Relationen mellan måluppfyllelse och besvär i psykoterapi

Cecilia Engblom Rosengren
Erik Strömbäck

Psykologiska institutionen
Examensarbete 15 hp
Psykoterapeutprogrammet inriktning psykologspecialist, metod KBT (90 hp)
Vårterminen 2019
Handledare: Lars Klintvall
English title: The Relation Between Goal Attainment and Reduction of Complaints in

Stockholms universitet

RELATIONEN MELLAN MÅLUPPFYLLELSE OCH BESVÄR I PSYKOTERAPI[1]

Cecilia Engblom Rosengren och Erik Strömbäck

Psykoterapeutisk behandling har traditionellt utvärderats med diagnosspecifika skattningsskalor. Syftet med psykoterapi ses alltså som besvärsminskning. Denna metod kan vara problematisk eftersom items i skalorna inte alltid är relevanta för patienten, och denna syn på psykoterapi inte är kompatibel med KBT som metod. Ett alternativ till att mäta besvär är att istället se till patientens *mål* och utvärdera terapin utifrån dessa. Ett sådant sätt att mäta kan ha flera fördelar; vara mer relevant för den enskilda patienten, ha en terapeutisk effekt i sig självt, ge en riktning åt terapin, ge kriterier för utvärdering samt vara mer kompatibelt med KBT. Dock saknas kunskap om relationen mellan minskning av besvär och uppfyllelse av terapimål under psykoterapi. I denna studie undersöks relationen mellan besvärsminskning och måluppfyllelse under behandling session för session. Data samlades in från nio behandlingar, och resultaten visade som förväntat en negativ korrelation mellan besvärsminskning och måluppfyllnad. Ingen tydlig trend kunde ses i vilket mått som förbättrades först. Ett starkare samband fanns mellan livskvalitet och måluppfyllelse än mellan livskvalitet och besvärsminskning.

Utfall i psykoterapiforskning

När man inom psykiatri utvärderat sina insatser har det av tradition varit genom att mäta en minskning av förekomst av besvär (Vissers et al., 2016). Detta kan vara en följd av att den psykiatriska diagnostiken i sig beskrivs i termer av avvikelser från ett förmodat normaltillstånd, exempelvis utifrån DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). De psykiatriska tillstånden är i dessa diagnosmanualer beskrivna som bestående av kriterier som ska uppfyllas. Ett "friskt" tillstånd, i bemärkelsen fritt från en diagnos, är då detsamma som ett tillstånd när kriterierna inte är uppfyllda. Som en följd av detta blir ett sätt att utvärdera en psykiatrisk behandling att bedöma hur många diagnoskriterier av syndromet som fortfarande uppfylls, om symtomen har minskat eller försvunnit helt efter avslutad behandling, så kallad remission. Denna modell, det vill säga att mäta minskning av besvär, kan sägas grundas på en medicinsk syn på ohälsa, vilken har ärvts av psykoterapiforskning och psykoterapeutisk praktik (Vissers et al., 2016).

I psykoterapiforskning används i regel frågeformulär med skattningsskalor för patienten eller en bedömare att fylla i som mätning av grad av besvär, och resultatet utgör datan för utvärdering av en metod (Levitt, Butler & Hill, 2006; Lindheim, Bennett, Trina, Kolko, 2016). Att administrera skattningsskalor till patienten för utvärdering är även legio inom psykoterapeutisk klinisk verksamhet. Det här stämmer överens med de metoder för utvärdering av psykoterapi som Lars-Göran Öst (2016) anger i sin lärobok "Att utvärdera psykoterapi och kritiskt granska psykoterapistudier", nämligen antingen diagnostik eller skattningsskalor.

[1] Tack: till våra psykologkollegor Milla Leskinen, Anna Svanberg Wärn, Maria Engman och Tine Ernholdt för storhjälp med datainsamlingen, till vår handledare Lars Klintwall Malmqvist för kloka synpunkter, ditt tålamod och din förmåga att ge ny energi och till Jonas Ramnerö för goda idéer och stöd i startprocessen. Tack också till Hedvig, Märta, Elis och Sally, och till Jonas, Gustav och Arvid för allt stöd.

Författaren menar därtill att att de båda sätten bör komplettera varandra. Enligt Öst ger självskattningsskalor ett mer konservativt mått än intervjuskattning (Öst, 2016).

International Consortium for Health Outcomes Measurement- ICHOM - är en internationell organisation som arbetar för att standardisera utvärderingar av behandlingar i vården på ett sätt som är relevant för patienten. Organisationen har sammanställt listor, så kallade standard sets, med rekommenderade diagnosspecifika skattningsskalor vid utvärdering av psykoterapi. ICHOM rekommenderar att utvärdera behandlingar både beträffande grad av besvär men även avseende funktion, det vill säga på vilket sätt besvären påverkar patienten i dess liv. ICHOM har i skrivande stund endast tagit fram rekommendationer för ångest- och depressionstillstånd, rekommendationer för andra psykiatriska tillstånd är under utveckling. För ångest och depression rekommenderas följande skalor: Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) för depression, General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) för generaliserat ångestsyndrom, Panic Disorder Severity Scale - Self-Report (PDSS-SR) för paniksyndrom, Mobility Inventory for Agoraphobia för agorafobi, Social Phobia Inventory (SPIN) för social fobi samt Inpact of Events Scale - Revised (IES-R) för PTSD. Som vi ska se nedan mäter samtliga dessa skalor grad av besvär (ICHOM, 2018).

Patient Health Questionnaire-9 *(*PHQ-9) består av frågor avseende besvär, till exempel: "Under de senaste 2 veckorna, hur ofta har du besvärats av något av följande problem? Dålig självkänsla - eller att du känt dig misslyckad eller att du svikit dig själv eller din familj" eller "Problem att somna, eller att du vaknat i förtid, eller sovit för mycket".

General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) är ett formulär som mäter generell ångest och exempel på frågor är: "Under de senste 2 veckorna, hur ofta har du besvärats av följande problem? Känt dig nervös, ängslig eller väldigt stressad?" och "Inte kunnat sluta oroa dig eller kontrollera din oro".

Panic Disorder Severity Scale - Self-Report (PDSS-SR) mäter både grad av besvär samt patientens funktion, exempelvis ombeds patienten svara på antal panikattacker, och oro inför dessa. Patienten får även besvara frågor om patienten undviker situationer som skulle kunna trigga panikattacker. För PDSS-SR är både besvärsfrågorna och funktionsfrågorna en del av helskalan när poängen summeras. Vid utvärdering enbart med poäng från formuläret ges alltså ingen information om det är själva panikattackerna (de kroppsliga reaktionerna) eller undvikande till följd av dessa, som har minskat.

Mobility Inventory for Agoraphobia (MIA) ger ett mått på agorafobiskt undvikande när personen är i sällskap respektive ensam. Patienten får en lista på olika situationer och får därefter skatta i vilken grad dessa undviks. Att skalan för paniksyndrom, PDSS-SR, är mer inriktad på symtom/besvär och skalan för agorafobi är mer funktionsinriktad är på sätt och vis logiskt, eftersom agorafobi är rädslan att få en panikattack, och ofta uppstår som en respons på paniksyndromet.

Således syftar samtliga av dessa skalor till att mäta förekomst av ett besvär som man önskar ska minska med utförd behandling, vilket stämmer överens med de psykiatriska diagnoserna i form av kriterier som ska uppfyllas eller ej. Vid utvärdering av psykoterapi enbart med strukturerade skattningsskalor kännetecknas en lyckad behandling följaktligen av att graden av besvär har minskat så pass att kriterierna inte längre bedöms föreligga, vad man med medicinska termer skulle kalla ett tillfrisknande.

Vidare föreslår ICHOM att skattningsskalan WHO Disability Assement Schedule (WHODAS) bör användas för att utvärdera patientens funktion. Exempel på frågor i WHODAS är: "Vilken svårighet har du haft på grund av ditt hälsotillstånd under de senaste 30 dagarna med: Att ta hand om ditt hushåll?" eller "Att koncentrera dig under tio minuter på att göra något?" Patienten ombeds att svara på frågorna på en femgradig skala från "ingen svårighet" till "extrema svårigheter". Till skillnad från de diagnosspecifika skalorna är WHODAS alltså ett frågeformulär för generell funktion, till följd av ett hälsotillstånd. ICHOMs arbete syftar just till att göra vårdutvärdering mer patientnära än vad den har varit historiskt, det vill säga man ska utvärdera insatserna på ett sätt som är relevant för patienten. Funktion i det här sammanhanget är detsamma som avsaknad av begränsningar/påverkan till följd av (psykiatriska) besvär.

I den psykoterapeutiska litteraturen används i regel termerna symtom och symtomreduktion vid utvärdering av psykoterapi. Det finns en del problem med dessa begrepp; dels är de diagnosspecifika, där symtomet ses som ett tecken på själva syndromet, vilket innebär en reflektion av en medicinsk modell där en skada leder till symtom. Denna medicinska modell är dock inte direkt översättbar till de psykiatriska diagnoserna, vilka snarare är formulerade i form av beteendekriterier som ska vara uppfyllda för att en diagnos ska föreligga. Dessutom söker individer hjälp för en rad besvär som inte alltid behöver vara ett *tecken* på ett psykiatriskt symtom. Av de här anledningarna används i denna uppsats termen *besvär* istället för *symtom*. Med besvär menas alltså tankar, känslor, yttre beteenden och fysiologiska upplevelser hos patienten som orsakar lidande för denne. Synen på psykiska besvär som avvikelser från ett normaltillstånd, som skall minskas med hjälp av en psykiatrisk insats och som utvärderas med ett diagnosspecifikt formulär, kallas i denna uppsats för ett besvärsminskningsparadigm.

Problem med besvärsminskningsparadigmet

Det finns flera problem med besvärsminskningsparadigmet, som alltså är rådande inom forskning som utvärderar psykoterapi. Ett problem är att det kan vara i konflikt med det faktiska innehållet i psykoterapierna som utvärderas. Den idag mest använda psykoterapiformen, kognitiv beteendeterapi (KBT) har vanligen som fokus för behandling att uppnå mål snarare än att minska upplevda besvär. Det här är något som poängteras i flera läroböcker i KBT, exempelvis "12 verktyg i KBT" (Linton & Flink, 2011) och "Behavioral Interventions in Cognitive Behavioral Therapy" (Farmer & Chapman, 2008). Det ideala kliniska förfarandet är att terapeuten och klienten tillsammans försöker översätta besvär till mål och sedan formulera dessa i beteendetermer. Mål för behandlingen formuleras vanligen i form av en ökning av så kallade underskottsbeteenden snarare än minskning av överskottsbeteenden, det vill säga vad patienten gör för lite av snarare än för mycket. Enligt Farmer och Chapman (2008) är beteendeinriktade psykoterapeuter mer intresserade av att hjälpa patienten att bygga en flexibel och bred repertoar av beteenden för att *hantera* svårigheter, snarare än att omintetgöra svårigheten i sig. Den centrala frågan för psykoterapin kan sammanfattas i "vad vill du kunna göra mer av i livet?" snarare än "vad skulle du vilja slippa?" (Farmer & Chapman, 2008.)

