

**Master of Science**  
**Gestalt Psychotherapy**

**Effektvärdering av gestaltterapi i grupp**  
En pilotstudie för utvärdering av genomgången grundkurs  
med avseende på hälsa, livskvalitet och depression.

Ingrid Karhu  
S17/ MSc Compl.2

Dissertation 20070201

Handledare:

Gunilla Olsson Dr. of Med. Science

Ivan Jensen Leg. Läkare/ Dipl. Organisationskonsult



## Innehåll

Lista över tabeller, diagram och bilagor	3
Abstract	4
Inledning och bakgrund	5
Litteratur och tidigare forskning	9
Teori, definitioner och avgränsning av nyckelbegrepp	16
Metod	26
Datainsamling	28
Test instrument	30
Etik	31
Dataanalys	33
Resultat	33
Diskussion	46
Konklusioner	52
Referenslista	53

## Tabeller

1. Medelvärden, antal svaranden, statistiska signifikanser samt spridning på före och eftervärden resp. efter och uppföljningsvärden.	sid 34
2 SASB resultat i medelvärde, signifikanser samt spridning före, efter samt uppföljning	37
3: Positiv och negativ självbild, resultat medelvärden, signifikanser och spridning före, efter och uppföljning.	41
4: BDI resultat i poäng	42
5: MADRS resultat i poäng	43

## Diagram:

1. BDI, MADRS och Livskval.medelvärden före, efter och vid uppföljning.	sid 35
2. Psykisk och fysisk hälsa medelvärden före, efter och vid uppföljningen	36
3. SASB i 8 olika kluster medelvärden före, efter och vid uppföljningen	38
4. SASB/Självbild Linjediagram och jämförelse andra med grupper	40
5. Positiv och negativ självbild, medelvärden före, efter och vid uppföljningen	41
6. Resultat BDI antalet personer	43
7. Resultat MADRS antalet personer	44

Bil 1 Brev till deltagarna före undersökningen	sid 57
Bil 2. Brev till deltagarna vid 2:a mätningen 14 dagar efter avslutad kurs	58
Bil 3. Brev till deltagarna vid uppföljningen 6 månader efter avslutad kurs	59
Bil 4 Diagram Individuella resultat Livskvalitet medelvärden	60
Bil 5 Diagram Individuella resultat Psykisk Hälsa	60
Bil.6 Diagram Individuella resultat Fysisk Hälsa	61
Bil 7 Diagram Individuella resultat BDI	61
Bil 8 Diagram Individuella resultat MADRS	62

## **Abstract**

Grundkurser är i Sverige en vanigt förekommande form av gestaltterapi i grupp. Ingen tidigare effektstudie finns vad gäller grundkurser. Syftet med denna undersökning är att vara en pilotundersökning till att mäta effekten av gestaltterapi i grupp i form av grundkurser med avseende på hälsa, livskvalitet och självbild. Dessutom utvärderas depression. Trettio informanter grundkursdeltagare från 3 olika grupper medverkar och fyller i enkäter före, efter och vid uppföljning ett halvår efter avslutad kurs. Validerade instrument används som BDI (Beck Depression Inventory), MADRS-S (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale) och SASB (Structural Analyses of Social Behaviour) och andra icke validerade skattningsskalor som anger upplevd livskvalitet och upplevd psykisk och fysisk hälsa.

Pilotundersökningen visar att kvantitativa/ semikvantitativa instrument är möjliga att användas för att i mer omfattande undersökningar kvalitetssäkra och evidensbasera gestaltterapi i grupp.

Resultaten visar att grundkurser ger ökad livskvalitet, ökad psykisk hälsa och förbättrad självbild. Resultatet visar också förbättring av depressiva markörer och föreslås därför komma till användning inom primärvård och psykiatri som hjälp till personer med mild eller måttlig depressivitet.

## Inledning och bakgrund.

Gestaltterapi växte fram i USA på 50- och 60 – talen som en protest mot och komplement till psykoanalysen. Gestaltterapi har funnits i Sverige sedan mitten på 70-talet och praktiseras nu av ett hundratal privatpraktiserande gestaltterapeuter. Dessutom finns det många som har gått igenom utbildningen till gestaltterapeut som är anställda i olika delar av samhället. Det är svårt att beräkna i hur hög grad just gestaltiska förhållningssättet spelar in i deras arbete. Sedan början av 90-talet finns i Sverige också en organisationsutbildning på gestaltisk grund som används av blivande gestaltkonsulter men också av personer på olika befattningar, främst chefsbefattningar inom näringsliv och offentlig förvaltning. Gestaltterapeutiskt förhållningssätt används också i handledning.

Många har genom åren sökt sig till gestaltterapi för att man ”mått dåligt” av någon känd eller okänd anledning eller på annat sätt varit missnöjd med livet. Man mår inte så dåligt så att man måste söka sig till psykiatri utan söker i stället psykoterapi eller personlig utveckling. Ibland söker man ett annat alternativ i stället för psykiatri. Om man då söker sig till personlig utveckling i grupp på gestaltisk grund kommer man strax i kontakt med begreppet grundkurser som varit det mest förekommande gruppformatet som har erbjudits inom gestalt i Sverige. En grundkurs kan se ut på olika sätt men vanligtvis består av en kurs i internat på 15-16 dagar uppdelade på 3-4 gånger med personlig utveckling som syfte. Grundkursen har förekommit i Sverige sedan år 1978. Numera utannonseras under ett år ca 15 olika grundkurser. Det är vanligt att en kurs har 8-16 deltagare. En del av dem som gått en grundkurs går vidare till gestaltutbildningen till terapeut eller inom organisation. En grundkurs har länge varit minsta krav för att kunna söka in på Gestaltakademins utbildningar. Andra använder den som ett sätt att växa och mogna som människa.

Min yrkesbakgrund är som sjuksköterska inom psykiatri och lärare inom hälso - och sjukvård. Jag har arbetat länge inom psykiatri inom både öppen och sluten vård. Under min tid som sjuksköterska och avdelningsföreståndare blev det alltmer tydligt för mig att patientens hela livshistoria och hela livssituationen spelar stor roll.

I mitten på 80-talet gick jag i min första gestaltgrupp som dock inte var en grundkurs utan en två - årig gestalt och -kroppsterapikurs. Den bestod av internatträffar på fyra dagar fem

gångar per år. Allt eftersom kursen fortskred kom jag att mer och mer längta tillbaka till gruppen och nästa kurstillfälle och jag förstod till en början inte varför. Så småningom insåg jag att det som var viktigt för mig förutom att jag kunde berätta om mitt liv och arbeta med min utveckling var att där kände jag mig levande. Jag kände mig levande på ett sätt som var nytt och märkligt för mig. Detta gjorde i sin tur att mitt vanliga liv framstod som grått och fast i rutiner och behövde förändras. Hur det gick till att jag under kursen kände mig så levande förstod jag inte då tvärtom tyckte jag mycket av det vi gjorde var ganska löjligt och enkelt. Och det vi talade om var självklarheter. Eftersom gestaltterapi utgjorde sådan skillnad i livet för mig ville jag lära mig mer och själv kunna använda mig av gestalt i mitt arbete och sökte därför in till Gestaltutbildningen strax efter kursens slut. Detta är nu 20 år sedan. Jag påbörjade utbildningen 1987, blev klar 1992 och har sedan dess arbetat som privatpraktiserande gestaltterapeut.

Under dessa år som jag har arbetat som gestaltterapeut har också jag varit en av ledarna i många grundkurser. Gestaltgrupp betydde mycket för mig och många av mina kursdeltagare har också berättat om grundkursens stora betydelse för dem. En del delar in livet i före och efter grundkursen. Jag har träffat tidigare deltagare flera år efter avslutad grundkurs som berättar hur värdefull kursen var och att de fortfarande kommer underfund med saker som de arbetade med under kursen. Sådana här uttalanden är roligt att höra men är ändå inte tillräckliga utan mer vetenskapligt upplagd effektstudie behövs.

Jag har saknat metoder för vetenskaplig, kontinuerlig utvärdering av kurserna. Jag anser att jag som terapeut fortlöpande ska granska mitt arbete. Den utvärdering som finns går till så att var och en sätter upp mål och förväntningar vid kursstart och vid kursens slut själv och tillsammans med kurskamrater och ledare utvärdera dessa mål och förväntningar uppnåtts eller infriats. Resultatet vid utvärderingarna har till största delen varit mycket positiva men man kan anta att utvärderingen färgas av atmosfären i gruppen just vid avslutningen och av kursledarnas närvaro. Man vet ändå inte hur varaktigt resultatet är. Därför vill jag utvärdera grundkurser på ett mera vetenskapligt sätt.

Jag har bl.a. valt att arbeta med instrument som mäter eller synliggör depression därför att depression är ett vanligt problem. I media talas det alltmer om depression som ett folkhälsoproblem som kräver mycket resurser. Primärvården har begränsade resurser och eftersom jag genom mitt arbete som gestaltterapeut med grundkursen och med den bakgrund jag har inom psykiatri tror jag och vill pröva om inte vi som gestaltterapeuter skulle kunna göra mycket nytta. Min förhoppning är att gestaltterapi i grupp ska kunna användas inom primärvården som behandling mot depression.

I SBU:s (Statens beredning för medicinska sjukdomar) rapport från maj 2004 skriver man om depression som ett folkhälsoproblem. Depression är bland de viktigaste orsakerna till ohälsa. Många studier talar för att depression ökar. Långa perioder av nedstämdhet, känslor av meningslöshet och hopplöshet kännetecknar depression. Man talar om olika grader av depression, och man anser att symtomen ska vara av sådan grad att arbete och privatliv påverkas negativt för att man ska kalla det egentlig depression.

Annan känd svensk forskning, Lundbystudien (Hagnell et al 1990) angav att en tredjedel av alla män och hälften av alla kvinnor under blir deprimerade någon gång under sitt liv. Det är rimligt att anta att bland dem som söker sig till gestaltterapi finns många deprimerade.

Nutida forskning gällande utmattningsdepressioner (Åsberg., 2004) tar med gruppsamtal, meditation, arbete med kroppen som viktiga i behandling och prevention. Här borde gestaltterapi i grupp vara mycket lämplig som behandlingsmetod.

Om genomgång av psykoterapiforskning vid depression skriver SBU . De psykoterapiformer som har mest omfattande stöd i kliniska studier är beteendeterapi, kognitiv terapi och olika kombinationer av dessa båda”(SBU b s. 28). Vidare om effekten av psykoterapi ” Vid akutbehandling av lindriga och måttliga depressioner hos vuxna är flera slags psykoterapier lika effektiva som tricykliska antidepressiva läkemedel (TCA) (Evidensstyrka 1, starkt vetenskapligt underlag) samt sannolikt lika effektiva som selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) (Evidensstyrka 2, måttligt vetenskapligt underlag). (SBU b sid 40) I rapporten skriver man också att det är svårt att få tillgång till denna typ av psykoterapi eftersom det är så få som har just denna utbildning i Sverige. I pressen (UNT febr.-mars 2004) skriver man också att psykoterapi hjälper mot depression. I denna artikel menas med psykoterapi enbart kognitiv terapi! Här menar jag finns en stor lucka. Jag tror att gestalt har mycket att bidra med i behandling av depression därför har jag valt att ha depression som en av indikatorerna vid evalueringen av gestaltterapi i grupp i form av grundkurs.

Trots att depression är ett stort problem i samhället talar man mycket lite om det inom gestaltterapi. Historiskt har man haft en negativ syn på diagnostisering. Sedan början av 90-talet har man ändrat inställning och ser mera vikten av diagnostisering men fortfarande saknar jag medvetenhet kring att vi som gestaltterapeuter möter många deprimerade och reflektioner kring hur vi bäst möter dem.

Jag vänder mig till kollegor inom gestalt och också inom vården i allmänhet. För att möjliggöra dialog med vårdpersonal och andra personer som inte är gestaltutbildade väljer jag en kvantitativ eller metod.

Denna forskningsuppgift äger rum inom ramen för en mastersdissertation och kan i omfattning endast bli en pilotundersökning. Jag tänker mig att denna undersökning kan bidra till en bakgrund till fortsatt utvärdering av gestaltterapi i grupp och grundkurser utifrån annan vetenskapssyn som fenomenologi, auktionsforskning eller annat kvalitativt synsätt eller en kombination av olika synsätt.

30 grundkursdeltagare svarar på enkäter före, efter och ett halvår efter avslutad grundkurs, sista mätningen blev i tid ca ett år efter grundkursstart. Enkäterna avser upplevd livskvalitet, psykisk och fysisk hälsa samt positiv och negativ självbild. Dessutom svarar deltagarna på enkäter som avser depression. BDI och MADRS som används är kända validerade instrument.

## **Syfte.**

De mera övergripande syftena är:

1. Inleda vetenskaplig utvärdering i Sverige av gestaltterapi i grupp i form av grundkurs.
2. Pröva utvärdering med kända instrument från kvantitativ forskning av gestaltterapi i grupp i form av grundkurs för att lättare jämföra och kommunicera med personal inom vården och andra som har annan teoretisk grund.
3. Öka medvetenheten hos mig själv och andra gestaltterapeuter om att bland de människor som söker vår hjälp också finns de som är deprimerade och se konsekvenser av detta.
4. Jag vill ha mera underlag för att svara på frågan nya klienter ofta ställer - "Är det bra för mig att gå en grundkurs?".
5. Gestaltterapi i grupp ska komma att användas inom vården för att lindra och bota depression.

Inom denna ram er det därför min forskningsfråga att undersöka dessa hypoteser:

1. Genomgången grundkurs ökar livskvalitet och hälsa
2. Genomgången grundkurs ökar den positiva och minskar den negativa självbild
3. Genomgången grundkurs botar eller lindrar depressiva drag eller manifest depression

## Litteraturgenomgång/Tidigare forskning

Jag har gjort litteratursökningar under höstterminen -04 och januari-06 i databaserna Psyk-info och Medline med sökorden "Depression", "Gestalt Therapy" och "Group Therapy". Förhållande i dessa undersökningar liknar mest förhållandena under grundkurs som jag undersöker. Litteratursökningar på begreppen "personal development, personal growth, gestalt och group" gav inte något resultat. Jag var intresserad av de senare begreppen eftersom grundkurserna i Sverige ofta betecknas som personlig utveckling i grupp på gestaltisk grund. I engelsk litteratur ser jag inte denna åtskillnad på personlig utveckling och terapi. Det fanns ett 30-tal referenser. När jag sorterade bort dem som gällde andra speciella grupper och problemområden återstod dessa som jag här redogör för i kronologisk ordning.

En teknik som gestaltterapi tidigt blev känd för är arbetet med "tomma stolen", ett arbetsätt där man föreställer sig en person som man har en ouppklarad relation till eller kan använda när man behöver medvetandegöra olika delar av sig själv t.ex. om man tycker illa om sig själv som vid depression. Man har en dialog i fantasin med den andre personen eller med olika delar av sig själv. Man får sagt det som är osagt. Man ser tydligare hur man gör med sig själv och kan integrera de olika delarna av sig själv.

I en undersökning ville Tyson and Range (1987) pröva effekten av tomma-stolsarbete vid mild depression och se om det hade effekt i så fall vad det var som gav effekten. I undersökningen deltog 44 måttligt deprimerade försökspersoner som delades in i 4 grupper. Varje grupp fick olika behandling. Grupperna bestod av 5 till 8 personer och tillfällena var 45-60 min per gång. Man träffades 4 gånger totalt. Gruppernas olika behandling var:

- 1. Individuella träffar för datainsamling enbart, en placebo-grupp.
- 2. "Tomma-stolen" dialoger konstruerade utifrån försökspersonens livssituation med hög känslointensitet utifrån en kort beskrivning minst två per gång per person.
- 3. Den tredje gruppen gjorde tomma-stolen dialoger som var hypotetiska och inte personligt relevanta med neutrala teman hämtade från Shakespeares pjäser i samma antal som föregående grupp
- 4 I den fjärde gruppen blev man instruerad att uttrycka sig med hög känslointensitet utan dialoger men minst två gånger per person vid varje tillfälle.

En och samma person ledde alla grupperna, en psykolog på doktorandnivå vars uppgift var att övervaka instruktionerna. Försökspersonerna testades före och efter behandling och igen

efter ca sju veckor. Resultatet blev att alla grupperna förbättrades. Tyson and Range drar slutsatsen att mild depression förbättras med eller utan behandling efter en månads tid. I gruppen med gestaltdialog och hög känslointensitet var man mer benägen att säga att behandlingen hade hjälpt dem. Tyson och Range antar att det beror på att denna behandling var mer intressant för försökspersonerna än de andra. I diskussionen tar man upp att behandlingstiden är kort, att ledaren ägnar försökspersonerna mycket liten uppmärksamhet förutom att testa och kontrollera att behandlingsschemat följs och den ev. påverkan försöksledaren som person kunde ha. Man drar ändå slutsatsen att gestaltdialog inte ger förbättring över tid vid mild depression.

Denna undersökning är intressant för mig eftersom det handlar om behandling mot depression med gestaltterapi och för att det är en tidig undersökning från 1987. Gestaltterapin har förändrats sedan dess. Mest anslående är att här mäter man endast en gestaltteknik och inte ett gestaltiskt förhållningssätt. Det man har gjort är att lämna instruktioner till tekniker. Man har enormt kort behandlingstid: 4x45-60 min på 5-8 personer. Enl. Greenberg (Greenberg et al 1998) brukar det ta upp till 5: e träffen i individualterapi innan man har en gemensam syn på anledningen till besvären. Numera betonar man inom gestalt betydelsen av relationen. I denna undersökning finns ingen terapeutisk relation och ingen överenskommelse om orsaken till depressionen. Det tycks som om man har forskat på hur personer med mild depression påverkas av uppmärksamhet i största allmänhet.

I norra Sverige genomfördes under åren 1995-1997 ett kvinnohälsoprojekt där man använde sig av psykodynamiskt, könsspecifikt, gestaltpsykologiskt samt biologiskt och symptomriktade teoretiska perspektiv (Wiberg, Thurfjäll, Lefvert 1990). Målgruppen var kvinnor med depressionsreaktioner och behandlingstiden ett år i grupp. Syftet var att utveckla, pröva och utvärdera gruppbehandling för kvinnor med depressionsreaktioner inom ramen för en tidsbegränsad terapi om ett år. Man träffades i 2 grupper om 6 kvinnor i varje grupp en gång per vecka i 1-2 tim. Det terapeutiska bemötandet grundades på begrepp som bekräftelse- uppmärksamhet, urskiljande av affekter och länkning (orsak - verkan) till det bakomliggande, ökad insikt, autonomi -medvetenhet och egenmakt samt processinriktat arbetssätt. Projektet ledde till att deltagarna kom i kontakt med egna styrkan och vågade sätta gränser vilket ledde till förändringsprocesser i förhållande till närstående och i relationer. ”Gruppterasamtalen verkade utgöra en grund för ökad medvetenhet om att depressionsreaktionerna var signaler på bakomliggande orsaker samt en avspeglning av interaktionen i förhållande till sig själv och de närmaste personerna, exempelvis till make, syskon och föräldrar.”

