



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

”Att få pusselbitarna på plats”

En kvalitativ studie om långtidssjukskrivna kvinnors erfarenheter av bildterapi och basal kroppskänning i grupp.

Socionomprogrammet

C-uppsats

Författare: Linda Thorsell

Handledare: Ninni Carlsson

Abstract

Titel: "Att få pusselbitarna på plats"- en kvalitativ studie om långtidssjukskrivna kvinnors erfarenhet av bildterapi och basal kroppskänndom i grupp.

Författare: Linda Thorsell

Nyckelord: Bildterapi, Basal kroppskänndom, Långtidssjukskrivna, Kvinnor.

I denna studie talar fyra kvinnor om sina upplevelser av att stå utanför arbetsmarknaden och hur de med hjälp av bildterapi och basal kroppskänndom börjar omdefiniera synen på sig själva och sitt handlingsutrymme och på så sätt blir mer delaktiga i samhället. Syftet med denna studie är att undersöka långtidssjukskrivna kvinnors upplevelser och erfarenheter av att ha gått i bildterapi och basal kroppskänndom i grupp inom öppenvård psykiatri. Syftet är också att undersöka vilken betydelse kropp och bildgruppen hade för kvinnornas val och motiv till att fortsätta i egen regi, med fokus på gruppens betydelse. Bakgrunden var att det fanns ett behov av att samordna och utveckla metoder inom organisationen samt att göra det mer kostnadseffektivt. Samtidigt var flera utav patienterna långtidssjukskrivna och behövde få rehabilitering för att komma vidare ut i praktik eller arbete när det nya sjukförsäkringssystemet infördes i juli 2008. Mitt intresse väcktes för den här gruppen och den situation kvinnorna befinner sig i; Vad innebär det att de befinner sig i den situation som de gör? Vad kan bildterapi och kroppskänndom bidra med för långtidssjukskrivna kvinnor? Detta var frågor som väcktes.

Studien genomfördes med kvalitativ metod. Empirin består av sex semistrukturerade intervjuer med fyra kvinnor som har deltagit i kropp och bildgruppen under tre terminer. Jag har även använt mig av samtal och observationer kring egenvalda bilder som kvinnorna tog med. Kvinnorna är i åldrarna 44-59 år och alla har haft långa kontakter med sjukvården. Några utav kvinnorna har varit utsatta för psykiskt och/eller fysiskt våld under flera år, ibland med hot. Intervjuer genomfördes också med de två gruppledarna som består av en bildterapeut och en sjukgymnast. De teoretiska analysverktygen är teorierna empowerment och symbolisk interaktionism samt teoretiska begrepp som stigma, objekt och subjekt.

Tidigare studier visar att bemötande och inflytande inom psykiatri har fungerat dåligt. Denna studie bidrar med en annan bild. Kropp och bildgruppen visar en möjlighet till att lösa den paradox som långtidssjukskrivning många gånger innebär genom att kvinnornas syn på arbete omdefinieras. Från att vara en belastning kan arbetet bli en tillgång **om** kvinnorna först får utrymme att mobilisera sina resurser **och** arbetslivet sedan medger samma handlingsutrymme. Genom samspelet mellan kroppen, bilden och gruppen har kvinnorna börjat en utvecklingsprocess som jag kallar en *läro- och medvetandegörande process*. Läro- och medvetandegörande processen har inneburit ett *perspektivbyte* för kvinnorna under terapin genom att de *omdefinierar* sin syn på sig själva till ett "subjekt", en aktivt handlande person med makt och möjligheter. Även om behandlingsinnehållet, det vill säga bildterapi och den basala kroppskänndomen är viktig, tyder mycket på att den sociala samvaron i gruppen har minst lika stor betydelse för kvinnorna. Kvinnorna berättar om känslor av utanförskap och stigmatisering. Gruppen får betydelsen av en "frizon" där kvinnorna kan uttrycka sig fritt utan att behöva oroa sig för att bli stämplade. I gruppen har kvinnorna utvecklat ett *oberoende* från de normer och värderingar som upplevs stigmatiserande. Det har istället skapats en "ny norm" i gruppen. Den ursprungliga behandlingsgruppen har utvecklats till att bli ett viktigt stöd för kvinnorna utöver behandlingens syfte. En *mobilisering* av gruppen har skett. Kvinnorna menar att de valde att fortsätta att träffas i egen regi för att kunna prata om funderingar och tankar kring sjukdomar och myndigheter. I gruppen mobiliseras alltså kvinnornas resurser och det finns ett *ömsesidigt hjälpande* som liknar en självhjälpsgrupp.

Tack!

Jag vill ge ett stort tack till alla informanter som medverkat i denna uppsats, utan er skulle det här arbetet aldrig blivit möjligt att genomföra. Tack till bildterapeuten och sjukgymnasten som har hjälpt mig att få kontakt med informanterna och för ert engagemang över uppsatsen.

Jag vill också tacka min handledare Ninni Carlsson för ditt pedagogiska förhållningssätt som lett till många tankeställare och nya synsätt på vägen mot den färdiga uppsatsen.

Till sist vill jag tacka min fina pojkvän som har stått ut med att se hela köket fullt med böcker under flera månaders tid.

Tack!

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
1.2. Syfte och frågeställning	3
1.3. Avgränsningar	3
1.4. Ordförklaringar	3
2. Tidigare forskning och historisk översikt	4
2.1. Historisk översikt	4
2.1.1. Bildterapi	4
2.1.2. Basal kroppskänedom	5
2.2. Tidigare forskning	6
2.3. Dagens kunskapsläge inom bildterapi och basal kroppskänedom.....	6
2.4. Brukares upplevelser och innebörder av behandlingsmodeller	7
2.4.1. Upplevda personliga förändringar	7
2.4.2. Konsekvenser i vardagen.....	8
2.5. Gruppens betydelse.....	8
2.5.1. Samhörighet och gemenskap	9
2.5.2. Kollektivt värde.....	9
2.6. Initiativ till att fortsätta träffas i grupp.....	9
2.6.1. Ett socialt lärande.....	9
2.6.2. Grupper som motiverats till att fortsätta i egen regi	10
2.6.3. Psykiatrin och självhjälsgrupper	10
2.7. Kapitelsammanfattning	11
3. Teoretiska analysverktyg	12
3.1. Empowerment	12
3.1.1. Empowerment på olika nivåer	12
3.1.2. Empowerment i termer av handlingsutrymme.....	12
3.1.3. Kollektiv mobilisering	13
3.1.4. Förtryck och medvetandegörande	13
3.2. Symbolisk interaktionism	14
3.2.1. All interaktion är social.....	14
3.2.2. Definition av situation	14
3.2.3. Generaliserande andra.....	15
3.2.4. Att ta andras roller	15
3.2.5. Stigma.....	15
3.2.6. Stigma och empowerment.....	16
3.3. Teorirefleksion	16
4. Metod	17