Ett gemensamt målarbete har även stöd i en studie av Hoyt (1980) där 46 psykoterapisessioner bedömdes av oberoende bedömare avseende terapikvalitet. Kvalitet korrelerades sedan med olika terapeut- och patientbeteenden. Sessioner där behandlingens mål var tydligt adresserade av behandlare och terapeut tenderade att bedömas som "god psykoterapi", i mening att de överensstämde med bedömarnas bild av vad väl utförd KBT är.

Att KBT i regel handlar om att formulera mål som ska uppnås snarare än besvär som ska minska kan innebära att besvärsminskningsparadigmet (som i förlängningen syftar till att mäta en minskning av beteenden) faktiskt inte är kompatibelt med metoden.

Denna konflikt är heller inte enbart teoretisk utan något som kan få praktiska konsekvenser i behandling. För att ta ett konkret exempel kan nämnas så kallade säkerhetsbeteenden. Det är inom KBT välkänt att beteenden som utförs med funktionen att minska upplevda besvär paradoxalt nog riskerar att vidmakthålla besvären. Säkerhetsbeteenden förstås inom KBT som en del av problematiken snarare än som en del av lösningen. Van Uijen, Leer och Engelhard (2017) menar att säkerhetsbeteendens vidmakthållande funktion troligen beror på att patientens negativa förväntningar aldrig utmanas. Det kan illustreras med en person med paniksyndrom. Låt säga att personen har utvecklat en rädsla för att få en panikattack på grund av rädslan att bli galen, vilket inte är ovanligt. För att försäkra sig om att inte få en sådan attack börjar personen ta med sig lugnande tabletter i hotfulla situationer (= ett säkerhetsbeteende). Så länge patienten gör detta kommer antagandet "har jag inte med mig medicin kommer jag att bli galen" aldrig att testas och därmed kommer inte heller antagandet förändras.

Säkerhetsbeteenden har även visat sig kunna hindra utsläckning av rädsla. Van Uijen et al. fann i sin studie att även efter utsläckning kan rädsla återkomma om individen använder sig av säkerhetsbeteenden. För att återknyta till exemplet ovan kan tänkas att personen (med hjälp av KBT) kommer till rätta med sin rädsla för att för panikattacker och påföljande galenskap. Patienten ökar successivt underskottsbeteendet att gå ut utan sina lugnande tabletter. När rädslan har minskat, genom att patienten får erfarenheter att det går bra, har utsläckning skett. Om personen då skulle ta med sig lugnande tabletter kommer rädslan för panik riskera att återkomma. Författarnas poäng är alltså att säkerhetsbeteenden i sig kan väcka en tidigare utsläckt rädsla till liv. Om det tas i beaktande att säkerhetsbeteenden är något som utförs i syfte att minska besvär så blir detta ett tydligt exempel på hur individen kan riskera att i slutändan uppleva det den försöker undvika (i det här fallet panik).

Ytterligare ett problem med besvärsminskningsparadigmet är att det kan uppstå en konflikt mellan patienternas förväntningar och behandlarens intentioner. Det är nämligen inte alltid det en individ söker behandling för stämmer överens med det terapeuten erbjuder. Exempel på det finns beskrivet i litteraturen. Till exempel Moritz, Berna, Jaeger, Westermann och Nagel (2017) visar på en diskrepans mellan schizofrenipatienters önskemål och psykoterapins fokus. Forskarna intervjuade 80 personer med schizofreni och undersökte deras önskemål i psykoterapi, närmare bestämt vilka besvär som var viktigast att få hjälp med, för att sedan jämföra med deras erfarenheter av den psykoterapi de faktiskt erhållit. Det viktigaste för patienterna var att komma till rätta med affektiva besvär i form av låg självkänsla och låg energi ("lack of drive"), följt av kognitiva besvär som exempelvis koncentrationsförmåga. Trots detta riktade terapeutiska insatser vid schizofreni in sig på så kallade positiva symtom, såsom exempelvis hallucinationer. Medan patienten hade önskemål om att öka målbeteenden var psykoterapeutens intention att minska besvär.

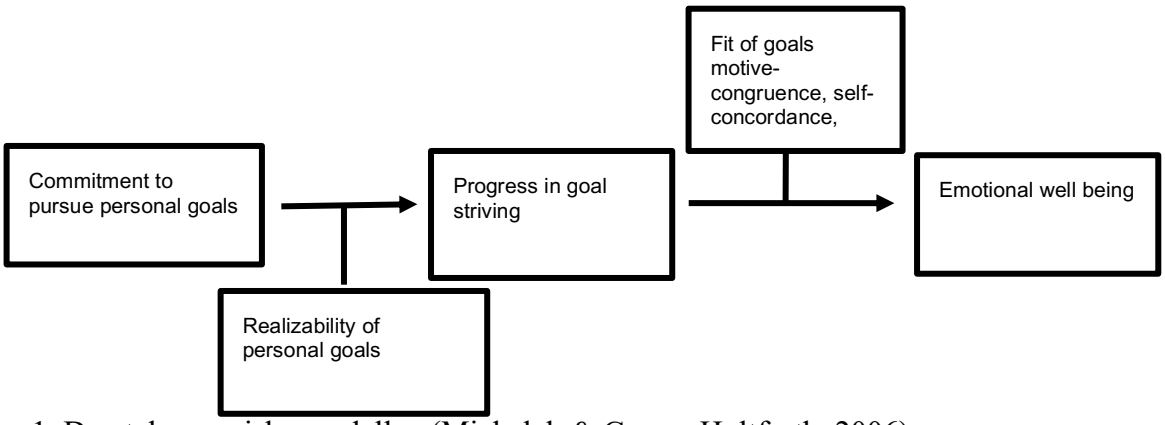
Slutligen kan nämnas ytterligare en brist med skattningsskalor, nämligen att de som utvärderingsinstrument ofta är för breda för att fånga patientens besvär. Det menar åtminstone Lindheim, Bennett, Trina och Kolko (2016) som nämner att skattningsskalorna underskattar effekterna av psykoterapin som en konsekvens av detta.

Mål och målsättning

Forskning om målsättning har försökt hitta faktorer som bidrar till ökad måluppfyllnad, såsom till exempel målspecificering, svårighetsgrad och feedback. Generellt innebär målsättning en specificering av prestationsnivå mot vilken en individ eller grupp ska sträva (Fellner & Sulzer-Azaroff, 1984).

Inom det kognitiva fältet har det föreslagits att att sätta mål är att göra en slags inre representation av ett möjligt framtida scenario (Elliot & Fryer, 2008). Från en beteendeterapeutisk utgångspunkt har det å andra sidan föreslagits att målsättning är ett beteende i sig själv - det vill säga beteendet att formulera ett mål - som kommer att ha konsekvenser på andra beteenden. Fokus för intresse har inom det fältet alltså legat på mål som en beteende-beteende-relation (Ramnerö & Törneke, 2014). Denna syn på målsättning, det vill säga som ett beteende med konsekvenser för andra beteenden, delas av Fellner och Sulzer-Azaroff (1984), som även menar att mål både kan vara ett diskriminativt stimulus (som föregår ett beteende) och en betingad förstärkare. Som exempel tar författarna en anställd som får beröm när hen når uppsatta mål. Måluppfyllelse paras upprepade gånger med beröm och blir på detta sätt en betingad förstärkare för beteenden i målets riktning.

Vidare menar Michalak och Grosse Holtforth (2006) att personliga mål är relevanta för människors välbefinnande. För att förstå och studera målsättning och måluppfyllnad använder sig författarna av den så kallade teleonomiska modellen (Michalak & Grosse Holtforth, 2006), som ursprungligen skapades av Brunstein och Maier (2002). Modellen innehåller en rad faktorer kopplade till personliga mål och måluppfyllelse till exempel att: 1) målen måste vara överensstämmande med individens behov och kontext, 2) individen måste vara engagerad i målet, 3) livssituationen måste möjliggöra måluppfyllelse. När dessa faktorer är optimerade finns störst chans för måluppfyllelse. Vidare menar författarna att en ökning i måluppfyllelse korrelerar positivt med emotionellt välbefinnande. Den här processen, nämligen att formulera mål att nå, antas därtill i sig ha positiva effekter på personens emotionella välbefinnande. Vidare visar studier att personer som var starkt engagerade i sina mål men hade ogynnsamma omständigheter hade sämre utveckling (måluppfyllelse) samt minskning i emotionellt välbefinnande. Dock är det så att framgångsrik måluppfyllelse inte automatiskt leder till lycka eller välbefinnande. Snarare är det av vikt hur väl målet passar personen, så kallad goal fit.



Figur 1. Den teleonomiska modellen (Michalak & Grosse Holtforth, 2006).

Avslutningsvis menar Ramnerö och Jansson (2016) att en huvudsaklig fråga som kvarstår för psykologisk förståelse av mål är huruvida upplevd måluppfyllelse förändras genom att sträva mot dessa mål, samt om måluppfyllelse korrelerar med förändringar inom andra områden relaterade till individens välbefinnande.

Mål i psykoterapi

Som beskrivs ovan har den psykologiska forskningen alltså visat att måluppfyllelse, och även målsättning i sig, är förenat med psykiskt välbefinnande. I psykiatrisk forskning och praktik har behandlingar utvärderats genom diagnostik och skattningsskalor, där minskade poäng på strukturerade beskrivningar av besvär är lika med behandlingsframgång. Det kan kontrasteras mot ett KBT-ideal, såsom det lärs ut i läroböcker, vilket istället handlar om att sätta upp mål tillsammans med patienten och utvärdera dessa (Farmer & Chapman 2008, Linton & Flink, 2011). För att hårdra det kan en KBT-terapeuts kontext idag beskrivas som att man har en målinriktad arbetsmetod i ett paradigm där besvär ska minska. Dessa två arbetssätt kan vara inkompatibla eller åtminstone svåra att kombinera. För att belysa de olika synsätten kan tas ett fallexempel:

En patient söker behandling. Hen har den senaste tiden känt sig allt mer orkeslös, tappat energin, känt minskad glädje och slutligen förlorat hoppet om framtiden. Hen har dragit ner på umgänge med vänner, slutat ta hand om hemmet och de senaste veckorna låtit bli att gå till sitt arbete för att istället sjukskriva sig och ligga i soffan. Patienten upplever att livet är meningslöst och har fått självmordstankar. Utifrån ett besvärsminskningsparadigm skulle en psykiatrisk insats handla om att först sätta en diagnos (i det här fallet depression) och därefter försöka minska patientens nedstämdhet och självmordstankar (exempelvis med farmaka), för att därefter utvärdera effekten med hjälp av strukturerade skattningsskalor över besvärens allvarlighetsgrad.