En av författarna, Inger Thurfjell gjorde en uppföljning av Kvinnoprojektet fem år efteråt (Thurfjell 2002). Uppföljningen gjordes inom ramen för psykoterapeutprogrammet i Umeå. Både analyser av självskattningsformulär och fallstudier angav ett förlusttema och obearbetad sorg som antogs ligga till grund för depressionsreaktionerna i vuxen ålder. Kvinnorna visade mellan tiden 1995-2002 en förändring. Den negativa självuppfattningen övergick till en mer integrerad aggression och kvinnorna fick lättare att sätta gränser i relation till sin omgivning. De fick större självrespekt, minskade depressiva symtom, en större tilltro till att själv förstå vad som händer inom dem och kunde hantera svåra känslor på ett bättre sätt än tidigare.

Detta är den enda tillämpningen av gestalt mot depression i officiella sammanhang i Sverige som jag har sett under mina litteratursökningar även om projektet också hade andra teoretiska grunder. Intressant att den utfördes i grupp och var ett ambitiöst upplagd utvärderat projekt som visade bra resultat. Modellen som kallades Lotusmodellen och bestod av gruppterapi i liten grupp under ett års tid för deprimerade skulle kunna ha varit en effektiv behandlingsmetod och användas på vårdcentraler inom primärvården. Av författarna får jag reda på att projektet lades ner efter första året.

Leslie S. Greenberg, Jeanne C Watson, Germain Lietaer skriver i "Handbook of experiential psychotherapy" (Greenberg, L.S. et al 1998) om forskning på behandling av människor som led av depression. Man jämförde effekten av två terapiinriktningar. Den ena var rogeriansk klientcentrerad terapi som betonar empatisk relation och bemötande. Den andra var en manualiserad form av gestaltterapi, en process och -upplevelsebaserad psykoterapi som utvecklats av Leslie Greenberg som själv är gestaltterapeut och professor i psykologi vid York University i Toronto. Den process och upplevelsebaserade gestaltpsykoterapin i undersökningen hade i början samma förhållningssätt som den rogerianska men la sedan till specifika process - styrande interventioner. Dessa interventioner sker vid kännetecken kallade "markers" från klienten. "Markers" vid depression kan vara t.ex. en reaktion som inte förstås som t.ex. när man reagerar för starkt på en oskyldig kommentar. Ett annat exempel på en "marker" är när klientens hårda självkritik t.ex. över att vara deprimerad förstärker depressionen. En process - styrande intervention kan bestå i att stanna upp och undersöka klientens upplevelse i strävan att nå och ge möjlighet att uttrycka primära känslor.

Undersökningen gjordes på 34 personer som led av klinisk depression. Båda behandlingsformerna visade sig vara effektiva i att reducera depressiva symtom vid terapins slut och vid 6-månaders uppföljning. Den mer gestaltinriktade terapin var överlägsen vid mätning i mitten

av behandlingstiden, vid behandlingstidens slut på den totala symtomnivån, självuppskattningen och minskning av interpersonella problem. Tillägget av specifika aktiva interventioner vid rätta tidpunkten i behandlingen av depression verkade skynda på och förstärka förbättringen.

I en annan studie på vad som hände under själva terapisessionerna hittade man distinkta skillnader (Watson & Greenberg, 1996). I gestaltterapi var klienterna mer engagerade i att differentiera mellan sina inre upplevelser och att använda det man fann till att lösa frågor på mer personligt meningsfullt sätt än klienterna i den klientcentrerade behandlingen. Tvåstols och tomma-stolen arbetena gav på ett tydligt sätt klienterna större tillgång till sina inre upplevelser och underlättade lösningen av de specifika kognitiva och affektiva problem som de arbetade med. Denna studie kallas York 1-studien.

Greenberg, Goldman, Angus (Goldman et al., 2000) replikerade York 1-studien. I York 2-depression studien fann man att jämfört med den klientcentrerad terapi var process- och upplevelseorienterade gestaltterapi bättre när det gällde minskning av depressiva symtom. Båda terapiformerna hade effekt på att lindra depression. Det var ingen skillnad när det gäller självkänslan eller interpersonellt fungerande.

Sedan slog man ihop siffrorna från de båda studierna vilket möjliggjorde kraftfullare analys. Bevis fanns för att processinriktade alltså gestaltinriktade terapin visade bättre förbättring i alla faktorer: större reduktion av depressiva symtom och generell symptomatologi så väl som förbättring i interpersonellt fungerande och självkänsla.

Tomma-stolen monologer undersöktes av Field och Horowitz. (Field N.P. and Horowitz M.J., 1998) Efter refererande till den kliniska litteraturens erkännande av tomma-stolen tekniken som hjälp att lösa upp inestängda känslor gentemot närstående ville man undersöka värdet av att använda denna teknik för att förutsäga depression. I undersökningen deltog 73 personer som ca ett halvår tidigare förlorat sin partner. Instrumenten var BDI och IES= Impact of Event scale som försökspersonerna fyllde i före försöket och ca 14 månader efter sin förlust. Vid första mätningstillfället gjorde också var och en av försökspersonerna en 5-minuters monolog efter instruktioner följt av frågeformulär omkring vilka känslor som väcktes under monologen. Hypotesen blev bekräftad att i de fall man såg undvikanden eller vägran att släppa fram sorgen kunde man också förutsäga depression vid andra mättillfället. Författarna föreslår användandet av tomma-stolen monolog för att förutsäga effekten av psykoterapi.

Annette Cook Dawn har 1999 i en doktorsavhandling där hon forskat på gestaltterapi i grupp för tonårsflickor med depression. Hon behandlade i grupper om 4 deltagare i varje grupp som träffades 10 gånger 1,5 tim. Träffarnas innehåll bestod av en start på 10 min med en strukturerad övning som gav dagens fokus. Återstående tid var inte strukturerad utan skedde utifrån gestaltterapeutiskt förhållningssätt och hållande av fokus. Övergripande målsättning var:

1. Ökning av "awareness" av de tankar, känslor och beteende som bidrar till depression.
2. Att identifiera omvärldsfaktorer som kan spela en roll i depressionen och influera tankar, känslor och beteenden.
3. Awarenessökning ang. kontakt med sig själv, andra och omgivning.
4. Att identifiera val och fatta beslut om handlingar som leder till ökat allmänt välbefinnande.

Alla hypoteser blev bekräftade. Undersökningen gav preliminära bevis för effektivitet av gestaltterapi i allmänhet och för gestaltterapi med adolescensungdomar i synnerhet.

En av teorierna kring verkningsmekanismerna i gestalt är att nertryckta känslor hindrar den spontana självregleringen och gör att människor inte fungerar optimalt och bl.a. utvecklar depression. Att uttrycka undertryckta känslor på ett kontrollerat sätt till skillnad från att agera ut känslorna på vad man i dagligt tal kallar hysteriskt sätt, är alltså en viktig del i terapin. Ett av syftena med gruppterapi har varit att flera personer skulle kunna bearbeta nertryckta känslor och upplevelser samtidigt med en person som för tillfället är i fokus. På detta sätt skulle man få en terapeutisk effekt hos flera personer i ett och samma "arbete". Inom gestalt är man t.ex. uppmärksam på om händelser som naturligt skulle väcka känslor av ilska och sorg är inestängda och stöttar klienten att uttrycka dem. I annan teoretiskt sammanhang t.ex. inom den kognitiva terapin arbetar man mera att ändra tankesätt, att minska oönskade känslors intensitet och att gå mer direkt på de önskvärda mer positiva känslorna. Rosener, Beutler och Daldrup (2000) har undersökt gruppterapi för patienter diagnostiserade som deprimerade med dels kognitivt inriktad grupp (CT) dels gestaltinriktad grupp. Den gestaltinriktade kallades (FEP)=focused expressive psychotherapy som är en manualiserad form av gestalt. Man undersökte också effekten hos de personer i gruppen som inte var aktiva.

Hypoteserna var

- Dels att aggression var vanligare än positiva känslor i gestaltgruppen men att det motsatta skulle vara fallet i den kognitivt inriktade gruppen.
- Dels att nivån på känslornas intensitet skulle vara högre i gestaltgruppen än den kognitiva gruppen.
- Man antog också att gruppdeltagare som inte var i direkt fokus skulle känna samma känslor om än med mindre intensitet än den person som arbetade just då och också få en terapeutisk effekt.

Det fanns 8 klienter i varje grupp och man träffades 20 gånger. Resultatet blev att ingen av hypoteserna blev bekräftade. Det var ingen skillnad mellan grupperna vad gäller uttrycket av ilska eller mer positiva känslor. Det var inte heller någon skillnad i styrka på de känslor som uttrycktes. Den 3:e hypotesen om att gruppdeltagare som observerar andra i en terapeutisk process skulle känna samma känslor blev inte heller bekräftad. I den kognitiva gruppen väcktes mera känslor av kärlek och av ilska. I gestaltgruppen väcktes mer känslor av glädje, sorg och rädsla. Känslorna av rädsla väckte endast lite känslor hos de icke aktiva gruppdeltagarna medan sorg väckte mycket olika känslor. Hypotesen om att icke aktiva gruppmedlemmar skulle känna samma känslor verifierades inte. Man ansåg att utslaget där var för litet att räkna statistiskt på.

Jag anser att detta inte behöver betyda att observerande gruppdeltagare inte kan ha nytta av att medverka i någon annans process. För att kontakten med känslor ska vara terapeutisk behöver det inte vara samma känsla som väcks som den som är i fokus. I ovanstående undersökning kunde man däremot se att annorlunda, ibland kompletterande känslor väcktes vilken man tyvärr inte har dragit några slutsatser av. Däremot håller jag med i resonemanget kring tveksamheter om lämpligheten kring att teorierna för individualterapi direkt översattes till gruppterapi. Man kan anta utifrån beskrivningen att detta har varit "individualterapi i gruppform av gruppterapi. Senare har andra teorier om gruppterapi t.ex. system- och fältteori kommit mera till användning.

En långtidsuppföljning har gjorts av 800 psykosomatiska deprimerade patienter. Man testade med BDI (Beck Depression Inventory), SCL90-R (Symptom Checklist 90-R), IIP (Inventory of Interpersonal Problems) och SASB (Structural Analyses of Social Behaviour) ett år och tre år efter behandling. En svårighet med denna undersökning är att patienterna även deltog i annan experimentell behandling. Man nämner dock den gestaltterapeutiska som primär behandlingsform. Resultat blev stark till måttlig förbättring av depressiva

och allmänna symtom och av självaccepterande enl. SASB-skalan. Men mindre förbättring vad gäller interpersonella problem. Slutsatsen är att studien stöder långtidseffekter av gestaltterapi och experimentell terapi med gestaltinterventioner. (Mestel et al 2000).

Inom gestaltteori är ”här och nu”, ”jag - du ” och ”vad och hur” centrala begrepp. Mikael Curman har i en mastersdissertation från 2001 (M. Curman 2001) liknat dessa begrepp med spädbarnsforskning begrepp ”moments of meeting” från ”The Process of Change Study Group” (Stern, Tronic et al 1998) Där beskrivs ”moments of meeting” som en ömsesidig upplevelse som bara kan ske i nuet. Båda parter påverkas av den. Den är personligt och känslomässigt laddad. Båda parter kommer ihåg den som något speciellt, något som berör samvaron just nu. ”The Process of Change Study Group har identifierat dessa ”moments of meeting” som den viktigaste faktorn i barns utveckling och uppmuntrar i enlighet med det terapiformer som arbetar med det autentiska mötet i nuet och mer inriktar sig på process än innehåll och förklaringar av orsakssamband. Curman undersökte vad tidigare grundkursdeltagare upplevde som läkande respektive icke läkande under grundkursen. Han använde fenomenologisk metod och en gruppvariant av fenomenologisk analysmetod. Han fann bekräftelse på att ”moments of meeting”(studiegruppens term), det autentiska mötet(gestaltterapeutisk term), är en så viktig faktor i den läkande och utvecklande processen under gestaltterapi i grupp som man kunde förvänta sig utifrån likheter i teori och förhållningssätt mellan gestaltterapi och ”The Process of Change Study Group”.

I boken ”Humanistic Psychotherapies, handbook of Research and Practice” (Cain & Seeman 2001) avslutar man redovisningen av forskning på gestaltterapi för deprimerade med att säga att gestaltterapi har visat sig effektiv för en rad affektiva störningar. Effekten av gestaltterapi för depressiva störningar har blivit utförligt undersökt. Senare forskning har emellertid visat att liknande effekter kan uppnås även i behandlingen av ångest.(Cain,Seeman)

I SBU rapporten (2004) anges att depression är ett av de vanligaste problemen man stöter på i primärvården. Dessutom finns ett stort antal odiagnostiserade fall. Att depressioner är så vanliga så ihållande och återkommande gör att depressionsproblemen kostar mycket för hela landet. SBU rapporten uppger att de samhällsekonomiska kostnaderna för depression i Sverige var 10,4 miljarder SEK år1997 (Norinder et al 2000).

Ovanstående undersökningar är de som mest liknar förhållanden under grundkurs. Ingen har tidigare undersökt grundkurs.

Med hänsyn till resultatet av dessa undersökningar är det rimligt att anta att gestaltterapi i grupp i form av grundkurs ger ökning av livskvaliteten och hälsa samt även lindrar eller botar depression.

## **Teori, definition och avgränsning av nyckelbegrepp**

**Jag ska i det följande definiera och därmed precisera och avgränsa följande nyckelbegrepp: gestaltterapi, gestaltterapi i grupp, grundkurs, diagnoser i gestaltterapeutiskt arbete, depression, och gestaltterapeutisk diagnostisering av depression.**

### **Gestaltterapi**

Gestaltterapi utarbetades från början som en protest av och komplement till psykoanalysen. Som upphovsmän räknas Fritz och Laura Perls, psykoanalytiker som efter att ha flytt kriget arbetade i Sydafrika under 40-talet och kom till USA 1946. Fritz Perls skrev i sin avhandling – 42 ”Ego Hunger and Aggression” (Perls, 1942) som var början till den nya terapiformen. Tillsammans med P Hefferline och Paul Goodman skrev Fritz Perl boken ”Gestalt-Therapy, Excitement and Growth in the Human Personality” (Perls, Hefferline, Goodman, 1951) som länge har räknats som och fortfarande räknas som grundboken i gestaltterapi trots att Hanne Hostrups bok: ”Gestaltterapi, En introduktion i grundbegreppen” (2002) numera är den första läroboken i gestalt i Sverige. Gestaltterapin växte fram i USA under 50- och 60-talen och kom i mitten av 70-talet till Sverige.

Det kan vara intressant att se hur andra än gestaltterapeuter definierar gestaltterapi.

Johan Cullberg tar i sin lärobok ”Dynamisk Psykiatri” (Cullberg, 1999) upp gestaltterapi bland de katarsiska (känslfrigörande) terapierna och skriver att ”gestaltterapi bygger på att hjälpa individen att uppleva sina känslor här och nu, leva i så stor äkthet som möjligt, ta ansvar fullt ut för sina känslor, tankar och olika sorters symtom. Genom att man blir mer medveten om sig själv och hela personligheten blir mera kännande kommer tänkandet och handlandet att bli mindre splittrat.” Cullberg tar också upp att Fritz Perls som räknas som

gestaltterapiens fader, mot slutet av sin levnad varnade för tron på att enstaka känsligenombrott skulle ersätta den mödosamma vägen mot psykisk växt. Detta har man sedan länge också insett inom gestaltterapi.

Ordet ”gestalt” definieras i Natur och Kulturs ”Psykologi lexikon”(1997) som ”Något man uppfattar som en helhet även om det består av delar eller moment.” I andra sammanhang definierar man ordet gestalt som ”helheten som är mer och något annat än summan av delarna”. I Natur och Kulturs Psykologilexikon definieras gestaltterapi som ”en form av psykoterapi som tar sikte på att hjälpa individen bli mera medveten om sig själv som en helhet... Bortträngda och på annat sätt omedvetna känslor och tankar ska aktualiseras och komma på plats i helheten.”

Man kan också förklara gestaltterapi så här: ”Vi har ett oskattbart genetiskt arv i vår benägenhet att stanna upp och om nödvändigt dra oss undan när vi är villrådigas inför hur vi fungerar. Även om denna benägenhet är ofrivillig och ofta plågsam kan den hjälpa oss att bli mer observanta på stundens förnimmelser, tankar, känslor och minnen och att samordna dem på ett nytt sätt för att lösa problemet, så att livet kan bli mera meningsfullt. Det är därför av största vikt att vi respekterar utvecklingen av denna förmåga hos våra barn, att vi hjälper våra partners och våra patienter att bruka den och att vi vågar bruka den själva.”(E. Gut. *Den sunnda depressionen* 1990 sid. 288)

När man söker i gestaltlitteraturen efter en definition av gestaltterapi så är det svårt att hitta. Oftast förklaras den utifrån de teoretiska rötterna eller utifrån verkningsmekanismerna. Detta är kanske inte så konstigt när man läser om Perls sätt att under sin verksamhet under 40 års tid ge många olika definitioner på gestaltterapi som ibland också motsa varandra.

(Clarkson, 1993 ). M.Spagnuolo Lobb tar upp i boken *Gestalt-Therapy* (Woldt & Thoman 2005) om den andra teoretiska delen i grundboken: *Gestalt-Therapy* (Perls, et al., 1951).

Hon menar att den andra delen som är den mer teoretiska skrevs för att man inte skulle kunna introjiserar den. Alltså man skulle inte bara kunna läsa och ta in oreflekterat utan måste ”tugga” och tänka över innehållet. Den skrevs mer i poetisk stil, mer i cirklar. Hon skriver också om att gestaltterapi traditionellt inte låter sig infogas i scheman. Jag undrar om det kanske är vårt språk som idag låser och begränsar vårt upplevande som gör gestaltterapi svår att ta in som den beskrivs bl.a. i andra delen av grundboken från 1951.

Ordet gestalt förstod jag från början som helheter och människans benägenhet att alltid och spontant skapa meningsfulla helheter. Liksom man i reklamen ibland bara visar halva företagsnamnet eller något annat så fyller man automatiskt själv på och dessutom kommer man

bättre ihåg det ofärdiga än det färdiga. Trauman eller svåra händelser vi som människor har varit med om under vår uppväxt eller utveckling och som inte har kunnat komma till uttryck tillräckligt blir som ofärdiga helheter, oavslutade situationer som tar energi, förhindrar spontan utveckling och dessutom aktualiseras vid förnyade kriser. Det man gör i gestaltterapi kan bl.a. vara att iscensätta den svåra händelsen i rummet och avsluta den så att gestalten blir hel. Petruska Clarkson (1993) skriver att gestaltterapi ökar klientens upplevelse av hans/hennes fungerande i nuet och samtidigt blir man uppmärksam på de oavslutade situationer som fortsätter att påverka hans/hennes livssituation.” Terapin består av uppmärksamhet på och analys av den interna struktur och det nuvarande upplevandet den individuella klienten har i sitt omedelbara fält. Processen hur man interagerar med omgivningen är lika viktig som innehållet i interaktionen, alla aspekter av det övergripande fältet är relevant.”