4.1. Kvalitativ ansats.....	17
4.1.1. Vetenskapligt förhållningssätt.....	17
4.1.2. Litteratursökning.....	17
4.2. Urval och urvalsprocess.....	18
4.3. Tillvägagångssätt vid intervjuerna.....	19
4.3.1. Intervjudesign.....	19
4.3.2. Intervjusituation.....	19
4.3.3. Förhållningssätt vid intervjuerna.....	19
4.4. Återföring/Feedback.....	20
4.5. Analysmetoden.....	20
4.6. Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet.....	21
4.7. Etiska förhållningssätt.....	23
4.8. Förförståelse.....	24
4.9. Metodreflektion.....	24
5. Resultat.....	26
5.1. En beskrivning av behandlingsmodellen.....	26
5.1.1. Syfte.....	26
5.1.2. Målgrupp.....	26
5.1.3. Metod.....	27
5.1.4. Kursupplägg.....	27
5.1.5. Ledarna.....	27
5.2. Kvinnornas upplevelser och erfarenheter.....	28
5.2.1. Informanterna.....	28
5.3. Vilken innebörd har behandlingsmodellen haft för kvinnorna under arbetet i gruppen och vilken innebörd har den idag?.....	28
5.3.1 Innebörder under arbetets gång.....	28
5.3.2. Talet om sig själv som passiv.....	28
5.3.3. Att stänga av.....	29
5.3.4. "Att lära sig att se" En läro- och medvetandegörande process.....	29
5.3.5 Andning och medveten närvaro.....	30
5.3.6 Bilden som verktyg.....	30
5.3.7. Innebörder idag.....	31
5.3.8. Utanförskap.....	31
5.3.9. Talet om sig själv som aktiv.....	32
5.3.10. Att komma till insikt.....	32
5.4. Vilken betydelse har gruppen haft för kvinnorna?.....	33
5.4.1. Ambivalens i början.....	33
5.4.2. Prestationskrav.....	33

5.4.3. Gruppansvar	33
5.4.4. Jag är inte ensam.....	34
5.5. Vad var det som gjorde att kvinnorna valde/motiverades till att fortsätta i egen regi?	35
5.5.1. Gemensam historia	35
5.5.2. Gruppen som ett eget väsen	35
5.5.3. Bekräftelse och mål.....	36
5.6. Kapitelsammanfattning	36
6. Analys	37
6.1. En läro- och medvetandegörande process.....	37
6.1.1. Kropp, bild och grupp i samspel	37
6.1.2. En omdefiniering av synen på sig själva	38
6.1.3. Ökat handlingsutrymme?.....	39
6.2. Gruppen som "frizon"	40
6.2.1. En "ny norm"	40
6.2.2. Stigma och gruppen som "frizon"	40
6.2.3. Från beroende till oberoende	41
6.3. Mobilisering.....	41
6.3.1. Gemensamma upplevelser.....	41
6.3.2. Samspel och interaktion.....	42
6.3.3. Andra erfarenheter ifrån psykiatrin	43
6.4. Kapitelsammanfattning och reflektion.....	43
7. Slutsatser.	45
7.1. En läro- och medvetandegörande process.....	45
7.2. Gruppen som "frizon"	45
7.3. Mobilisering.....	46
7.3.1. En ny syn på arbete	46
7.4. Vidare forskning	46
Referenslista.....	48
Bilaga 1	51
Bilaga 2	52
Bilaga 3	55

1. Inledning

Jag har ju blivit mer positiv som människa. Som jag sa, jag känner att jag är mer värd som människa, då har jag även rätt till att komma ut och jobba också känner jag, för jag vill tillhöra en gemenskap också för går man hemma jämt så är man utanför samhället helt och hållet. Tyvärr är det så. Och som basala kroppskännedom har gjort, det här med andningen och liksom att jag vågar känna av min kropp. Så är jag på ett jobb nu och känner nej nu börjar det värka, alltså nu har jag verkligen vågat känna efter, nu har jag ont där. Då sätter jag en gräns och säger stopp, det här klarar inte jag. Och det har jag vågat, jag tar ansvar för mig själv bättre. För förut om någon hade skickat ut mig för länge sen så, då hade jag bara kört på i 300 och dog i princip. Jag hade inte känt efter hur jag mådde eller någonting jag hade bara gjort det ja, som en robot kan man säga (Pernilla).

I denna studie talar fyra kvinnor om sina upplevelser av att stå utanför arbetsmarknaden och hur de med hjälp av bildterapi och basal kroppskännedom börjar omdefiniera synen på sig själva och sitt handlingsutrymme och på så sätt blir mer delaktiga i samhället. Citatet vittnar om den komplexa och tidskrävande process detta är, men vägen dit måste få ta sin tid, *tid till att få pusselbitarna på plats*, som kvinnorna säger.

Debatten om det nya sjukförsäkringssystemet har varit på många löpsedlar sedan det infördes år 2008. I artikeln *"Så fungerar det nya sjukförsäkringssystemet"* i Ekonomifakta lyfter Ljung (2010) fram att den framförallt har handlat om de införda tidsbegränsningarna i systemet. Tidigare fanns det inga tidsgränser. De nya reglerna innebär bland annat att en stor grupp människor utförsäkrades vid årsskiftet 2010 (Ljung 2010). I Göteborgs Posten skriver Ingalill Löfgren (2009) att överläkaren Kristina Glise, på Institutet för stressmedicin i Göteborg är kritisk till de nya sjukreglerna. Psykisk ohälsa dominerar diagnoserna bland de långtidssjuka (Löfgren 2009). Socialstyrelsens folkhälsorapport (2009) visar att det nedsatta psykiska välbefinnandet för kvinnor i åldern 25-44 har fördubblats sedan slutet av 1980-talet. Samtidigt har en nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom blivit vanligare bland kvinnor i alla åldersgrupper sedan 1980-talet. Psykisk ohälsa och värk i rörelseapparaten är den vanligaste orsaken till nedsatt arbetsförmåga samt till beviljad sjuk- och aktivitetsersättning (Socialstyrelsen [SOS] 2009). Kristina Glise menar att många människor med psykisk ohälsa har ett längre sjukdomsförlopp än vad det nya sjukförsäkringssystemet tillåter. Det riskerar att göra dem ännu sjukare för att de utsätts för ytterligare stress. Som läkare är hon för en sjukvårdsreform som förhindrar förtidspensionering i onödan men hon menar att man måste låta patienterna få tid att bli friska (Löfgren 2009).