Ett alternativ till detta är en psykoterapi där patienten och psykoterapeuten inte nödvändigtvis behöver sätta en diagnos utan istället sätter upp konkreta mål utifrån vad patienten skulle önska att livet innehöll. Insatsen skulle därefter kunna utvärderas både med hjälp av självskattningar och (framför allt) utifrån i vilken grad målen har uppnåtts. Exempel på mål skulle då kunna vara att börja umgås med vänner, städa och gå tillbaka till arbetet.

Fördelar med mål som utfallsmått i psykoterapi

Traditionen att utvärdera psykoterapi utifrån personliga mål är åtminstone 50 år gammal, i och med utvecklandet av GAS-skalan (Kiresuk & Sherman, 1968). GAS, Goal Attainment Scale, utvecklades för att standardisera mätning av individuella mål inom psykiatri (Lindheim et al., 2016). GAS används vanligen för att komplettera standardiserade mått, så som självskattningsskalor, vid utvärdering av psykoterapeutiska interventioner. Lindheim et al. (2016) fann i sin metaanalys över kliniska studier som använt både självskattningsskalor och personliga mål för utvärdering, att det fanns större effektstorlekar när man mäter utfallet för de personliga målen (ES = .86, $p < .0001$) jämfört med självskattningar över besvär (ES = .32, $p = .003$). Utifrån detta argumenterar författarna att psykoterapi är mer effektivt när det gäller att hjälpa individer med personliga mål än att minska poäng på breda skattningsskalor.

Ramnerö och Jansson (2016) menar att målformulering är en viktig del av psykoterapi och anger framför allt tre skäl, att det: ger en riktning för behandling, möjliggör utvärdering samt kan ha en terapeutisk effekt i sig självt (Grosse Holtforth & Castonguay, 2005, i Ramnerö & Jansson 2016). I sin genomgång av mål i psykoterapi redogör Ramnerö och Jansson (2016) bland annat följande: Tryon och Winograd (2002, 2011) (refererat i Ramnerö & Jansson 2016) har i två studier visat på vikten av samarbete mellan psykoterapeut och patient beträffande mål. Utfallet av psykoterapin förbättras både om patienten och psykoterapeuten samarbetar i

målformuleringen (goal collaboration) och om de når en konsensus om vilka mål att fokusera på (goal consensus). Goldstein, Cohen, Lewis, och Struening (1988) undersökte fem vårdprogram för patienter med kronisk problematik. Patienters och behandlares upplevelser av programmen jämfördes och patienter upplevde att de blev hjälpta i högre grad om programmen innehöll tydliga mål och förväntningar. Michalak et al. skriver om målkonflikter i ett kapitel i boken *Handbook of Motivational Counselling* (2004) och dess påverkan på psykoterapi. Målkonflikter är när två eller fler samtidiga mål hos patienten inte är kompatibla eller motverkar varandra. Författarna har bland annat funnit att om det finns en inneboende konflikt mellan egna personliga mål korrelerar detta negativt med terapisamarbete och positivt med motstånd och avhopp. Berking, Grosse Holtforth, Jacobi och Kröner-Herwig (2005) sorterade mål i 2770 KBT-behandlingar i 48 olika kategorier genom att använda Bern Inventory of Treatment Goals. De fann att sannolik terapiframgång varierade med olika mål och målkategorier, även när variabler som problemens grad och motivation kontrollerades för. Syftet med studien var att skapa en empirisk bas för kliniker att utgå ifrån när mål ska formuleras och måluppfyllelse ska utvärderas. Enligt författarna kan psykoterapeuter behöva en sådan empirisk bas som referens för vilken måluppfyllelse som kan förväntas. Resultaten indikerar att måluppfyllelse inte bara beror på, som beskrivits ovan, hur väl målet passar patientens kontext eller om det finns konflikter mellan mål, utan även på vilket mål som valts.

Trots att målformulering anses vara en viktig del av psykologisk behandling utvärderas dessa mål sällan. En anledning som Ramnerö & Janson (2016) menar att det kan bero på att det saknas validerade instrument. Fördelar med att använda personliga mål vid utvärdering av psykoterapi kan alltså vara flera: För det första utgår man från det patienten verkligen önskar och undviker intressekonflikter mellan behandlare och klient. För det andra kan skalors bredd leda till en vaghet vid utvärdering och därigenom missa den verkliga förtjänsten av psykoterapin. För det tredje kan mätning av mål bättre fånga den beteendeförändringsprocess som psykoterapeut och patient faktiskt kommit överens att sträva emot och som kan vara den verksamma mekanismen i KBT.

Syfte

Syftet med denna uppsats är att undersöka relationen mellan grad av måluppfyllnad och av upplevda besvär i pågående psykoterapi. Frågeställningarna var:

- Ökar måluppfyllelse under psykoterapins gång?
- Samvarierar upplevd måluppfyllelse och med minskning av besvär?

Som vi har visat i inledningen är det legio inom KBT att arbeta med terapeutiska mål för att öka patienters välbefinnande och minska lidande. Detta resonemang är även någonting som får stöd av den teleonomiska modellen (Michalak & Grosse Holtforth, 2006). Utifrån det formulerades även följande frågeställning:

- Finns det en temporal tendens där förändring i måluppfyllelse föregår minskning av besvär?

Metod

Under studien samlades data in från nio behandlingar. Mätningen gjordes genom kontinuerligt ifyllande av självskattningsformulär av besvär och måluppfyllelse, i samband med varje session. Vid första och sista session skattades även funktionspåverkan och livskvalitet.

Data samlades in via psykologer på två privata psykologmottagningar i Stockholm. Mottagningarna har till viss del olika inriktningar. Mottagning A är en öppen psykiatrisk mottagning som tar emot patienter via landstingsavtal samt på egenremiss. Huvudsaklig målgrupp för denna mottagning är patienter med medelsvår till svår psykiatrisk problematik. Mottagning B är en helprivat psykologmottagning som tar emot privatbetalande patienter samt via försäkringsbolag och arbetsgivare. Huvudsaklig målgrupp för denna mottagning är patienter med subklinisk till lättare psykiatrisk problematik.

Undersökningsdeltagare

De ingående deltagarna beskrivs individuellt i casebeskrivningarna under Resultat nedan. Deltagarna valdes ut från patienter som kontaktat respektive mottagning. Av de patienter som fick frågan om att deltaga i studien tackade 11 ja.

Dessa bedömdes utifrån MINI Internationell Neuropsykiatrisk Intervju före beslut om behandling. Inklusionskriterier för studien var att personen ingick i mottagningens huvudsakliga målgrupp, medgav till att göra de registreringar som krävdes för studien samt önskade en förändring i nuvarande funktion. Exklusionskriterier för att delta i studien var: svår pågående missbruksproblematik, suicidalitet eller psykossjukdom, Efter bedömningstillfället exkluderades en person då denna snarare önskade stödkontakt för att vidmakthålla funktion än terapi med syfte att förändra denna. Denne erbjöds i samband med exklusion att få sådan kontakt enligt mottagningens rutiner. En patient tackade ja till att delta men avbröt behandlingen i ett tidigt skede så. Den behandlingen exkluderades ur studien då den bedömdes vara för kort för att kunna jämföras med de andra.

Instrument

Diagnosticering och inklusionsbedömning skedde genom MINI Internationell Neuropsykiatrisk Intervju, (M.I.N.I.; Lecrubier, et al., 1997) version 7.01. Denna skala har valts utifrån dess fördelar vad gäller förhållandevis kort administrationstid, god validitet och reliabilitet (Lecrubier, et al., 1997), samt att den används vid de aktuella mottagningarna.

Bern Inventory of Treatment goals - Checklisteversionen (BIT-C) (bilaga 1) adresserar upplevd måluppfyllelse i psykoterapi (Grosse Holtforth & Grawe, 2002). BIT finns i flera versioner: BIT-T som är en klassificering av patienters mål, BIT-F är ett instrument för att utvärdera kvaliteten av behandlingsmål, samt BIT-C som är en checklista som hjälper patienten och psykoterapeuten att formulera behandlingsmål.

Vid användningen av BIT-C får patienten själv fylla i vilka mål som är relevanta för behandlingen. Målen är organiserade på tre nivåer: fem måltyper, 28 målkategorier och 64 specifika mål. De fem måltyperna är: hanterandet av specifika problem och symtom, interpersonella motsättningar, förbättra upplevelsen av välbefinnande, orientering i livet samt målsättningar relaterade till självbilden. Se tabell 1 för exempel på målkategorier och specifika mål. Utöver de förformulerade målen finns även inom varje målkategori möjlighet för patienten att formulera egna mål samt möjligheten att formulera mål som inte faller inom någon av målkategorierna. De specifika målen är formulerade som fortsättningar på påståendet “med hjälp av psykoterapin vill jag…”

Tabell 1. Exempel på mål i BIT-C.

Måltyp	Exempel på målkategorier	Exempel på specifika mål
Hanterandet av specifika problem och symtom	Upplevelser av nedstämdhet, depressivitet	...hitta ett sätt att komma ur min negativa känslostämning, nedstämdhet, eller känsla av en inre tomhet.(item 2)
	Ovanligt krävande eller upprörande händelser	...bearbeta en eller flera händelser som har varit ovanligt påfrestande eller upprörande för mig. (item 17)
Interpersonella motsättningar	Föräldraskap och familj	… förändra hur jag beter mig inför barnen. (item 4)
	Självsäkerhet och gränsdragning	… lära mig att handskas med andra människors reaktioner på mitt beteende (kritik, beröm, avvisning osv.). (item 53)
Förbättra upplevelsen av välbefinnande	Motion och aktivitet	… lära mig att organisera min fritid på ett mer meningsfullt sätt (intressen, kulturella aktiviteter osv.) (item 60)
	Välbefinnande	… lära mig att vara mer tillfreds med min kropp. (item 66)
Orientering i livet	Då, nu och imorgon	… få en bättre förståelse av vem jag är, vad jag är bra på, och vad jag vill ha ut av livet. (item 69)
	Livets mening	… bli klarare över frågor som gäller meningen med mitt liv eller det jag gör. (item 72)
Målsättningar relaterade till självbilden	Behov och önskningar	… komma underfund med mina begränsningar och hur jag kan anpassa mig till dem. (item 77)
	Hantera känslor	… tillåta mig själv att uppleva känslor och uttrycka dem på ett tydligare sätt. (item 85)

Work and Social Adjustment Scale (WSAS; Mundt, Marks, Shear & Greist, 2002), självskattningsformulär för upplevd funktionsförmåga inom 5 olika livsområden, som skattas enligt skalan 0 (inte alls försämrad förmåga) -8 (mycket försämrad förmåga). Instrumentet valdes utifrån god reliabilitet och validitet över en rad olika kliniska områden (Mundt, Marks,

Shear & Greist, 2002; Mataix-Cols et al., 2005) samt att det används på de aktuella mottagningarna.

Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-Les-Q; Endicott, Nee, Harrison & Blumenthal, 1993), självskattningsformulär för livskvalitet. I denna studie användes kortversionen om 16 item. Dessa items avser olika livsområden som skattas från 1 (mycket missnöjd) till 5 (mycket nöjd). Instrumentet valdes utifrån god reliabilitet och validitet (Rapaport, Clary, Fayyad & Endicott, 2005; Ritsner, Kurs, Gibel, Ratner & Endicott, 2005).

Patient Health Questionnaire 9-item (PHQ-9; Kroenke, Spitzer & Williams, J. 2001), självskattningsformulär för depressiva symtom. Förekomst av symtom de senaste 2 veckorna skattas på 9 items på skalan: inte alls (0), flera dagar (1), mer än hälften av dagarna (2) eller nästan varje dag (3). Detta instrument valdes utifrån att det är väl beprövat för skattning av depression (Gilbody, Richards, Brealey & Hewitt, 2007) samt att det används på de aktuella mottagningarna, vilket bedöms göra det acceptabelt för såväl behandlare som klient.

Generalised Anxiety Disorder 7-item (GAD-7; Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006), självskattningsformulär för generaliserade ångestsymtom. Förekomst av symtom de senaste 2 veckorna skattas på 9 items på skalan: inte alls (0), flera dagar (1), mer än hälften av dagarna (2) eller nästan varje dag (3). Instrumentet valdes utifrån god reliabilitet och validitet (Löwe et al., 2008) samt att det används på de aktuella mottagningarna.

Procedur

Vid behandlingsstart fyllde deltagarna i BIT-C. Därefter fick de ranka vilka fem mål som var viktigast för dem, vilka konkretiserades av patienten själv och skattades på en VAS-skala. Exempel är en deltagare som valde bl a mål 45 (... förändra min relation till mina föräldrar) vilket konkretiserades till “Känna mig tillfreds med mina beslut utan föräldrars godkännande”. En annan deltagare valde bl a mål 38 (... bli klar över och komma tillrätta med de förväntningar och känslor jag har till min partner eller andra personer i min närhet) vilket konkretiserades till “Bli klar över vad jag vill ha ut av livet när det inte blev så som planerat. Vilken relation vi ska ha”.

Vid behandlingsstart fyllde klienterna även i PHQ-9, GAD-7, WSAS samt Q-les-Q.

Under behandlingens gång VAS-skattade klienterna vid varje session hur nära de befann sig vart och ett av de prioriterade målen samt fyllde i PHQ-9 och GAD-7.

Efter avslutad behandling (eller efter 14 sessioner om behandlingen omfattade fler sessioner) VAS-skattade klienten hur nära de befann sig vart och ett av de prioriterade målen samt fyllde i PHQ-9, GAD-7, WSAS och Q-les-Q.

Både GAD-7 och PHQ-9 består av två delar. Den första delen innehåller en lista på symtom, eller besvär, och därefter kommer en fråga om hur stor påverkan dessa besvär har inneburit för patienten: “Om du svarat att du haft något av dessa problem, hur svårt har dessa problem gjort det för dig att utföra ditt arbete, ta hand om saker hemma, eller att komma överens med andra människor?” Således mäter skalorna både grad av depressivitet/ångest samt, med den extra frågan, hur svårt lidande detta innebär för patienten. För att göra poängen på dessa skalor renare har detta sista item tagits bort vid databearbetning.

Databearbetning

Data samlades in genom självskattning vid de nio patienternas samtliga psykoterapisessioner. Patientens besvärsnivå samlades in med självskattad PHQ-9 och GAD-7. Formulären valdes på grund av att de redan användes som utvärderingsmått på de båda mottagningarna, vilket underlättade administrationen. Anledningen att för deltagarna var och en specifika skalor inte användes var för att kunna jämföra behandlingarna. Måluppfyllelse samlades in genom VAS-skattning av de formulerade målen på BIT-C. Skattningarna på PHQ-9 och GAD-7, exklusive den sista frågan om funktion, adderades med varandra till en "besvärs"-poäng. Anledningen till att funktionsskattningsitemet exkluderades är att detta item enligt instruktionerna inte räknas med i totalpoäng på skalan, samt med syfte att att renodla besvärsskattningen. För att underlätta jämförelse med måluppfyllelse används även för besvärsmåttet procent av maxpoäng på de två skalorna.

De individuella resultaten ställdes upp i diagramform och presenteras nedan som nio fall (single cases). På datan från dessa individuella behandlingar gjordes visuell inspektion för att se tendenser i förändring av skattningar på måluppfyllelse och besvär. Detta gjordes genom att de individuella kurvorna sammanställdes i ett diagram och sedan grupperades utifrån hur kurvorna liknade varandra. En av författarna gjorde den inledande tolkningen, som sedan bedömdes av den andre. Vissa justeringar av analysen gjordes efter detta genom konensus.

För att undersöka samband mellan förändringar i måluppfyllelse och besvärsskattning gjordes inledningsvis en visuell inspektion av de individuella diagrammen där kurvorna för måluppfyllelse respektive besvärsskattning studerades i relation till varandra. Vidare gjordes korrelationsberäkningar utifrån Pearsons r på hela materialet, för att kunna se om det fanns en samvariation mellan måluppfyllelse och besvär på gruppnivå. Här användes alltså alla deltagares samtliga sessioner tillsammans, för att undersöka om det fanns ett samband mellan 1) sessionens skattade måluppfyllelse och besvär, 2) förändring i måluppfyllelse och besvär jämfört med patientens föregående session, och 3) förändring i måluppfyllelse och besvär jämfört med patientens första session.

För att undersöka sambandet mellan skattningar av måluppfyllelse och besvär och skattningar på livskvalitet- och funktionsskalor gjordes korrelationsberäkningar utifrån Pearsons r på före och eftermätningar på sju av behandlingarna. Två behandlingar exkluderades eftersom slutmätning saknades på dessa.

För att undersöka eventuell temporal tendens undersöktes vilket av de två måtten, besvär eller måluppfyllelse, som först uppvisade en tydlig förbättring. Här användes en cut-off på 10%-enheter för att skattningen skulle räknas som förbättrad. Valet av denna cut-off gjordes efter att datan sammanställts. Då inget stöd i litteratur för signifikant förändring på BIT-C hittades, bedömdes detta gränsvärde tyda på en tydlig förändring i måluppfyllelse och besvär. Eftersom förändringen som undersöktes var på sessionsbasis, och stora förändringar inte var att förvänta, valdes ett gränsvärde som inte skulle vara vare för strängt eller för tillåtande. För varje deltagare identifierades alltså vilken session som måluppfyllelse först förbättrades, och för vilken session som besvär först förbättrades.

Etiska överväganden

Under hösten 2017 godkändes planen för studien av Regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm med justeringar av samtyckesblanketten. Den justerade samtyckesblanketten

delades ut till och gicks igenom med alla deltagare under det inledande bedömningstillfället. Deltagarna fick sedan läsa igenom och skriva under innan första behandlingstillfället.

Vid ursprunglig databearbetning användes avidentifierade koder för de enskilda deltagarna. För ökad läsbarhet har dessa i uppsatsen ersatts med fingerade förnamn.

Resultat

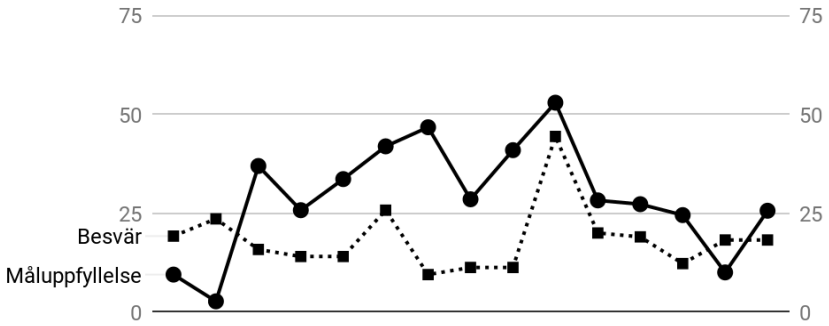
Case-beskrivningar

Behandlade av Behandlare 1.

Behandlare 1 är en 41 årig kvinna, leg psykolog under pågående utbildning till psykoterapeut. Hon har 14 år i yrket. Behandlare 1 är verksam vid mottagning B.

Case: ALICE.

Alice var en 26 år gammal kvinna, med högskoleutbildning, som sökte mottagningen privat. Hon sökte för relationssvårigheter och låg tilltro till egen förmåga inom arbetet.

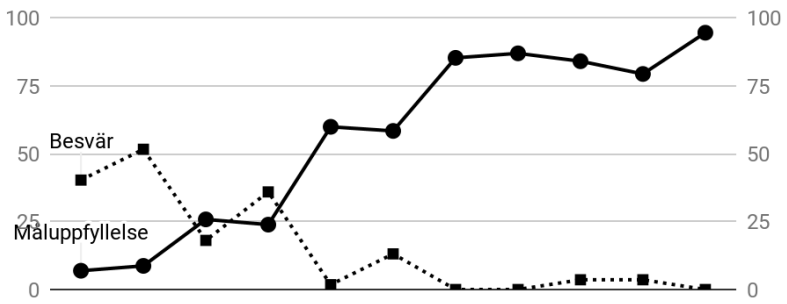


Figur 2. Case Alice. Självskattad måluppfyllelse och självskattade besvär (i % av max) över tid (session för session).

Behandlingen studerades i 14 sessioner under 30 veckors tid. Fokus för behandlingen var känsloreglering i relationer och minskad kritik av sig själv och andra. Behandlingen innehöll kartläggning av problembeteenden, perspektivtagande och fokusskifte. När behandlingen påbörjades skattade Alice måluppfyllelse till i genomsnitt 10%. Vid slutet av studietiden var denna skattning 26%. På Q-les-Q skattades vid föremätningen 43, vid eftermätning 45. Skattningen på WSAS var vid föremätningen 13, vid eftermätningen 18.

Case: BERIT.

Berit var en högskoleutbildad kvinna på 28 år som sökte mottagningen privat för att få hjälp med oro, ångest och nedstämdhet. Behandlingen pågick i 12 sessioner under 21 veckors tid.

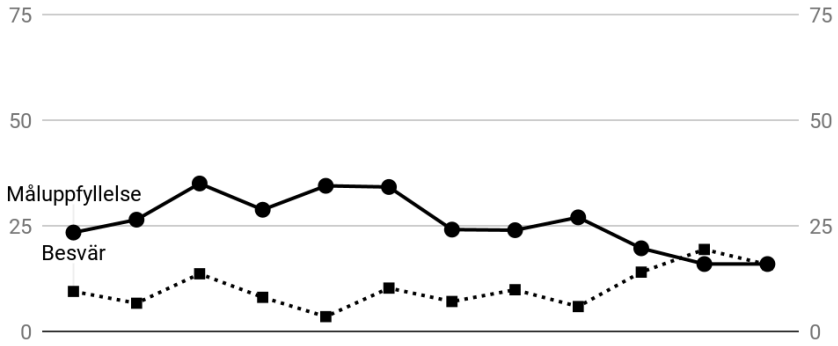


Figur 3. Case Berit. Självskattad måluppfyllelse och självskattade besvär (i % av max) över tid (session för session).

