integrerad på ett sådant sätt att man håller för att faktiskt vara naken och öppen inför en annan människa. Vilket är förutsättningen för mötet. En gång om dagen blir jag ju utskälld, det hör också till mitt jobb . Folk som är besvikna för att jag inte ger dem den där mirakelmedicinen som de borde få för att den är jättebra, eller systemet som jag representerar som de har farit illa i... Det gör ju att situationerna är så många där försvaret kan byggas upp, tidspressen, det emotionella trycket i den här typen av jobb etc. Allt detta bygger upp försvaren och jag tror då att hos läkaren är det framför allt det verbala... jag lär mig att låta verbalt skäll rinna av mig och jag är rädd för att jag också lär mig att låta andra

¹⁶ Författarens förtydligande

verbala saker rinna av mig. Och eftersom de här andra signalerna dvs. mötet med en annan person på maggropsnivå är så mycket mer hotande och är så mycket svårare så därför tror jag man behöver den här typen av terapi för att bli så hemma hos sig själv så att inte det blir farligt heller. Så tror jag”(A)

”Försvaren är ju som jag ser det en struktur som man har för att klara sig för angrepp men också för att kunna våga kliva utanför sig själv och så. Och det bästa försvaret på jorden det är flexibelt och nyanserat. Det är inte antingen eller! Utan det är flexibelt och nyanserat. Ska man ha ett flexibelt och nyanserat försvar så måste man jobba på det . Ett flexibelt och nyanserat försvar gör ju att man har någon form utav möjlighet att använda sig, att vara avspänd, att man kan lita på att det är ganska OK vad som än händer... dör jag inte... eller jag kan hålla i mig, jag blir inte taskig tillbaks, eller så. Och då tänker jag att det som konstterapi... från grunden har jag med mig en förmåga att hålla ifrån mig vad som är mina problem och vad som är andras problem, annars hade jag inte valt den här specialiteten. Från början har jag också med mig en förmåga att ... alltså jag är värdestyrd... om jag känner att jag har gjort vad jag kan, då kan jag släppa det. Det har ju varit en bra hjälp när man jobbar med suicidala patienter, när man går ut genom dörren så vet jag att jag har varit intresserad, jag har varit nyfiken, jag har varit lyhörd, jag har varit professionell, jag har använt min kunskap. Jag tror att den här människan kommer at överleva tills vi ses nästa gång. Då ligger inte jag hemma och grubblar på det. Då släpper jag det. Och jag tror att konstterapi har ytterligare förbättrat den typen av försvar, gjort mina försvar ännu mer nyanserade och flexibla på det sättet att jag är ännu säkrare på vad som är jag och ... att jag kan hålla isär oss. Vad som är mig och mitt och vad som är patienten.”(A)

Hon fortsätter med att beskriva behovet av att i yrket kunna härbärgera obehagliga känslor: ”... och någonstans måste vi ju hålla... hålla gränsen också till patienterna. Patienterna kan ju inte alltid vara gränserna, utan vi måste ju hålla gränserna på något sätt. Om någon kommer in och gråter hejdlöst åt mig så är den personen inte hjälpt av att jag också börjar gråta, utan jag måste hålla för det helt enkelt. Och det gör ju också att man kan förstå dom där som blir cyniker, men eftersom jag tror att det blir sämre psykiatri utav det, det blir sämre... patienten får med sig mindre än dom får om dom faktiskt möter en någorlunda vettig människa, också utöver att få sitt recept eller att få sin remiss.”(A)

”En utav dom stora utmaningarna i mitt jobb det är faktiskt att inte kunna göra någonting, att faktiskt stå ut med att jag inte kan göra mer än vad jag har försökt.” (A)

Och om vad som sker då man inte klarar det:

”... och ingen talar heller om vad priset är om man själv löser det. För då har vi det där som vi pratade om, att man stänger om sig, man tar ett steg tillbaka, eller man blir cynisk.” (A)

Hon beskriver vidare hur hon tycker sig i jobbet ha nytta av det hon lärt i UKT:

”Men det här med att mötas, människa mot människa och våga bjussa på det, det är sällsynt! Det är därför jag tror att man behöver ha något annat än prat och det är också därför jag tycker att jag har haft nytta av terapin i jobbet också för att få kontakt med ... vad skall jag säga ... får på djupet inom mig själv acceptera att jag får va precis som jag är gör ju att jag kan mkt mer avspänt möta en annan människa. Jag vet vem jag är, och det är OK att jag är som jag är och när jag då möter dig eller någon annan som mår sjukt så är det OK på ngt sätt, va. Man blir mer, mera hel och mera öppen. Mindre försvarsinställd, mindre lätt att underminera.” (A)

8.4.1 Relationen till arbetet

”... en till sån där myt som finns kring doktorer, och som jag tror vi själva underhåller, att vi behöver ingenting. När jag läste och vi skulle gå in på IVA, så behövde vi inte ha tossor på oss. Jag minns det som ett sånt här flagrant exempel på ”Förlåt, är jag bakteriefri för att jag läser medicin?”, och det finns alltså inbyggt tycker jag i sjukvården någon slags gräddfil för doktorer, som gör att vi är aldrig riktigt likadana som dom andra. Det är väldigt mycket på ont. Alltså, just det här att man aldrig kan sätta stopp eller säga nej”, utan man är tvungen hela tiden i vissa sammanhang... så är det med andra specialiteter också, fast det är andra exempel. Det att vi inte själva kan sätta stopp, gör ju att vi själva också måste på något sätt blåsa upp oss lite för att orka... det ingår på något sätt i konceptet att vi är bakteriefria och vi behöver heller ingenting. Vi behöver absolut ingenting, inte ens raster”(A)

”När jag var färdig sjukgymnast och fick min andra, tredje patient och såg att jag kunde göra någonting för människan som har ont. Alltså det var otrolig upplevelse så jag ryser fortfarande vid tanken”(B)

”Att jag kan det här och med så få medel och så lite som jag egentligen har gjort för det här. Det var fantastiskt”(B)

En deltagare säger följande om hur hon tror att UKT skulle kunna gagna vårdpersonal:

”Läkare är hårt skolade från begynnelsen i att vara kapabla och att vara görare, och är väldigt dåliga generellt på att bara vara. Därför tror jag att man skulle kunna ha väldigt stor glädje av uttryckande konst, men man måste få med folk på noterna. Man måste presentera det som en personlig handledning, inte en yrkeshandledning snarare. Och så tror jag att man måste ha ramar runt omkring, att man åker ifrån någonstans, och att det är tillräckligt lång omställningstid, att passet i sig är tillräckligt långt... Sedan kan man säkert ha det glesare, dom flesta kan säkert haka på där dom lämnade förra gången. Men man måste nog ha allt det där och så definiera det på ett annat sätt tror jag”(A)

Deltagare C svarar på frågan om uttryckande konstterapi skulle kunna vara till nytta för vårdpersonal:

"Man skulle kunna ha det som friskvård. Alltså, inte bara motion, man skulle lika gärna kunna ha det som friskvård också. Fast det är ju en timme i veckan som man får, så det är ju lite lite. Och så kan man ha det som handledning... Om man hade en sådan handledning så tror jag absolut att det skulle spela roll..."(C)

8.4.2 Om konsten idag

Deltagare A beskriver hur olika musikstilar väcker olika känslor hos henne; hårdrock ger henne energi och möjlighet att komma vidare då hon krokmar, samtidigt som klassisk musik väcker melankoli och sorg.

"...Min favoritmusik är hårdrock. Det lyssnar jag på väldigt gärna. Ibland sådana där tröga dagar då jag går till jobbet och bara känner att "åh skall jag orka idag" då lyssnar jag på Metallica så då lyssnar jag på dem en stund och det ger mig... det ger mig liksom kraft på något sätt....det gör något med mig, det gör något riktigt avspännande, avslappnande, rensande. Det blåser ur skallen på mig på ett sätt som är oerhört energigivande...och jag är väldigt trygg med hårdrock, jag är helt trygg med den. Den tar mig inte "of guard" på något vis, den får gärna göra precis vad den vill, jag behöver inte dosera den. Det händer inget negativt..."(A)

hon fortsätter:

"... faktum är att jag är med i en mejlkör. Dvs. det dimper ner ett mejl från min kyrka, och då ska vi sjunga, då övar vi några gånger och sedan sjunger vi upp. Sedan är det tyst ett tag och sedan dimper det ner ett mejl igen. Det där gör... jag tror inte jag har uteblivit en enda gång, utan då lyckas jag på något sätt göra mig fri och går på övningarna och är med på uppsjungningarna. Därför att det ger så kolossalt mycket... Jag har också sjungit med i några stora uppsättningar som har gjorts kring jul och nyår, då vi t.ex. har sjungit Juloratoriet eller Messias eller... Mozarts Requiem var det senaste. Då har man några stycken övningar och så är det en jättekör och så är man bara med och får stå på av att man är en av 200 och sjunga. Sånt kan jag leva på länge. Men jag kan också leva på att gå på konsert. Det kan jag också leva av... det händer mycket inuti mig som är gott..."(A)

Deltagare B beskriver hur hon så småningom efter sin sjukdom kunde börja återta sitt intresse för teater:

”Och sedan dessutom återupptäckte konsten, för jag tycker om vackra saker och har alltid gjort det. Tavlor har jag gärna tittat på, om jag inte behövde gå med någon som vill se annat än jag. Alltså, om jag själv skulle gå... Jag gick inte på museerna, men på Waldermars Udde gick ofta t.ex. och Liljevalchs. Så det hände innan sjukdomstiden. Det var också någonting som kom i samband med Ersta, att jag började titta på utställningar i tidningen, jag började läsa tidningar igen, som jag inte har gjort på hela den tiden, tittade efter utställningar och... Ja, jag var ute på Waldermars Udde, det hände till och med med barnbarnet en gång. Även det har jag fått... det har gett mig mycket, för det håller mig flytande nu; konsten och litteraturen och allt det där. Hade jag inte fått tillbaka det, och det tror jag inte att jag hade fått utan Ersta verkligen, så hade jag inte vetat vad jag skulle göra nu (när hon är pensionär¹⁷)... och vad teatern beträffar så är det bara underbart... Jag kan sitta där innan ridån går upp, då kan jag bara sitta där... Jag vet inte hur jag ska vänta tills det börjar, så känns det. Och jag går en gång i månaden, ibland två gånger i månaden beroende på, det är så många fina pjäser så man kan inte låta bli att gå nästan.”(B)

En annan deltagare beskriver vad skapandet innebär för henne:

”Det är mitt sätt att liksom ha det bra” (C)

En av deltagarna går regelbundet på diskotek och dansar:

”ingen foxtrot och ingen frigörande dans eller... utan det har blivit ... det är ett sätt att uttrycka min kropp på.”(D)

En annan deltagare beskriver på följande sätt vad konsten betyder för henne:

”Skönhetsupplevelse, om jag tittar på tavlor. Om jag läser så är det att jag kommer in i en annan värld, inte flyr – som man kan göra – och som jag kanske gjorde i början när jag började. Jag kommer ihåg, det var Utvandrarerna, Invandrarerna och vad dom heter, som jag började att lyssna på, då kände jag mig så skön... då var jag inte i mitt kök utan jag var där. Men nu är det inte så längre, utan nu är det bara en input som är behaglig, perspektivet... mina perspektiv ökar på något sätt.” (B)

¹⁷ Författarens förtydligande



Figur 9: En röd önskan i mitt hjärta, Angela 2006

Röd önskan

*En röd önskan bor i mitt hjärta.
Jag bar den på mina händer och ingen såg den.
Jag ropade ut den på torgen och ingen hörde den.
Jag gav den var kväll åt solen att den skulle brännas till aska.
Jag kastade den utför bergen,
glödande som en bärnsten
såg jag den falla i rymden,
smulas sönder mot jorden.
Men alltid kom den tillbaka, kom
för att bo i mitt hjärta.*

*Allting kan hända mig nu:
glädje bränna min själ,
sorger svepa över mitt liv,
vänner komma och gå.
Mitt hjärta har en röd önskan.
Jag kan inte gömma den,
kan inte ge bort den,
kan inte kämpa emot den mer.*

Ebba Lindqvist

9. DISKUSSION

9.1 Urval, metodval, felkällor

Urvalet gjordes utifrån de kriterier som angetts i kapitel 5. Ett kriterium var att man skulle ha avslutat kontakten med kliniken. Detta kan förstås innebära att jag intervjuat personer som haft god effekt av terapin och tillfrisknat. Eventuella patienter som behövt ytterligare och längre kontakt har inte blivit aktuella för intervju. Detta är en felkälla som inte gick att undvika då det var ett krav från behandlande klinik.

Att jag valde att använda mig av djupintervjuer gav deltagarna möjlighet att uttrycka sig fritt och det genererade ett stort material att bearbeta. Efter att först ha samtalat med deltagarna och hört dem berätta sina livshistorier blev det ett spännande arbete att i lugn och ro läsa våra samtal. Deras berättelser trädde då fram på ett nytt sätt. När jag senare, efter att ha fördjupat mig i litteratur och teorier, återkom till deras berättelser hade de ytterligare fördjupats. Jag ville undvika att rubricera berättelserna då jag ville lämna åt läsaren (och berättaren) att avgöra vad som var innehållet. Att helt undvika ämnesindelningar var dock omöjligt då materialet var så omfattande. Därför införde jag de ämnesområden beskrivna i kapitel 6 som fick utgöra rubriker under vilka jag redovisade delar av intervjuerna. Min subjektiva upplevelse av samtalet, texten och de böcker och teorier jag läst har sannolikt påverkat mig i dessa tolkningar och indelningar.

9.2 Vad i terapin var verksamt?

9.2.1 Gruppspecifika faktorer

I kapitel 8.2.1 återges deltagarnas beskrivningar om hur de upplevt att vara delaktig i gruppterapi. Enda syftet med att skilja ur medlemmarnas "grupp-upplevelser" från deras "konst-upplevelser" var att göra materialet hanterbart. Att försöka härleda specifika effekter till den ena eller den andra av dessa "ingredienser" i terapin var aldrig målet. Ju fler gånger jag läst deltagarnas berättelse desto tydligare blir det att de olika ingredienserna flätas samman och förstärker varandra. Gruppen möttes och kommunicerade med sina sinnen genom konsten och de delade det imaginära rummet. Det implicita som uppstod mellan individerna och i gruppen blev i konsten synliggjort och kunde därmed främja utveckling. Detta framgår av flera av deltagarnas berättelser.

De möten som gruppen hade var sinnesmedierade, implicita upplevelser och det är erfarenheten av att vara med om detta i grupp som citaten i kapitel 8.2.1 handlar om. Det framgår att gruppsammanhållningen upplevs som verksam av alla deltagare. Min egen erfarenhet är att de gemensamma konstnärliga upplevelserna förstärker och skyndar på utvecklandet av ett "grupp-vi".

I "Art as Medicin" skriver Shaun McNiff följande om delandet av konsten:

"returning to the specific qualities of a painting will restore a deeper, more immediate sense of relationship. The other person helps me to concentrate on the presence of the image, which, as mutual object of concentration, becomes a link between us. Intensifying my focus on the image actually helps to deepen my relationship with the other person."

(McNiff, 1992)

Man kan ur deltagarnas beskrivningar se att möjligheten att få dela sin historia, att få ge utlopp för det man känner, ansågs ge lindring och hjälp. Att få undersöka hur man uppfattas av andra utanför sin yrkesroll och utanför sina vanliga attribut är en annan faktor som omnämns. Även här spelade de konstnärliga inslagen stor roll. Till hjälp var också att bli varse att man inte är ensam om att ha problem och att det finns andra som också lider. Att deltagarna fick "klä av sig" sina yrkesroller och fick möjlighet att möta andra människor "yrkesnakna" utan att gömma sig och hindras av sin yrkesroll medförde stora möjligheter att möta sig själv på ett nytt sätt. Gruppen gjorde det möjligt att få detta speglat i andra och se hur de upplevde den "pånyttfödda" personligheten som kom fram. Flera deltagare beskriver också att de utvecklade en trygghet och tillit till gruppen och att de inte upplevde någon konkurrens vilket var en ny erfarenhet. Man beskriver också lätnad av att se att man inte är ensam om sina upplevelser. Vidare förekommer skildringar om respekt och omtanke i gruppen.

Medlemmarnas ord stämmer väl överens med Yalom's beskrivning av vad som är verksamt i en grupp (Yalom, 2005).

Det framkom att deltagare (A) hade en hel del föreställningar och erfarenheter om att inte kunna bli mottagen i grupp om hon var öppen med sin yrkesroll. Jag menar att det var viktigt för (A) att möta gruppen utan att vara identifierad med sin yrkesroll, kanske var det till och med en förutsättning för att de kurativa faktorerna skulle kunna fungera. Att ha en stark identifiering med sin yrkesroll, (vilket många doktorer har inte minst pga. av att utbildningen tar så stor tid i anspråk av de år då man formas till vuxna människor) kan alltså göra att man ofrivilligt ställer sig utanför den allmänna gemenskapen. Min egen erfarenhet är att läkare inte bara är ett yrke man utövar utan yrket tenderar att utvecklas till en egenskap och en del av ens personlighet. Deltagare (A) fick uppleva befrielsen av att ta av sig läkarrocken och i en trygg grupp och miljö bekanta sig med kvinnan som fanns därunder. Hon kunde speglas i gruppen och hon fann en ny trygghet och självkänsla som inte var associerad till hennes yrke. Det är också intressant att deltagare (C) i sin grupp noterar att det finns en person som undviker att tala om vilket yrke hon har och (C) drar då slutsatsen att personen var läkare. Jag har funderat mycket på hur det kommer sig att hon drar den slutsatsen. Var det just detta att den hemlighetsfulla deltagaren inte berättade om sitt yrke som gjorde att deltagare C drog den slutsatsen?