Är det så att det råder en paradox inom detta område? Att en för snabb återgång till arbete för sjukskrivna kan innebära försämrad hälsa samtidigt som det är bevisat att arbete är viktigt för hälsan ([SOS] 2009, Nordén 2008). Sjukförsäkringssystemet baserar sig på den grunden, att minska onödiga långtidssjukskrivningar och förtidspensioneringar (Löfgren 2009), men istället tenderar det att göra folk sjukare. Psykologen Fredrik Bengtsson (2003) menar att vi först måste lära oss att urskilja våra behov och sätta gränser mot omgivningen, vilket bygger på att vi först behöver lära känna oss själva och respektera den person vi är. Problemet är att många idag inte vet vilka behov, önskningar och begränsningar de har. Bengtsson menar att denna utveckling är ett samhällsproblem, att värderingar och tankar som präglar vår tid inte uppmuntrar attribut som att känna efter och grunda beslut, utan prestation, och effektivitet är viktigare. Vi lever i ett prestationsinriktat samhälle (Bengtsson 2003).

Samtidigt menar Bengtsson att vi i Sverige sätter likhetstecken mellan vårt arbete, vårt yrke och vår identitet. Det ger en förklaring till varför det är så förödande att blir arbetslös eller oförmögen att arbeta på grund av sjukdom. Det är inte bara inkomsten och den sociala gemenskapen som går förlorad utan också sig själv. Resan tillbaka innebär då att hitta fram till en känsla av identitet och av att ha ett värde i egenskap av människa (Bengtsson 2003). Ett annat viktigt perspektiv på problemområdet är att det har visat sig att patient-, brukar, och anhöriginflytandet har fungerat dåligt inom psykiatrin. Organisationen *Nationell samverkan för psykisk hälsa* (2008) menar att Sverige framstår som ett underutvecklat land i ett internationellt perspektiv när det gäller ambition och kunskapsutveckling inom områden som brukarinflytande, återhämtning, självhjälp och egenmakt (Nordén 2008). Många upplever negativa attityder och stigmatisering i det omgivande samhället som ett större problem än den psykiska sjukdomen (Nordén 2008).

Idén till denna uppsats tog form under studiepraktiken på socionomprogrammet när jag gjorde ett studiebesök på en öppenpsykiatrisk mottagning och träffade en bildterapeut. Hon berättade för mig att hon tillsammans med en sjukgymnast hade en "kropp och bild grupp" som bestod av sex kvinnor. Kropp och bild gruppen startade 2009 som ett initiativ av bildterapeut och sjukgymnast på en öppenpsykiatrisk mottagning i Sverige. Kropp och bild står för den sjukgymnastiska metoden basal kroppskännedom och bildterapi i grupp. Den psykiatriska öppenmottagningen vänder sig till personer från 18 år och uppåt med psykisk ohälsa av den grad där primärvårdens resurser inte räcker till. Målgruppen är patienter med psykiatrisk ohälsa av den svårighetsgrad som kräver specialistpsykiatri, till exempel svåra depressioner, bipolär sjukdom, svåra ångestrelaterade tillstånd, psykoser samt tvångssjukdomar. Sjukgymnasten berättar att idén till kropp och bildgruppen startade genom att det fanns ett behov av att samordna och utveckla metoder inom organisationen samt att göra det mer kostnadseffektivt. Inflödet av nya ärenden är stort på mottagningen och det psykiska ohälsotalet är ganska högt i den här kommunen samtidigt som resurserna är ganska få berättar sjukgymnasten vid intervjun. Samtidigt var det flera av patienterna som varit långtidssjukskrivna och de behövde få rehabilitering för att komma vidare ut i praktik eller arbete när det nya sjukförsäkringssystemet infördes i juli 2008. Sjukgymnasten och bildterapeuten hade flera gemensamma patienter och deras erfarenhet från praxis var att kombinationen av bildterapi och den basala kroppskännedomen påverkade patienten på ett positivt sätt. De menade att metoderna förstärker varandra genom att de båda är icke-verbala terapier som syftar till att förstärka kontakten mellan tanke, kropp och känsla. Mitt intresse väcktes för den här gruppen och den situation kvinnorna befinner sig i; Vad innebär det att de befinner sig i den situation som de gör? Vad kan bildterapi och kroppskännedom bidra med för långtidssjukskrivna kvinnor? Detta var frågor som väcktes. Kvinnornas upplevelser och erfarenheter är intressant att undersöka för de tenderar att hamna mitt i den paradox som presenteras ovan.

1.2 Syfte och frågeställning

Syftet med denna uppsats är att undersöka långtidssjukskrivna kvinnors upplevelser och erfarenheter av att ha gått i bildterapi och basal kroppskänedom i grupp inom öppenspsykiatrin. Syftet är också att undersöka vilken betydelse kropp och bildgruppen hade för kvinnornas val och motiv till att fortsätta i egen regi, med fokus på gruppens betydelse.

Utifrån syftet formulerades frågeställningarna;

Vilken innebörd har behandlingsmodellen haft för kvinnorna under arbetet i gruppen och vilken innebörd har den idag?

Vilken betydelse har gruppen haft för kvinnorna?

Vad var det som gjorde att kvinnorna valde/motiverades till att fortsätta i egen regi?

1.3 Avgränsningar

I denna studie har jag valt att intervjua enbart kvinnor eftersom kropp och bildgruppen bestod av kvinnor. Den öppenspsykiatriska mottagningen vänder sig både till kvinnor och män, men det finns ännu inte någon liknande grupp för män på mottagningen. Då merparten av tidigare forskning och studier kring bildterapi och kroppskänedom i grupp har fokuserats på mätbara effekter vill jag istället lägga fokus på den kvalitativa aspekten av kvinnornas betydelse av den här behandlingsmodellen. Detta genom att de får berätta vid intervjuer om sina erfarenheter. Utifrån mitt fokus och utifrån det intervjumaterial jag fick har jag valt att koncentrera mig på teorierna empowerment och symbolisk interaktionism samt teoretiska begrepp som subjekt, objekt och stigma. Med hjälp av teorierna och begreppen har jag velat fördjupa empirin och ge en mer nyanserad och djupgående förståelse för kvinnornas process i behandlingen och den mening som de skapar sig utifrån terapin.

1.4 Ordförklaringar

Bildterapi: Svenska riksförbundet för bildterapeuter definierar begreppet som en behandlingsform där bildskapande används för uttryck och kommunikation (Svenska riksförbundet för bildterapeuter [SRBt] 2010). Jag använder mig av samma definition som SRBt.