Den senaste tiden har man i gestalt utvecklats mer mot att arbeta med fältteori. Aspekter om fältet har funnits med från början och är omnämnda i grundboken (Perls et al., 1951). Fältteori handlar om hur alla krafter i fältet påverkar en och hur man själv påverkar. Malcolm Parlett (M.Parlett 2005) definierar fältteori som: ”Fältet är hela situationen med terapeuten, klienten, och vad som försiggår mellan dem. Fältet skapas och omskapas kontinuerligt.” Han fortsätter och ger exempel på att om man t.ex. talar om att atmosfären har förändrats så är det fältet man talar om.

Hanne Hostrup (Hostrup, 2002) poängterar å andra sidan att gestaltterapiens förutsättningar och grunder hämtas från en existentiell livssyn, gestaltpsykologi och fenomenologi. Hon skriver att ”Det som intresserar gestaltterapeuten är det samband som finns mellan gestaltpsykologins kunskap om människans psykiska hälsa och existentialismens tro på vad människolivet går ut på. Detta samband representerar det gestaltterapeutiska insiktsbegreppet.” Hon beskriver också gestaltterapi som utgående från den existentiella livssynen med viktiga begrepp som ansvar och val som överbyggande livsfilosofi. Gestaltpsykologin, med viktiga begrepp som perceptionspsykologi och organiserandet av insikt och upplevelse, är den teoretiska grunden och metoden är den fenomenologiska ”det som visar sig här och nu”. (Hostrup 2002).

”Gestaltterapi är en process- psykoterapi med målet att förbättra klientens kontakt med samhället och med omgivningen generellt. Detta mål uppnås genom medveten, spontan och autentisk dialog mellan klient och terapeut. Uppmärksamhet på skillnader och likheter uppmuntras medan avbrott i kontakten utforskas i den nuvarande terapeutiska relationen”. (Bowman, 1998 sid 106 i Gestalt-Therapy, 2005 Woldt & Toman)

Jag har tagit med definitioner av gestaltterapi från flera olika håll för att ge en bred bild och för att man lättare ska förstå vad gestaltterapi är.

Ordet terapi kan av många förknippas med behandling av något symtom eller en sjukdom. Grundkurser beskrivs däremot som personlig utveckling på gestaltterapeutisk grund. Vad är det då för skillnad på gestaltterapi och personlig utveckling? Vid litteratursökningen av engelsk litteratur visade det sig att man där inte skiljer på det. Det som man beskriver äger rum i grupperna känner jag igen som det man här beskriver som personlig utveckling. Min erfarenhet är att till grundkurserna kommer man av båda anledningarna. För mig innebär gestaltterapi mer än behandling. Jag definierar gestaltterapi som ett interpersonellt förhållningssätt användbart både inom psykoterapi och personlig utveckling och också inom organisationsutveckling, par och familjeterapi, handledning och coaching. Det interpersonella förhållningssättet innebär dialog i nuet i mötet mellan klient och terapeut och som syftar till ökad medvetenhet för en ökad livskvalitet och hälsa. I detta arbete benämner jag det som försiggår i grundkurserna som ”gestaltterapi i grupp”.

## **Gestaltterapi i grupp**

Gestalt i grupp kom som verksamhet igång efter andra världskriget då många hade behov av terapi. Man använde grupp för att kunna hjälpa flera och för att minska kostnaden. Sedan dess har användningsområdet för mindre grupp spridits till andra områden som inom organisation och administrationsutveckling, inom undervisnings och utbildningssammanhang och till politiska forum (Huckabay 1992). Peter Philipson tar i boken ”Self in relation” upp gruppterapi som överlägsen individualterapi. (Philipson 2001) ”Om gestalt definieras som en undersökning eller upptäckande av klientens process av självaktualisering i relation till sin omgivning finns det bra skäl för att göra denna omgivning så experimentellt nära klientens vardag som det är terapeutiskt praktiskt. Här har gruppterapi stora fördelar under förutsättning att gruppledaren arbetar enligt fältteoretiskt tänkande. Vår tid är individualistisk inriktad och många gestaltterapeuter har övergivit gruppterapin till redskap i den personliga utvecklingen. Ofta används den bara under utbildningen”.

I boken ”Gestaltterapi på Svenska” (1995) beskriver Gaffney förändringen i inställningen till gestaltterapeutiskt arbete i grupp. Sättet att arbeta med personlig utveckling i grupp på gestaltisk grund har förändrats genom åren. Ursprungligen inspirerade av Perls demonstrationer av terapi inför publik har gruppterapi länge varit "individualterapi i grupp" eller be-

skriven som "individualterapi med gruppen som resurs". Ledaren initierar gruppövningar som sedan bearbetas individuellt med ledaren/terapeuten inför gruppen. De övriga gruppdeltagarna kan komma med egna reflektioner t.ex. hur man känner igen sig och också feedback, så värderingsfri feedback som möjligt. Ofta förekommer det att den som vill arbeta ska komma och sätta sig i "heta stolen" som är en tom stol bredvid terapeuten. Tanken bakom det är att den som ska göra ett förändringsarbete ska ta ansvar för tidpunkten själv.

Senare utveckling har inneburit mera fokus på gruppen och där man som ledare pendlar i uppmärksamhet mellan gruppen och individerna. Man uppmärksammar var individerna är i teman och likaså gruppen. Man kan se att individernas teman kan ange på vilken utvecklingsnivå gruppen befinner sig. Ledarens uppgift blir att se och ta ansvar för gruppens behov och initiera åtgärder för att gruppen ska komma vidare. Gruppexperiment föreslagna av terapeuten är en viktig del i arbetet.

Ett vanligt arbetssätt i Sverige har varit vad man kallat "den skandinaviska profilen" som handlar om "barnet inom oss". Klienterna blev medvetandegjorda om beteenden s.k. överlevnadsstrategier, man utvecklade som svar på otillräckligt tillfredsställda behov tidigt i livet och/eller som anpassning till för barnet viktiga personer. Sedan kunde man upptäcka hur dessa överlevnadsstrategier lever kvar och ställer till problem i relationerna som vuxen- här och nu- i gruppen. Ofta arbetade man sedan med att i rollspel gestalta den gamla familjen i nuet för att återskapa svåra situationer, reagera på det man inte reagerade tidigare på och på så sätt avsluta det oavslutade.

En kombination av dessa tre sätt är antagligen vanligt förekommande nu.

Ytterligare ett sätt att arbeta med gestaltterapi i grupp innebär att arbeta nästan uteslutande i helgrupp. Man ser alla kontaktstilar t.ex. introjektion (att ta in t.ex. "borden" och "måsten" oreflekterat) och projektion (att tillskriva andra det som är ens eget) som tidigare betraktats som hinder och försvarsmekanismer som försök till kontakt och uppmuntras av ledaren. Gruppen formar i enlighet med den organismiska, spontana självregleringen sitt eget gemensamma tema som också samtidigt aktualiserar varje gruppdeltagares tema som sedan arbetas igenom. Ledaren bidrar också med reflektioner och undervisning. Detta är den form av gruppterapi jag mest eftersträvar.

Men utifrån min erfarenhet av hur gestaltterapi i grupp går till definierar jag gestaltterapi i grupp som en kombination av de tre förstnämnda förhållningssätten, där man arbetar med en individ i fokus omväxlande med uppmärksamhet på gruppen och gemensamma teman.

Ledaren föreslår och initierar övningar som man arbetar med individuellt inför gruppen eller i smågrupper.

## **Grundkurs**

Grundkurs är en form av gestaltterapi i grupp som har funnits i Sverige sedan slutet av 70-talet. Andra typer av kurser kan vara kortare introduktionskurser, temakurser eller längre fördjupningskurser. Grundkurserna är den vanligaste formen av gestaltterapi i grupp och var länge ett krav för att kunna söka Gestalt- Akademiens utbildningar. Det finns ingen gemensam officiell kursplan eller annan beskrivning av vad en grundkurs ska innehålla. Omfattningen har traditionen varit att grundkurs innebär internat på fyra dagar fyra gånger under ca ett halvår, tre dagar fem gånger eller två gånger sju dagar. Två gånger sju dagar är dock sällsynt och har mest gällt sommarkurser. Det gemensamma syftet är kursdeltagarnas växt och personliga mognad.

I ”Inspirationsguiden” gestaltterapeuternas mest förekommande kursprogram beskrivs grundkurs ”Grundkurs innebär att deltagarna tillsammans påbörjar en utvecklingsresa under en längre period. Gestaltterapiens grundprinciper utforskas och bearbetas under ledning av erfarna gestaltterapeuter. Den framväxande gruppsytryggheten är grogrund för den enskilda deltagarens personliga växt. Grundkursens inriktning och profil är beroende av varje ledarens kunskaper och personlighet –samt av gruppens sammansättning.” (Berg, Inspirationsguiden 2004)

I detta sammanhang definierar jag grundkurs som gestaltterapi i grupp i en omfattning av mellan 12-16 dagar uppdelat på tre eller fyra olika tillfällen under ca ett halvår med syfte att öka deltagarnas personliga mognad så att de upplever ökad hälsa fysiskt och psykiskt, ökad livskvalitet och få en bättre självbild.

## **Diagnoser i gestaltterapeutiskt arbete**

Inom gestaltterapi har man tidigare inte velat diagnostisera på grund av att man då skapar en distans mellan sig och klienten/gruppen. Inom gestaltterapi arbetar man i stället med att skapa kontakt, dialog och möte. Att dela in i kategorier har inte stämt med gestaltterapiens processtänkande. Daan van Baalen (Baalen 2000) hänvisar till Perls inställning till att ”tala om” och om teoretiserande som ”bullshit” eller ”elefantshit” samt till de antiintellektuella och antipsykiatriska ideologierna i gestaltterapiens början på 60- och 70- talen, vilka gjorde

att man var emot traditionell diagnostisering. Diagnostisering skulle ha hindrat från genuin kontakt, eftersom man då skulle ha diagnosen mellan sig och klienten, man skulle se klienten genom ett filter som utgjordes av diagnosen. När jag arbetade inom psykiatri blev detta tydligt.

Under 90-talet har det kommit andra influenser som gör att man inom gestalt ändrar inställning och börjar en diskussion om gestaltdiagnostisering. Oavsett vad man anser om diagnostisering så gör man hela tiden bedömningar. (Melnick & Nevis 1995) Alltså kan man inte låta bli att diagnostisera! Större krav från medicinska försäkringsbolag i USA på diagnos, behandlingsplaner och prognoser gjorde det nödvändigt att tänka om. Dessutom vill man numera kommunicera i ökad utsträckning med andra vårdgivare och man inser vikten av att differentiera förhållningssättet till hur olika klienter kommunicerar och möter oss.

Melnick & Nevis använde diagnosbegrepp från DSM-III-R och beskrev hur dessa begrepp passar i gestaltterapiens modeller som då också får funktionen av diagnossystem. ”De båda diagnosystemen är som två olika kartor över samma område som kompletterar varandra. Gestalt bidrar här med att ange hur patienten agerar i sitt liv och hur det kan förbättras.”

I boken ”Gestalt-Therapy” (Woldt & Toman 2005 sid 111) skriver samma författare att en gestaltterapeut diagnostiserar genom att tillsammans med klienten bedöma styrkor och svagheter i klientens sätt att organisera processen för sina kontinuerliga upplevelser. Den autentiska relationen mellan terapeut och klient är läkande i sig själv utgör en grund för växt. Terapin blir en resa där diagnosen blir verktyget som pekar mot riktningen som ska utforskas. Alltså stämplar gestaltdiagnos inte någon individ utan den identifierar en process.

Också 1992 skriver Salonia (Salonia, 1992) om en utvecklingsteori på gestaltgrund och jämför med bl.a. Mahler, Stern och Wilber. Han placerar in gestaltbegrepp som kontaktstillarna och relationsaspekter i ett utvecklingspsykologiskt perspektiv. Detta för att bl.a. möjliggöra för terapeuter att använda gestaltterapeutiskt förhållningssätt i arbete med psykotiska klienter. Inom gestalt talar man om hur man som klient avbryter sig själv och den naturliga utvecklingen den spontana självregleringen. Här beskriver Salonia hur avbrotten skapas i de olika utvecklingspsykologiska faserna. Det blir ett viktigt diagnostiskt instrument.

M. Spagnuolo Lobb skriver i samma tidning om den mest lämpliga terapeutiska interventionen till de olika faserna/hindren/kontaktavbrotten.

Hostrup definierar gestaltdiagnos som en fenomenologisk analys av kontaktbeteenden såsom de utspelar sig över tiden och i relationer (Hostrup 2002). Syftet med diagnosen är att bevara samarbetet och kontakten. Klienten kommer att avbryta kontakten. Det gäller för terapeuten att vara uppmärksam på när och hur det sker för att kunna förhindra kontaktav-

brott. Diagnosen är dynamisk och fenomenologisk. Den förändras, olika tillstånd avlöser varandra. Hon menar att ju sjukare man är desto mer rigid blir man och reagerar på samma sätt i olika situationer.

Kännetecknande för gestaltdiagnos är att man tar med relationen och hur kontaktprocessen går till. Daan van Baalen (Baalen 2000) tar ännu större utsträckning med det som händer i relationen med terapeuten i diagnostiseringsprocessen. Han uttrycker sig t.ex. såsom att vi ”borderlineiserar tillsammans”. Tidigare gestaltdiagnostiseringsätt har fortsatt tala om individen och inte tagit med fältteorin i tillräckligt stor utsträckning, anser han. Hans perspektiv tydliggör hur man som gestaltterapeut kan använd sig av sina egna känslor och reaktioner i diagnostiseringsprocessen. T.ex. så är terapeutens reaktioner som, förvirring, rädsla, maktlöshet och hopplöshet liksom av kompetens, meningsfullhet, hopp och tillit viktiga i diagnostisering. De tidigt upprepade här tyder då på psykotiserande organisering och de senare på neurotiserande organisering. Likaså kan en intervention för en personlighetsstörd individ vara att terapeuten gör något för att förbättra situationen för sig själv t.ex. så att han/hon blir mindre förvirrad eller mindre rädd. Då ökar också begripligheten respektive tryggheten för klienten i terapisituationen.

Michael Ruh (Ruh M. ,1999, pp 292-93) skriver att diagnos i gestaltterapi måste vara en fältdiagnos. Diagnosen är ett utforskande av dynamiska faktorer och dimensioner i det givna livsutrymmet, det psykologiska fältet. Beskrivningen av livsutrymmet är inte bara en förklaring av det som händer utan också en guide till vad som kan hända och vad som kan göras. På detta sätt hänger diagnosen ihop med den terapeutiska processen.” Patologiska symtom” är en men inte den enda dynamiska och ömsesidigt beroende faktorn inom livsutrymmet. Han ger också praktiska exempel från ett sjukhus för sedan länge hospitaliserade patienter med diagnoser som kronisk schizofreni och liknande i Tyskland. Fältdiagnosen har blivit en viktig del av det terapeutiska arbetet. Den äger rum i teamdiskussioner med alla som har kontakt med personen. Fältdiagnosen består då av personens olika områden som förmågor, behov, känslor, kontakt, relationer och så vidare, deras differentiering och organisering i personens utvecklingsprocess. Den används också för grupper av patienter. Även om den psykiatriska diagnosen inte ändras så kan man med hjälp av fältdiagnosen både upptäcka förändringar och utveckling hos personen eller gruppen och också hitta lämplig terapeutisk strategi och terapeutiska interventioner.

Gestaltterapi är ursprungligen utformad för neurotiska människor och måste därför anpassas när man möter klienter med andra kontaktmönster och organiseringssätt.

Jag anser att diagnostisering är viktig för att som terapeut öka medvetenheten kring sina egna reaktioner och känslor, fördomar och värderingar - som man inte kan låta bli att ha - för att bättre kunna se klienten just som han eller hon är i nuet. Jag tycker också det är viktigt för att kunna anpassa gestaltterapeutiskt förhållningssätt till varje klient/grupp och varje "nu". Det är lätt att även som terapeut fastna i mönster. Jag strävar mot att diagnostisera på ett fältteoretiskt sätt, vilket för mig innebär utforskande tillsammans med klienten av klientens inre upplevelser av figur och grund och utforskande av klientens upplevelse av figur och grund här och nu i rummet med mig samt i dialogen oss emellan.

### **Depressionens symptomatologi**

Känslor av nedstämdhet, ångest, sömnbesvär, ökad eller minskad aptit, koncentrationssvårigheter, dålig initiativförmåga, likgiltighet, pessimism och minskad livslust brukar räknas till de vanligaste depressiva symtomen. Dessa symtom tas upp i det amerikanska psykiatriska diagnosystemet DSM-IV (Mini-D IV 2002). I boken "Ut ur mörkret - en bok om depressioner" tar Miki Agerberg (Agerberg, 1998) upp problemet med att alla tror sig veta vad en depression är. Om vädret är dåligt eller om man är trött kan man uttrycka att man känner sig deppig. Författaren William Styron som själv har gått igenom en svår depression ville byta ord och hellre kalla depression för något i stil med "hjärnstorm". Han skriver "Upplyst om att någons störda sinnesstämning utvecklas till en storm - en veritabel tjutande orkan i hjärnan, vilket faktiskt är vad en klinisk depression liknar mer än något annat - skulle även en okunnig lekman visa deltagande snarare än den standardreaktion som depression framkallar, något i stil med ; "Än sen då?" eller "Det kommer du snart över." eller "Vi har alla våra dåliga dagar." (Styron, Ett osynligt mörker)

Enligt DSM står nedstämdhet eller att var ledsn överst på listan, det som man i vardagligt tal menar med deppighet. Därefter står att tappa intresset för de flesta aktiviteter och att inte kunna glädjas över det som man brukar tycka om. Minst ett av dessa två symtom ska finnas med om man ska tala om egentlig depression. Alla slags sömnstörningar är karaktäristiskt, både att vakna tidigt, att inte kunna somna, eller att sova mer än vanligt. Aptiten påverkas så att man antingen tappar vikt eller äter onormalt mycket. Stor trötthet och bristande energi är viktigt tecken men också och mindre känt är att få svårt att tänka, att koncentrera sig och att fatta beslut. De enklaste vardagssysslor går långsamt. Man kan också bli rastlös och ha

svårt att sitta still. Kännetecknande är att dessa symtom håller i sig utan lättnad flera veckor i sträck.

Dessutom påverkas kroppslig sjukdom negativt.