Hur Uttryckande Konstterapi kan utgöra ett stöd för vårdpersonal i kris av Angela Rizzo

Det är inte ovanligt att läkare undviker att berätta om sitt yrke i sociala sammanhang. Är detta så utbrett att man automatiskt gör den associationen om någon undviker ämnet? Sannolikt var det snarare så att den hemlighetsfulla deltagaren hade andra beteendemönster som gjorde att hon "avslöjade sig". Vilka var det? Jag önskar att jag under intervjun här hade ställt följdfrågan "Varför tror du det?" Jag minns att jag istället fick en stark känsla av att hon antagligen hade rätt i sitt antagande och att jag kände någon slags behov av att fortsätta skydda hemligheten. I efterhand har jag tänkt att det ibland kan vara som ett ok att vara läkare och att det fredade rummet, där man får vara "bara" människa, måste bevaras även då det upphört att existera i den bokstavligen verkligheten. En annan tanke som slagit mig är att deltagare (A) och (C) kanske deltog i samma grupp. Denna fantasi stärkte antagligen ytterligare mitt behov att "beskydda" den hemlighetsfulla.¹⁸

9.2.2 Konst som psykoterapi

Alla deltagare menade att de inte hade kunnat uppnå de resultat de gjorde i terapin i traditionell samtalsterapi. De beskrev att målandet, musiken och rörelsen hjälpt dem att nå en inre kunskap och kraft men också ett inre lugn. Deltagare (A) beskrev en upplevelse av att hennes förvärvade, psykologiska försvar skulle utgjort ett hinder i samtalsterapi. Hon upplevde att konsten tog sig förbi dessa försvar och möjliggjorde förändring. Sjukvårdspersonal är väl förtrogna med rådgivande och terapeutiska samtal. De är ofta även utbildade i psykologi och psykiatri och det finns inte sällan en benägenhet att patologisera och diagnostisera. Dessa faktorer bidrar ofta till starka försvar som kan ligga i vägen i traditionell samtalsterapi. UKT utgör då en främmande värld där de professionella "samtalarna" inte vet vad som förväntas av dem eller vad som kommer att ske. Detta medför att deras försvar inte fungerar lika väl och det ger en möjlighet att komma förbi dessa. Att individen inte vet vad som förväntas av henne/honom medför ett dilemma för en person med PBSE; det är svårt att "vara duktig" när man inte vet vad duktig i sammanhanget innebär. Att på detta sätt förlora normen och enbart vara hänvisad till sig själv, sina egna sinnen och grundvärderingar kan vara ångestskapande men också befriande. Upplevelsen kan starkt bidra till att förändring och utveckling är möjligt.

Deltagarna beskriver med konkreta exempel flera av de för UKT grundläggande begrepp som beskrivs i kapitel 7.1. De återger hur konsten tog bort tankarna från det som var svårt och tungt i deras liv och tillät dem att återfinna lusten och glädjen (*descentering*). Konsten stimulerade samtliga sinnen och detta fungerade som dörröppnare för imaginationen och återuppväckte kreativiteten. Detta möjliggjorde nya, oväntade lösningar på tidigare fastlåsta positioner. De arbetshälsorapporter som jag har tagit del av har beskrivit hur omorganisationer, resursbrist och överbelastning präglade vårdgivarens arbetssituation.

¹⁸ Jag hade intervjuat deltagare (A) före deltagare (C).

Det framkommer att många arbetstagare inom vården rapporterar frustration över att inte kunna påverka sin arbetsituation. Man har också sett att vårdpersonal känner skam och skuld inför de patienter de inte har resurser att ge adekvat vård och stöd.

Man rapporterar också ilska och vanmakt inför sin oförmåga att förändra villkoren i vården (1999;6), (Yrkesmedicinska enheten inom Samhällsmedicin). Att i handledning av vårdpersonal använda sig av UKT skulle kunna vara ett sätt att vidga vårdpersonalens spelutrymme och minska känslan av fastlåsthet.

Vad gäller frågan om det fanns någon speciellt avgörande upplevelse i terapin, så beskriver flera av de intervjuade genombrottshändelser som haft avgörande betydelse för deras tillfrisknande. Dessa händelser handlar uteslutande om upplevelser i konsten som vid delandet med de andra i gruppen fått en djup och genomgripande betydelse. Detta är exempel på hur improvisation och spontanitet kan bidra till oväntade förvånande upplevelser och upptäckter som i sin tur kan leda till nya insikter såsom beskrivits i kapitel 7.1.4. Insikter och framsteg sker i konstnärlig terapi inte sällan i "stötar". I "The Field of Play" beskriver den amerikanska musikterapeuten, forskaren och läraren Carolyn Kenny kreativiteten som en kraft som byggs upp och bryter igenom i vissa stunder då det finns möjlighet till förändring och framsteg (Kenny, 2006).

Inom den existentiella psykologin pratar man om "kriser" i betydelsen av ett avgörande läge där något nytt kan komma in i tillvaron och få betydelse för framtiden (Dan Stiwne, 2008). Krisen har här snarare betydelse "uppenbarelse". Denna kris kan enligt existentiell psykologi inte bara uppstå vid den "klassiska" krisen (såsom vid förlust, svek, sjukdom, död och kränkningar) utan kan även uppstå, till exempel, vid mötet med en betydelsefull annan, i mötet med kärleken, vid avgörande insikter, i mötet med naturen och, inte minst i mötet med konst. I mötet med poesi, drama, komedi, dans, musik och bildkonst kan en glipa, en glänta, uppstå och ljus kastas över tillvaron. Även i mötet med vår egen kropp kan vi uppleva omskakande och ljusbringande upplevelser som förändrar vårt fortsatta varande.

Samtliga deltagare beskriver upplevelse av förändrat medvetandetillstånd och närvaro i sin kropp. En deltagare beskriver skillnaden mellan att förstå ett problem, att få en insikt i tanken, jämfört med att uppleva den med sina sinnen och med sin kropp. Hon beskriver skillnaden i att uppleva jämfört med att förstå. Detta kan liknas vid de hermeneutiska ringarna med förförståelse och förståelse (Stoknes, 2009). Inom UKT tänker man sig att det undermedvetna blir mer tillgängligt och träder fram lättare då man befinner sig i det imaginära rummet. Man menar också att de oväntade händelser som uppstår på en imaginär resa har en djup förankring i själen förmedlad av kroppen och dess sinnen. Detta leder till en djupare förståelse och möjliggör förändring. Det avgörande här tycks vara den sinnliga upplevelsen och de överraskningar den medför.

Deltagarna beskriver vidare att kontakten med och förtroendet för terapeuten spelade stor roll. Flera betonar vikten av att möta en person som gav dem möjlighet och rättighet att sörja och bearbeta sina erfarenheter. De uttryckte också att just erkännandet av deras lidande var av stor vikt. Detta belyser att det inte räcker med konsten som enskild företeelse för att en förändring skall ske. Istället är det att mötas i konsten och de upplevelser och reflektioner som följer med denna som bidrar till personlig utveckling.



Figur 10: Spegling, Angela 2007

”Psykoterapi äger rum i två lekområden som delvis sammanfaller, patientens lekområde och terapeutens. Psykoterapi handlar om två människor som leker tillsammans. Följden av detta är att när det inte går att leka måste terapeutens arbete inrikta sig på att föra patienten från ett tillstånd där han inte kan leka till ett tillstånd där han kan leka. Det är i lekandet och enbart i lekandet som barnet och den vuxne kan skapa, vara kreativ och det är enbart genom att vara kreativ som individen kan finna sin identitet, sitt själv.”

Winnicott

9.2.3 Ramar

Ur materialet framkommer att ramarna och rutinerna upplevdes som viktiga av deltagarna. Man beskriver att både rutinerna inom terapirummet och rutinerna runt transporten till och från terapin blev viktiga. En deltagare betonar vikten av resan till terapin. Hon upplevde den som en möjlighet för henne att ställa om sig från sin yrkesroll och sitt vardagsliv till hennes mer avklädda roll i terapigruppen. Detta är något man bör ta i beaktande om man använder sig av UKT i handledning på arbetsplatsen. Kanske är det så att man bör förlägga handledningen utanför arbetsplatsen (om inte annat för att undvika störningar). Ett annat sätt är att i samband med varje terapi start införa ett symboliskt skifte av plats. Detta skulle kunna vara en tydlig gräns i rummet som man tydligt och med närvaro kliver över eller att man faktiskt iscensätter en resa till terapirummet.

Flera deltagare berättar att en viktig del av terapin var att få ett eget utrymme där de ostört kunde fokusera på sig själva. Terapin beskrivs som ett "eget, ostört rum", någon beskriver det till och med som en upplevelse av att kliva in i en annan värld.



Figur 11:Virvla, Angela 2007

Jag gör associationen att de upplevt det trygga, hållande rum som ger utrymme för lekområdet som Winnicott talar om. Han menar att ett hållande rum är en förutsättning för att i individen skall känna full frihet att drömma, leka, slappna av och låta det som sker ske. Det uppstår ett lek område som enligt Winnicott är förutsättningen för att man skall kunna utveckla ett sant själv.

” med andra ord är det leken som är den universella företeelsen och som hör ihop med hälsa: lekandet befrämjar utveckling och därmed hälsa; lekande leder fram till grupprelationer; lekande kan vara en kommunikationsform i psykoterapi; och till sist har psykoterapin utvecklats som en högst specialiserad form av lekandet som gagnar kommunikationen med en själv och andra.”

Winnicot

9.2.4 Chronos

En viktig aspekt som de flesta deltagare betonade var vikten av att terapin fick ta tid. I detta sammanhang bör också beaktas att i den imaginära världen, då vi upplever oss vara i en annan värld, är tiden ”rund”. En musikupplevelse på två minuter kan uppfattas som flera timmar och en livsberättelse kan uppspelas på några minuter. I det antika Grekland hade två ord för tid, Chronos och Chairios. Chronos beskriver den kronologiska tiden, Chairios handlar om en odefinierbar stund då något alldeles speciellt händer. Vad detta speciella består i beror på vem som använder ordet. Chronos är sålunda ett kvantitativt mått på tid medan Chairios är ett kvalitativt mått. I den imaginära världen är det Chairios som råder och en i minuter uppmätt tid kan upplevas som mycket lång beroende på vad som upplevs.

”Du kan förstå mer av en person efter en timmes lek, än efter ett års konverserande.”

Platon

Flera deltagare uttrycker stor tacksamhet över att de fick den tid som behövdes och att de slapp känna sig jäktade i terapin. De beskriver att de i samband med att terapin avslutades kände sig redo för avslut. De hade då erhållit terapi där varje session varade i tre timmar och terapin pågick under en längre tid dock inte mer än ett år totalt.