Basal kroppskänedom: Begreppet står för den sjukgymnastiska behandlingsform som förekommer i denna uppsats. Ibland används förkortningarna; kroppskänedom eller BK i studien.

Kropp: Begreppet kropp kan ha flera olika innebörder. I detta sammanhang är kroppen subjektiv. Den står i ett levande samspel och dialog med omvärlden. Det är en upplevande kropp (Hertting et al 2000).

Innebörd/betydelse: Med begreppen innebörd och betydelse menar jag den *djupare betydelse* eller *mening* som behandlingsmodellen och gruppen har för kvinnorna.

2. Tidigare forskning och historisk översikt

2.1. Historisk översikt

Bildterapi och basal kroppskänedom kan vara områden som är ganska nya för många. Inom området socialt arbete förekommer dessa begrepp inte allt för ofta, därför har jag valt att introducera läsaren i en kort historisk översikt över bildterapi och den basala kroppskännedomens framväxt i Sverige.

2.1.1. Bildterapi

Vårt mest uppenbara sätt att kommunicera idag är genom orden och språket. Men det finns stunder då vi inte har hjälp av språket. Grönlund, Alm och Hammarlund (1999) tar upp exemplet att smärtsamma upplevelser som inträffat tidigt i livet ibland aldrig har mött några ord. Barnet har inte kunnat sätta ord på upplevelsen eller kunnat hantera den med hjälp av ord och detta gör att den vuxna personen inte kan förmedla sin upplevelse i terapin (Grönlund, Alm & Hammarlund 1999). Man menar alltså att omedvetet material kan få ett uttryckssätt som tidigare saknats. Känslor och upplevelser ges ett uttryck som så småningom kan länkas till det verbala språket (SRBt 2010). Bilden får också en symbolisk förmåga, den speglar vårt medvetna jag och vår omedvetna inre värld. Vi förmedlar i bilden vår personliga historia och även stundens känsla (Englund 2004).

I USA utvecklades bildterapi redan under 1940-talet. Edith Kramer myntade begreppet "Art as Therapy", där hon menade att skapandet skulle vara en möjlighet att kanalisera destruktiva och antisociala krafter och omvandla dessa till socialt accepterade uttryck. En annan inriktning startades av Margaret Naumburg, hon myntade begreppet "Art in Therapy". Hon tolkade patienternas bilder på samma sätt som Freud tolkade drömmar och fria associationer. I Storbritannien kallas de olika inriktningarna *Art Therapy*, som ofta bedrivs i form av gruppterapi; *Art Psychotherapy* kallas den metod som bedrivs av bildterapeuter som har en kompletterande psykoterapiutbildning och *Analytical Art Psychotherapy* som är bildterapi med freudiansk eller jungiansk analytisk inriktning. Sedan några år tillbaka ingår bildterapeuter i Storbritannien i det statliga sjukvårdssystemet med samma rättigheter och skyldigheter som övrig medicinsk personal (Englund 2004). Redan på 50-talet i Sverige erbjöds kulturell terapi- måleri, musik och drama som gruppaktivitet på vissa mentalsjukhus vilka var inspirerade av Arts- and Crafts rörelsen i Storbritannien. Bildterapi växte fram i Sverige under slutet av 60-talet. Det var konstnärer, arbetsterapeuter, psykologer och andra människor som utbildade sig utomlands och började arbeta bildterapeutiskt främst på psykiatriska sjukhus runt om i Sverige. År 1976 bildades den Svenska föreningen för bildterapi (Grönlund et al. 1999). Bildläraren Jan Thomeaus har haft stor betydelse för bildterapiens utveckling i Sverige. Han arbetade på barnbyn Skå med socioemotionellt störda barn och uppmuntrade dem till spontant uttryck i färg och form (Englund 2004).

Idag finns det ett hundratal utbildade bildterapeuter i Sverige, de flesta med en professionell utbildning inom vård, socialt arbete, specialpedagogik eller psykologi, dock är bildterapi ännu inte erkänt i Sverige som profession (Englund 2004). *Svenska riksförbundet för Bildterapeuter* definierar idag bildterapi som en konstnärlig terapiform som integrerar konst och psykoterapi. När man går i bildterapi så målar man bilder där det egna personliga uttrycket i bilden och dess innehåll är betydelsefullt. Bildskapandet utvecklas och fördjupas inom en psykoterapeutisk relation. Bilden är utgångspunkten i mötet mellan patient och terapeut (SRBt 2010). Bildterapi har ändå funnit sin väg

in som akademiskt ämne. År 2005 startade ett magisterprogram i bildterapi samt en påbyggnadsutbildning inom vård och socialt arbete för redan yrkesverksamma vid Umeå Universitet. Det pågår även flera forsknings och utvecklingsprojekt kring bildterapiens betydelse för upplevelse av identitet och hälsa vid Umeå universitet (Umeå Universitet 2009). I Falun inom Dalarnas landsting finns det en enhet inom psykiatriområdet som heter *Enheten för Rörelse- musik och bildterapi* (RMB-enheten) som förenar och samverkar skapande och kreativa behandlingsmetoder. Verksamheten erbjuder psykoterapeutisk behandling genom metoderna rörelseterapi, musikterapi samt bildterapi. På Rörelse- musik och bildterapienheten pågår flera forskningsprojekt som är knutna till olika universitet (Vuxenpsykiatri Dalarna 2010). Man kan alltså se att bildterapi är i en utvecklingsfas mot att bli mer vetenskapligt erkänt i Sverige liknande den utveckling som skedde i Storbritannien och USA.

2.1.2. Basal kroppskännedom

Basal Kroppskännedom är en av de metoder som utvecklades inom den psykiatriska sjukgymnastiken på 70-talet i Sverige och som fått stor spridning i Sverige och Norge, genom den kursverksamhet och utbildning som sjukgymnasten Gertrud Roxendal utvecklat (Roxendal & Winberg 2002). Basal kroppskännedom är inspirerad av den österländska filosofin och av kurser i taichi som hölls av fransmannen Jacques Dropsys (Institutet för basal kroppskännedom [IBK] 2010). Englund (2004) beskriver basal kroppskännedom som en metod som hjälper människor att återknyta kontakten med sig själva och hitta kroppens visdom. Englund (2004) menar att vi genom kroppsmedvetenhet kan känna igen känslor hos oss själva och andra och det är en förutsättning för vår utveckling av empati. Roxendal började sin verksamhet inom psykiatri och fann att de traditionella sjukgymnastiska metoder hon använde sig av inte räckte till. I samråd med andra sjukgymnaster började de utveckla en mer aktiv och friskorienterad syn på människan. Genom att "få upp" patienter på egna ben som varit stillasittande och passiva kunde de se en återerövrad lust och initiativförmåga hos patienterna (Englund 2004).