Enligt DSM –IV är det just dessa ovanstående drag som man känner igen depression på.

Man brukar se ett sänkt stämningsläge större delen av dagen de flesta dagar, förlust av tillfredsställelse i de flesta aktiviteter, större förändring av vikten uppåt eller neråt, störd sömn, psykomotorisk oro eller tröghet, kraftlöshet eller brist på energi, värdelöshetskänslor eller skuldkänslor, koncentrationssvårigheter eller svårt att fatta beslut, tankar på döden eller självmordstankar. Skattningsskalan MADRS är upp byggd utifrån dessa symtom.

I terapi situationen känner man igen depressiva klienter på uttalanden som t.ex. ”Jag är misslyckad.” ”Allting är mitt fel” ”Allt är hopplöst” ”Om någon säger något positivt om mig menar han eller hon det egentligen inte eller så vet han eller hon inte vem jag är.” ”Jag känner mig som en bluff” ”Det finns ingen hjälp för mig” o.s.v.

Cullberg beskriver förutom den traditionella synen utifrån ICD –10 en mer psykodynamisk syn på depression i sin lärobok ”Dynamisk Psykiatri”(Cullberg 1999). ICD-10 används mer i Europa medan DSM-IV används i USA. Cullberg menar enl. dynamisk syn att depression är en störning i självupplevelsen som kan ha förorsakats av motgång eller svår besvikelse. Det kan även röra sig om en förlust av någon eller något som har stor betydelse för att den goda självkänslan ska upprätthållas.

I psykoanalytisk terminologi (Grunberger,1979) innebär termen depression att jagets förmåga till narcissistisk tillfredsställelse (självkärlek) är störd. Det har då uppstått ett glapp mellan jaget och jagidealet som för stort. Ett depressivt självförakt kan uppstå som innehåller skamfyllda svaghetsupplevelser, minskad kreativ förmåga, hopplöshetskänsla, tomhet och torftighet. Dessa känslor kan övergå till självhat.

### **Gestaltisk diagnostisering av depression.**

Ett vanligt sätt att tänka om depression i gestalttermer sammanfaller med Freuds tankar och innebär att man har retroflektat så mycket aggression så att man blir deprimerad. Att retroflektera betyder att vända tvärt tillbaka. Här används begreppet som en av kontaktmekanismerna, i detta fall ett hinder för kontakt. Mer eller mindre medvetet, oftast mindre medvetet stänger inne ilska eller liknande mot någon annan person. Eftersom reaktionen har

väckt energi i kroppen vänds denna tillbaka inåt då ofta i form av negativa tankar om en själv.

Gestalt arbetar ofta med motsatspar- polariteter. I detta fall är motsatsparet glädje och sorg aktuella. Man kan definiera (Eicher B., & Dayringer R. 1995) depression som ett tillstånd en person har fastnat i mitt emellan sorg och glädje. T.ex. om man förlorar någon närstående och förnekar smärtan i förlusten. Vanligt är att man säger att ”Nej det känns inte så farligt. Jag har inte gråtit” Greenberg (2006) kallar detta psykisk smärtfobi. Om man har ett sådant genomgående reaktionsmönster och förnekar sorg innebär det att man också stänger till för att känna glädje. Då återstår endast mittpunkten på kontinuitet sorg- glädje som är depression. När varken sorg eller glädje finns känns allt tomt och meningslöst. Skillnaden mellan en sörjande patient och en deprimerad kan vara oklar. Smith (1985) lägger ner stor vikt vid att skilja på dessa eftersom psykoterapeuter ofta negligerar skillnaden med påföljd att en sörjande patient ofta behandlas som en deprimerad och tvärtom. Det kan vara samma yttre händelser bakom bägge tillstånden. Den kliniska bilden kan vara lika. Med förlust menas inte bara av en person eller en relation, utan kan också kan gälla ens frihet, ett ideal, värdighet, arbete och så vidare. Det är normalt att dra sig undan världen, att smärtsamma känslor gör att inte man inte orkar arbeta eller älska. I depression tillkommer känslor utifrån en förlust av självkänsla som ger självanklagelser, skuld-känslor, värdelöshetskänslor o.d. Skillnaden är just detta - en försämrade av självkänsla.

För en gestaltterapeut måste skillnaden på en klient som sörjer och en som är deprimerad kännas i relationen. Greenberg (2006) nämner att en sörjande person är aktiv, där pågår en process, ett sorgearbete som inte finns hos den deprimerade. Alltmer används det som händer i relationen i diagnostiken. En sörjande kan väcka empati och deltagande, men man förblir fri. En deprimerad kan väcka frustration, undvikanden och ilska.

Sammanfattningsvis menar jag att depression i ett gestaltiskt sammanhang är dels retroflectioner, alltså reaktioner framförallt ilska som var ämnade för någon annan vänds tillbaka till en själv. Dels osörjda förluster.

## Metod

Detta är första gången grundkurs utvärderas mera systematiskt. Detta ses som en start, en faktasamling inför senare, grundligare upplagd forskning. Jag väljer därför en kvantitativ enkätundersökning som en pilotundersökning för en bredare upplagd effektstudie av gestaltterapi i grupp, speciellt grundkurser, och den i sin tur tänker jag mig kan bilda bak-

grund till en större forskningsinsats utifrån andra vetenskapliga perspektiv som t.ex. fenomenologiskt, aktionsforskning eller annat kvalitativt synsätt eller en kombination av både kvalitativt och kvantitativt synsätt. Valet av enkät motiveras också utifrån att jag önskar nå så många personer som praktiskt möjligt.

Ett kvantitativt synsätt grundar sig på en naturvetenskaplig, positivistisk tradition som kontrasterar mot gestalt som har existentialismen som metateori, gestaltpsykologin som teori och fenomenologi som metod och som härrör ur humanistisk tradition.(Hostrup 2002). Det vore kanske naturligt att välja en forskningsmetod från den humanistiska traditionen. Att jag ändå valt kvantitativ metod beror på dels att jag anser att man som gestaltterapeut utifrån ett helhetsperspektiv bör kunna tänka på båda sätten. Gestaltterapi kallades från början en del av den tredje vägen där man kombinerade naturvetenskap och humanism. Grundarna till gestaltterapi var läkare och psykoanalytiker och kom från naturvetenskaplig tradition. Dels tycker jag det är viktigt att möta övriga allmänheten i en dialog och där har kvantitativt sätt varit förhärskande under lång tid. Denna undersökning är i själva verket i övrigt ”semikvantitativ”, i och med att den egentligen försöker att mäta eller åskådliggöra kvalitativa fenomen.

Uppdelningen i kvantitativt och kvalitativt synsätt diskuteras och anses av många som förlegad. Erland Lagerroth (Lagerroth 2003) skriver om en kombination av dessa, att klyftan mellan dessa försvinner och benämner det ”general science”. ”Relation, helhet, process, dynamiskt system, feedback, oförutsägbart skapande i en momentan akt konstituerar ett nytt tänkande, som är annorlunda än det som tillämpas i den traditionella vetenskapen. Tillammans pekar de mot en ny vetenskap och en ny världsbild, nämligen mot ’General Science’ ” (Lagerroth 2003, p.265).

En metodologisk utmaning med denna tillgång är, att enkäterna ju utgår från diagnostiska kriterier, som grundas i forskares uppfattningar om friskt och sjukt, viktigt och oviktigt för hälsa resp. ohälsa, men däremot inte nödvändigtvis utifrån kursdeltagarnas egna uppfattningar om samma saker. Frågorna utgår inte heller från kursdeltagares eller kursledarnas tankar om syftet med kursen. Man tar inte reda på hur många som ville få hjälp med just depression. Tankar om upplevd livskvalitet är vanliga när man formulerar syfte med kursen - och självbild, och relationer, som testet SASB har som avsikt att mäta, ansluter ganska nära till gestaltterapiens generella mål om medvetenhet om hur man fungerar i relation med andra, som ses som förutsättning för förändring.

Att jag använder en kvantitativ forskningsmetod betyder inte att jag ansluter mig till positivistisk tro på en 'objektiv sanning'. 'Sanningen' i denna studie är att dessa personer har kryssat så här för dessa frågor denna gång. Exakt vad varje person läger för mening i respektive fråga tar inte denna undersökning reda på. T.ex. så kommenterade en av kursdeltagarna och frågade om vid andra tillfällen efter kursen de frågor som innehöll orden "...än tidigare" syftade till före kursen. Här kan det vara så att en del svarat utifrån "före kursen" medan andra tänkt längre tillbaka i tiden. En annan nackdel som påtalades av kursdeltagarna var att första dagen vid första ifyllandet var hon nervös. Vid andra ifyllandet mera avslappnad eftersom det skedde hemma i lugn och ro. Detta får tas i beaktande i bedömningen av resultaten. Jag fick flera kommentarer om att frågorna var negativa speciellt det första bladet. De två formulärens gällande depression, BDI och MADRS, kom först bland formulärens. Här saknar jag att kunna fråga kursdeltagarna mera om hur det påverkade dem.

Jag träffade överhuvudtaget inte kursdeltagarna själv. Jag fanns visserligen tillgänglig per telefon, men ingen ringde och det hade varit svårt för mig eftersom jag inte kunde ge information till alla samtidigt.

Jag vet inte hur kursledarna informerade om enkäten, i vilken anda det var och hur det kan ha tänkt påverka. Vid båda tillfällena frågade jag efter kommentarer och hade gett utrymme för det. Vid första tillfället fick jag endast någon enstaka kommentar som handlade om formulärens drastiska svarsalternativ. Efter andra tillfället fick jag fler kommentarer, som t.ex. "Kul at vara med", "Lycka till", "Ursäkta de negativa svaren, men jag ligger i skilsmässa. Kursen var ändå mycket bra för mig". Av dessa svar och liknande drar jag slutsatsen att deltagandet i enkäten sågs ganska positivt. Att det direkta mötet med mig uteblir kanske motiveras för dem av anonymitetsskäl som är vanligt i både terapeutiskt- och forsknings-sammanhang.

Jag har valt att inte utvärdera egna utan andras grundkurser för att inte jag som kursledare skulle påverka resultatet.

## **Datainsamling**

Alla kursledare som utannonserat grundkurs från och med juni 2004 och där kursen avslutas under samma år tillfrågades om medverkan i studien. Det fanns 6 utannonserade grundkurser som avslutades under 2004. Av dessa ville en kursledare inte medverka. Alla andra ville delta men två av kurserna hade vid sista anmälningdag inte fått tillräckligt antal del-

tagare för att komma till stånd Då återstod 3 utannonserade grundkurser. I dessa kurser informerades deltagarna om undersökningen på kursens första dag och fick erbjudande om att medverka. Alla deltagarna på de 3 kurser (30 personer) valde att medverka.

Deltagarna svarade på samma frågeformulär kursens första dag innan något annat var gjort mer än information samt två veckor och igen sex månader efter kursens slut. Andra mätningen sattes två veckor efter avslut p.g.a. att känslor i samband med själva avslutet då värderades ha klingat av. Svarsfrekvensen på andra mätningen 14 dagar efter avslutad kurs var (27 av 30). Den ursprungliga designen var enkäter på kursens första dag och 14 dagar efter avslutad kurs. Under undersökningens gång insåg jag värdet av en uppföljning ett halvår efter avslutad kurs och den mätningen las då till. Svarsfrekvensen var hög (25 av 30) även denna gång.

Deltagarna valde en kod själva. Kursledarna gjorde en lista över kod och namn som de sedan behöll. All kontakt mellan mig och deltagarna gick via kursledarna vilket innebar att vid kursernas slut och 6 månader efter avslut sände jag frågeformulär, svarskuvert och informationsbrev till resp. kursledare som sedan skickade vidare enl. lista. Svarsfrekvensen var hög men till dem som inte skickade in svar i utsatt tid valde jag att påminna en gång. Den påminnelsen gjordes också via kursledarna och kodlistorna. I en grupp fattades kodlistorna vid 6-månaders uppföljning. Där gjorde jag så att jag skickade med hela kodlistan för den gruppen; deltagarna angav sedan själva vilken kod som var deras.

### Informanterna

Deltagarna i undersökningen är grundkursdeltagare som sökt personlig utveckling i grupp i form av grundkurs och sedan tillfrågats om medverkan i studien till skillnad från det som är vanligt vid forskning att annonsera efter försökspersoner.

Deltagare är de grundkursdeltagare som valt att medverka ur de grundkurser som pågick under perioden juni 2004 till årets slut där kursledarna varit positiva till medverkan.

Vid andra tillfället fick deltagarna olika alternativ om anledning till att de sökte kursen (se bilaga 2). Ingen uppgav att de bara sökte för att söka vidare till Gestalt- Akademin utbildningar. Sexton personer uppgav som enda alternativ att de sökte grundkurs för att de ville ha personlig utveckling, 1 person uppgav som enda anledning att man sökte för att få hjälp ifrån att må psykiskt dåligt eller för att få hjälp och 4 personer uppgav att de kom både för att få personlig utveckling och för att kunna söka vidare till Gestalt- Akademin utbildningar. Sex personer uppgav att de sökte både för personlig utveckling och för att de mådde psykiskt dåligt eller sökte hjälp.

Tjugo personer hade gått i någon form av psykoterapi före denna kurs, varav 17 personer i individualterapi, 5 personer i gruppterapi och 8 personer i par- eller familjeterapi. Fem personer använde någon form av psykofarmaka: 1 använde insomningsmedicin och 4 använde antidepressiv medicinering.

## Test instrument

De instrument som används är:

- Livskvalitetsskattning. Tar upp frågor vanligen förknippade med upplevd livskvalitet hämtade från olika skattningsskalor. Olsson G. och Karhu, I
- Hälsotermometerskalor från EQ-5D anger upplevd psykisk resp. fysisk hälsa på termometerskalor från 0-100.  
Dessa två test är icke validerade instrument.
- SASB (Struktural Analyses of Social Behaviour) (Armelius 2005) Short Form Questionnaire (Benjamin 1998) Mäter självbild, relationer och affekter. SASB är en modell som har sina rötter i interpersonell teori, i sk. cirkumplexa modeller och i Bowlby's "attachment" teori. Den har två olika metoder: självskattningar och bedömningar. Om både självskattning och bedömning används får man tre olika perspektiv på en persons relationer: 1. personens skattning av sig själv och sina relationer. 2. Hur personen relaterar i en verklig interaktion med en annan. 3. Personens berättelse om sina relationer, inre relationsschema. I denna undersökning är det enbart självskattning som har använts. Självskattningsformuläret består av 36 olika frågor som är uppbyggda så att varje fråga kombinerar två dimensioner; "affiliation" eller positiv-negativ och "interdependens" eller kontroll- autonomi av 3 olika fokus som är; agerande, reaktioner och självbild. De 36 frågorna organiseras i 8 kluster som anger: autonomi, självacceptans, tycker om sig själv, tar hand om sig själv, kontrollerar sig själv, anklagar sig själv, förstör sig själv och försummar sig själv.

SASB används i Sverige och över hela världen i ett flertal olika projekt i både diagnostik och utvärderingsstudier.

För den svenska versionen finns reliabilitet beräknad som inre konsistens baserad på alla 36 frågor med resultatet att  $r > .90$ . Reliabiliteten för klusterversionen har beräknats med split-half och korrigerad med Spearman-Brown. Reliabiliteten blir i genomsnitt  $r = .87$ . Detta betyder att reliabiliteten är mycket god för den svenska ver-

sionen av SASB. I jämförelser med andra mått och grupper har SASB uppvisat förväntade samband och skillnader efter behandling.

- **BDI, Beck Depression Index** (Beck 1978). BDI var ursprungligen utvecklat 1961 för att upptäcka, bedöma och se förändringar i depressiva symtom inom mentalvård och inom primärvården. BDI är ett av världens mest använda självskattningsinstrument för bedömning av depression. Det består av 21 grupper av symtom och attityder som skattas på en 4-gradig skala. Bl.a. mäts symtomen skuld känsla, pessimism, självförakt, socialt tillbakadragande och självmordstankar.

Meta analys där nio psykiatriska urval och femton icke psykiatriska urval ingick visar att i de psykiatriska urvalen var Cronbach koefficient alfa .86 och för de icke psykiatriska urvalen .81. Bdi har visat sig ha diskriminant validitet för att skilja på psykiatrisk population från en normalpopulation. Generellt finns inga meningsfulla samband i resultat på BDI faktorer som kön och ålder.

- **MADRS, Montgomery Åsberg Depression Rating Scale.**(Montgomery 1979). Frågar efter depressiva symtom och är gjord speciellt för att mäta förändring. MADRS är uppbyggt efter depressiva symtom enl. DSM-4 med 9 olika frågor. Det frågar bl.a. efter sinnesstämning, sömn, oros känslor och matlust. MADRS finns i två versioner, en klinikeradministrerad och en självskattningsversion: MADRS - S. Här är det självskattningsversionen som används.

MADRS har visats ha en god reliabilitet och höga korrelationer mellan expertskattning och självskattning av testet (från  $r=0.80$  till  $0.94$ ) visar på en samstämmighet mellan de olika versionerna.

I en jämförande studie mellan BDI och MADRS-S visades att de båda skattningsskalorna var högt korrelerade ( $r=0.87$ ) och skilde sig inte heller åt avseende känslighet för förändring till följd av antidepressiv behandling.

## Etik

Riktlinjer för mig har varit att garantera anonymitet både för individen och för gruppen. Det har tillförsäkrats genom att inga namn utan koder har använts. Grupperna ska inte kunna jämföras med varandra och kursledarna ska inte heller se vad den enskilde kursdeltagaren svarar.

Frivillighet har varit en annan princip. Man har hela tiden haft möjlighet att inte delta. På grund av detta har endast en påminnelse skickats ut till dem jag inte fick svar ifrån.

I informationen till deltagarna har frivillighet att delta och anonymitet både för individerna och gruppen poängterats (se bilagorna 1,2 och 3). Det innebär att inga namn används utan kod. Koden behövs för att kunna para ihop före och efter- svar och för att vid behov kunna skicka påminnelser få in svar på formulären efter genomgången kurs och vid uppföljningen 6 månader efteråt. Vid analysen slogs alla svar ihop så att man inte utskiljer någon enskilds grupps resultat. Vid första tillfället som var på kursens första dag distribuerades tillsammans med frågeformulären ett kuvert som kursdeltagaren använde för att lägga svaren i så att vars och ens svar blev anonymt också för kursledarna. Vid de andra tillfällena distribuerades frågeformulären via respektive kursledares deltagar- och kodlista direkt hem till var och en. Svaren med koderna på skickades sedan in i svarskuvert direkt till mig.

Sekretessen garanterades förutom av att frågeformulären kodades av att jag aldrig träffade kursdeltagarna.

Jag var tillgänglig för frågor både från kursledarna och från deltagarna under ifyllandet. Ingen hörde av sig vid dem tillfällena.

Hur påverkar enkäterna kursen för resp. kursdeltagare?