Behandlingsfokus var oro och undvikandebeteenden. Huvudsakliga interventioner var medveten närvaro/acceptans, att bryta orosbeteenden samt beteendeaktivering. När behandlingen påbörjades skattade Berit måluppfyllelse till i genomsnitt 7%. Vid slutet av studietiden var denna skattning 94%. På Q-les-Q skattades vid föremätningen 43, vid eftermätning 23. Skattningen på WSAS var vid föremätningen 23, vid eftermätningen 0.

Case: CAROLINE.

Caroline var en kvinna på 35 år, med högskoleutbildning, som sökte mottagningen privat för relationssvårigheter och nedstämdhet. Behandlingen pågick i 10 sessioner under 26 veckors tid.

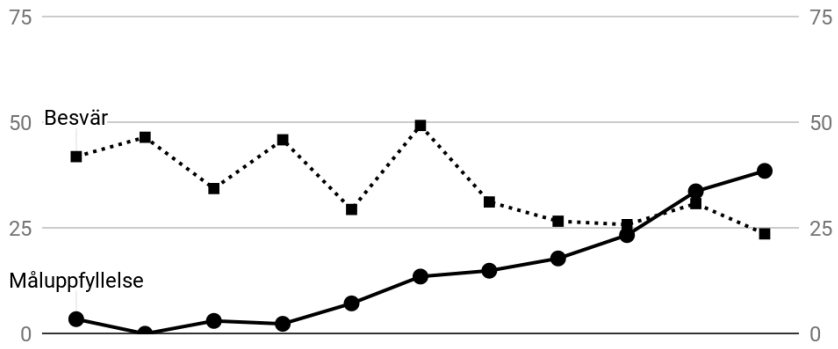


Figur 4. Case Caroline. Självskattad måluppfyllelse och självskattade besvär (i % av max) över tid (session för session).

Fokus för behandlingen var hantering av yttre omständigheter och relationella beteenden gentemot partner. Behandlingen innehöll acceptans- och assertivitetsträning. När behandlingen påbörjades skattade Caroline måluppfyllelse till i genomsnitt 23%. Vid slutet av studietiden var denna skattning 16%. På Q-les-Q skattades vid föremätningen 53, vid eftermätning 56. Skattningen på WSAS var vid föremätningen 0, vid eftermätningen 7.

Case: DORIS.

Doris var en 33-årig kvinna, med högskoleutbildning, som även hon sökte mottagningen privat. Kontaktanledningen var stress, ångest och oro. Behandlingen pågick i 9 sessioner och 19 veckor.

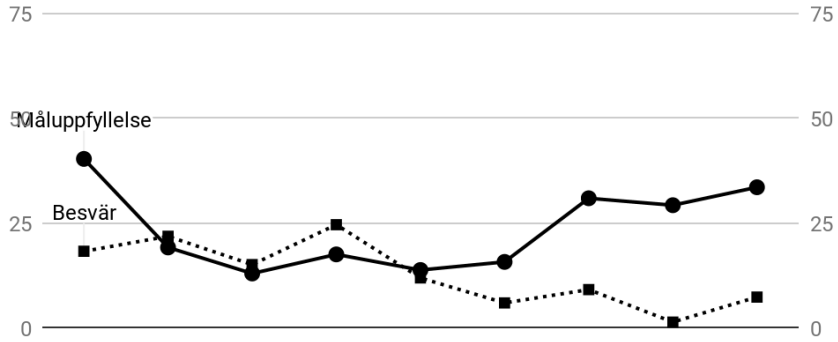


Figur 5. Case Doris. Självskattad måluppfyllelse och självskattade besvär (i % av max) över tid (session för session).

Fokus för behandlingen var arbetsrelaterad stress och oro och innehöll interventioner för återhämtning, assertivitet och ökning av flexibla beteenden. När behandlingen påbörjades skattade Doris måluppfyllelse till i genomsnitt 3%. Vid slutet av studietiden var denna skattning 38%. På Q-les-Q skattades vid föremätningen 45, vid eftermätning 49. Skattningen på WSAS var vid föremätningen 27, vid eftermätningen 19.

Case: EMMA.

Emma var en 29-årig kvinna, med högskoleutbildning, som även hon sökte mottagningen privat. Kontaktanledningen var nedstämdhet, höga krav på sig själv och relationssvårigheter. Behandlingen pågick i 8 sessioner under 14 veckors tid



Figur 6. Case Emma. Självskattad måluppfyllelse och självskattade besvär (i % av max) över tid (session för session).

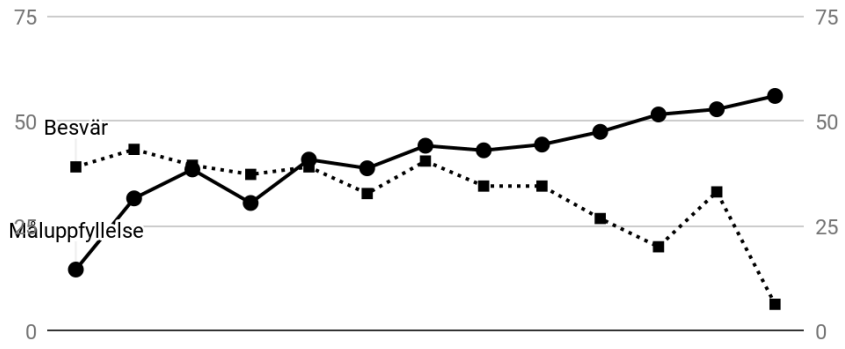
Huvudsakligt fokus var irritation, glädjelöshet och aggressivitet. Behandlingen innehöll arbete med värderingar och mål i relationer, återhämtningsbeteenden samt känsloskola. När behandlingen påbörjades skattade Emma måluppfyllelse till i genomsnitt 40%. Vid slutet av studietiden var denna skattning 34%. På Q-les-Q skattades vid föremätningen 53, vid eftermätning 55. Skattningen på WSAS var vid föremätningen 26, vid eftermätningen 11.

Behandlade av behandlare 2.

Behandlare 2 är en 30 årig kvinnlig psykolog med 2 år i yrket. Behandlare 2 är verksam på mottagning A.

Case: FRIDA.

Frida var en 32 årig högskoleutbildad kvinna, som kom på remiss för psykiatriska besvär. Behandlingen omfattade 12 sessioner.



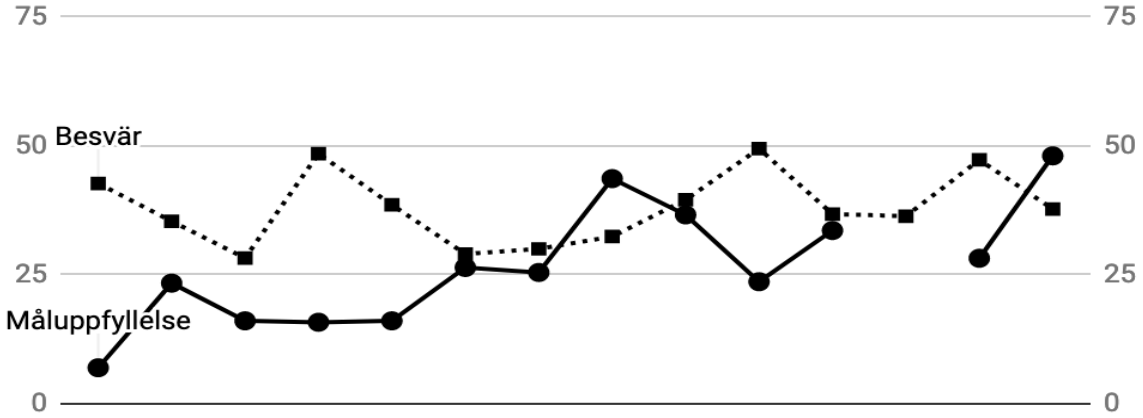
Figur 7. Case Frida. Självskattad måluppfyllelse och självskattade besvär (i % av max) över tid (session för session). Fokus för behandlingen var recidiverande svår depression. Behandlingen som gavs var beteendeaktivering. När behandlingen påbörjades skattade Frida måluppfyllelse till i genomsnitt 15%. Vid slutet av studietiden var denna skattning 57%. På Q-les-Q skattades vid föremätningen 33, vid eftermätning 59. Skattningen på WSAS var vid föremätningen 29, vid eftermätning 13.

Behandlade av behandlare 3.

Behandlare 3 är en 29 årig kvinnlig psykolog med 3 år i yrket. Behandlare 3 är verksam vid mottagning A.

Case: GUNILLA.

Gunilla var en 26 årig högskoleutbildad kvinna, som kom på remiss för psykiatriska besvär. Behandlingen omfattade 14 sessioner och pågick under 18 veckor.

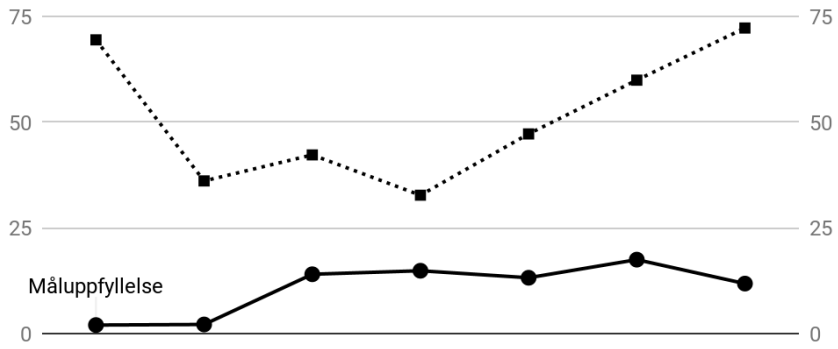


Figur 8. Case Gunilla. Självskattad måluppfyllelse och självskattade besvär (i % av max) över tid (session för session).

Fokus för behandlingen var emetofobi (kräkfobi). Behandlingen var exponeringsbehandling. När behandlingen påbörjades skattade Gunilla måluppfyllelse till i genomsnitt 7%. Vid slutet av studietiden var denna skattning 48%. På Q-les-Q skattades vid föremätningen 51, vid eftermätning 55. Skattningen på WSAS var vid föremätningen 18, vid eftermätningen 22.

Case: INGELA.

Ingela var en 38 årig kvinna, utbildningsbakgrund okänd, som kom på remiss från vårdcentral för psykiatriska besvär.



Figur 9. Case Ingela. Självskattad måluppfyllelse och självskattade besvär (i % av max) över tid (session för session).