Ett centralt begrepp i Basal kroppskännedom är *kroppsjaget*. Kroppsjaget betyder den odelbara enheten; människa med kropp och själ. Övning i kroppskännedom syftar till att stärka kroppsjaget och integreringen av kroppen i den totala identitetsupplevelsen. Begreppet *centrering* används för att beskriva förmågan att samla sig kring och initiera rörelser från kroppens rörelsecentrum. Vid övningar för att medvetandegöra centrum i kroppen, riktas uppmärksamheten bland annat mot andningen och att tillåta spridningen av andningens rörelser i kroppen och integreringen av andningen i kroppens rörelse (Rosberg 2000). Andra centrala begrepp är; mental närvaro, balanserad hållning och frihet i andning och rörelse. Roxendal och Winberg (2002) redogör för att man inom BK använder sig av ett skattningsinstrument, Body Awareness Scale som består av dels en intervju och dels ett rörelsetest som används som ett utvärderingsinstrument i behandling och forskning (Roxendal & Winberg 2002). Metoden är akademiskt integrerad och används idag inom nästan all sjukgymnastik, anpassad efter olika verksamheter och patientens behov. BK används även inom personlig utveckling och inom friskvården (Englund 2004). Det finns idag en etablerad utbildning i Basal kroppskännedom (IBK 2010). På sjukgymnastutbildningarna ingår också undervisning om behandlingsmetoder för förbättrad kroppsmedvetenhet och där ingår BK som en viktig del. BK finns även i Schweiz, Danmark och Finland samt på Island (Englund 2004).

2.2. Tidigare forskning

I detta avsnitt lyfter jag fram vilken forskning som har bedrivits utifrån mina tre frågeställningar, åt vilket håll den har riktats och vad den har kommit fram till. Jag presenterar först dagens kunskapsläge kring bildterapi och basal kroppskänedom. Sedan följer forskning som mera specifikt rör mitt problemområde, upplevelser och erfarenheter ifrån brukare som deltagit i liknande behandlingsmodeller som kropp och bildgruppen, samt forskning som belyser gruppens betydelse samt val och motiv till att fortsätta i egen regi efter deltagande i gruppterapi.

2.3. Dagens kunskapsläge inom bildterapi och basal kroppskänedom

Under de senaste åren har intresset ökat för alternativa och komplementära metoder i Sverige, både hos enskilda personer och inom vården. Inom landstinget har man börjat erbjuda komplementära behandlingsformer som rörelseterapi, meditation och akupunktur (Englund 2004). Intresset har även ökat inom forskningen. I rapporten *kvinnors psykiska ohälsa i aktuell svensk forskning*, har man kartlagt en övergripande bild av forskningsläget kring kvinnors psykiska ohälsa så som den såg ut i Sverige vid årsskiftet 2002-2003. I rapporten ingår både bildterapi och kroppskänedom som forskningsämnen (Jeanneau 2003) vilket visar på dess ökade intresse. I forskningssökandet fann jag att en majoritet av de undersökningar som genomförs i bildterapi och kroppskänedom är gjorda inom de medicinska och psykologiska domänerna baserade på randomiserade och kontrollerade studier med standardiserade frågeformulär. Forskning som har bedrivits har alltså främst fokuserat på effekter inom sjukvården, som till exempel vid bröstcancer eller vid olika smärttillstånd. Av dessa studier visar bland annat två avhandlingar i bildterapi att metoden är ett värdefullt komplement för kvinnor med bröstcancer och depression (Öster 2007, Egberg Thyme 2008). Även ett ökat kroppsmedvetande som följd av basal kroppskänedom har visat sig vara ett viktigt inslag i tillfrisknandet för många olika patientgrupper med till exempel långvarig smärta, ångest, depression eller besvär av att ha varit sexuellt utnyttjad (Gyllenstam & Gard 2008). Basal kroppskänedom har fått statusen "*beprövad erfarenhet*", och är idag en sjukgymnastisk behandlingsmetod (Roxendal & Winberg 2002).

Kvantitativa studier med standardiserade frågeformulär har även sökt effekter av en eller två terapeutiska metoder i kombination. En amerikansk studie har bland annat undersökt effekten av en nyutvecklad gruppterapeutisk modell för cancerpatienter som kallas Mindfulness-based art therapy. I behandlingen ingick bildterapi, gruppterapi och mindfulnessbaserad stresshantering. Studien visar att deltagare i den mindfulnessbaserade bildterapigruppen sänkte sin oro och förbättrade sin livskvalitet signifikant i jämförelse med kontrollgruppen (Monti, et al. 2006). En annan studie visar att skapande aktiviteter och icke verbal psykoterapi bestående av bildterapi, musikterapi, kroppskänedom och samtal i gruppterapi är ett alternativ eller komplement till konventionell samtalsterapi och psykofarma för patienter med olika psykiatriska diagnoser, speciellt traumapatienter (Körlin et al 2000). Det finns alltså viss forskning som visar att bildterapi kan vara ett alternativ eller komplement till cancerbehandling och basal kroppskänedom som en sjukgymnastisk metod för bland annat psykisk ohälsa, smärttillstånd mm. Dock menar det *Svenska riksförbundet för bildterapeuter* att det inte finns tillräckligt stöd ännu för att bildterapi kan utgöra ett viktigt komplement i olika behandlingsformer (SRBt 2010). Det är inte ännu en lika "accepterad" metod som basal kroppskänedom. Något jag har uppmärksammat är att det finns ytterst lite kvalitativ forskning

som lyfter fram brukarens erfarenheter och upplevelser av bildterapi och kroppskänedom i Sverige. I internationell forskning har jag funnit ett större utbud av kvalitativa studier dock så finns det fortfarande många kunskapsluckor. Den internationella forskningen jag funnit söker upplever av bildterapi i grupsammanhang men jag har inte funnit studier som har kombinerat både bildterapi och kroppskänedom ur kvalitativ mening med syftet att undersöka erfarenheter och upplevelser hos kvinnorna med fokus på gruppen och motiv till att träffas i egen regi. För att avgränsa detta kapitel har jag valt att i följande avsnitt presentera kvalitativ forskning kopplat till mina frågeställningar.

2.4. Brukares upplevelser och innebörder av behandlingsmodeller

I studien är inte bildterapi och kroppskänedom i sig mitt problemområde utan kvinnors erfarenheter och innebörder av att ha deltagit i kropp och bildgruppen. I detta avsnitt presenteras olika internationella studier som belyser brukares upplevelser och innebörder av behandlingsmodeller liknande kropp och bildgruppen.