Kursdeltagarna uppmanades att komma med kommentarer i samband med ifyllandet av enkäterna. Några stycken utnyttjade den möjlighet. En kommentar gällde det första testet som var BDI, där en person uppfattade svarsalternativen som märkligt drastiska. En annan påpekade att i de två första enkäterna som var BDI och MADRS fanns bara negativa svarsalternativ upp till ett nolläge medan positiva alternativ saknades. En tredje skriver att hon blir lite ställd av alla negativa frågor. Undersökningen var upplagd som utvärdering av grundkurs med traditionella frågeformulär och med ett speciellt fokus på depression. Traditionella frågeformulär utgår från syn på depression som en sjukdom. Dom som söker sig till grundkurs söker personlig utveckling och tänker inte på sig som sjuka. Det blir olika språk och olika syn på människosyner som krockar. Utifrån kommentarerna kan man fråga hur synen på kursen påverkades av enkäterna. Det kan ligga nära till hands att misstänka man blir undrande eller rädd som kursdeltagare över att stämplas som att ha psykiska besvär eller vara psykiskt sjuk. Många som söker sig till personlig utveckling just av denna anledning. Å andra sidan var det inte kursledarna som stod för frågeformulären utan de kom från annat håll. Kursledarna fanns också tillgängliga vid första tillfället för att diskutera farhågor.

Hur stor var möjligheten att säga nej?

Det var viktigt att deltagandet i undersökningen var frivilligt. Vid första tillfället på kursens första dag var deltagandet 100 %! Detta väcker frågor om hur deltagarna upplevde frivilligheten eller hade möjlighet att ta ställning till den just då.

Vid de andra tillfällena svarade inte alla. Någon kommenterade det ”P.g.a. att jag blev drabbad av tsunamin kunde jag inte svara”, ”Kändes inte relevant, tyvärr” (6-månaders uppföljning). Andra har låtit bli att svara utan att kommentera.

Jag utgår ifrån att deltagarna hade en rejäl möjlighet att uppleva frivilligheten i deltagandet även vid första tillfället eftersom man som kursledare i personlig utveckling på gestaltterapeutisk grund alltid utgår från frivillighet och deltagarnas egna upplevelser.

För övrigt tycker jag att det är etiskt riktigt att utvärdera grundkurserna utifrån ett mera vetenskaplig sätt.

## **Dataanalys**

Materialet har bearbetats statistiskt med hjälp av statistikprogrammet SPSS. Jag har gjort ANOVA variansanalys av mitt material som ”within-subjekts contrast” för varje indikator.

## **Resultat**

### Bortfall:

30 personer fyllde i enkäterna första dagen. Det var alla som deltog i de tre grundkurserna. En kursdeltagare avbröt i samråd med kursledarna efter första kurstillfället. Ytterligare 2 personer föll bort vid 2:a mätningen efter kursernas slut. Vilket innebar att jag då fick in 27 av 30 svar. Vid uppföljningen 6 månader efter kursens slut och 1 år efter första mätningen föll ytterligare 5 personer bort. Detta gav 23 personer. En person har inte fyllt i BDI men allt annat. BDI redovisas för N=22, övriga test N=23.

En svarsfrekvens på 22 resp. 23 av 30 anses som hög.

Av de 7 som föll bort och inte besvarade enkäterna alla tre gångerna var det 3 som inte visade några ”depressionspoäng” före kursstart. 2 personer visade mild depression, den ena lämnade in enkät efter avslutad kurs och visade då på förbättring. 2 personer av bortfallen visade på klinisk/egentlig depression varav en var den person som avbröt grundkursen i samråd med kursledarna.

Statistisk bearbetning utfördes även med de 4 personer borttagna som tog antidepressiv medicinering för att undvika att det var medicinen som hade effekt och inte kursen. Av detta "bortfall" var det 1 som från början inte visade några "depressionspoäng". De övriga 3 visade på depression från starten, 2 av dem visade på ingen depression efter och vid uppföljningen samt 1 person visade fortfarande depressionspoäng om än lägre vid avslutad kurs och vid uppföljningen.

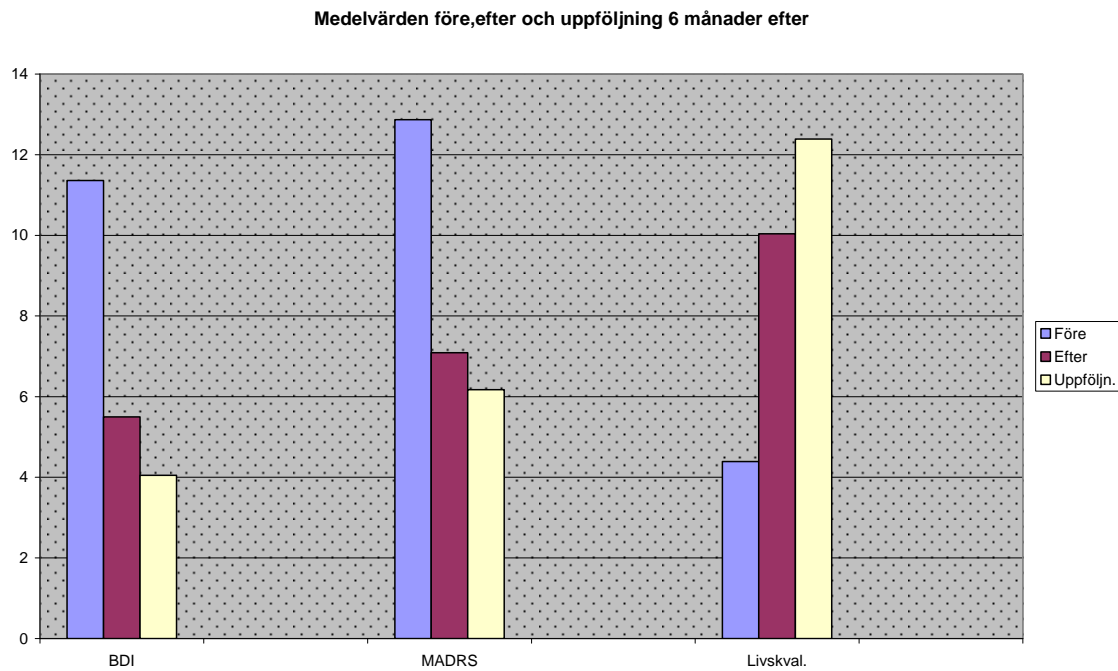
### **Medelvärden, antal svaranden och statistiska differenser på före och efter-värde resp. efter och uppföljnings.-värde**

Livskvalitéskalan går från -3 till 3. Det var 12 frågor, max poäng är -36 till 36.

Psykisk och fysisk hälsa har angetts i en termometerskala som går från 0-100.

Test	N	Mean Före	Std. Dev.	Mean Efter	Std. Dev.	Sig. Före/Efter	Mean U	Std. Dev.	Sig. Efter/Uppf.
BDI	22	11,36	7,93	5,50	6,13	p < 0,001	4,05	5,10	n.s.
MADR S	23	12,87	7,49	7,09	7,03	p < 0,001	6,17	6,48	n.s.
Livs-kval.	23	4,39	16,36	10,04	14,69	p < 0,05	12,39	12,32	n.s.
Psyk Hä	23	65,3	25,21	76,78	16,16	p < 0,01	79,54	14,63	n.s.
Fysisk Hä	23	65,22	21,44	68,00	19,36	n.s.	73,87	13,99	n.s.

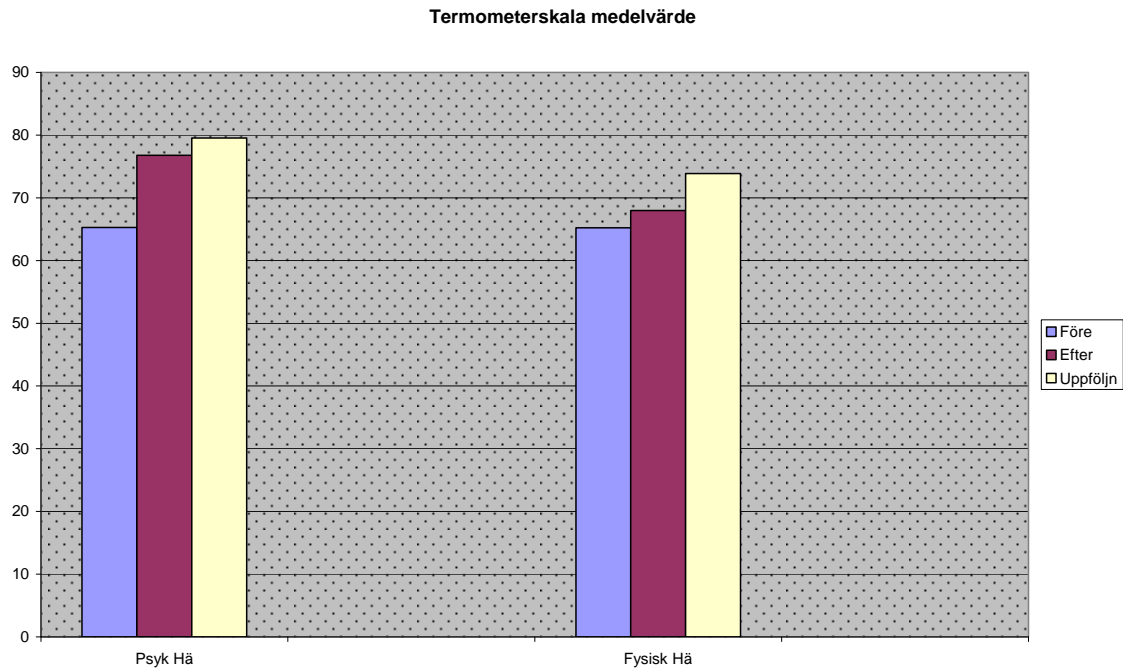
Tabell 3



BDI visar en förbättring av medelvärdet mellan före och efter grundkurs ( $p < 0,001$ ). Skillnaden på efter-mätningen och mätningen vid uppföljningen 6 månader efter avslutad kurs är inte signifikant.

MADRS visar en förbättring i medelvärdet mellan mätningarna före och efter grundkurs med en signifikans ( $p < 0,001$ ). Medan skillnaden i medelvärde för mätningarna efter grundkurs och vid 6 månaders uppföljningen inte är signifikant.

Livskvalitet mätningarna visar också en förbättring av medelvärdena före och efter kurs ( $p < 0,05$ ). Skillnaden på efter -mätningen och vid uppföljningen är inte signifikant.



Psykisk hälsa visar en förbättring före och efter grundkurs ( $p < 0,01$ ). Skillnaden efter kurs och vid 6 månaders uppföljningen är icke signifikant.

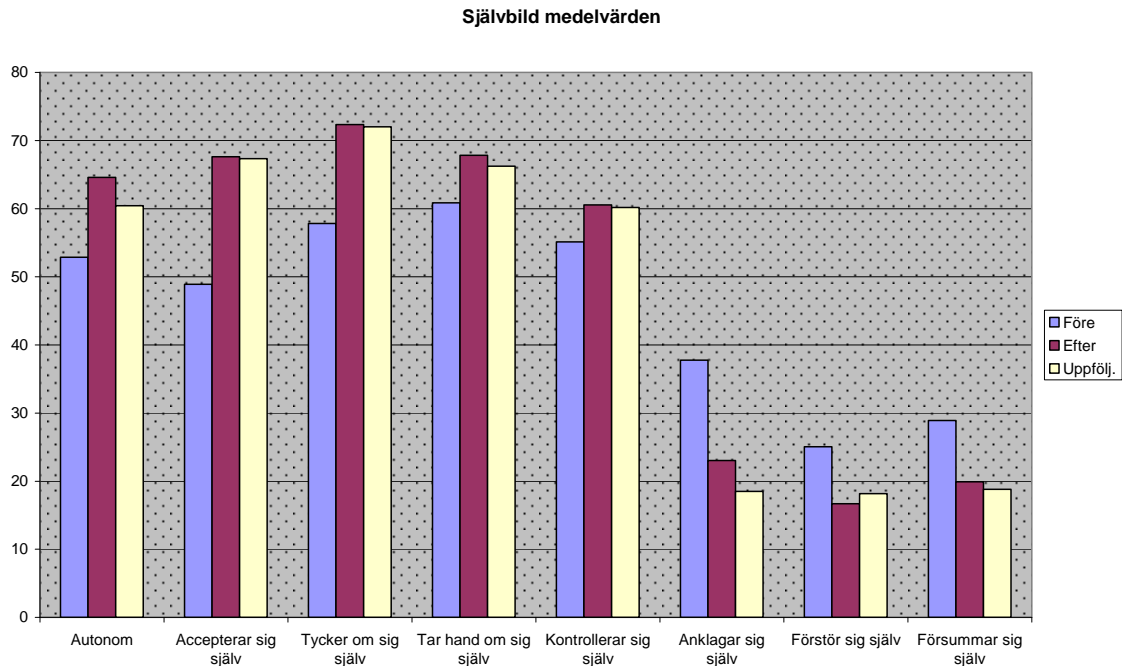
Fysisk hälsa visar ingen signifikant skillnad vare sig efter kurs eller vid uppföljningen.

### **Uppföljning av personlig utveckling i grupp på gestaltterapeutisk grund med avseende på självbilden mätt med SASB:s självskattningsformulär.**

SASB (Structural analysis of social behavior) innehåller 36 olika påståenden som man anger stämmer eller stämmer inte i en skala från 00-100 i steg om 10 i varje 00-10-20-30 o.s.v. De 36 punkterna delas in i 8 olika kluster som anger olika aspekter gällande agerande, reaktioner och självbild. Här redovisas först resultatet för de olika klustren och därefter resultaten för positiv resp. negativ självbild.

Klus- ter	Självbild	N	Mean Före	Std. Dev.	Mean Efter	Std. Dev.	Sig. Före/E	Mean Uppf.	Std. Dev.	Sig. Ef- ter/Up pf
1	Autonom	23	52,87	19,35	64,61	15,18	p < 0,001	60,43	17,69	n.s.
2	Accepterar sig själv	23	48,91	24,89	67,61	19,71	p < 0,001	67,35	20,71	n.s.
3	Tycker om sig själv	23	57,83	20,19	72,35	17,87	p < 0,001	72,00	16,80	n.s.
4	Tar hand om sig själv	23	60,87	12,44	67,83	10,83	p < 0,01	66,22	10,91	n.s.
5	Kontrollerar sig själv	23	55,13	10,93	60,57	14,41	n.s.	60,17	9,80	n.s.
6	Anklagar sig själv	23	37,76	25,94	23,04	18,34	p < 0,01	18,48	18,20	P < 0,05
7	Förstör sig själv	23	25,04	20,98	16,70	16,39	p < 0,05	18,17	19,02	n.s.
8	Försummar sig själv	23	28,91	19,38	19,89	14,72	P < 0,01	18,80	15,80	n.s.

Tabell 4



**Kluster 1: Autonomi** visar en förbättring av medelvärdet ( $p < 0,001$ ) mellan före och efter grundkurs. Skillnaden på efter- mätningen och mätningen vid uppföljningen är inte signifikant.

**Kluster 2: Accepterar sig själv**. Visar förbättring av medelvärdet ( $p < 0,001$ ) mellan före och efter grundkurs. Skillnaden på efter - mätning och mätning vid uppföljning är inte signifikant.

**Kluster 3: Tycker om sig själv**. Visar förbättring av medelvärdet ( $p < 0,001$ ) mellan före och efter mätningarna. Skillnaden på mätningarna efter kurs och vid uppföljningen är inte signifikant.

**Kluster 4: Tar hand om sig själv**. Visar förbättring av medelvärdet före och efter kurs ( $p < 0,01$ ). Skillnaden på medelvärdena efter kurs och vid uppföljningen är inte signifikant.

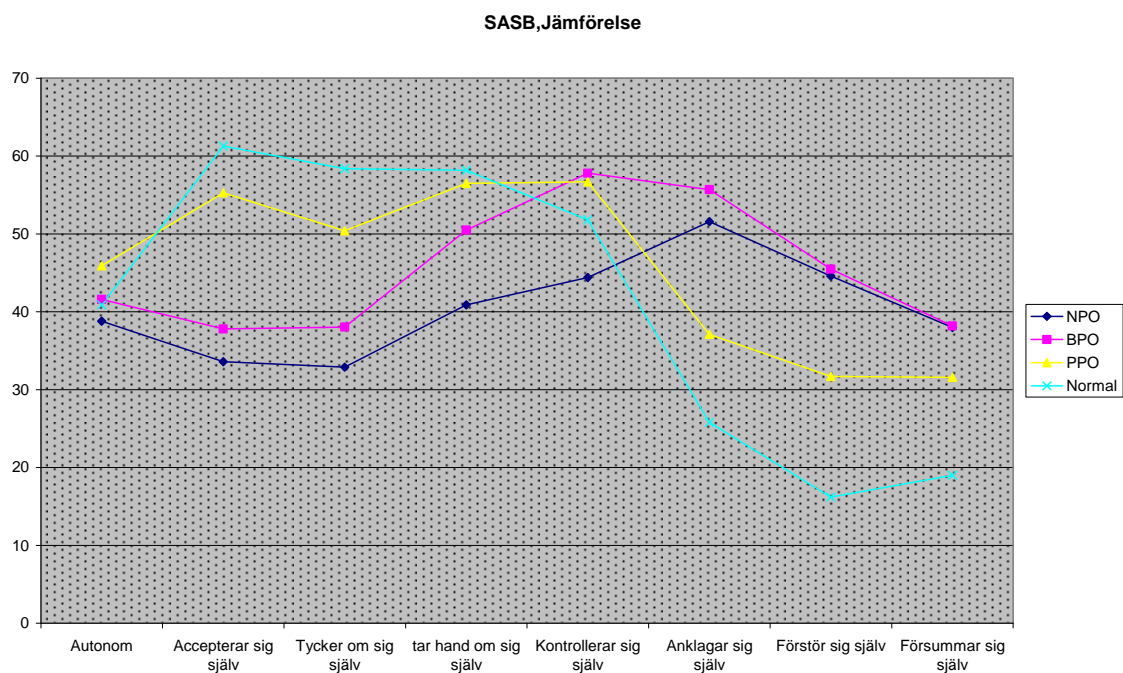
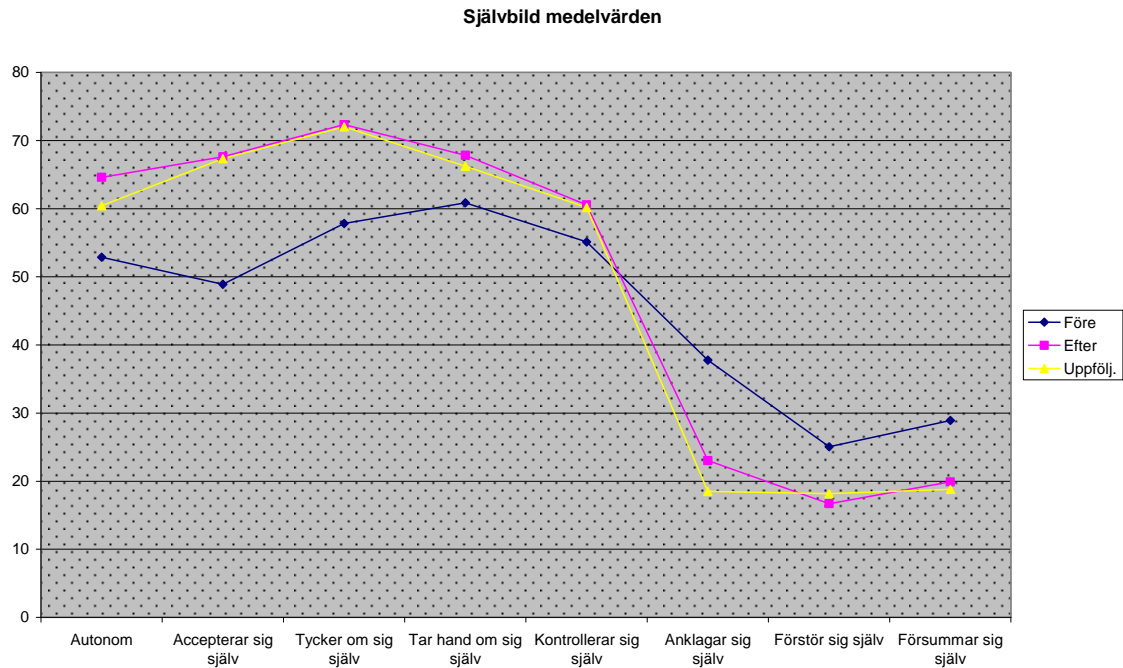
**Kluster 5: Kontrollerar sig själv**. Visar ingen signifikant skillnad mellan mätningarna före och efter kurs och inte heller mellan efter kurs och vid uppföljningen.