Att deltagarna uttrycker så stor uppskattning över att terapin fick ta tid är en intressant och högaktuell iakttagelse med tanke på hur man idag inom psykiatrin så ensidigt gynnar de terapeutiska metoder som lanserar sig som snabba och kostnadseffektiva. Det finns en naiv och sannolikt ekonomisk önskan att snabb och kortvarig terapi är lösningen på individens lidande. Inom existentiell terapi betonar man att det finns en betydelsefull vinst med att ”må dåligt”, att låta krisen ha sin tid som ett öppet sår, utan att så snabbt som möjligt biläggas och behandlas med sjukvårdens ”ängsliga plåstermentalitet” (Dan Stiwne, 2008)

Man menar att det psykiska lidandet under kris visar på att vi är i kontakt med viktiga förutsättningar för förändring och att vi inte är fixa, oföränderliga och ”oförbätterliga”, utan ännu levande. Man hänvisar till Frankl som 1946 påpekade att vi inte bara måste stå ut med att lida när det är påkallat; utan lära oss att lida.

9.3 Upplevde deltagarna att terapin gjort någon kvarstående skillnad i deras liv?

Det framkommer tydligt att deltagarna har gått igenom en stor, omvälvande händelse som haft effekt och påverkat många områden i deras liv. I berättelserna beskrivs hur terapin utgjorde en möjlighet och ett utrymme att blicka inåt i sig själva, något de alla saknat innan insjuknandet. När Pandora i den grekiska myten öppnade sin ask kom en rad onda ting utflygande som sedan i all evighet härjar i världen. Endast en gudagåva lyckades Pandora behålla i asken och det var hoppet. När man refererar till Pandoras ask syftar man ofta på att negativa saker kom ut i öppen dag. Sällan talar man om att Pandora till slut i botten på asken fann och behöll hoppet. Detta positiva budskap tenderar att glömmas bort. Man kan likna terapi vid öppnandet av Pandoras ask; en möjlighet att släppa ut eländet i dagsljuset och då kan mycket av de mörka krafter som påverkat oss i det fördolda lösas upp. Vi lär känna våra dolda sidor och får möjlighet att syna dem i kanten. Vi kan integrera dem eller förkasta dem och vi får en chans att påverka dem på ett nytt sätt (Weston, 2005).



Figur 12 Pandoras Ask

Deltagarna uttryckte att terapin hade haft en stor betydelse för deras tillfrisknande och alla upplevde att den förändrat dem på ett gynnsamt sätt och att denna förändring fanns kvar flera år efter terapin. Förändringen berör:

- Relationen till sig själv.
- Relationen till konsten.
- Relationen till arbetet.

Relationen till sig själv

Marie Dahlins studier visade att PBSE var överrepresenterat bland läkarstudenter och Lennart Hallstens studier pekade på att PBSE och utmattningssyndrom har en nära relation. Detta tillsammans med det faktum att utmattningssyndrom varit överrepresenterat hos vårdpersonal gjorde att jag, under arbetets gång, blev allt mer intresserad av begreppet självkänsla och hur den kan förändras av UKT.

Flera deltagare beskriver hur de i olika grad tidigare värderat sina liv och sina insatser efter resultat och prestationer, något som talar för prestationsbaserad självkänsla. Minst uttalat är detta beteende hos den deltagare som varit konstnärligt aktiv redan innan insjuknandet. I kapitel 7.3.2 framkommer bl.a. att PBSE kan framkallas hos vuxna av miljö och attityder i miljön. Både i de rapporter jag tagit del av och i intervjuerna framkommer att det fortfarande i vården råder en kultur som präglas av uppfattningen att vårdpersonal i allmänhet och läkare i synnerhet är befriade från vanliga behov. Till detta kommer den hierarkiska ordningen inom vården samt det faktum att ett misstag hos personalen kan orsaka lidande och död. Jag menar att detta är en miljö som bidrar till att befästa och utveckla PBSE.

Kan då UKT vara en möjlig metod att motverka detta?

Låt oss titta på deltagarnas berättelser och se om vi kan hitta några ledtrådar.

Flera av deltagarna beskriver att terapin framkallat känslor som enligt Cullberg Weston främjar god självkänsla. De beskriver genomgående att de blivit mer lyhörda på sina egna behov och känslor, men också att de tar mer hänsyn till dessa. Flera beskriver att de nu kan sätta gränser mot andras krav, men också mot sina egna krav på sig själva. Det framkommer också att terapin minskat känslor som förknippas med PBSE .

Ett par deltagare beskriver att terapin gav dem en möjlighet att vara i nuet och leken. De flyttar fokus från målet och riktar istället uppmärksamheten mot vägen till målet och njuter förutsättningslöst av denna. Jag ser detta som ett steg bort från prestationsbaserad självkänsla. Kanske var det så att terapin gav dem en stärkt självkänsla och att de därför inte längre behövde prestera för att känna sig dugliga och värdiga. Kanske beredde konsten, leken och upplevelsen av att vara i nuet en möjlighet att komma bort från den inre kritikern och istället få kontakt med det sanna autentiska jaget. Kanske var det så att de genom terapin utökade sina möjligheter att uttrycka sig i världen och på detta sätt i enlighet med Hillman vidgat sin själ och närmat sig det autentiska.

En deltagare återger tydligt hur han funnit ett nytt sätt att förhålla sig till livet. Han beskriver hur han kan njuta av en händelse eller ett fenomen, utan att förstå det och utan att det skall ha ett specifikt syfte eller mål. Den förmågan kommer först till honom i samband med att han målar och han uttrycker en stark njutning bara av att försöka finna en speciell kulör. Det är just detta som jag tror är en av den största vinsten med UKT för vårdpersonal . Att finna glädje och njutning i något utan att det skall tjäna ett syfte, utan att det skall gagna någon, utan att det skall värderas eller bli en prestation. Här ges istället en möjlighet att få möta sig själv i konsten, i dans, musik, bild och dikt utan att värdera och bestraffa. Ett tillfälle att skapa, att släppa fram sin kreativitet och känna glädje över denna upplevelse i sig. Ur deltagarnas berättelse framkommer att det för flera av dem är detta en helt ny erfarenhet.

Jag menar att dessa upplevelser ger tillgång till det "lilla barnet" som Marta Cullberg Weston skriver om i sina böcker om självkänsla (Weston, 2005), (Weston, 2007) Det befriar från den inre kritikern som enligt Marta är en av våra slavdrivare i livet och detta ger slutligen en grogrund där det sanna autentiska jaget kan slå rot och spira. Att skapa utan att värdera sina alster, utan att kritisera och håna det man skapat, ger möjligheten att se på sig själv och sina tillkortakommanden på ett nytt sätt.

Att man i UKT ger konsten och skapandet så stor betydelse och så stor respekt medför att man själv börjar känna sig respekterad och börjar respektera sig själv. När jag själv började i UKT var jag generad och missnöjd med mina alster. Allt eftersom tiden gick och det jag skapade möttes av respekt och välvilja från min terapeut och de andra gruppmedlemmarna började jag känna mig stolt och fick mer överseende med det som inte var precis som jag önskade. Vördnaden som man inom UKT visar det skapade tror jag har en avgörande betydelse och möjliggör förändring. Den ger en möjlighet att utveckla en ny, god självkänsla där man tar sig själv på samma allvar som det skapade, trots att vissa delar av oss i våra egna ögon kanske är mindre önskvärda.

Tidigare har beskrivits hur konsten stimulerar kroppens sinnen, att man förnimmar konsten. Konstnärliga uttryckt är sålunda kroppsbaserade upplevelser vilka öppnar det imaginära rummet där kreativiteten och leken visar nya vägar. Man utgår ifrån kroppen och den upplevelse och känsla som sinnesstimuli ger. Detta medför också att man lär sig lyssna på och lita till sin egen kropp och dess signaler. Vårdutbildningar i allmänhet och läkarutbildningen i synnerhet innebär ofta motsatsen. Man strävar efter ett objektivt förhållningssätt där känslor och sinnen anses grumla och förvränga fakta. Det råder en stark tro att det finns en enda sanning som består i konkreta undersökningsfynd.

För inte alltför många år sedan utgjordes dessa undersökningsfynd av läkarens sinnen såsom lukt, smak, hörsel och framförallt känsel. Den kliniska undersökningen ansågs vara något man lärde sig med tiden under sina yrkesverksamma år. Idag är trenden att man sätter mindre tilltro till läkarens egna kliniska fynd. Dessa anses vara mindre pålitliga då de är subjektiva bedömningar och avhängigt den enskilde läkarens förmåga. Istället sätter man sin tillit till maskinella undersökningar såsom blodprover och röntgenbilder. Dessa anses vara objektiva och därför mer trovärdiga. De är också mer användbara i diverse studier då de är replikerbara och ej avhängiga den enskilde läkarens erfarenhet och förmåga.

Jag vill nu poängtera att jag inte menar att ifrågasätta vare sig den medicinska utvecklingen eller att läkekonsten skall grunda sig på vetenskap och beprövad erfarenhet och att undersökningsmetoder och fynd skall vara replikerbara och trovärdiga. Även jag anser att evidens-, och kvalitetssäkring är nödvändig för läkekonstens framåtskridande. Jag tycker inte heller att den teknologiska utvecklingen är av ondo i det diagnostiska sammanhanget.

Vad jag i denna uppsats vill belysa är hur den minskade tilltron till den enskilde läkarens sinnen, känslor och upplevelser påverkat läkarens personliga utveckling. Vad händer när man i unga år lär sig att ens egna sinnesupplevelser är ett hinder i ens yrkesutveckling och man drillas i att vara objektiv och bortse från de känslor som väcks inom en? Vad sker med självkänslan och lyhörddheten för de egna behoven när man möts av skepsis och, tyvärr, ibland även förakt från äldre kollegor då man ger uttryck för sina egna känslor och upplevelser?