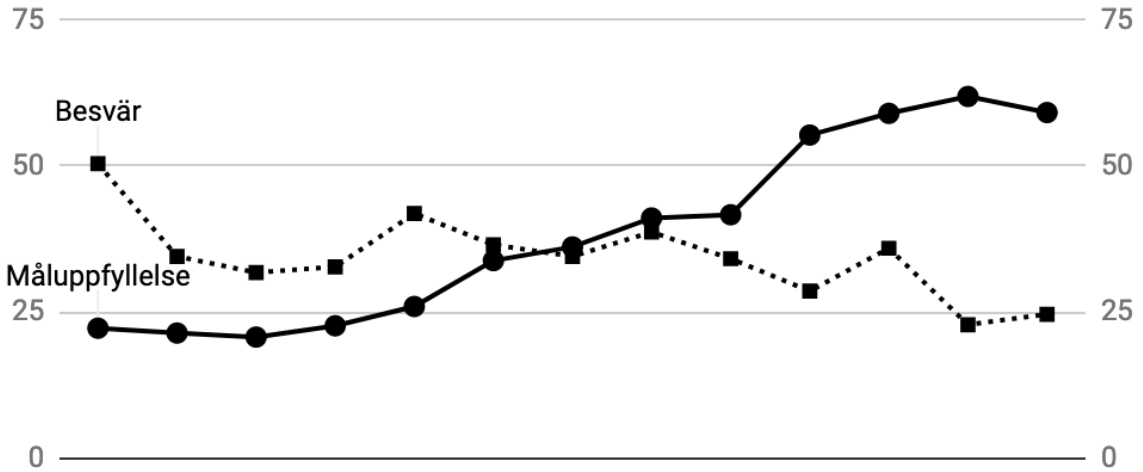
Behandlingen omfattade 7 sessioner och pågick under 8 veckor. Fokus för behandlingen var depression. Behandlingen bestod av beteendeaktivering. När behandlingen påbörjades skattade Ingela måluppfyllelse till i genomsnitt 2%. Vid slutet av studietiden var denna skattning 19%. På Q-les-Q skattades vid föremätningen 36, eftermätning sakans. Skattningen på WSAS var vid föremätningen 32, eftermätning saknas.

Behandlade av behandlare 4

Behandlare 3 är en 29 årig kvinnlig psykolog med 3 år i yrket. Behandlare 3 är verksam vid mottagning A.

Case: HILDA.

Hilda var en 29 årig högskoleutbildad kvinna, som kom på remiss för psykiatriska besvär. Behandlingen omfattade 13 sessioner och pågick under 22 veckor. De sista sex sessionerna utfördes av behandlare 3, de första sju av annan behandlare.



Figur 10. Case Hilda. Självskattad måluppfyllelse och självskattade besvär (i % av max) över tid (session för session).

Fokus för behandlingen var depression och generaliserad ångest. Behandlingskomponenter var beteendeaktivering plus komponenter från Dugas och Robichauds manual (Dugas & Robichaud, 2007) för generaliserad ångest. När behandlingen påbörjades skattade Hilda måluppfyllelse till i genomsnitt 22%. Vid slutet av studietiden var denna skattning 59%. På Q-

les-Q skattades vid föremätningen 31, eftermätning saknas. Skattningen på WSAS var vid föremätningen 32, eftermätning saknas.

Måluppfyllelse

Måluppfyllelse vid slutmätning.

Vid sju av de undersökta psykoterapierna rapporterar patienterna ökad måluppfyllelse med minst 10 %-enheter. Vid två av de undersökta psykoterapierna (Caroline och Emma) rapporterar patienterna viss minskad måluppfyllelse, dock mindre än 10 %-enheter. Dessa var de två som skattade högst måluppfyllelse inledningsvis (se tabell 2).

Vid samtliga undersökta psykoterapier, där eftermätning på aktuella skattningsskalor inkommit, ses en ökning av rapporterad livskvalitet enligt Q-les-Q. Förändringen på funktionsnivå enligt WSAS är varierande (se tabell 2).

Tabell 2. Självskattning av måluppfyllelse (i % av max på BIT-C), funktionsnivå (WSAS, max 40, minskning = förbättring) livskvalitet (Q-les-Q, max 80, ökning = förbättring)).

	Första mätning			Sista mätning		
	Mål-uppfyllelse	WSAS	Q-les-Q	Mål-uppfyllelse	WSAS	Q-les-Q
Alice	10%	13	43	26%	18	45
Berit	7%	23	43	94%	0	78
Caroline	23%	0	53	16%	7	56
Doris	3%	27	45	38%	19	49
Emma	40%	26	53	34%	11	55
Frida	15%	29	33	56%	13	59
Gunilla	7%	18	51	48%	22	55
Hilda	22%	32	31	59%	-	-
Ingela	2%	32	36	12%	-	-

Förändring i måluppfyllelse under psykoterapins gång.

Behandlingarna kunde delas upp i tre grupper utifrån hur måluppfyllelsen utvecklades under psykoterapins gång (se Figur 2-10).

1. Stabil ökning under psykoterapin

Vid sex av de undersökta psykoterapierna (Berit, Doris, Frida, Gunilla, Hilda och Ingela) kunde ses en i stort sett stabil ökning av rapporterad måluppfyllelse

2. Varierande måluppfyllelse

Vid en av de ingående behandlingarna (Alice) kunde ses en varierande måluppfyllelse där skattad måluppfyllelse går upp och ner under psykoterapins gång.

3. Brott i måluppfyllelse

Vid två av de ingående behandlingarna märktes en tendens inledningsvis som sedan byttes till en annan. Caroline rapporterade en ökning inledningsvis för att sedan rapportera en nedgång. Emma rapporterade en minskning inledningsvis och sedan en ökning. Detta var även de två patienter som vid sista mätningen inte skattade någon förbättrad måluppfyllelse jämfört med behandlingens början.

Samband mellan förändring i besvär och förändring i mål

Vid visuell inspektion syntes ingen tydlig samvariation vad gällde förändring i måluppfyllelse och förändring i besvärsskattning vid tre av behandlingarna (Alice, Gunilla och Ingela, Figur 2, 8 & 9) . Vid två (Berit och Doris, Figur 3 & 5) sågs en tydlig negativ samvariation. Här återfinns även den person (Berit) som skattade tydligast behandlingseffekt beträffande måluppfyllelse). Vid fyra av behandlingarna (Caroline, Emma, Frida och Hilda, Figur 4, 6, 7 & 10) sågs en positiv samvariation.

När analys av materialet i sin helhet gjordes framkom ett negativt samband mellan skattningar av måluppfyllelse och skattningar av besvär, det vill säga högre skattning av måluppfyllelse hade ett samband med lägre skattning av besvär. Ett sådant fanns även vad gäller förändringar på dessa, det vill säga ju mer skattning av måluppfyllelse ökar desto mer minskar skattning av besvär, särskilt vad gäller förändringar jämfört med skattning vid start. Vid analys av förändringar från föregående session var detta samband svagare. (Se tabell 3).

Tabell 3 Korrelationer i skattningar av måluppfyllelse och skattningar av besvär samt förändringar i dessa.

	Skattad måluppfyllelse och skattade besvär N=104	Förändring i måluppfyllelse och förändring besvär jämfört med föregående session N=95	Förändring i måluppfyllelse och förändring besvär jämfört med skattning vid start N=95
korrelation	-0,43**	-0,18*	-0,53**

*p<0,1; **p<0,05.

Ett starkt positivt samband framkom mellan skattad måluppfyllelse och livskvalitet och ett negativt samband mellan skattad måluppfyllelse och funktionspåverkan, det vill säga högre grad av måluppfyllelse har ett samband med ökad livskvalitet och minskad negativ påverkan på funktionsnivå. Vad gäller besvärsskattningar fanns inga signifikanta samband med deltagarnas skattningar på livskvalitet och funktionsnivå (Se tabell 4).

Tabell 4 Korrelationer mellan skattningar av måluppfyllelse samt skattningar av besvär och skattningar på livskvalitet- och funktionsskalor. (Ingela och Hilda exkluderas ur dessa beräkningar då slutmätning saknas på dessa.)

	Skattad måluppfyllelse och Q-les-Q	Skattad måluppfyllelse och WSAS	Skattade besvär och Q-les-Q	Skattade besvär och WSAS
korrelation	0.84**	-0.50*	-0.10	-0.18

N= 14; *p<0,1; **p<0,05.

Temporal tendens

Vid fyra av de ingående behandlingarna (Alice, Caroline, Frida och Gunilla) förbättrades måluppfyllelsen först. Vid fyra av behandlingarna (Doris, Emma, Hilda och Ingela) minskade besvären innan måluppfyllelsen ökade och vid en behandling (Berit) inträffade den första ökningen av måluppfyllelse vid samma session som den första minskningen av besvär. (Se tabell 5)

Tabell 5. Session för första förbättring på skattning av måluppfyllelse och besvär, samt förändring vid aktuell session jämfört med första skattning. (10 %-enheters cut off.)

	Måluppfyllelse Session för första ökning	Måluppfyllelse ökning i procentenheter vid aktuell session	Besvär session för första minskning	Besvär minskning i procentenheter vid aktuell session
Alice	3	+27	7	-10
Berit	3	+19	3	-22
Caroline	3	+12	Ingen förb	Ingen förb
Doris	6	+10	5	-13
Emma	Ingen förb	Ingen förb	6	-12
Frida	2	+17	11	-12
Gunilla	2	+16	3	-14
Hilda	6	+12	2	-16
Ingela	3	+12	2	-33

Diskussion

Ökar måluppfyllelse under psykoterapins gång?

Resultaten visar att måluppfyllelsen generellt ökade under psykoterapins gång. För sju av deltagarna ökade måluppfyllelsen mellan före och efter behandlingen. För sex av dessa var

ökningen stabil, medan måluppfyllelsen för en deltagare fluktuerade under hela behandlingens gång.

Hos de två deltagarna där måluppfyllelse inte ökade mellan för- och eftermätning fanns det förändringar under psykoterapins gång, för den ena var det en ökning inledningsvis, som sedan kom att minska tillbaka till samma nivå som vid behandlingsstart. För den andra var det en motsatt rörelse, det vill säga en initial minskning av måluppfyllelse som efter halva tiden kom att öka. Hennes skattningar förbättrades även avseende besvär och livskvalitet. Detta var de deltagare som skattade högst måluppfyllelse vid första skattning och då även högst livskvalitetsskattning.

Av detta kan slutsatsen dras att KBT-interventioner kan innebära ökad måluppfyllelse. Vidare antyder resultaten att det kan vara relevant att utvärdera måluppfyllelse under behandlingens gång och inte enbart vid före- och eftermätning.

Samvarierar upplevd måluppfyllelse och besvär?

Resultaten visar att det finns ett negativt samband mellan skattad måluppfyllelse och skattade besvär, då sessionsskattningar jämförs med den första skattningen. Det betyder att ökad måluppfyllelse sammanfaller med minskade besvär.