2.4.1. Upplevda personliga förändringar

Olika studier lyfter fram att bildterapi och kroppskänedom har en positiv verkan på brukaren genom att de arbetar med känslor och attityder och ett återknytande av kontakten med sig själva (Englund 2004). I en engelsk studie har Argyle och Bolton (2005) intervjuat kvinnor och män som deltog i ett bildprojekt. Deltagarna i bildgrupperna fann det kreativa arbetet med bild som terapeutiskt och avkopplande, det gav en mental ro. En deltagare uttrycker följande i studien: *I have found it relaxing because you could get rid of your pent-up emotions by actually channeling it into something (teenage parent group member)*. Bildarbetet innebar ett sätt att hantera bortträngda känslor genom att få utlopp för dem, att få uttrycka dem genom bilden. Andra upplevda förändringar hos deltagarna i studien var att bildskapandet ledde till känslor av att åstadkomma någonting som i sin tur ökade självförtroendet och självkänslan hos deltagarna. Bildprojektets syfte var att undersöka bilden som en serviceåtgärd till olika grupper i riskzonen att utveckla psykisk ohälsa. Medlemmar från tre redan existerande självhjälpsgrupper valdes ut för att delta i projektet. En grupp bestod av en etablerad hjälpgrupp för ensamstående föräldrar, en annan av medlemmar från ett "drop in center" som gav stöd till medlemmar med olika problem som drog och alkoholmissbruk och hemlöshet. Den tredje gruppen var en nyetablerad stödgrupp med målgruppen tonårsföräldrar. Varje grupp hade en artist knuten till sig som träffade gruppen en gång i veckan under tio veckor (Argyle & Bolton 2005). I ett konstpsykoterapiprojekt fann Konarski och Theorell (1998) också att deltagarna ökade sitt självförtroende genom att patientens experimenterande med färger och material ledde fram till nya upptäckter till exempel förmågan att skapa i bild och form, vilket stärker självförtroendet (Konarski & Theorell 1998). I *American Journal of Art Therapy* redogör Maat (1997) för en studie som handlar om immigrerade ungdomars erfarenheter av bildterapi i grupp. Ungdomarna upplevde genom bildarbetet och andra skapande former att de började kunna uttrycka känslor, som till exempel sorg. De kunde i bildarbetet komma i kontakt med den saknad de hade över förlusten av sitt hemland. Detta förde med sig en möjlighet att bearbeta dessa känslor och deltagarna fick en ökad förståelse för sig själva och för varandra i bildarbetet. Sammantaget så utvecklades ungdomarna mot en större medvetenhet och försoning med sig själva och sin situation, av att ha invandrat (Maat 1997).

En kinesisk studie (Luk & Shek 2008) lyfter fram att deltagare i en behandlingsgrupp upplever att deras liv förändrats till det bättre av gruppbehandlingen. Syftet med studien var att beskriva subjektiva erfarenheter och upplevda personliga förändringar hos tidigare "mentalpatienter" som deltog i ett holistiskt rehabiliteringsprogram i Hongkong. Man fann att den subjektiva erfarenheten hos alla deltagare var positiv, de upplevde ett ökat självförtroende och ett mer positivt tänkande kring den egna situationen. I studien intervjuades 20 tidigare mentalpatienter med hjälp av semistrukturerade intervjuer. Programmet genomfördes av den ickestatliga organisationen *Christian Oi Hip Fellowship* i Hongkong, Kina. Rehabiliteringsprogrammet liknar en självhjälpsgrupp i sitt upplägg men har en ledare. Programmet fokuserar på fysiska, psykosociala och andliga aspekter och det består av psykodynamiska, kognitiva och beteendeterapeutiska metoder men även andliga aspekter som bibelläsning, sharing¹ och sånger. Ett annat resultat var också att somliga av deltagarna kunde återupptäcka mening och syftet med livet och utveckla en spirituell styrka. Den andliga praktiken i gruppen kan ses som en skyddande faktor mot stress inte bara för de troende utan också för de icke troende (Luk & Shek 2008).

2.4.2. Konsekvenser i vardagen

En utvärdering av ett behandlings- och rehabiliteringsprogram vid Institutet för stressmedicin i Göteborg (Sivik 2004) bestående av samtal, uttryckande konstterapi och kroppsmedveten träning visar genom frågeformulär och strukturerade djupintervjuer att flertalet av patienterna som deltog i programmet hade minskat antalet läkarbesök och många hade även minskat sin medicinförbrukning efter behandlingen. Deltagarna beskrev positiva förändringar kring upplevelsen av ångest, depression, självupplevd smärta, spänningstendens och sömnsvårigheter. Efter en tvåårsuppföljning hade drygt hälften av patienterna återgått till någon form av sysselsättning efter att före behandlingen ha varit heltidssjukskrivna i genomsnitt 18 månader. Programmet bestod av både individuella behandlingar och av gruppbehandlingar. I studien intervjuades 80 patienter med hjälp av långa strukturerade djupintervjuer (Sivik 2004). I Theorell och Konarskis studie (1998) fann man att trots att patienterna haft en mycket långvarig arbetsförmåga före behandlingen stimulerades många patienter till ökade försök till eller faktiskt ökad förvärvsaktivitet (Theorell et al. 1998). I Östers (2007) studie uppgav patienterna en bättre psykisk och fysisk hälsa, stärkt kroppsuppfattning och ljusare syn på framtiden efter att ha gått i bildterapi. Öster (2007) fann också att den egna reflektionsförmågan, att kunna uttrycka sig och reflektera över egna behov utvecklades i bildterapi.

2.5. Gruppens betydelse

Synen på människan som ett socialt djur går tillbaks ända till Aristoteles tid. Idag menar många professionella att individualismen är så utbredd att många saknar sociala kontakter (Rutan, Stone & Shay 2007). Jacobsen (2000) menar att ensamheten kännetecknar det moderna västerländska samhället (Jacobsen 2000). Gruppen spelar därför en viktig roll i vårt moderna samhälle eftersom det är svårare att bygga upp och behålla nära relationer, målet för psykoterapi blir annorlunda. Studier visar att terapigrupper är stödjande samtidigt som det ger möjligheter att jobba med problem kring intimitet och individualitet (Rutan et al. 2007). En engelsk studie visar att grupprelationer kan vara

¹ Sharing är en aktivitet som innebär att man delar med sig av sina tankar och känslor i grupp. Varje deltagare får ett antal minuter att prata, de andra lyssnar aktivt utan att kommentera och avbryta den som pratar.

viktiga faktorer för det psykiska välmåendet samtidigt som de sociala relationerna mellan gruppmedlemmarna stärks (Argyle & Bolton 2005).