Jag menar att då man på detta sätt tränas att inte lyssna på sin kropp och vad den förmedlar ger det följer i den egna personlighetsutvecklingen och det egna framtida välmåendet. Om man betänker Hillmans definition på själen som varje tings och varelses unika form såsom den uttrycker sig och att fler uttrycksmöjligheter främjar själens tillväxt så undrar jag vad som sker med själen hos någon vars uttryck så starkt tuktas och begränsas. Jag tror att detta är en bidragande orsak till ohälsa och känsla av fastlåsthet hos sjukvårdspersonal. Deltagarna beskriver på flera olika sätt en befriande känsla när de fick uttrycka sig konstnärligt och det finns flera exempel på beskrivningar av att ha återerövat ett förlorat språk eller förmåga och den lycka detta medförde.

Relationen till konsten

När jag hörde deltagarnas berättelse slog det mig att de alla pratade länge och känslösamt om sin relation till konsten. Jag uppfattade också att UKT hade förändrat deras relation till konsten. När jag tittade närmare på detta såg jag följande:

Hos deltagare (A), (B) och (E) kunde man se att konsten hade fått en ökad betydelse efter UKT. Deltagare (C), som innan insjuknandet varit mycket konstnärligt aktiv, återfann sin nära relation till konsten. Deltagare (D) beskrev att hon hela sitt liv haft svårt att sjunga, njuta av musik och att måla. Dessa svårigheter kvarstod men hon har efter terapin kunnat uppskatta musik och målning. Hos dem där konsten hade fått en ny, starkare betydelse handlade det både om aktiv och passiv njutning av konst. Nytt var för de flesta att de själva utövade konst men även det passiva inmundigandet hade ökat och fått större betydelse. Deras nya relation till konsten har givit dem ett utrymme för njutning och glädje som sannolikt kan motverka ohälsa och stress. Den tjänar som en dörröppnare, ger möjlighet till descentering vilket ger tillgång till individens egen fantasi och kraft. Den har också breddat deras förmåga att uttrycka sig vilket ökar deras möjlighet att växa som människa i enlighet med Hillmans teori som beskrivits tidigare.

Relationen till arbetet

Alla de intervjuade beskriver en känsla av att ha ett meningsfullt jobb och att de njöt av att kunna hjälpa andra. Det för mina tankar till altruism som enligt Yalom är en av de kurativa faktorerna i gruppterapi. Altruism innebär att man njuter av och får självrespekt av att hjälpa andra och detta var sålunda en egenskap som alla deltagare tillskrev sig. Därför var det förvånande och överraskande att bara en av deltagarna uttrycker altruism som en viktig del av terapin.

Altruism, eller behovet att hjälpa andra, är uttalat och nödvändigt hos vårdpersonal. Tommy Hellsten reflekterar över detta i "Flodhästen i vardagsrummet", (Hellsten) och menar att en stor andel av de som valt vårddyrket sedan barndomen har internaliserat ett tvångsmässigt vårdande därför att de enbart på detta sätt fått finnas till. De är ofta mycket kompetenta, de har lärt sig att intuitivt tolka omgivningens behov och tillfredsställa dem och denna förmåga får de användning av i vårdarbetet. Men Hellsten menar att de borde bli fria att tillfredsställa sina behov på annat håll än inom den professionella klient- och patientrelationen. Det finns, enligt Hellsten, vårdgivare som behöver patienter för att de själva inte vågar möta sin "svaghet". De söker en roll där man får vara stark och sköta svaga människor och bevarar då illusionen om sin egen styrka.

Man skulle kunna se det som att altruism då egentligen är ett annat uttryck för PBSE där den hjälpande handlingen blir prestationen som stärker individens självkänsla. Ur denna synvinkel ser jag det som ett stort framsteg att deltagarna kunde avstå från att inta den rollen i gruppterapin och istället tillåta sig att släppa fram sina egna behov och överlåta resten av ansvaret till terapeuten.

Flera av deltagarna reflekterar över hur och om UKT skulle kunna användas som handledning i den kliniska vardagen. De förespråkar att man då skulle behöva vara väldigt tydlig i vad som är syftet, att det måste vara frivilligt och att det eventuellt skulle behöva ligga utanför arbetsplatsen.

Innan jag går vidare till en sammanfattning är det ytterligare en iakttagelse som jag vill belysa; ur anamnesen framkom hur svårt det varit för deltagarna att söka vård. De drog sig i det längsta för att be om hjälp. Flera berättelser vittnar om att då de väl sökte hjälp möttes de av uppfattningen att de var friskare än de kände sig och deras problem negligerades. De bemöttes (och agerade sannolikt också) som kolleger snarare än som patienter vilket försvårade och fördröjde diagnosen. Jag tror att detta är ett vanligt fenomen när sjukvårdspersonal blir sjuka, särskilt när det rör sig om psykiatriska symptom. Det bidrar till att sjukvårdspersonal går längre med sina symptom innan de får adekvat hjälp.

9.4 Sammanfattning

De fem deltagarna var mycket positiva till den terapi de deltagit i och menade att den hade varit avgörande för deras tillfrisknande. De går dock inte att dra några långtgående slutsatser med tanke på det begränsade antalet deltagare. Resultatet bör istället ses som en beskrivning av hur fem inom vården verksamma personer upplevde att delta i UKT.

Av deras berättelser kan man utläsa att:

- trots att alla deltagare beskrev en tillfredsställelse att i sitt arbete kunna hjälpa andra (altruism) var det bara en person som påtalade detta som en viktig upplevelse av att delta i gruppterapi. Istället verkar det som att förekomsten av en "ställföreträdande ansvarstagare" i form av terapeuten, möjliggjorde att de kunde fokusera på sig själva och sina egna behov
- oväntade, överraskande genombrottshändelser haft avgörande betydelse för deras tillfrisknande, dessa händelser handlade uteslutande om upplevelser i konsten
- flera av deltagarna hade stor hjälp av descentering
- konsten kunde gå förbi de psykologiska försvaren vilket möjliggjorde en förändring
- det upplevdes som befriande och var av avgörande betydelse att man i terapirummet slapp berätta om vilket yrke man hade
- ramarna och rutinerna upplevdes som viktiga
- terapin fick ta tid, både antal sessioner och sessionernas längd var av betydelse
- deltagarna beskrev egenskaper som talade för PBSE vilket stämmer väl överens med Marie Dahlins och Lennart Hallstens studier som talar för att PBSE är utbredd hos läkarstudenter och vårdpersonal
- UKT ökade känslor som enligt Cullberg Weston främjar god självkänsla samtidigt som känslor som förknippas med PBSE avtog, deltagarna upplevde att de blev bättre på att sätta gränser och var mer lyhörda för sina egna behov
- UKT erbjöd en möjlighet att finna glädje och njutning i en handling utan att det skulle tjäna ett syfte och utan värdering vilket varit en bristvara i deltagarnas tidigare liv
- deltagarnas förmåga att njuta av konst ökade
- de konstnärliga uttrycken gav deltagarna fler möjligheter att uttrycka sig
- deltagarna fick kontakt med sin kreativitet och spontanitet.

10. AVSLUTANDE REFLEKTION

UKT skulle kunna utgöra ett gott stöd för vårdpersonal både i förebyggande och behandlande syfte, eller i grupp. Sjukvårdspersonal arbetar ofta under förhållanden som de inte kan påverka och de upplever inte sällan att de befinner sig i en fastlåst situation. UKT är en kraftfull metod att vidga individens spelrum och på så sätt åter få tillgång till fantasi, kreativitet och energi. Att i handledning av vårdpersonal använda sig av UKT skulle kunna vara ett sätt att vidga vårdpersonalens spelutrymme och minska känslan av fastlåsthet. I behandlande syfte verkar det för vårdpersonal vara gynnsamt att arbeta i grupp, där man inte tidigare känner varandra och yrkestillhörigheten är dold. UKT lägger fokus på processen och upplevelsen av skapandet vilket kan vara helande för vårdpersonal som i sin arbetsvardag befinner sig i en mycket prestations- och resultatnriktad verklighet. Vidare är UKT kroppsinriktad och ökar lyhördheten på kroppen och dess sinnen. Förmågan att lyssna på kroppen behöver tränas om man skall kunna ta hänsyn till sina egna behov. Detta förhindrar på sikt utmattning och ohälsa till följd av överarbete och stress.

Så vad kan bli nästa steg?

Idag kan endast en liten grupp sjukvårdspersonal erhålla UKT. Det skulle vara intressant att genomföra en studie på en större kohort där man använder standardiserade mätinstrument. En intressant studie skulle vara att med hjälp av Hallstens PBSE-skala (kapitel 13.313.3) undersöka en eventuell förändring i PBSE, före och efter UKT. Läkarstudenter skulle vara en lämplig kohort, då de har hög frekvens av PBSE. En annan lockande insats skulle vara att införa UKT som handledning av psykiatriker. Även då skulle man följa PBSE och andra livskvalitets faktorer. Det skulle också vara av stort intresse att lägga in neuropsykiatriska mätningar och aspekter i ovan nämnda studie.

Ett annat angeläget område är diagnostiken och möjligheten för vårdpersonal att få adekvat hjälp i tid. Det skulle vara av intresse att göra en studie på sjukvårdspersonal som erhållit diagnosen depression och/eller utmattningssyndrom där man tittade på parametrar som symtom och grad av dessa vid tiden för diagnos, tiden från symtomdebut till diagnos och hur många gånger man sökt vård innan man fått diagnos (doctors delay respektive patients delay).