Resultaten visar även att det finns en negativ korrelation mellan skattad måluppfyllelse och skattade besvär samt mellan förändring på dessa variabler jämfört med första skattningen. Resultaten visar en svag korrelation mellan förändring session för session, det vill säga då den senaste skattningen jämförs med den föregående sessionen. Av detta kan vi dra slutsatsen att om patienten uppnått sina mål, har även en minskning av besvär skett. Dock kan utifrån resultaten inte sägas att så äger rum samtidigt.

Resultaten visar även en positiv korrelation mellan måluppfyllelse och livskvalitetsskattning, samt en negativ korrelation mellan måluppfyllelse och skattad funktionsbegränsning. Vad gäller besvärsskattningar finns inte motsvarande korrelation. Av detta kan slutsatsen dras att måluppfyllelse är viktigare än besvärsminskning för patientens livskvalitet och funktion. Detta stämmer överens med litteraturen om mål som relevant för personers välbefinnande, vilket även inbegriper patienter i ett kliniskt sample.

Finns det en temporal tendens där förändring i måluppfyllelse föregår minskning av besvär?

Utifrån denna studie går det inte att se någon tydlig temporal tendens där måluppfyllelse föregick besvärsminskning. För att kunna påvisa en temporal effekt för vad som förändras först, skulle det möjligen behövas ett större sample.

Begränsningar med studien

Ett problem med studien kan vara att skattningen på de två besvärsskalorna sattes samman till en, och de fem skattningarna av måluppfyllnad till en inför redovisning och dataanalys, för att sedan analysera deras medelvärden. Anledningen till detta var att göra jämförelse mellan målskattning och besvärsskattning möjlig. Detta kan medföra att en förändring på till exempel GAD-7 kan döljas av ingen förändring på PHQ-9 och så vidare. Detta möjliga problem gäller

även för målvariabeln, där förändringar för ett mål skulle kunna döljas av uteblivna förändringar, förändring i en annan riktning, i ett annat mål.

En begränsning med studien är dess begränsade generaliserbarhet. Utifrån demografiska variabler kan inte gruppen sägas vara representativ för personer som erhåller psykoterapi, då samtliga deltagare är kvinnor i åldern 26 - 38 år, med högskoleutbildning. Dessutom har psykoterapins kvalitet inte kontrollerats för.

I den här studien har visats relationen mellan besvär och måluppfyllelse när patienten själv får bedöma och värdera sina mål. När patienterna formulerade sina mål gjordes det enligt instruktionen i BIT-C på egen hand, det vill säga inte på ett kollaborativt sätt tillsammans med psykoterapeuten. Att arbeta kollaborativt, då psykoterapeuten hade speglat patientens målformulering, skulle möjligen ha ökat så kallad goal fit, det vill säga hur lämpliga målen är sett utifrån patientens problematik och situation.

Det skulle även kunna vara så att vissa av de formulerade målen inte är förenliga med metoden, exempelvis Alice som ville ha hjälp med anknytning, vilket är ett psykodynamiskt begrepp, och psykoterapin som gavs var utifrån en KBT-metodik där man traditionellt inte arbetar utifrån teorin om anknytning.

Ytterligare en begränsning med studien är risken med att de båda måtten, besvär och måluppfyllelse, till viss del kan mäta samma sak, och resultaten skulle kunna ses som ett cirkelresonemang. Om en patient till exempel har angett målet att öka glädje, är det åtminstone i viss utsträckning ett inverterat resultat på PHQ-9. Det bör dock understrykas att inga av våra deltagande patienter hade angett mål inom kategorin symtomminskning.

Vidare behöver resultaten förstås utifrån så kallat emotionellt undvikande. Det skulle exempelvis kunna vara så att patienter i behandlingens inledning har undvikandebeteenden i förhållande till svåra känslor såsom ångest, beteenden som under behandlingens gång kan minska vilket i sin tur ökar möjligheten för patienten att lägga märke till och acceptera obehag. Detta kan förklara att vissa deltagare upplever både ökad måluppfyllelse och ökade besvär.

Vidare hade två av patienterna kriser under behandlingens gång, vilket påverkade både deras skattningar av besvär och måluppfyllelse samt i vilken grad de kunde tillgodogöra sig psykoterapins innehåll.

Kliniska implikationer

Vår studie visar på en skillnad när behandlingarna utvärderas utifrån måluppfyllelse jämfört med självskattningsskalor, därmed stödjer resultaten den litteratur som vi presenterat inledningsvis, exempelvis Lindheim et. al (2016), som föreslår ett ökat användande av individuellt formulerade mål i psykoterapi, och inte bara självskattningsskalor. Dessutom bör det vara relevant att utvärdera måluppfyllelse under psykoterapins gång, eftersom vi sett att detta tycks ha starkare samband med faktisk funktion än besvärsskattningar.

Beträffande den redovisade forskningen om måluppfyllelse som ett sätt att öka välbefinnande (Michalak & Grosse Holforth, 2006), så bekräftar resultaten dessa fynd. Även om samplet är litet och ska generaliseras med försiktighet, visar resultaten att måluppfyllelse korrelerar starkt med skattningar på livskvalitet (Q-les-Q) och medelstarkt med skattningar på funktion (WSAS).

Framtida forskning

Våra resultat visar på varierande resultat när det kommer till måluppfyllnad såväl mellan som inom behandlingarna. För framtida forskning kan det vara intressant att undersöka om denna skillnad även finns vid ett större undersökt sample. Utifrån den funna skillnaden mellan måltyper, inom en och samma behandling, kan frågan ställas om det finns vissa måltyper som passar bättre för psykoterapi än andra. Därför kan det vara av intresse för framtida forskning att ytterligare undersöka relationen mellan måltyp och förändring.

För framtida forskning kan ett ämne att ytterligare undersöka vara den temporala tendensen i psykoterapi, det vill säga om måluppfyllelse sker före minskning av besvär (eller vice versa). För att finna tydligare sådana mönster skulle en idé kunna vara att studera en mer kliniskt homogen grupp, till exempel personer med en viss typ av besvär, med en viss typ av prioriterade mål eller som får en specifik behandlingsintervention.

Vi anser även att sambandet mellan livskvalitet och måluppfyllelse i psykoterapi bör vara av intresse för framtida psykoterapiforskning, särskilt som korrelationen mellan dessa faktorer i denna studie var starkare än korrelationen mellan måluppfyllelse och besvärsminskning.

Referenser

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders* (5:e utgåvan). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

Berking M., Grosse Holtforth M., Jacobi C., Kröner-Herwig B. (2005). Empirically based guidelines for goal-finding procedures in psychotherapy: are some goals easier to attain than others? Psychotherapy Research 15, 316–324.

Brunstein, J., & Maier, G. W. (2002). Das Streben nach persönlichen Zielen: emotionales Wohlbefinden und proaktive Entwicklung über die Lebensspanne [Striving for personal goals: Emotional well-being and proactive development during the lifespan]. I H. Thomae (Hrsg.), Persönlichkeit und entwicklung. Weinheim, Tyskland: Beltz Verlag.

Dugas, M.J. & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-Behavioral Treatment for General Anxiety Disorder. From Science to Practice.* Routledge.

Elliot, A. J. & Fryer, J. W. (2008). The goal construct in psychology. Handbook of Motivation Science, 18, 235–250.

Endicott, J., Nee, J., Harrison, W. & Blumenthal, R. (1993). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. Psychopharmacology Bulletin, 29, 321-326.

Farmer, R. F. & Chapman, A., L. (2008). Behavioral Interventions in Cognitive Behavior Therapy. Washington: American Psychological Association.

Fellner, D.J. & Sulzer-Azaroff, B. (1984). A Behavioral Analysis of Goal Setting. Journal of Organizational Behavior Management, 6, 33-51.

Gilbody, S., Richards, D., Brealey, S. & Hewitt, C. (2007). Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): a diagnostic meta-analysis. Journal of General Internal Medicine, 22, 1596-1602.

Goldstein, J.M., Cohen, P., Lewis, S.A., Struening, E.L. (1988). Community treatment environments: patient vs. staff evaluations. Journal of Nervous and Mental Disease, 176, 227–233.

Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2002). Bern Inventory of Treatment Goals: part 1. Development and first application of a taxonomy of treatment goal themes. Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research. 12. 79-99.

Grosse Holtforth, M., & Castonguay, L. G. (2005). Relationship and techniques in cognitive-behavioral therapy--A motivational approach. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42, 443-455.

Hoyt, M.F. (1980). Therapist and Patient Actions in 'Good' Psychotherapy Sessions. Archives of general Psychiatry, 37, 159-161.

Ichom standard sets (2019). Besökt 2019-03-09 på https://www.ichom.org/standard-sets/#mental-health.

Kiresuk, T. J. & Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. Community Mental Health Journal, 4, 443–453.

Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. Journal of general internal medicine, 16, 606-613.

Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Harnett Sheehan, K., Janavs, J. & Dunbar, G. C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. European Psychiatry, 12, 224-231.

Levitt, H., Butler, M., & Hill, T. (2006). What Clients Find Helpful in Psychotherapy: Developing Principles for Facilitating Moment-to-Moment Change. Journal of Counseling Psychology, 53, 314 –324.

Lindheim, O., Bennett, C., B., Trina, E., O., Kolko, D., J. A. (2016). Meta-Analysis of Personalized Treatment Goals in Psychotherapy: A Preliminary Report and Call for More Studies. Clinical Psychology, Science and Practice, 23, 165-176.

Linton, S. J. & Flink, I. (2011). 12 verktyg i KBT - Från teori till färdighet. Stockholm: Natur och Kultur.

Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W. & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. Medical Care, 46, 266-274.

Mataix-Cols, D., Cowley, A. J., Hankins, M., Schneider, A., Bachofen, M., Kenwright, M. & Marks, I. M. (2005). Reliability and validity of the Work and Social Adjustment Scale in phobic disorders. *Comprehensive* Psychiatry, 46(3), 223-228.

Michalak, J. & Grosse Holtforth, M. (2006). Where Do We Go From Here? The Goal Perspective in Psychotherapy. Clinical Psychology Science and Practice, 13, 346–365.

Michalak, J., Heidenreich, T. & Hoyer, J. (2004). Goal Conflicts: Concepts, Findings, and Consequences for Psychotherapy. In Cox, W. M. & Klinger, E (Eds.), Handbook of Motivational Counseling Concepts, Approaches, and Assessment (sid. 83-98). West Sussex, John Wiley & sons, ltd.

Moritz, S., Berna, F., Jaeger, S., Westermann, S. & Nagel, M. (2017). The customer is always right? Subjective target symptoms and treatment preferences in patients with psychosis. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 267, 335–339.

Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K. & Greist, J. M. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *The British Journal of Psychiatry*, 180(5), 461-464.

Ramnerö, J. & Jansson, B. (2016). The stability of treatment goals, as assessed by a Swedish version of the Bern Inventory of Treatment Goals, *Nordic Psychology*, 68:1, 30-39.