**Kluster 6: Anklagar sig själv**. Visar en förbättring av medelvärdet mellan före och efter kurs ( $p < 0,01$ ). Skillnaden mellan medelvärdena efter kurs och vid uppföljningen visar också en förbättring ( $p < 0,05$ ).

**Kluster 7: Förstör sig själv**. Visar en förbättring av medelvärdena mellan före och efter ( $p < 0,05$ ). Skillnaden på medelvärdena efter kurs och vid uppföljningen är inte signifikanta.

Kluster 8: Försummar sig själv. Visar en förbättring av medelvärdena mellan före och efter kurs ( $p < 0,01$ ). Skillnaden på medelvärdena mellan efter- mätningen och mätningen vid uppföljningen är inte signifikant.

Följande diagram visar samma sak som ovan men i linjediagram för att kunna jämföra med diagram från Kerstin Armelius. Observera att skalorna är olika och diagrammet från denna undersökning, det översta är graderat ända till 80. Linjerna från efter och uppföljningsmätningarna liknar normal-kurvan i jämförelsedigrammet men ligger högre vad gäller den positiva självbilden.



Diagnoserna är satta enligt Kernbergs modell om personlighetsorganisation(PO): Psykotisk, Borderline och Neurotisk PO

Från ”Reliabilitet och validitet för den svenska versionen av SASB – självbildstestet”.

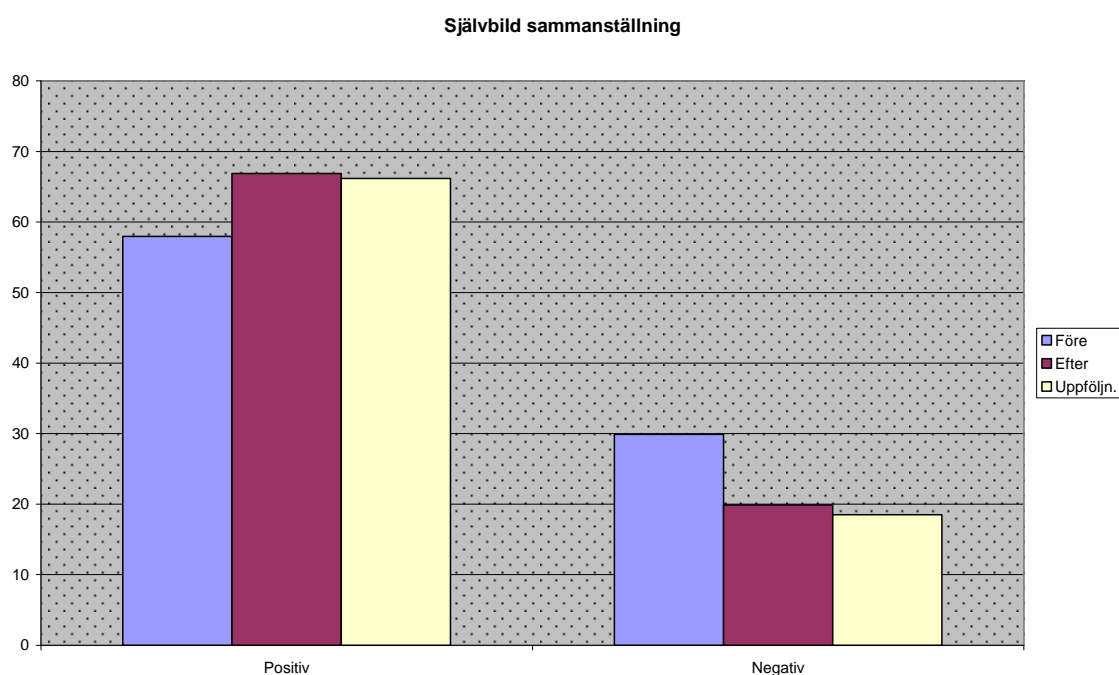
(Armelius, 2001)

## Positiv och negativ självbild

Kluster 1 och 5 representerar differentiering/sammanblandning (Benjamin1996) Medelvär-  
det av kluster 2,3 och 4 representerar en positiv självbild och medelvärdet av kluster 6, 7  
och 8 en negativ självbild.

Självbild	N	Före	Std. Dev.	Efter	Sig. Före/Efter	Std. Dev.	Uppf.	Std. Dev.	Sig. Efter/Uppf
Positiv	23	57,96	12,51	66,87	P < 0,001	11,85	66,17	10,63	n.s.
Negativ	23	29,90	20,66	19,88	P < 0,01	15,08	18,49	16,53	n.s.

Tabell 5



Medelvärdet av den positiva självbilden förändras till det bättre mellan före och efter kurs-  
mätningarna ( $p < 0,001$ ). Mellan efter-  
mätningen och mätningen vid uppföljningen 6 må-  
nader efter avslutad kurs fanns ingen signifikant skillnad.

Medelvärde av den negativa självbilden förbättras mellan före och efter kurs ( $p < 0,01$ ). Mellan efter mätningen och mätningen 6 månader efter kursens slut fanns ingen signifikant skillnad.

Vid efter- mätningen 14 dagar efter avslutad kurs tillfrågades kursdeltagarna om mediciner av psykofarmaka. Det visade sig att 4 personer använde psykofarmaka. Tre använde antidepressiva och en person använde sömnmedicin. För att utesluta verkan av psykofarmaka gjordes ny datakörning av BDI och MADRS. då man tog bort dessa personers resultat. Resultaten var de samma. Det gjordes också en databeräkning av SASB med de medicinerande personerna borttagna, vilket i stort visade samma resultat. Skillnaderna mellan kluster 1, 2, 6 och 7 var signifikanta ( $p < 0,01$ ). Kluster 8 hade inte signifikant skillnad efter att de medicinerande personerna tagits bort.

Datansamlingen med SASB har gett mycket värdefull information. Modellen SASB ansluter mycket till gestaltterapiens teoretiska grund. Självskattningarna skulle kunna användas till fler sammanställningar vilket tyvärr inte är möjligt inom den givna tidsramen. SASB kan även användas till att koda utskrivna intervjuer t.ex. (Armelius 2005)

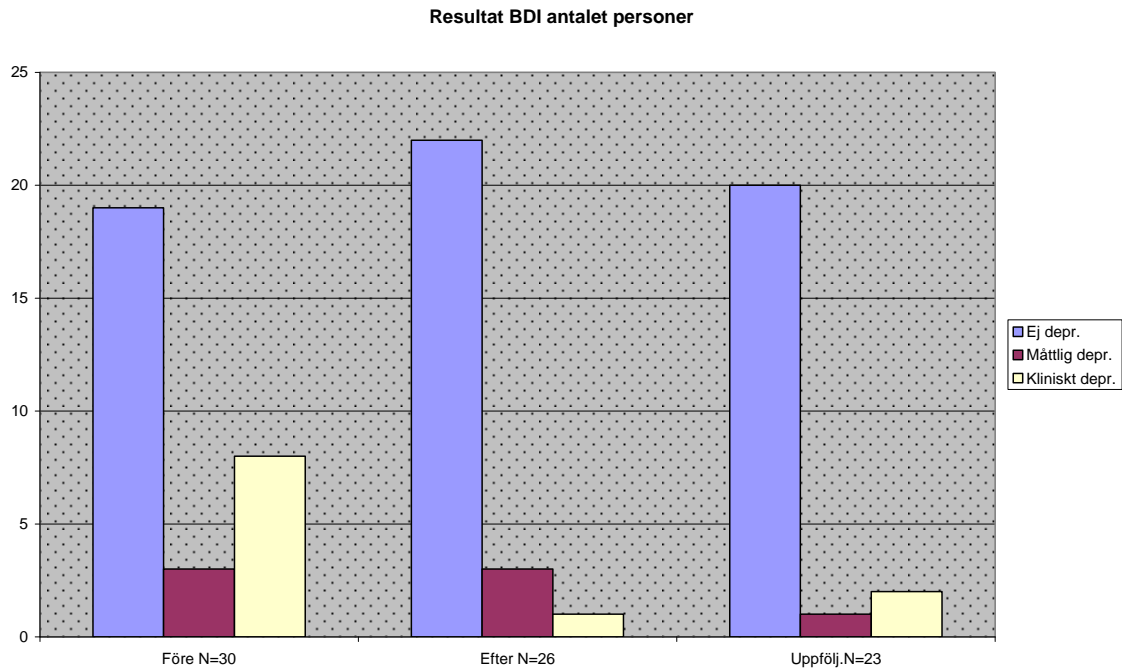
## Uppföljning av personlig utveckling i grupp på gestaltterapeutisk grund avseende depression.

### BDI resultat i poäng

BDI innehåller 21 frågor med alternativ från 0-3. BDI mäter intensitet, svårighetsgrad och djup av depression och är mest inriktat på kognitiva funktioner. Max poäng 63. Ju högre poäng desto mer deprimerad.

Poäng	Före N=30	Efter N=26		
0-11	19	22	20	Ej depr.
12-15	3	3	1	Måttlig depr.
->16	8	1	2	Kliniskt depr.

Tabell 1

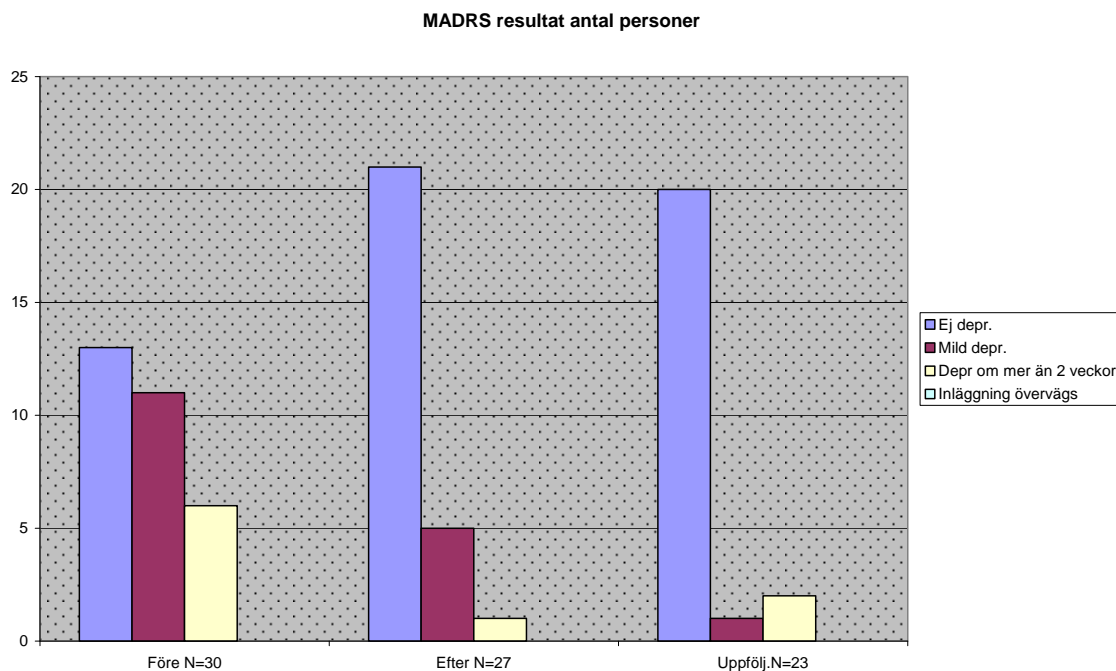


### MADRS, resultat i poäng

MADRS innehåller 9 frågor som anges från 0-6. MADRS mäter depressionssymtom och ansluter sig till DSM 4. MADRS är speciellt känslig för förändringar. Max poäng är 54. Ju högre poäng desto mer deprimerad.

Poäng	Före N=30	Efter N=27	Uppfölj.N=23	Tolkning
0-11	13	21	20	Ej depression
12-20	11	5	1	Mild depression
Över 20	6	1	2	Indikerar depr. om mer än 2 veckor
Över 40	0	0	0	Inläggning på psyk. klinik övervägs

Tabell 2



Av dem som fanns med i alla mätningar fanns det 3 personer som enligt BDI hade en allvarlig depression och 5 personer som hade en måttlig. Enl. MADRS. var det 4 personer av dem som var med hela vägen som hade en egentlig depression från starten.

Diagram över individuella resultat för varje instrument finns med som bilagor.

### Resultat kopplat till hypoteserna

Hypoteserna var att genomgången personlig utveckling i grupp på gestaltterapeutisk grund i form av grundkurs skulle öka den upplevda livskvalité och hälsan, den skulle öka den positiva och minska den negativa självbilden samt bota eller lindra depressiva drag eller manifest depression. Resultatet visar på signifikanta skillnader mellan före och efter grundkurs vad gäller upplevd livskvalité, psykisk hälsa och upplevda depressiva drag men däremot var skillnaden före och efter genomgången grundkurs för upplevd fysisk hälsa inte signifikant. Resultatet visar också på ökad positiv självbild och minskad negativ. De positiva effekter som fanns kvarstod med signifikanta skillnader ett halvår efter avslutad kurs. Manifest depression har inte kunnat mätas effekten av i denna undersökning.

Hypoteserna har bekräftats förutom den att genomgången grundkurs skulle öka upplevelsen av den fysiska hälsan och bota eller lindra manifest depression.

**Jämförelse med litteraturen:**

Min förhoppning var att kunna jämföra med resultat i andra undersökning inom området effekten av gestaltterapi i grupp och depression. Jag använde mig av traditionella test som BDI och MADRS och testet SASB bland annat av den anledningen.

Det visar sig att ingen annan av de referenser som fanns refererar till någon liknande undersökning som denna vad gäller gestaltterapi i grupp i internat form och med försökspersoner som kommer av en allmänhet som söker sig till personlig utveckling och inte patienter diagnostiserade som deprimerade.

I kvinnohälsoprojektet i Umeå gav liknande resultat som förevarande undersökning då man ser att deltagarna kom i kontakt med egna styrkan och vågade sätta gränser. I kvinnohälsoprojektet var en av de tre forskarna gestaltterapeut och gestaltterapi var en av de teoretiska grunderna. Deltagarna fick en ökad medvetenhet. I Umeåprojektets andra mätning efter 5år visar liknande bra resultat med bl.a. minskad negativ självuppfattning, ökad respekt och minskade depressiva symtom.

Resultatet i förevarande undersökning stämmer med resultatet i Yorkstudierna som var en mycket mer omfattande studie. Man jämförde två olika psykoterapeutiska inriktningar med varandra och kom fram till att den gestaltinriktade var bättre, större minskning av depressiva symtom, och generell symtomatologi så väl som förbättring i interpersonellt fungerande och självkänsla. Grundkursundersökningen har inte tagit upp något om interpersonellt fungerande med ökad självkänsla finns med. Generell symtomatologi kan motsvaras av grundkursundersökningens MADRS instrument som mäter symtom. Där gav undersökningarna liknande resultat.

Field och Horowitz' resultat att man kan förutsäga depression vid undvikande av sorgebearbetning är intressant och borde följas upp mera Tomma stolen skulle kunna enl. dem användas för att förutsäga depression.

Grundkurs evalueringens resultat stämmer överens med Dawns undersökning på tonårsflickor med depression.

## Diskussion

### Utgångspunkt

Gestaltterapi i grupp i form av grundkurser har förekommit i Sverige sedan mitten av 70-talet men ännu har ingen utvärderat dem mer systematiskt. Jag som arbetat länge som gestaltterapeut och med grundkurser saknar utvärdering av gestaltterapi i grupp och speciellt grundkurserna. Min bakgrund är som psykiatrisjuksköterska. När jag har mött grundkursdeltagare har jag känt igen symtomen och beteenden från deprimerade patienter och misstänkt att flera som kommer till grundkurserna är deprimerade eller deprimerar sig med gestaltterapeutisk terminologi. I media talas det mer och mer om depression som ett folkhälsoproblem. Man talat dessutom om att samhället har bristande resurser men att gruppbehandling kanske vore ett sätt att hjälpa dessa personer. Jag ville dels undersöka om det statistiskt gick att påvisa att bland dem som söker sig till grundkurs finns det deprimerade personer. Jag ville också pröva en väg att evidensbasera effekten av grundkurser för att vi som gestaltterapeuter ska kunna få förtroende att vara med och bota eller lindra depression.

Inom gestalt har man från att ha varit negativa till diagnostisering nu insett värdet av att dels kunna kommunicera med andra vårdgivare som arbetar utifrån annan teori dels inser man värdet av att uppmärksamma diagnostisering utifrån det som händer i mötet klient och terapeut. Gestaltdiagnosens syfte är att identifiera och förhindra kontaktavbrott. Diagnostiseringsarbetet inom gestalt har mest omfattat diagnoser som neuros, borderline och psykos ibland även narcissistisk och schizoid förhållningssätt. Här saknar jag uppmärksamhet på hur personer deprimerar sig och vad det får för konsekvenser inom gestaltterapi.

### Resultat i huvudsak jämfört med hypoteserna

Första hypotesen gällde om grundkurs ökar livskvalitet och hälsa.