*White coat and purple coat
A sleeve from both he sews
That white is always stained with blood,
That purple by the rose*

*And the phantom rose and blood most real
Compose a hybrid style
White coat and purple coat
Few men can reconcile*

*White coat and purple coat
Can each be worn in turn
But in the white a man will freeze
And in the purple burn*

Dannie Abse
(Abse, 1977, 1989)

11. LITTERATURLISTA

Yrkesmedicinska enheten inom Samhällsmedicin Vårdens arbetshälsorapport, Vårdarbetets villkor och konsekvenser för arbetshälsan [Rapport]. - ISBN 91-631-0244-7 : Stockholms Läns Landsting.

Aasland O.G., Ekeberg, O.& Schweder,T. Suiciderates from 1960-1989 in Norwegian physicians compared with other educational groups [Tidskrift]. - [u.o.] : Social science & medicine , 1997. - Vol. 52, sid 259-265.

Abse Dannie White Coat, Purple Coat. Collected Poems 1948-1988 [Bok]. - [u.o.] : Century Hutchinson Publishing Group Pty Ltd, 1977, 1989.

AFA Allvarliga arbetskadorna och långvarig sjukfrånvaro i Sverige 2005 [Rapport]. - Stockholm : AFA Försäkring, 2005.

Arbetsrelaterad psykisk ohälsa bland personal inom sjukvården [Rapport]. - [u.o.] : SLL, Yrkesmedicinska Enheten, 1999;6.

Arnetz BB Hörte LG, Hedberg A, Theorell T, Allander E, Malker H Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. Results from a national long-term prospective study and a retrospective study [Tidskrift]. - [u.o.] : Acta psychiatrica Scandinavia, 1987. - Vol. 75, 139-43.

Berglind Hans Skapande ögonblick [Bok]. - Stockholm : Bokförlaget Cura AB, 1998.

Dahlin Marie Future Doctors. Mental distress during Medical Education: Cross-sectional and longitudinal studies [Rapport]. - [u.o.] : Avd. för klinisk neurovetenskap, Psykiatriska divisionen, St Göran, Karolinska Institutet, 2007.

Damasio Antonio R- Descartes Misstag [Bok]. - [u.o.] : Natur och Kultur, 1999.

Dan Stiwe RED Bara detta liv [Bok]. - Stockholm : Natur och Kultur, 2008.

Erica Frank M.D., M.P.H., and Arden D. Dingle, MD. Self-Reported Depression and Suicide Attempts Among U.S. Women Physicians [Rapport]. - [u.o.] : (Am J Psychiatry 1999; 156:1887-1894), 1999.

Firth-Cozens J. Stress in medical undergraduates and house officers [Artikel] // British Journal of Hospital Medicine. - 1989. - 41. - Vol. 161-164.

Frank E, Biola, H. & Burnett, C.A Mortality rates and causes among U.S. physicians [Artikel] // American Journal of Medicine. - 2000. - 155-159. - Vol. 19.

Frank E., Arden, D. Dingle Self-Reported Depression and Suicide Attempts Among U.S. Women Physicians [Artikel] // American Journal of Psychiatry. - 1999. - 12. - Vol. 156.

Hallsten L., M. Josephson, et al Performance-based self esteem. A driving force in burnout process and its assessment. [Artikel] // Hallsten, L., M. Josephson, et al. (2005). Performance-based self-esteem: a driving force in bur Arbete & Hälsa. 2005:4 . - Stockholm : Arbetstlivsinstitutet , 2005.

Havnesköld L. Mothander Risholm,P. Utvecklingspsykologi Psykodynamisk teori i nya perspektiv [Bok]. - Stockholm : Liber, 2006.

Hur Uttryckande Konstterapi kan utgöra ett stöd för vårdpersonal i kris av Angela Rizzo

Hellsten Tommy Flodhästen i vardagsrummet [Bok].

Hem E., Haldorsen, T., Aasland, O.G., Tyssen, R., Vaglum, P. & Ekeberg Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960- 2000 [Tidskrift]. - [u.o.] : Psychological medicine, 2005. - Vol. 35, sid 873-880.

Hillman J. The Thought of the Heart and the Soul of the World [Bok]. - Putnam : Spring Publication, 2007.

Institutet för Uttryckande Konstterapi . - Stockholm : Institutet för Uttryckande Konstterapi, 2007.

Jung C.G. Valda skrifter av C.G. Jung-Psykologiska typer [Bok]. - [u.o.] : Natur och Kultur, 1993.

Karolinska Institutet www.ki.se [Online]. - 2009.

Kenny Carolyn Music and Life in the Field of Play [Bok]. - [u.o.] : Barcelona Publishers, 2006.

Kjörup Sören Människovetenskaperna, Problem och traditioner i humaniorans vetenskapsteori [Bok]. - [u.o.] : Studentlitteratur, 1999. - Vol. 1:9.

Knill Paolo Minstrels of soul [Bok]. - Toronto : Palmerstone Press, 1995.

Kvale Steinar Den kvalitativa forskningsintervjun [Bok]. - Lund : Studentlitteratur, 1997.

Levin Stephen K. Levin och Ellen G. Foundations of Expressive Arts Therapy [Bok]. - [u.o.] : Jessica Kingsley Publishers Ltd, 1999.

Lutz O. & Lundquist, S.M. Sjukfrånvarao i landstingen och regionerna 2003, Några fakta [Rapport]. - Stockholm : Landstingsförbundet. Tillgänglig på http://uno.svekom.se/brsbibl/kata_documents/doc35887_1.pdf, 2004.

Marie Åsberg Åke Nygren, Jörgen Herlofson, Gunnar Rylander, Ingrid Rydmark Stress [Bok]. - [u.o.] : Liber AB, 2005.

McKeogh Karin Djup talar till djup [Rapport]. - 2009.

McNiff Shaun Art as Medicin [Bok]. - Boston : Shambhala, 1992.

Ohlin Sara Gunnarsdotter och Elisabet Läkarnas hälsa [Artikel] // Läkartidningen. - 2006. - nr 1-2. - Vol. 103.

Olkinuora M., Asp, S., Juntunen, J., Kauttu, K., Strid, L. & Aarimaa, M. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians [Artikel] // Social Psychiatry and psychiatric epidemiology . - 81-86. - Vol. 25.

Paolo J. Knill Ellen G. Levin, Stephen K. Levin Principles and Practice of Expressive Arts Therapy [Bok]. - [u.o.] : Jessica Kingsley Publishers, 2005.

Stefansson C.G. & Wicks, S. Healthcare occupations and suicide in Sweden 1961-1985 [Tidskrift]. - [u.o.] : Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 1991. - Vol. 26, sid 259- 264.

- Stern Daniel** Spädbarnets interpersonella värld [Bok]. - Falköping : Natur och Kultur, 2003.
- Stoknes P.E.** Fenomenologi och hermeneutik [Framträdande]. - Föreläsning på Svenska Institutet för Uttryckande konstterapi, ; Stockholm : [u.n.], 2009.
- Thompson W. T., Cupples, M. E., Sibbet, C. H., Skan, D.I., Bradley, T.** Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualityve study [Artikel] // British Medical Journal. - 2001. - 29 september. - Vol. 323.
- Tyssen R., Vaglum, P., Gronvold, N.T. & Ekeberg, O.** Factors in medical school that predict postgraduate mental health problems in need of treatment. A nationwide and longitudinal study. [Artikel] // Medical education. - 110-120. - Vol. 35.
- Töyry S** Burnout and Self-Reported Health among Finnish Physicians, [Rapport]. - Finland : Kuopio Universitet, 2005.
- Töyry S., Rasanen, K., Kujala, S., Aarimaa, M., Juntunen, J., Kalimo, R., Luhtala, R., Makela, P., Myllymali, K., Seuri, M. & Husman, K.** Selfreported health, illness and self-care among Finnish physicians; A National Survey [Artikel] // Archives of Family Medicine. - 2000. - 1079-1085. - Vol. 9.
- Weston Marta Cullberg** Ditt inre centrum [Bok]. - [u.o.] : Natur och Kultur, 2005.
- Weston Marta Cullberg** Självkänsla på djupet [Bok]. - Stockholm : Natur och Kultur, 2007.
- Wärja Margareta och Jönsson Märít** Utbildningsgruppens betydelse för identitetsutvecklingen till psykoterapeut. - Stockholm : [u.n.], 2001.
- Yalom Irvin D.** The Theory and Practice of Group Psychotherapy 5th Edition [Bok]. - [u.o.] : Basic Books, 2005.

12. INDEX

- den hjälplösa situationen, 26*
det kollektivt omedvetna, 30
altruism, 37, 84
amodal perception, 29
anestesi, 32
Asklepios, 15
Chairos, 69
Chronos, 69
den hjälplösa situationen, 26
den kvalitativa forskningsintervjun, 22
descentering, 31
effective reality, 30
en inre kritiker, 42
estetik, 32
estetisk respons, 34
ett inre barn, 42
existentiella faktorer, 37, 87
fenomenologiskt förhållningssätt, 24
gruppsammanhållning, 37, 84
hermeneutiskt förhållningssätt, 24
hopp, 37, 86
Hygieia, 15
identifikation, 37, 38, 86
imaginal reality, 30
imaginationen, 30
intentionalitet, 31
intermodal transfer, 29
intermodalitet, 28
interpersonligt lärande – output, 37, 85
katharsis, 37, 38, 86
kreativitet, 34
kristallisering, 34
literal reality, 30
Pandoras ask, 70
prestationsbaserad självkänsla, 41
rådgivning, 37, 86
själ, 35
självförståelse, 37, 86
självkänsla, 40
spelrum, 26
spontanitet, 34
synestesi, 29
universalitet, 37, 85
utmattningssyndrom, 41
vårdens arbetshälsorapport, 18
återupplevande av familjekonflikter, 37, 86
läkarstudenter, 17

13. BILAGOR

13.1 INTERVJUFRÅGOR

Fråga 1

Vilket är ditt yrke? Hur länge har du varit yrkesverksam? Kort om din utbildning.