2.5.1. Samhörighet och gemenskap

Flera studier lyfter fram positiva konsekvenser av att vara en del i en grupp. En kvalitativ kinesisk studie visar att gruppmedlemmar i ett holistiskt² rehabiliteringsprogram upplevde att de blev involverade i varandras liv och situation och att de brydde sig om varandra. I gruppen uppstod en delad förståelse för varandra, vilket ledde till en insikt om att ens erfarenheter och känslor inte var unika vilket ofta skapar känslor av isolat och utanförskap. Gruppsammanhanget gjorde det möjligt att se att deras problem och känslor inte var unika, att de inte var ensamma (Luk & Shek 2008). Maat (1997) beskriver liknande resultat i hennes utvärdering kring immigrerade ungdomars erfarenhet av bildterapi i grupp. Känslor av samhörighet och gemenskap som värvades i gruppen ersatte den tidigare isoleringen som ungdomarna förknippade med immigreringen till ett nytt land. Ungdomarna fann ett stöd i varandra och uttryckte också en ökad förståelse för sig själva och för varandra (Maat 1997).

2.5.2. Kollektivt värde

Argyle och Bolton (2005) visar i sin studie att bildprojektet gynnade deltagarnas känsla av att höra samman och gjorde de redan existerande självhjälpsgrupperna starkare. Ovannämnda forskare fann att en viktig alternativ källa till stöd kan komma ifrån sociala grupper i samhället, genom att medlemmar stödjer varandra och det skapas en känsla av gemenskap vilket i sin tur skapar ökade förutsättningar för individerna att kunna handskas med olika problem. Argyle och Bolton (2005) citerar en medlem från gruppen av ensamstående föräldrar: *This group has been very, very important to my life. I have had quite a lot of traumas over the last few years and if it hadn't been for coming here and getting adult support, I don't think I would be here, really.* I studien fann man även att trots den stora mångfalden av deltagare så uppkom liknande teman och funderingar hos deltagarna. Det var till exempel ekonomiska problem, de flesta kunde inte betala sina räkningar på grund av missbruk och låga inkomster. Gruppen blev då ett forum för att kunna tala om dessa funderingar och teman. Andra citat beskriver den trygghet som skapades i gruppen och att det gör det möjligt att våga öppna upp sig och prata om känslor: *It's friendly and very open. And another thing is that you can express your feelings and you know that it stays in the building. It doesn't go anywhere else unless you are comfortable with what you are saying. I think that we are all in the same boat as well (teenage parent group member)* (Argyle & Bolton 2005).

2.6. Initiativ till att fortsätta träffas i grupp

Forskning som belyser brukares val och motiv till att fortsätta att träffas efter att ha deltagit i en behandlingsgrupp har varit svår att hitta. Däremot finns det studier som belyser olika aspekter på detta område.

2.6.1. Ett socialt lärande

I Luk och Sheks (2008) studie lyfter man fram sociala förändringar efter deltagandet i gruppen. Ett tema de använde sig av var; *"Improvement of interpersonal skill"*. De menar att deltagarna lärde sig

² Holism innebär ett helhetsperspektiv på människan.

sociala färdigheter som att aktivt vara delaktiga i gruppen genom att de interagerar med varandra, de var öppna, uttrycksfulla, tog hand om varandra, tillitsfulla och undvek att vara för kritiska eller kontrollerande av varandra. En deltagare säger i studien: *I was very passive previously and only took action when pushed. Now I take initiative to show concern towards others.* Den sociala förmågan utvecklades och ökade kontakten mellan deltagarna. En annan deltagare säger: *I feel quite close to the group members and our relationship is better than my relationship with other people.* Resultatet visar att det har skett en ökning i den mellanmännsliga förmågan hos deltagarna genom att de har ökat sitt antal vänner. Studien stödjer också att långsiktiga självhjälsgrupper är effektiva (Luk & Shek 2008).

2.6.2. Grupper som motiverats till att fortsätta i egen regi

I en kontrollerad studie med hjälp av en skattningsskala studerade sjukgymnasten Roxendal schizofrena patienter som gick i basal kroppskänedom. De fick två terminers gruppbehandling med kroppskänedom. Med hjälp av en skattningsskala fann hon att deltagarna hade blivit mer socialt aktiva och intresserade av andra människor vilket ledde till att de kontaktade varandra efter behandlingen för att träffas (Roxendal & Winberg 2002). I Maats (1997) utvärdering av bildterapi med immigrerade ungdomar beskriver hon att alla i gruppen uttryckte en vilja att få fortsätta träffas, de ville inte att gruppen skulle upphöra. De ville prata om hur gruppen skulle kunna fortsätta. Maat (1997) redogör också för att flera utav ungdomarna hade fått vänner efter tiden i gruppen. I Siviks svenska utvärdering av den integrativa psykosomatiska behandlingsmetoden fann hon att över 80 % av de tidigare patienterna skulle rekommendera programmet till andra (Sivik 2004). Det finns alltså viss forskning som stödjer ett ökat socialt intresse och positiva känslor mot andra i gruppen och behandlingen som skulle kunna vara bidragande faktorer till att gruppmedlemmar väljer att träffas i egen regi.

2.6.3. Psykiatri och självhjälsgrupper

Jag har valt att sist i detta kapitel lyfta fram utvecklingsprojekt som belyser brukares erfarenheter av bemötande och inflytande inom psykiatri då detta är ett område som också är relevant för min studie. *Nationell samverkan för psykisk hälsa* menar att i flera utvecklingsprojekt som genomförts under de senaste åren har patient-, brukar, och anhöriginflytandet fungerat dåligt. Han menar att det vanligaste klagomålet från patienter, brukare och anhöriga gäller bemötande från personal inom psykiatri, socialtjänst, försäkringskassa och arbetsförmedling. Nordén (2008) lyfter även fram att många upplever negativa attityder och stigmatisering i det omgivande samhället som ett större problem än själva funktionsnedsättningen eller sjukdomen. Han menar att brukarens kunskap och erfarenhet måste tas tillvara i större utsträckning och att samhällets insatser för personer med psykisk ohälsa ska motverka utanförskap och inrikta sig på en återhämtning för personer till ett självständigt liv med familj, jobb och bostad och fritidsaktiviteter (Nordén 2008). Inflytande handlar om patientens, brukarens och anhörigas möjligheter att driva egna verksamheter. Idag saknas i stort sett resurser till något annat i den vägen än tidsbegränsade projekt- studiecirklar och självhjälsgrupper som är exempel på bra drivna verksamheter. Vidare menar han att med ett annat synsätt skulle dessa verksamheter kunna bli ett viktigt komplement eller alternativ till verksamheter som idag bedrivs av psykiatri, socialtjänsten, försäkringskassan och arbetsförmedlingen (Nordén 2008). En självhjälsgrupp kännetecknas av små grupper med lokal anknytning där medlemmarna har ett gemensamt problem eller behov som de förenas kring och försöker hjälpa varandra med. Självhjälp är alltså ömsesidig hjälp. Det handlar om att ta tag i de egna möjligheterna, hitta de egna

resurserna, ta ansvar för sitt liv och själv styra det i den riktning man önskar. Självhjälp är att gå från att vara passiv mottagare av hjälp till att bli aktiv deltagare i sitt eget liv (Andresen 2002).