Vad gäller upplevd **livskvalitet** så finns det en signifikant säkerställd förbättring efter genomförd grundkurs. Den förbättringen kvarstår även efter ett halvår vid nästa mätning - uppföljningen. Alltså upplever man en bättre livskvalitet efter grundkurs och även ett halvår efter man har avslutat den.

Gällande upplevd **psykisk och fysisk hälsa** så visar undersökningen en signifikant säkerställd förbättring för psykisk hälsa efter genomförd grundkurs som kvarstår vid uppföljningen ett halvår senare. För upplevd fysisk hälsa däremot visar siffrorna förbättringar vid båda mätningarna men ingen av dem stor nog för att vara signifikant säkerställd.

Alltså den psykiska hälsan förbättrades, kanske även den fysiska hälsan.

Den första hypotesen bekräftades när det gäller livskvalitet och psykisk hälsa.

Intressant är att resultaten visar att den fysiska hälsan inte säkerställt påverkades av gestaltterapi i grupp. Om man i gestalt arbetar utifrån att se människan som en helhet borde man också inse att den fysiska hälsan påverkar den psykiska och arbeta med båda. Vad innebär det att arbeta med den fysiska hälsan under en grundkurs? Förutom att uppmuntra var och en att träna kan man under kursen arbeta med rörelse på olika sätt t.ex. med Qi Gong, kropps rörelsemeditation till musik, bioenergetic och fri dans. Syftena kan vara t.ex. att lösa upp retroflektioner, alltså spänningar som beror på att utgående reaktion t.ex. ilska i stället vänds inåt. Syftena med kan också vara att öka känsligheten för kroppens signaler, underlätta fokusering och koncentration och att förändra självbilden till mera positiv. (En del använder termen kroppsmedvetenhet. Jag tror att det är missvisande eftersom begreppet används i många olika sammanhang och får en ospecifik betydelse.) Många anser numera att fysisk träning hjälper mot depression och förebygger depression. Bengt Kjellman (Kjellman 2003) skriver att många undersökningar visar att motion har effekt på depression även om det inte finns långtidsstudier som bekräftar detta ännu. SBU rapporten (2004) anger att det finns forskning som visar att fysisk aktivitet hjälper vid mild depression men att den forskning som riktat sig mot egentliga depressioner inte har varit av den kvalitén att man kan dra sådana slutsatser ännu.

Den andra hypotesen gällde om grundkurs ökar den positiva och minskar den negativa självbilden.

För instrumentet SASB gällande **självbilden** så visar undersökningen på samma sätt som tidigare signifikant förbättring efter genomförd grundkurs för klustrerna "autonomi", "accepterar sig själv", "tycker om sig själv", "tar hand om sig själv", "anklagat sig själv", "förstör sig själv" och "försummar sig själv". Vid uppföljningen kvarstår förbättringen.

Ett kluster har ytterligare en signifikant säkerställd förbättring vid uppföljningen nämligen "anklagat sig själv". D.v.s. självanklagelser minskade ännu mer.

Klustret "kontrollerar sig själv" visade ingen säkerställd förändring.

Vid sammanslagning av klustrerna 2,3 och 4 som representerar positiv självbild visade sig signifikant förbättring som kvarstod efter ett halvår. Samma resultat hade sammanslagning av klustren 6,7 och 8 som representerar den negativa självbilden.

Den positiva självbilden ökade och den negativa minskade. Alltså bekräftades den andra hypotesen också.

Den tredje hypotesen gällde att grundkurs ska bota eller lindra depressiva drag eller manifest depression.

Resultaten för testet BDI i poäng visade att 11 personer angav måttlig eller klinisk depression före grundkursen, 4 personer efter och 3 personer vid uppföljningen 6 månader efter avslutad kurs. Resultatet för testet MADRS i poäng var att 17 personer angav mild eller egentlig depression före grundkurs, 6 efter och 3 vid uppföljningen. Resultaten i medelvärden för BDI och MADRS visar signifikant säkerställd förbättring efter grundkurs som kvarstår vid uppföljningen ett halvår efter avslutad kurs. Alltså båda dessa instrument som mäter depression visar på en förbättring efter grundkursen som håller även efter ett halvår. Antagandet att bland dem som söker grundkurs finns det deprimerade personer bekräftades. Ingen av grundkurserna har speciellt vänt sig till deprimerade eller till någon annan specifik grupp utan annonseras öppet till allmänheten. Det var stor spridning bland kursdeltagarna från början. Designen var upplagd så att man undersöker förutom skillnad i upplevd livskvalitet och hälsa även mäter upplevd depression före, efter och vid uppföljning ett halvår efter avslutad kurs. Detta var att ta en chans från min sida eftersom jag inte från början kunde veta om kursdeltagarna var deprimerade före kursstart eller inte. Resultatet kunde ha blivit att ingen av kursdeltagarna var deprimerad vilket i och för sig hade varit bra. Nu bekräftades i stället den erfarenhet jag tyckte mig ha.

Den tredje hypotesen bekräftades alltså vad gäller mild eller måttlig depression. Däremot har effekten av grundkurs inte kunnat mätas vid denna undersökning vad gäller manifest depression eftersom antalet personer varit för lågt.

### **Studiens brister och förtjänster/styrkor och svagheter**

Till undersökningens styrkor hör att materialet är ett verkligt material i den meningen att kursdeltagarna sökte sig till grundkurs i personlig utveckling på gestaltisk grund och inte för att delta i en vetenskaplig undersökning. Vanligt är annars att man söker t.ex. deprimerade personer och diagnostiserar före undersökningens början.

Undersökningen anses ha en hög svarsfrekvens. Siffrorna på skillnaden före och efter grundkurs var stora och i många fall signifikanta. Siffrorna på skillnaderna efter grundkurs och vid uppföljningen ett halvår efteråt var inte stor. I stort sett var det samma siffror.

Skillnaderna var inte signifikanta. Uppföljningen inträffade i tid ca ett år efter kursstart alltså då kursdeltagarna första gången fyllde i frågeformulären (maj-juni-04 respektive maj-juni-05). Detta minskar ev. årstidsaspekter vid svaren. Att de skillnader som uppmättes

efter kursen fanns kvar ett halvår senare ökar sannolikheten för att det var grundkursen som hade effekt.

Intressant är att det är tre olika ledarkonstellationer och tre olika gruppkonstellationer som innefattas av undersökningen vilket också borde öka sannolikheten att det är grundkursen som har haft effekt genom att den personliga påverkan av någon specifik ledare eller någon särskild grupp försvinner.

Vad gäller mätning av depression har två kända välbeprövade instrument använts och visat liknande resultat.

Till undersökningens brister hör att den inte innefattar så många personer. Enkätundersökning har annars fördelar av att man kan nå många. Man har heller ingen kontroll över i vilken situation kursdeltagarna fyllde i de andra och tredje frågeformulären. Man vet inte vad som hände runt omkring, hur informanterna påverkades av det, hur de uppfattade de olika frågorna, m.m. Man kan inte vara helt säker på att det är just grundkursen som har gett förändringen och om det är grundkursen, vad i den som har gett förbättring. Inom ramen för detta arbete har det heller inte varit möjligt att undersöka hur mycket just gestaltinterventioner och förhållningssätt påverkat resultatet till skillnad från t.ex. gruppterapi utifrån andra teorier.

När man söker sig till gestaltterapi och till grundkurs gör man ett aktivt val och man satsar egen tid, pengar och eget arbete i form av introspektion, reflektion och utprovande av nya beteenden. Man förväntas också delta också aktivt i andra personers och i gruppens utveckling. Hur allt detta påverkar resultatet har inte denna undersökning kunnat mäta.

Skillnaden i konstellationerna kursledare två och två eller en ensam person har inte tagits i beaktande.

Att jag varit anonym och grundkursdeltagarna anonyma för mig hur påverkar det? Min tanke var att det skulle borga för ökad tillförlitlighet förutom anonymitet av etiska skäl. Nu har kursdeltagarna fått information från kursledarna på olika sätt och på sätt som jag inte har haft någon insyn i.

Internationell forskning anger ofta svårigheten i att upprepa av detta slag p.g.a. att gruppterapi som är processinriktad ger olikheter i terapins förlopp. Denna studie är begränsad och innefattar inte undersökning av på vad sätt grundkurserna är enhetliga.

### **Jämförelse med syftena.**

Till de mer övergripande syftena med denna undersökning hörde att inleda vetenskaplig utvärdering av gestaltterapi i grupp i form av grundkurser. Resultaten visar att kvantitativ/semikvantitativ undersökning kan vara en del av en större upplagd forskning på gestalt-

terapi i grupp som förslagsvis kan omfatta många fler informanter och i övrigt kan innehålla intervjuer eller observationer på vad som händer under gruppterapin för att undersöka mer vad det är som har effekt och hur saker händer. Lämpligt vore också att forska utifrån aktionsforskning tillsammans med kursdeltagarna skapa en grundkurs där deltagarna utvecklas samtidigt som man observerar och dokumenterar händelseförloppet och tillsammans skapar kursen.

En aspekt som blir tydlig under detta arbetes gång speciellt vid litteraturgenomgången är olika syn på distansen/närhet i relationen behandlare/patient. Hur stor del av den positiva effekten kan tillskrivas en närhet i relationen? Inom gestalt idag betonar man mer och mer värdet av möte och relation. "Mötet" kan vara i relation till sig själv, man kommer mer i kontakt med tidigare avstängda delar av sig själv. Mötet innefattar också och är ömsesidigt beroende av relationen till övriga i gruppen, kursledare liksom kursdeltagare. Det är stor skillnad på distans utifrån psykiatrins synsätt, det psykodynamiska eller gestalts. Där psykiatrin håller störst distans och gestalt betonar mötets betydelse mest. Ett jag och du möte i gestaltisk mening innebär då att vara i kontakt med sig själv i nuet och samtidigt vara i kontakt med en annan människa som på samma sätt är i kontakt med sig själv.

På "mötets" och relationens betydelse behövs mera forskning!

Ett annat av de övergripande syftena var att öka medvetenheten hos mig själv och andra gestaltterapeuter om att människor som söker gestaltterapi är deprimerade och

Öka medvetenheten om konsekvenserna av det.

Risk att deprimerade missbedöms både i terapi och i organisationsutveckling om man inte har medvetenheten att deprimerade personer ofta retroflektar, vänder ilska inåt ilska.

Detta leder till olika saker. Vid en föreläsning påpekade Janis Missios (1992) att man ska vara uppmärksamma på om vi som terapeuter ändrar tid med någon klient. Det är bra att notera vilken klient man väljer att ändra tiden för och fundera över om inte denna klient är deprimerad. Troligtvis är det enklare att ändra tid för en medgörlig, "snäll" klient som hellre blir arg på sig själv än på terapeuten. En person i sorg väcker ofta sympati medan en deprimerad med obearbetad/fixerad sorg ofta väcker ilska, frustration och avståndstagande. I förlängningen tror jag det kan leda till isolering och syndabocksprocesser.

Ja, jag har fått tillräckligt med underlag för att med större säkerhet svara på frågan om det är bra att gå en grundkurs!

Denna undersökning har inte innefattat att ta reda på om grundkurser uppfyller vad som utlovas i broschyrerna. Det får vara ett ämne för någon kommande undersökning. Jag började i alla fall titta på hur enkäternas frågor stämmer överens med det som utlovas i broschyrerna.

Det som slog mig är först de olika språken i depressionsenkäterna som kursdeltagarna också påpekade. Det andra är att språket i broschyrerna är väldigt försiktigt och inte motsvarar det som faktiskt erbjuds under gruppen. Vad jag vet från egna och andras grundkurser finns det möjlighet för att bearbeta i grunden mycket mer än det ser ut som i broschyrerna eftersom det går att komma i kontakt med smärtan och att uttrycka den. Inom gestalt kan man bearbeta de obearbetade sorger, förluster och traumatiska händelser som om de får fortsätta att vara olösta leder till depressioner av olika djup och svårighetsgrad. Jag föreslår att man fortsättningsvis trycker mer på det i information och marknadsföring.

Mitt intryck av forskningen är att det inte finns så mycket bra forskning på effekten av gestaltterapi. Detta kanske kan ha en förklaring i att gestaltterapeuter från början hade en motvilja mot att forska. Les Greenberg har varit ett undantag men han har länge beskrivit terapiformerna på annat sätt än som gestaltterapi. Det är först nu i Lamperts (2004) "Handbook of therapy, behaviour and change" från 2004 som gestalt står med som en positiv agent för förändring.

Både inom primärvården och inom forskning på utmattningsreaktioner satsar man mera på gruppbehandlingar (SBU-rapporten, 2004) Man har påpekat bristen på utbildade terapeuter. Här skulle vi som gestaltarbetare, både terapeuter och organisationskonsulter, kunna träda in. Vi har kvalificerad utbildning och många av oss har arbetat länge med grupper och med personlig utveckling i grupp. Vi kan hjälpa till vid utmattningstillstånd, kriser och depression av olika slag förutom som stöd vid somatiska sjukdomar. Det har ju också visat sig att kroppslig sjukdom påverkas negativt vid depression.

Vad innebär det att gestaltakademin inte kräver gruppkompetens? De senaste åren har inte träning i att leda grupp varit ett krav för att bli gestaltterapeut. Mot bakgrund av resultaten av denna undersökning, av det stora behovet av grupptherapeuter som kan höja livskvalitet och hälsa och dessutom behandla mild eller måttlig depression och det växande intresset i samhället som visar sig i satsning på forskning om bl.a. i gruppbehandling, anser jag att det är mycket viktigt att åter utbilda gestaltgruppterapeuter!

## Konklusioner

Syftet med denna undersökning har varit att utvärdera gestaltterapi i grupp i form av grundkurser på ett mera vetenskapligt sätt än när kursdeltagarna muntligt utvärderar vid kursens slut. Grundkurser har varit den vanligaste formen av personlig utveckling på gestaltterapeutisk grund i Sverige sedan 70-talet och har länge varit ett minsta krav för att söka in på Gestalt - Akademiens utbildningar. Depression ses alltmer som en folksjukdom. Resurserna att behandla depression är begränsade. Forskning inriktar sig numera alltmer därför på gruppbehandlingar. Hypoteserna var att grundkurs ökar livskvalitet och hälsa, den positiva självbilden ökar, den negativa minskar och att grundkurs lindrar depressiva drag eller manifest depression.

Kursledare till samtliga grundkurser som utannonserades och skulle avslutas under höstterminen 2004 tillfrågades om medverkan. 3 grundkurser deltog. På kursens första dag tillfrågades grundkursdeltagarna om medverkan i undersökningen. Samtliga 30 kursdeltagare ställde då upp och fyllde i självskattningar. Samma frågeformulär fylldes i två veckor efter kursens slut och ett halvår efter kursens slut. Instrument som har använts är BDI (Beck Depression Inventory) mäter depressivt tankeinnehåll, MADRS (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale) mäter upplevelse av depressiva symtom. MADRS är uppbyggt för att vara känsligt för förändring. SASB (Structural Analyses of Social Behaviour) mäter självbild, relationer och affekter. Här är det positiv och negativ självbild som har efterfrågats. Alla dessa tre är välkända validerade instrument. Förutom dessa har livskvalitetsskattning och termometerskalor för upplevd psykisk och fysisk hälsa använts.

Signifikanta positiva resultat uppmättes både efter kursens slut och efter ett halvår senare på alla instrument förutom för fysisk hälsa.

Denna pilotundersökning visar att det är möjligt att använda kvantitativa instrument vid effektundersökning av gestaltterapi i grupp i form av grundkurser. Detta skulle vid vidare forskning möjliggöra kvalitetssäkring och evidensbaserad på kvantitativ grund. Grundkurs ger förbättrad livskvalitet och psykisk hälsa och effekten håller i sig på kort sikt.

Grundkurser visar också förbättring av depressiva markörer och förslås på grundval av det komma till användning inom primärvård och psykiatri för hjälp till personer med mild eller måttlig depressivitet.

## Referenser

- Agerberg, M (1998) *Ut ur mörkret - en bok om depressioner*. Norstedts förlag, Stockholm
- Armeliu, K (2001) *Reliabilitet och validitet för den svenska versionen av SASB – själv bildstestet*. Institutionen för Psykologi, Umeå Universitet
- Armeliu, K (2005) *SASB-Modellen: en introduktion Ett preliminärt manus om SASB-modellen att användas i undervisning*. Umeå Universitet, Institutionen för psykologi
- Baalen, Daan van (1999) *Gestalt diagnoser* Opublicerat verk. Norsk Gestaltinstitutt AS
- Beck, A.T (1978) *Depression Inventory*. Philadelphia: Center for cognitive therapy
- Berg, L (2004) *Inspirationsguiden* Gnesta
- Benjamin,L.S (1981) *Structual analyses of social behaviour*. Psychological Review, 392-425 Intrex 1998 Kerstin Armeliu
- Benjamin,L.S. (1996) *A clinician-friendly version of the interpersonal circumplex: Structural Analysis of Social Behaviour (SASB)*. Journal of Personality Assesment,66(2),248-266.
- Bowman, (1998) sid 106 i Gestalt-Therapy, Woldt & Toman (2005)
- Cain, D.J. & Seeman, J., red (2001) *Humanistic Psychotherapies, handbook of Research and practice*. American Psychological Association
- Clarkson, P., Mackewn, J (1993) *Fritz Perls* London:Sage Publications
- Cullberg, J., (1999) *Dynamisk Psykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur
- Curman, M (1995) *Gestaltterapi i grupp* i Mannerstråle, I red. Gestaltterapi på Svenska Kristianstad: Wahlström & Widstrand
- Curman, M (2001) ”*Moments of meeting*” vilken roll spelar de i vad klienter i gestaltterapi grupper upplever som särskilt helande/utvecklande?, Masters-uppsats från Gestaltakademin i Skandinavien och University of Derby.
- Egidius, H. (1997) *Psykologi Lexikon* Stockholm: Natur och Kultur
- Eicher B.,Dayringer R. (1995)Gestalt Therapy Dealing with Depression i “*Dealing with Depression Five Pastoral Interventions*” Richard Dayringer THD Haworth Press NY
- Field N.P. and Horowitz M.J. (1998), *Applying an Empty-Chair Monologue Paradigm to Examine Unresolved Grief* Psychiatry, Vol. 61,Winter
- Gaffney S. (1994)*Gestaltterapiens vidareutveckling i teori och praktik*. Kapitel i bok: *Gestaltterapi på svenska* Red; I. Mannerstråle W & W Kristiansstad