Fråga 2

Vad hände, hur länge var du sjukskriven mm (varför blev du sjukskriven), diagnos osv?

Fråga 3

Hur kom du i kontakt med EXA?

Fråga 4

Vad betydde terapin för dig? Vilken skillnad gjorde den?

Fråga 5

Vad hjälpte?

Fråga 6

Finns det någon speciellt avgörande upplevelse i terapin?

Fråga 7

Har du nytta av UKT idag? Hur?

Fråga 8

Har det gjort skillnad i ditt yrke?

Fråga 9

Tidigare erfarenhet av konst?

Fråga 10

Vad betyder konsten för dig idag?

13.2

IRVIN YALOM'S KURATIVA FAKTORER BESKRIVANDE GRUPPTERAPEUTISKA PROCESSER

Irvin Yalom har formulerat 12 kurativa faktorer som beskriver gruppterapeutiska processer och förlopp (Yalom, 2005). Till varje faktor finns 5 påståenden som förtydligar och ytterligare beskriver den kurativa faktorns innebörd och betydelse. Dessa påståenden har översatts av Margareta Wärja och Märিত Jönsson (Wärja, o.a., 2001). Denna översättning återges nedan.

ALTRUISM

- Att hjälpa andra har gett mig självrespekt.
- Att sätta andras behov framför mina egna.
- Att glömma mig själv och tänka på att hjälpa andra.
- Att ge en del av mig själv till andra.
- Att hjälpa andra att bli mera betydelsefulla i sina egna liv.

GRUPPSAMMANHÅLLNING

- Tillhörighet och acceptans från en grupp
- Fortsatt nära kontakt med andra människor
- Avslöja pinsamma saker om sig själv och ändå bli accepterad av gruppen.
- Inte längre känna sig ensam.
- Att tillhöra en grupp människor som förstår och accepterar mig.

UNIVERSALITET

- Att lära mig att jag är inte den enda med min typ av problem: "Vi är alla i samma båt."
- Att se att jag har det ungefär lika bra som andra.
- Att lära mig att andra har ungefär likadana "dåliga" tankar och känslor som jag.
- Att lära mig att andra också har föräldrar och bakgrunder som är lika dåliga och röriga som min
- Att lära mig att jag är inte mycket annorlunda från andra människor gav mig en upplevelse av: "välkommen till mänskligheten".

INTERPERSONELL INLÄRNING - "INPUT"

- Gruppen lär mig om vilka intryck jag gör på andra.
- Att lära mig hur jag upplevs av andra
- Andra gruppmedlemmar berättar ärligt vad de tänker om mig.
- Gruppmedlemmar påtalar några av mina beteenden och manér som irriterar andra.
- Att lära mig att jag ibland gör människor förvirrade genom att inte säga vad jag verkligen tänker.

INTERPERSONELL INLÄRNING – "OUTPUT"

- Förbättra min förmåga att umgås med andra.
- Känna större tillit till grupper och till andra människor.
- Lära mig på vilka sätt jag relaterar till andra gruppmedlemmar.
- Gruppen ger mig möjlighet att lära mig hur jag kan närma mig andra.
- Att reda ut svårigheter med en särskild medlem i gruppen.

RÅDGIVNING

- Doktorn (terapeuten) föreslår eller ger mig råd kring vad jag kan göra.
- Gruppens medlemmar föreslår eller ger mig råd kring vad jag kan göra.
- Gruppens medlemmar talar om för mig vad jag ska göra.
- Någon i gruppen ger ett bestämt förslag inför ett livsproblem.
- Gruppens medlemmar ger mig råd hur jag ska bete mig annorlunda med en viktig person i mitt liv.

KATHARSIS

- Att få utlopp för det som trycker mig.
- Att uttrycka negativa och/eller positiva känslor gentemot en annan gruppmedlem.
- Att uttrycka negativa och/eller positiva känslor gentemot gruppledaren.
- Att lära mig hur jag kan uttrycka mina känslor.
- Att kunna säga vad som besvärar mig istället för att hålla det inne.

IDENTIFIKATION

- Att försöka efterlikna någon i gruppen som fungerar bättre än jag.
- Att se att andra kan visa pinsamma saker och ta risker som har hjälpt mig att göra likadant.
- Att ta efter manér eller sätt att vara från en annan gruppmedlem.
- Beundra och bete mig som terapeuten.
- Hitta någon i gruppen som jag kan efterlikna.

ÅTERUPPLEVANDE AV FAMILJEKONSTELLATIONER

- Att vara i gruppen var, på ett sätt, att återuppleva och förstå mitt liv i den familj som jag växte upp i.
- Att vara i gruppen hjälpte mig på något sätt att förstå gamla fixeringar och problem som jag haft med mina föräldrar, mina syskon och med andra viktiga personer.
- Att vara i gruppen var, på ett sätt, som att vara i en familj men denna gång var det en förstående och accepterande familj.
- Att vara i gruppen hjälpte mig på något sätt att förstå hur uppväxten var i min familj.
- Gruppen var på något sätt som min familj – några medlemmar och terapeuten var som mina föräldrar och andra som mina släktingar. Genom gruppen kunde jag förstå mina tidigare förhållanden med mina föräldrar och släktingar (syskon, etc.).

SJÄLVFÖRSTÅELSE

Att lära mig att jag gillar och ogillar en person på grund av orsaker som kan ha mycket lite att göra med den personen och mer att göra med mina tidigare fixeringar och erfarenheter.

Att lära mig varför jag tänker och känner som jag gör (med andra ord, att lära mig om några av orsakerna till mina problem).

Att upptäcka och acceptera tidigare okända och oacceptabla sidor av mig själv.

Att lära mig att jag reagerar på vissa människor eller situationer på ett orealistiskt sätt (med känslor tillhörande en tidigare period i mitt liv).

Lära mig att hur jag känner mig och beter mig idag är relaterat till min barndom och min uppväxt (det finns orsaker i mitt tidigare liv till varför jag är som jag är).

HOPP

Att se andra bli bättre var inspirerande för mig

Att veta att andra har löst problem som liknar mina egna .

Att se att andra har löst problem som liknar mina egna.

Att se att andra gruppmedlemmar har utvecklats har uppmuntrat mig.

Att veta att gruppen har hjälpt andra med liknande problem som mina har uppmuntrat mig.

EXISTENTIELLA FAKTORER

Att erkänna att livet ibland är orättvist och obefogat.

Att erkänna att ytterst finns det ingen utväg från livets smärtor och döden.

Att erkänna att hur nära jag än kommer andra människor så måste jag ändå möta livet ensam.

Möta de grundläggande förutsättningarna och problemen i mitt liv och inför min död, och således leva mitt liv på ett mera ärligt sätt och bli mindre involverad i trivialiteter.

Lära mig att jag måste ta det yttersta ansvaret för hur jag lever mitt liv oavsett de råd och stöd jag får av andra.

Nedan återges en kortfattad redogörelse för Yalom's 12 kurativa faktorer i komprimerad form utifrån Margareta Wärjas och Märít Jönssons översättning (Wärja, o.a., 2001).

Altruism har sin grund i att en gruppmedlem mår bättre i sig själv eller något positivt om sig själv, när han hjälper sina kamrater i gruppen. När han är hjälpsam upptäcker han att han kan vara av värde för andra och detta stärker hans självbild och respekt för sig själv. Altruism är den faktor som verkar när man ger stöd, bekräftelse, råd eller kommentarer för att hjälpa andra gruppmedlemmar; när man delar liknande problem och svårigheter i avsikt att hjälpa andra; när man upplever sig behövd; när man åsidosätter sig själv till förmån för andra i gruppen eller när man upplever att man vill göra något för en annan gruppmedlem.

Gruppsammanhållning är sammansatt av minst tre separata och varandra överlappande dimensioner:

- a) *sammanhållning*, som har att göra med att vara tillsammans, "esprit de corps", vara en enhet med gruppen, identifikation med gruppen;
- b) *acceptans*, som har att göra med en känsla av tillhörighet, att inte längre känna sig ensam och isolerad, gruppmedlemmarnas och terapeutens tolerans för den enskilde gruppmedlemmen och att vara accepterad av gruppen;
- c) *stöd*, som innefattar emotionellt stöd, stödjande relationer och gruppens bekräftelse.

Universalitet har att göra med insikten att "vi alla sitter i samma båt". Denna faktor verkar när en gruppmedlem inser att andra i gruppen har liknande problem, svårigheter eller att man inte är ensam med sina problem och känslor. Insikten minskar känslan av unikheter och "annorlundaskap" eller ger en upplevelse av att man inte är ensam med sina problem och känslor. I och med att man deltar i en grupp med personer som liknar en själv kan självbilden hos en gruppmedlem förändras. Känslan av att vara stigmatiserad kan avta.

Interpersonligt lärande - input Yalom's samtliga påståenden rör någon form av feedback från andra gruppmedlemmar. Terapeuten nämns ej specifikt, utan inkluderas i gruppen som helhet. Gruppmedlemmen lär sig vad andra tycker om denne, vilket intryck gör på andra, hur andra upplever honom i "här-och-nu-situationen" i gruppen. I denna faktor finns ingen intrapsykisk eller historisk komponent, utan den har att göra med interpersonell insikt, en form av inläring som Yalom ansåg vara mer relevant i gruppterapi än den psykogenetiska insikten.