Ramnerö, J. & Törneke, N. (2014). On Having a Goal: Goals as Representations or Behavior. The Psychological Record, 65, 89 - 99.

Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R. & Endicott, J. (2005). Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, *162*(6), 1171-1178.

Ritsner, M., Kurs, R., Gibel, A., Ratner, Y. & Endicott, J. (2005). Validity of an abbreviated quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire (Q-LES-Q-18) for schizophrenia, schizoaffective, and mood disorder patients. *Quality of Life Research*, *14*(7), 1693-1703.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, *166*(10), 1092-1097.

Tryon, G. S. & Winograd, G. (2002). Goal consensus and collaboration. In *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients* (ed. J. C. Norcross), pp. 109–125. Oxford, England: Oxford University Press.

Tryon, G.S. & Winograd, G. (2011). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy* 48, 50–57.

Van Uijen, S., L., Leer, Arne & Engelhard, I., M. (2017). Safety Behavior After Extinction Triggers a Return of Threat Expectancy. Behavior Therapy, 49, 450-458.

Vissers, W., Keijsers, G., Kampman, M., Hendriks, G-J., Rijnders, P. & Hutschemaekers, G. (2016). Symptom Reduction Without Remoralization: A Randomized, Waiting-List Controlled Study Aimed at Separating Two Beneficial Psychotherapy Outcome Effects. 73, 785–796.

Öst, L-G. (2016). *Att utvärdera psykoterapi och kritiskt granska psykoterapistudier*. Stockholm. Natur & Kultur.

Bilaga 1

Klient: _____ **Datum:** _____

Terapeut: _____

Bern Inventory of Treatment Goals

Checklista för behandlingsmål i terapi

Att formulera behandlingsmål är en viktig del av behandlingen. Det är därför viktigt att vi har en tydlig bild av dina personliga mål för behandlingen.

Nedan finns en checklista som kan hjälpa dig att formulera dina behandlingsmål. Listan består av fem olika delar. I kolumnen till vänster har vi listat övergripande problemkategorier. I den högra kolumnen har vi listat specifika behandlingsmål.

INSTRUKTIONER:

- Läs noggrant igenom listan och markera de behandlingsmål som du skulle vilja uppnå inom ramen för terapin.
- Om du har ett specifikt personligt mål som inte finns med i listan, var vänlig och skriv ner det på den tomma raden.
- I slutet av checklistan väljer du de fem mål av de du markerat som du anser vara viktigast för dig och hur dessa mål passar in på din specifika livssituation. Du ordnar dem från 1 till 5 beroende på hur viktigt det är för dig
- Har du några frågor eller om du tycker det är oklarheter så diskutera dem med din terapeut

Hanterandet av specifika problem och symptom

Med hjälp av terapin vill jag …

Upplevelser av nedstämdhet, depressivitet	1	…	lära mig att hantera mina negativa tankar, mitt ältande, eller min känsla av skuld.
	2	…	hitta ett sätt att komma ur min negativa känslostämning, nedstämdhet, eller känsla av en inre tomhet.
	3	…	lära mig att hantera mitt humör eller svängningar i stämningsläge.
	4	…	försöka finna mer drivkraft och energi.
	5	...	_____
Självskadande beteenden	6	…	lära mig att sluta att fysiskt göra illa mig själv.
	7	….	komma över mina självmordstankar eller få tillbaka min lust att leva.
	8	…	_____
Rädsla eller ångest	9	…	lära mig att komma över en specifik rädsla eller att hantera den mer adekvat.
	10	….	lära mig att handskas med ångest eller panikattacker.
	11	…	lära mig att kunna vara bland andra människor utan att agera osäkert (t.ex. rodna, stamma osv.).
	12	…	börja göra saker igen som jag slutat göra eller undvikit pga min rädsla.
	13	...	_____
Tvångstankar och tvångshandlingar	14	…	lära mig att hantera återkommande tankar eller impulser som har plågat mig.
	15	….	lära mig hur jag kan begränsa upprepade, tidskrävande eller på annat sätt orimliga beteenden (överdriven handtvättning, rengöring, kontrollerande, räknande osv.).
	16	…	_____
Ovanligt krävande eller upprörande händelser	17	…	bearbeta en eller flera händelser som har varit ovanligt påfrestande eller upprörande för mig.

Beroende	18	…	sluta med en medicin som jag har varit beroende av.
	19	...	lära mig att hantera livet utan beroendeframkallande medel (alkohol, narkotika,lugnande medel osv.).
	20	…	lära mig att kontrollera mitt drickande och/eller användandet av droger.
	21	…	lära mig att handskas med svåra situationer i livet utan att ta till alkohol/droger.
	22	…	_____
Ätbeteenden	23	…	lära mig att hantera mina problem med ätbeteendet (anorexia, hetsätning, kräkningar, laxering, extrem diet, överdrivet tränande osv.).
	24	….	lära mig att hantera problem med vikten (gå ner i vikt eller acceptera den vikt jag har).
	25	…	_____
Sömn	26	…	komma över mina sömnproblem (svårigheter att somna, vara vaken mitt i natten, vakna för tidigt på morgonen osv.).
Sexualitet	27	…	få hjälp med sexuella problem.
Smärta och sjukdom	28	…	lära mig att handskas med smärta på ett mer adekvat sätt.
	29	….	lära mig att hantera en kroppslig sjukdom jag har.
	30	…	_____
Svårigheter i specifika livsområden	31	…	handskas med problem som rör boendet (t.ex. handskas med ett specifikt problem med boende, eller att sätta ett mål som på något sätt är relaterat till boendemiljön)
	32	….	handskas med specifika problem i arbetet, skolan, eller andra sammanhang av betydelse som t.ex. fritidsaktiviteter
	33	…	lära mig att organisera mitt dagliga liv bättre
	34	…	_____

Stress	35	…	lära mig att handskas med stressfyllda situationer bättre

Interpersonella målsättningar

Med hjälp av terapin vill jag …

Nuvarande relation	36	….	förändra min relation till min partner.
	37	….	förändra den sexuella samvaron med min partner.
	38	….	bli klar över och komma till rätta med de förväntningar och känslor jag har till min partner eller andra personer i min närhet
	39	….	_____
Föräldraskap och familj	40	…	lära mig att bli en bättre förälder eller att bli säkrare i min roll som förälder.
	41	….	förändra hur jag beter mig inför barnen.
	42	….	förändra min nuvarande familjesituation i en speciell riktning.
	43	….	lära mig att hantera en separation som har uppstått i familjen.
	44	….	_____
Familj eller ursprung	45	…	förändra min relation till mina föräldrar (t.ex. lära mig att separera från dem, hantera skuldkänslor, vara mindre beroende av dem).
Andra relationer	46	…	förbättra eller tydliggöra min relation till människor som jag känner (dvs. andra än partner).
	47	….	komma över en separation eller en skilsmässa från en partner eller annan signifikant person.
	48	….	_____
Ensamhet och sorg	49	…	lära mig att handskas med att vara ensam.

	50	….	bearbeta förlusten av någon som har stått mig nära.
	51	…	_____
Självsäkerhet och gränsdragning	52	…	lära mig att vara säkrare på mig själv i relation till andra och kunna sätta tydliga gränser.
	53	….	lära mig att handskas med andra människors reaktioner på mitt beteende (kritik,beröm, avvisning osv.).
	54	…	_____
Anknytning och intimitet	55	…	utveckla förmågan att knyta an till andra människor (och att hålla relationer vid liv).
	56	…	lära mig att öppna upp mig för andra människor och våga lita på dem.
	57	….	öka min beredvillighet inför nya relationer.
	58	…	_____

Förbättra upplevelsen av välbefinnande

Med hjälp av terapin vill jag …

Motion och aktivitet	59	…	komma igång med mer regelbunden motion och kroppslig aktivitet.
	60	….	lära mig att organisera min fritid på ett mer meningsfullt sätt (intressen, kulturella aktiviteter osv.)
	61	…	_____
Avslappning och lugn	62	…	lära mig att slappna av och ta det lugnt.
	63	….	bli lugnare och mer avspänd.

	64	…	_____
Välbefinnande	65	…	lära mig att njuta mer av livet och ha roligt.
	66	….	lära mig att vara mer tillfreds med min kropp.
	67	…	_____

Orientering i livet

Med hjälp av terapin vill jag …

Då, nu och imorgon	68	….	komma över saker som har hänt i det förflutna.
	69	….	få en bättre förståelse av vem jag är, vad jag är bra på, och vad jag vill ha ut av livet.
	70	….	klargöra mina idéer och planer för framtiden (vad gäller utbildning, yrkesmässigt eller på ett personligt plan).
	71	….	_____
Livets mening	72	…	bli klarare över frågor som gäller meningen med mitt liv eller det jag gör.

Målsättningar som är relaterade till självbilden

Med hjälp av terapin vill jag ...

Hur jag ser på mig själv	73	….	få ökat självförtroende eller bli säkrare på mig själv.
	74	….	lära mig att acceptera mig själv för den person jag är.

	75	….	_____
Behov och önskningar	76	…	bli klarare över mina behov och önskningar, och bli bättre på att uttrycka dem
	77	….	komma underfund med mina begränsningar och hur jag kan anpassa mig till dem.
	78	….	lära mig att arbeta efter mina målsättningar och planer mer effektivt.
	79	….	_____
Prestation, kontroll och ansvar	80	…	lära mig att fatta beslut mer självständigt.
	81	….	lära mig att avsluta sådant som jag har påbörjat.
	82	….	lära mig att justera de höga krav som jag har på mig själv eller andra.
	83	….	lära mig att delegera ansvar och kontroll till andra.
	84	…	_____
Hantera känslor	85	…	tillåta mig själv att uppleva känslor och uttrycka dem på ett tydligare sätt.
	86	….	lära mig att hantera starka negativa känslor (t.ex. ilska, vrede).
	87	…	_____

Har du andra mål för terapin som inte passar in i ovanstående kategorier?

_____

_____

_____

Efter att du har fyllt i checklistan, var vänlig och prioritera ner dina personliga mål för behandlingen på denna sida. Om du på ovanstående checklista har markerat fler än fem behandlingsmål, ange de **fem viktigaste behandlingsmålen** här nedan. Notera att du givetvis också kan ha färre behandlingsmål. Försök prioritera dem i den ordning du tycker är viktigast (från 1 – 5) där 1 är det viktigaste

Börja med att skriva numret på det mål du valt.
Beskriv därefter, med egna ord, varje mål så konkret och specifikt som möjligt utifrån din nuvarande livssituation!

1. Behandlingsmål nr: _____

_____

2. Behandlingsmål nr: _____

_____

3. Behandlingsmål nr: _____

_____

4. Behandlingsmål nr: _____

_____

5. Behandlingsmål nr: _____

_____

Tack för att du har bidragit med denna viktiga information för behandlingen!