- Greenberg, L.S. (1998) Watson, J.C., Lietaer, G: *Handbook of experiential psychotherapy*  
The Guilford Press, New York
- Greenberg L., (2002) Malcolm W. *Resolving Unfinished Business: Relating Process to Outcome* Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 70, no 2, 406-416
- Greenberg, L. & Watson, J.C., (2006) *Emotion-Focused Therapy for Depression* American Psychological Association. Washington DC
- Grunberger, B (1979) *Narcissism-Psycho-Analytic Essays*. New York: International Universities Press.
- Gut, E (1990) *Den sunda depressionen, möjligheter och svårigheter i dess förlopp*.  
W&Wengelska originalets titel "*Produktive and Unproduktive Depression. Success or Failure of a Vital Process.*" Emmy Gut 1989.
- Hagnell, O Essen-Möller E, Lanke J, Öjesjö L, Rorsman B (1990) *The incidence of mental illness over a quarter of a century*. Stockholm: Almqvist & Wiksell
- Hagnell O, Lanke J, Rorsman B, Ojesjö L. (1982); *Are we entering an age of melancholy? Depressive illness in a prospective epidemiological study over 25 years: the Lundby Study, Sweden*. Psychol Med. 12:279-89
- Huckabay M.A. (1992) *An overview over the Theory and Practice of Gestalt Group practice*. In Nevis E.C. Ed. *Gestalt Therapy: Perspectives and Applications*. Gestalt Institute of Cleveland Press, Cleveland
- Kjellman, B. (2003) *Depression* FYSS.  
<http://www.svenskidrottsmedicin.se/fyss/artiklar/depr.html>
- Latner J. "*This is the speed of light: Field and systems theories in gestalt therapy.*" The Gestalt Journal Vol. VI, Nr 2
- Lagerroth E., (2003) *Sökandet är vårt största äventyr* Mareld Stockholm
- Lampert M.J., (2004) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* Wiley & Sons N.Y.
- Melnick, J. & Nevis, S (1992). *Diagnosis: A struggle for a Meaningful Paradigm*. I Nevis, E.C. *Gestalt-Therapy Perspectives and Applications*. Gestalt institute of Cleveland Press
- Mestel R., Votsmeier - Röhr A., *Long-term follow up study of depressive patients receiving experiential psychotherapy in an inpatient setting* .Föredrag hållet på 31:a årliga mötet in Society of Psychotherapy Research in Chicago, USA

- Mini-D IV (2002) *Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR* American Psychiatric Association
- Missios, J., (1992) Föreläsninganteckningar från föredrag på Perlan Dialog och Ledarskap om Depression.
- Montgomery SA, Åsberg, M. (1979) *A new depression scale designed to be sensitive for change*. Brit.J Psychiatr.; 134:382-289
- Norberg L, (1975) *Känn Dig som Ledare* Timbro Affärsledaren
- Norinder A, Nordling S, Häggström L. (2000) *Depressionsbehandling och kostnadseffektivitet. Priset per tablett dålig indikator i ett samhällsekonomiskt perspektiv*. Läkartidningen ;97:1693-1700
- Philippson P. (2001) *Self in relation* The Gestalt Journal Press N.Y.
- Rosner R., Beutler L.E., Roger J.D., (2000) *Vicarious Emotional Experience and Emotional Expression in Group Psychotherapy*. Journal of Clinical Psychology, Vol 56(1), 1-10
- Ruh M., (1999) *Diagnosis in Gestalt Theoretical Therapy: Map or territory in Studies in Gestalt Therapy*, No 8, 1999
- SBU (2004) *Behandling av depressionssjukdomar - En systematisk litteraturöversikt* Stockholm: (SBU-rapport NR 166 2004)
- SBU (2004)b. *Behandling av depressionssjukdomar- En systematisk litteraturöversikt* Stockholm SBU-rapport NR 166 volym 3 sid 28)
- Smith E. (1985) *A Gestalt Therapists Perspective on Grief* i Psychotherapy and the Grieving Patient The Haworth Press 1985
- Stern D. N. (1985) *The Interpersonal Word of the Infant*. N Y : Basic Books
- Stern D. N. (1991) *Ett litet barns dagbok* Stockholm: Natur och Kultur
- Styron, W. (1992) *Ett osynligt mörker*. Wahlström & Widstrand
- Svanborg P., Åsberg M. (2001) *A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)* Journal of Affective Disorders Vol 64, Issues 2-3. May Pages 203-216
- Tronic E.Z. (1998) *Dyadically Expanded States of Consciousness and the Therapeutic Change*. Infant Mental Health Journal, Vol.19(3), 290-299
- Tronic E.Z. (2001) *A Model of Infant Mood States*. Psychoanalytic Dialogues

- Tyson G. M. (1981) *Gestalt Therapy's "Topdog-Underdog Dialogues as a Treatment for depression*. Diss. University of Southern Mississippi. Microfilm UMI-Dissertation Service, Ann Arbor, Michigan, USA
- Tyson, G & Range, L (1987) Gestalt Dialogues as a treatment for mild depression. *Journal of Clinical Psychology, March 1987, Vol 43, No 2, s 227-230.*
- Yontef G. (1993) *Gestalt Therapy: An Introduction in Awareness, Dialog and Process* The Gestalt Journal press. N.Y.
- Watson, J.C., Greenberg, L.S., & Goldman, R. (1996). Change process in experiential therapy. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. Schmid, & R. Stipsitz (EDS.), *Client-centered and experiential psychotherapy; A paradigm in motion*. Vienna, Austria: Peter Lang
- Wiberg, B., Thurfjäll, I o. Lefvert H. (1999): *Depression - ett förhållningssätt till livet eller en kärleksgåva till den/det frånvarande....i Psykisk Hälsa vol. nr 4, årgång 40 sid.314-332.*)
- Åsberg, M. (2004) Föreläsninganteckning från den 20040504 "Utmattningssyndrom"

## Information till Dig som deltar i en grundkurs under andra halvåret-04.

Du har möjlighet att delta i en undersökning om effekten av grundkurser.

Jag som gör det här heter Ingrid Karhu och är dipl. Gestaltterapeut sedan många år. Utbildningen till gestaltterapeut är numera en mastersutbildning och de som har gått utbildningen tidigare får möjlighet att komplettera. Det är inom ramen för en sådan kompletteringskurs denna undersökning äger rum. Syftet med undersökningen är att se effekten av gestaltterapeutiskt arbete i grupp. Jag hoppas dessutom att undersökningen resulterar i att göra gestalt mera känt.

Undersökningen består av fyra olika formulär med frågor och ett formulär med termometerliknande skalor som jag ber dig fylla i. Det som mäts är om grundkursen har effekt på hur du uppfattar ditt känslotillstånd, dina upplevelser av livskvalitet och nära relationer.

Du fyller i så tidigt som möjligt under kursens första dag och igen en viss tid efter avslutad kurs. Jag skickar ut ny information när det är dags att fylla i formulären den andra gången. Deltagandet är frivilligt.

Du som deltar garanteras anonymitet och din grupp kan heller inte urskiljas i resultatet. Kursledarna kan inte se dina svar.

För undersökningens skull behöver jag kunna para ihop samma persons före och efter- svar och behöver därför initialer, kod eller dyl. som du själv hittar på.

Ledaren för grundkursen gör och behåller en lista med koder och namn så att man kan se vilka som ev. behöver påminnelse om att skicka in svar.

Min handledare är Gunilla Olsson Dr. Med.Sci.

tfn: 070/564 38 80

Om du vill komma i kontakt med mig finns jag på tfn: 018/ 13 60 60 eller 0709/468 258

Ingrid Karhu

Dipl. Gestaltterapeut



## Till dig som har deltagit i undersökningen om effekten av gestaltterapeutiskt arbete i grupp!

Tack för ditt deltagande! Din medverkan har varit värdefull!

Detta brev får du via kursledarna.

För att göra undersökningen ännu mer belysande har det beslutats att inkludera en uppföljning ett halvår efter avslutad kurs. Jag ber om din medverkan igen. Din uppgift skulle bli att fylla i frågeformulären om hur du har det och känner dig nu och skicka in i medföljande kuvert.

Eftersom listan med koder kopplade till namn inte finns kvar längre skickar jag med lista på de koder denna grupp använde sig av. Försök komma ihåg den kod du använde dig av och skriv den här:

Fyll i den 18/6 eller så nära den dagen som är möjligt.

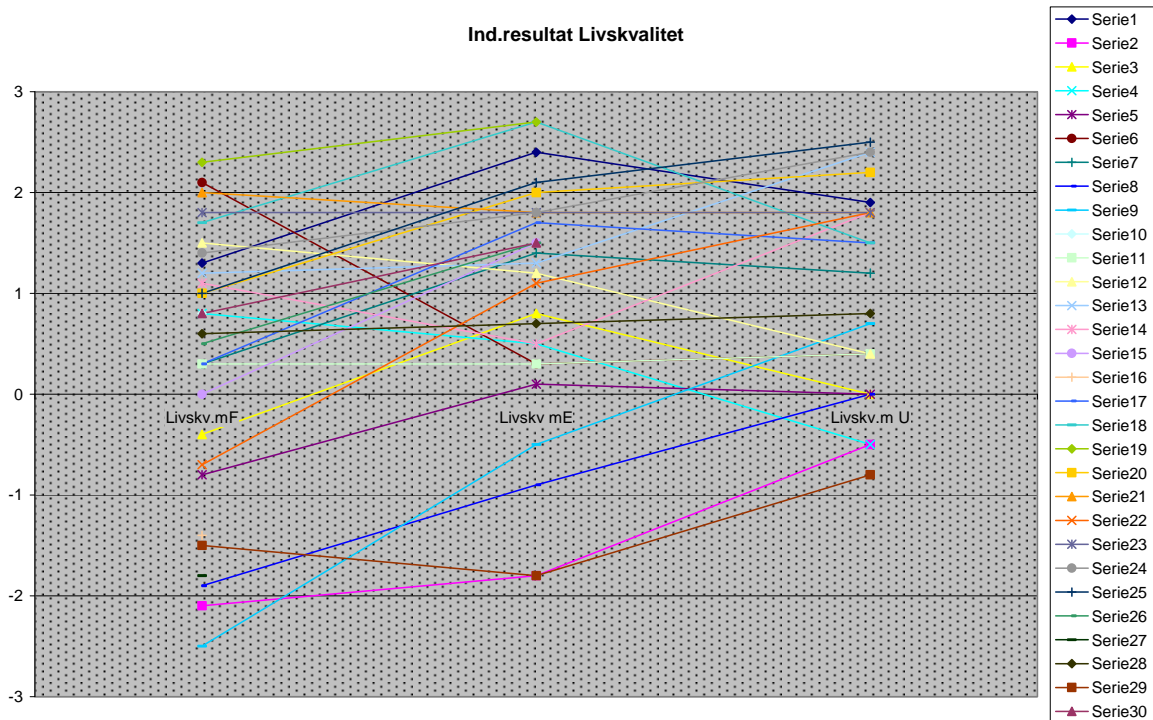
Tack på förhand!

Ingrid Karhu

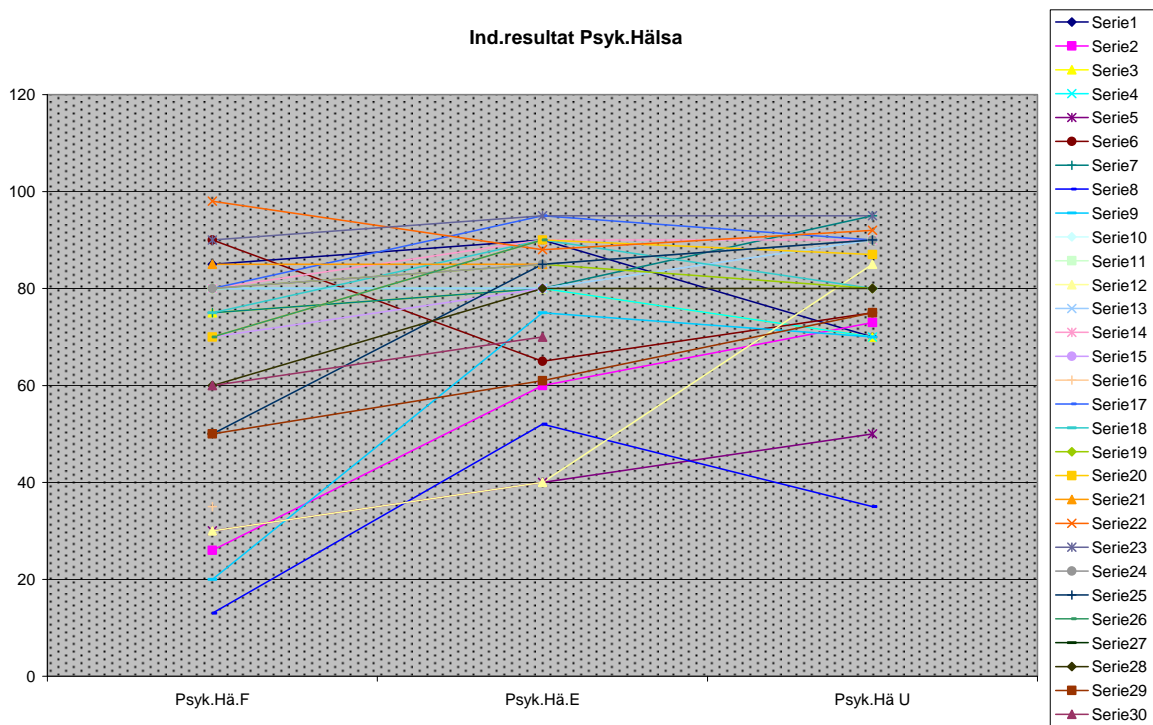
0709/468 258

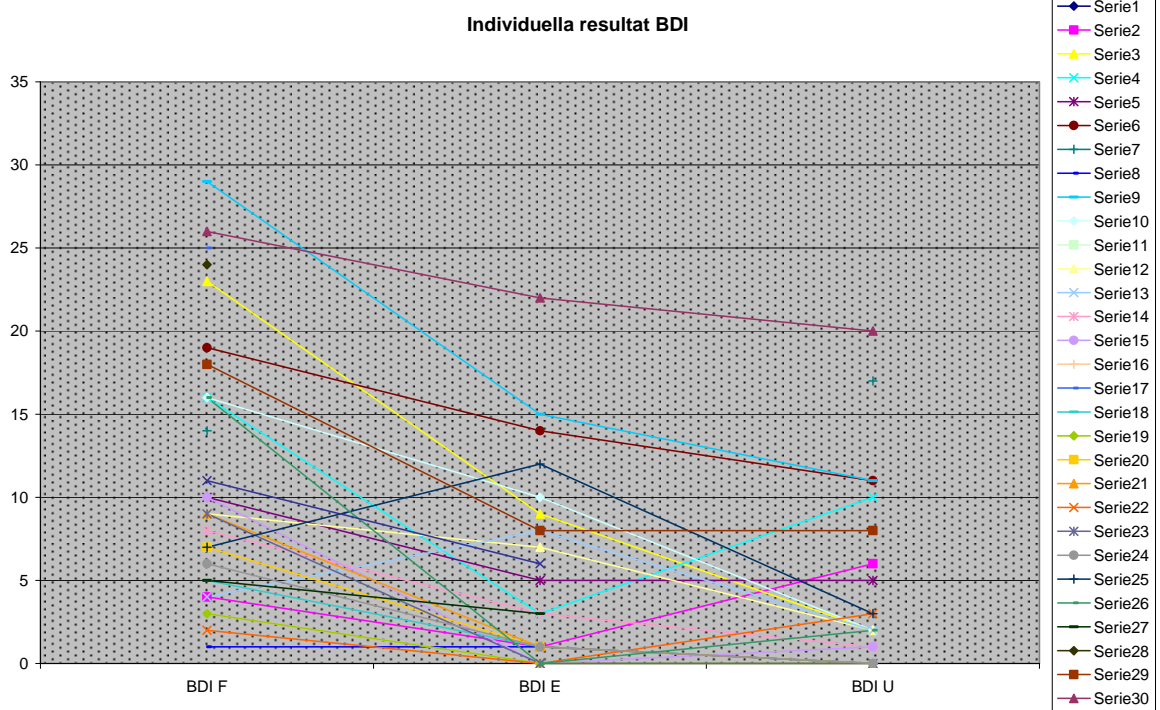
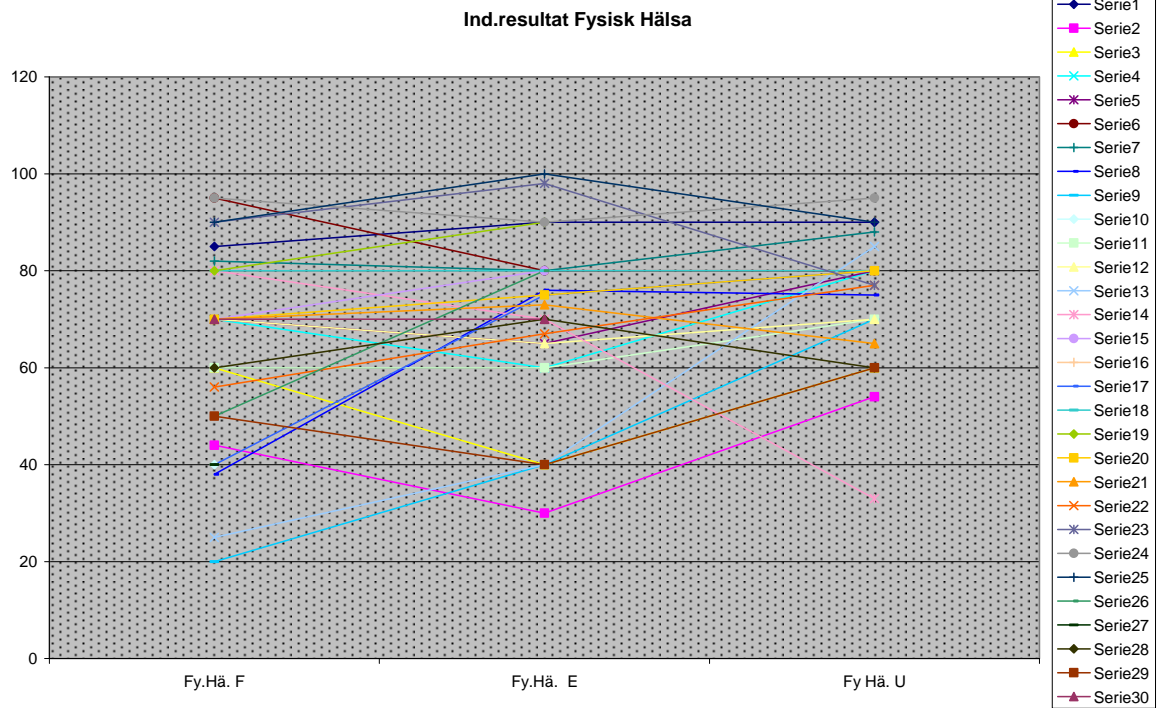
E-post: [ingrid@nomena.se](mailto:ingrid@nomena.se)

Ind.resultat Livskvalitet



Ind.resultat Psyk.Hälsa





Individuella resultat MADRS