Yalom beskriver fyra nivåer av insikt som kan ske i grupper.

- 1) På den första nivån lär gruppmedlemmen hur man uppfattar honom eller någon aspekt av hans beteende, i ett interpersonligt kontext.
- 2) På den andra nivån lär gruppmedlemmen vad han gör mot och med andra gruppmedlemmar över tid. Här sker en mer detaljerad analys och beteendemönster noteras och övervägs.
- 3) På den tredje nivån, "motivational insight", undersöks varför en gruppmedlem betar sig som han gör. Det handlar här om vilka psykosociala och sociala faktorer som påverkar gruppmedlemmen.
- 4) På den fjärde nivån frågar man sig hur gruppmedlemmen har blivit den han är eller vad som orsakat hans problem i hans personliga historia. Detta är den psykogenetiska insikten.

Interpersonligt lärande – output. Denna faktor innebär ett försök att relatera till andra medlemmar i gruppen på ett konstruktivt och adaptivt sätt, antingen genom att man initierar ett beteende eller svarar på någon annan gruppmedlems. Den enskilde gruppmedlemmens ansträngning att modifiera sitt sätt att relatera är här mer väsentligt än de andras reaktioner. Utgångspunkten är att lärande kan ske genom en mängd interpersonliga aktioner. Denna faktor verkar:

- a) När en gruppmedlem tar initiativet till ett nytt och positivt sätt att vara med andra gruppmedlemmar. Det kan t ex innebära att man uttrycker sig på något sätt för att klargöra sin relation till andra gruppmedlemmar; att man tydligt och öppet anstränger sig för att utveckla en ärligare relation till någon eller att man försöker skapa en nära relation till en annan gruppmedlem,
- b) När en gruppmedlem prövar nya sätt att svara andra gruppmedlemmar, t ex genom att vara mer lyhörd och sensitiv eller ta emot adekvat kritik.

Rådgivning innebär att meddela någon form av information eller ge ett direkt råd. Denna faktor är verksam när en gruppmedlem erhåller värdefull information eller instruktion från terapeuten eller ges ett uttalat råd, förslag eller vägledning som rör hans problem och svårigheter, antingen från terapeuten eller från andra gruppmedlemmar.

Katharsis innebär emotionell utlevelse, d v s att ventilera sina känslor, positiva eller negativa, som medför någon form av lättnad eller befrielse. Denna faktor är verksam när någon i gruppen lever ut en känsla som leder till lättnad, en känsla som har att göra med antingen en tidigare situation eller med här-och-nu-situationen. Sådana känslor kan vara upprördhet, ilska, ledsnad och sorg, som man tidigare har haft svårt att ge uttryck för. Faktorn innefattar både att ge utlopp för känslor och att vaslöja personligt material som man burit inom sig.

Identifikation innebär både a) imitation av kvaliteter hos andra som är önskvärda för den som observerar och b) inläring som kommer ur observatörens identifikation med en gruppmedlems specifika erfarenheter i terapin. Graden av identifikation med terapeuten påverkas t ex av sådana terapeutkaraktäristika som ledarstil, sätt att uttrycka sig, kompetens och social status. Identifikation med övriga gruppmedlemmar kan t ex associeras med grad av förbättring, utveckling och växt.

Återupplevande av familjekonflikter innebär att en gruppmedlem kan identifiera och förstå en specifik orsak till sina problem, nämligen en olöst familjekonflikt. I gruppen kan det uppstå situationer som liknar erfarenheter från ursprungsfamiljen. Denna faktor har med överföringsaspekter att göra och innebär en psykogenetisk insikt. Detta leder till korrigerande emotionella upplevelser.

Självförståelse. De fem påståenden som enligt Yalom definierar denna faktor kan brytas ner i två dimensioner. Den första har att göra med att upptäcka och acceptera tidigare okända och oacceptabla sidor av sig själv. Påståendet innebär dels en allmän process som har med självupptäckt att göra, dels en beteendekomponent som innebär att man agerar utifrån sin upptäckt. Den andra dimensionen har att göra med vilken påverkan ens personliga erfarenheter och familjehistoria har. Den har också att göra med att man inser orsakerna och källan till sina problem. Den här dimensionen betonar det historiska perspektivet, speciellt kopplingen mellan aktuella beteenden, händelser, erfarenheter och minnen från barndomen. Relevant är också att man får förståelse för hur ett problem eller symptom har utvecklats.

Hopp är den faktor som verkar när man ser att andra medlemmar har förbättrats/förbättras och att gruppen kan vara till hjälp för sina medlemmar när det gäller att uppfylla deras mål. Man är sålunda optimistisk beträffande gruppens potentiella förmåga att också vara en själv till hjälp.

Existentiella faktorer. Denna faktor har att göra med insikten om att man oundvikligen måste möta livet ensam och ta ansvar för sitt sätt att leva.

13.2.1 DIAGNOSTISKA KRITERIER FÖR UTMATTNINGSSYNDROM

(Marie Åsberg, 2005)

- A. Fysiska och psykiska symtom på utmattning under minst två veckor. Symtomen har utvecklats till följd av en eller flera identifierbara stressfaktorer vilka har förelegat under minst sex månader.
- B. Påtaglig brist på psykisk energi dominerar bilden, vilket visar sig i minskad företagsamhet, minskad uthållighet eller förlängd återhämtningstid i samband med psykisk belastning.
- C. Minst fyra av följande symtom har förelegat i stort sett varje dag under samma tvåveckorsperiod:
 1. Koncentrationssvårigheter eller minnesstörningar
 2. Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller att göra saker under tidspress
 3. Känsломässig labilitet eller irritabilitet
 4. Sömnstörning
 5. Påtaglig kroppslig svaghet eller uttrötthet.
 6. Fysiska symtom såsom värk, bröstsmärtor, hjärtklappning, mag-tarmbesvär, yrsel eller ljudkänslighet.
- D. Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.
- E. Beror ej på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t.ex. missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada (t.ex. hypothyreoidism, diabetes, infektionssjukdom).
- F. Om kriterierna för egentlig depression, dystymi eller generaliserat ångestsyndrom samtidigt är uppfyllda anges utmattningssyndrom enbart som tilläggs-specifikation till den aktuella diagnosen.

Specificera om:

Med depressiva symtom (fyller ej kriterierna för egentlig depression eller dystymi)

Med ångestsymtom (fyller ej kriterierna för generaliserat ångestsyndrom)

Med blandad ångestdepressiv symtombild

Med akut symtomdebut

Med koppling till påfrestningar i arbetslivet

Specifikation som tillägg vid egentlig depression, dystymi och generaliserat ångestsyndrom:

Med utmattningssyndrom

- A. En eller flera identifierbara stressfaktorer som förelegat under minst sex månader.
Det finns ett samband i tid mellan påfrestningarna och tillkomsten av symtomen enligt kriterium B och C.

- B. Påtaglig brist på psykisk energi eller uthållighet dominerar bilden

- C. Minst fyra av följande symtom har förelegat i stort sett varje dag under samma tvåveckorsperiod:
 - 1. Koncentrationssvårigheter eller minnesstörningar
 - 2. Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller att göra saker under tidspress
 - 3. Känsломässig labilitet eller irritabilitet
 - 4. Sömnstörning
 - 5. Påtaglig kroppslig svaghet eller uttrötthet.
 - 6. Fysiska symtom såsom värk, bröstsmärtor, hjärtklappning, mag-tarmbesvär, yrsel eller ljudkänslighet.

Samtliga kriterier som betecknas med stor bokstav måste vara uppfyllda för att diagnosen ska kunna ställas.

13.3 PERFORMANCE-BASED SELF-ESTEEM SCALE (PBSE-scale)

Enligt Hallsten (Hallsten, 2005). Fritt översatt av Angela Rizzo 2009

GLOBAL VERSION / ICKE SITUATIONSBUNDEN

Jag tror att jag ibland försöker bevisa mitt värde genom att vara duktig

Min självkänsla är alltför mycket beroende av vad jag åstadkommer i mina dagliga sysslor

Jag känner ibland att jag måste vara litet bättre än andra för att duga inför mig själv

Jag har känt ett inre tvång att åstadkomma något värdefullt här i livet

ARBETSRELATERAD VERSION

Jag tror att jag ibland försöker bevisa mitt värde genom arbete

Min självkänsla är alltför mycket beroende av vad jag åstadkommer i mitt arbete

Jag känner ibland att jag måste vara litet bättre än andra för att duga inför mig själv

Jag har känt ett inre tvång att åstadkomma något värdefullt genom mitt arbete

Samtliga frågor svaras med en femgradig skala där 1 är instämmer inte alls och 5 motsvarar instämmer helt.

Till eftertanke

*Om jag skall lyckas med att föra en människa
Mot ett bestämt mål
Måste jag först finna personen där den är
Och börja just där.
Den som inte kan det lurar sig själv
När de tror att de kan hjälpa andra.
För att hjälpa andra måste jag visserligen förstå
Mer än vad de gör
Men först och främst förstå
Det de förstår.
Om jag inte kan det så hjälper det inte
Att jag kan och vet mera.
All äkta hjälpsamhet börjar med ödmjukhet
Inför den jag vill hjälpa
Och därför måste jag förstå
Att detta med att hjälpa
Inte är att härska utan att vilja tjäna.
Kan jag inte detta
Så kan jag inte hjälpa någon.
Vill jag ändå visa hur mycket jag kan
Beror det på att jag är fåfäng och högmodig
Och egentligen vill bli beundrad av den andre
I stället för att hjälpa.*

Sören Kirkegård