2.7. Sammanfattning

Syftet med detta kapitel har varit att lyfta fram relevant forskning utifrån mina frågeställningar, åt vilket håll den har riktats och vad den har kommit fram till. Forskning som handlar om bildterapi och basal kroppskänedom har främst fokuserat på effekter inom sjukvården. Det är forskning som har gjorts inom de medicinska och psykologiska domänen baserade på randomiserade och kontrollerade studier. Det finns lite kvalitativ forskning som lyfter fram brukarens erfarenheter och upplevelser av bildterapi och basal kroppskänedom i Sverige. I den internationella forskningen har jag funnit ett större utbud av kvalitativa studier som söker upplevelser av bildterapi i gruppsammanhang. Dock så finns det fortfarande kunskapsluckor inom området. Det finns inte studier som har kombinerat bildterapi och basal kroppskänedom ur kvalitativ mening med syftet att undersöka erfarenheter och upplevelser hos kvinnor med fokus på gruppen och motiv till att träffas i egen regi. Den kvalitativa forskningen har enbart belyst vissa delar av området. Den här studien söker svara på långtidssjukskrivna kvinnors upplevelser och erfarenheter av att ha gått i bildterapi och basal kroppskänedom i grupp inom öppenpsykiatri. Jag hoppas kunna bidra med en ökad förståelse och kunskap kring vad det innebär att befinna sig i den situation som kvinnorna gör och vad bildterapi och basal kroppskänedom i grupp kan bidra med för långtidssjukskrivna kvinnor.

3. Teoretiska analysverktyg

Nedan presenteras de teoretiska analysverktyg jag använder mig av i studien. De olika teorierna är empowerment och symbolisk interaktionism. Jag presenterar även olika centrala teoretiska begrepp kopplade till teorierna som till exempel *stigma*, *objekt* och *subjekt*. Med hjälp av teorierna samt begreppen söker jag förstå kvinnornas utvecklingsprocess och de innebörder de skapar sig i gruppbehandlingen. Under varje teoriavsnitt motiverar jag mitt val av teori.

3.1. Empowerment

Empowerment är ett mångtydigt begrepp och har använts inom många olika sammanhang där det har fått olika innebörder. Det har sitt främsta ursprung i brukarrörelser och självhjälpgrupper, som ett uttryck för att stärka makt och inflytande över såväl livssituationen som vård och stödinsatser (Brunt & Hansson 2005). Empowerment kommer ifrån begreppet power, som kan betyda styrka och kraft men också makt (Askheim 2007). Teorin syftar till att hjälpa klienter att få makt över beslut och handlingar som rör deras eget liv. Detta kan uppnås genom att minska följderna av sociala och personliga hinder mot att utöva denna makt, genom att stärka självförtroendet och den egna förmågan att använda makten och genom att flytta över makt från omgivningen till klienterna (Payne 2002). En positiv människosyn är grundläggande och gemensamt för olika inriktningar inom empowerment (Askheim 2007). Jag har valt att använda mig av empowerment i denna studie för att analysera huruvida kvinnorna skaffar sig makt och inflytande över handlingar som rör deras eget liv. Med hjälp av empowerment kan gruppens betydelse belysas, till exempel vilken betydelse får gruppen för kvinnorna ur ett empowerment perspektiv? Då min studie bygger på intervjuer med enskilda individer med syfte att beskriva deras erfarenheter av behandlingsmetoden kommer fokus läggas på individuell nivå, men jag berör även grupp nivå. För att kunna använda mig av teorin i denna uppsats har jag valt att fokusera på tre centrala riktningar inom empowerment: *Empowerment i form av handlingsutrymme*, *Kollektiv mobilisering* och *Empowerment som medvetandegörandeprocess* (Askheim 2007, Westerlund 2007, Starrin 1997 & Payne 2002).

3.1.1. Empowerment på tre olika nivåer

Empowerment kan studeras på tre olika nivåer. Den individuella nivån som handlar om personliga upplevelser av kontroll över livet, självkänsla och självbestämmande. På gruppnivå som refererar till ett stärkande av en definierad grupp genom kollektivt handlande eller genom tillfredställelsen av gemensamma behov eller mål. Den sista nivån är den samhällliga nivån och den rör kollektivt agerande i den offentliga eller politiska världen för att öka det samhällliga inflytandet eller makten, eller att påverka den samhällliga fördelningen av resurser. En distinktion mellan nivåerna är viktigt för det behöver inte vara så att en empowermentprocess på en av nivåerna ger positiva verkningar på de andra nivåerna. I studien kommer jag att förhålla mig till en individuell nivå samt en gruppnivå.

3.1.2. Empowerment i termer av handlingsutrymme

På individuell nivå så kan empowerment handla om den enskildes möjligheter att utöva makt och inflytande i relation till viktiga områden i det egna livet (Westerlund 2007). Med makt menas inom empowerment att ha makt till något och inte om att ha makt över något eller någon. Att ha makt till något kan till exempel vara att skaffa sig möjligheter till att förverkliga sina egna intressen och

önsknings, att uppleva sig vara en aktivt handlande person med makt och möjligheter i motsats till en passiv mottagare som måste inrätta sig efter andras uppfattningar och åsikter (Løken 2007). Empowerment som process handlar i dessa termer om att öka snittytan, som fodrar ökade formella möjligheter, förbättrat självförtroende och en större självkänedom att ta vara på de egna resurserna (Westerlund 2007).

3.1.3. Kollektiv mobilisering

Mobilisering syftar till att aktivera och mobilisera mänskliga och materiella resurser. Betydelsen av gemensamma upplevelser är viktig för att förstå hur rörelser växer fram. Gemensamma upplevelser kan förändra en grupp från att vara en grupp som enbart beskrivs utifrån kännetecknen, som t ex att vara arbetslös till att vara en grupp där samkänsla och identifikation finns. Gemensamma känslor förändrar en grupp från att vara en *grupp för sig* till att vara en *grupp i sig* (Starrin 1997). Maktlösa, svaga och marginaliserade människor blir ofta isolerade och vill ogärna torgföra sin upplevda förnedring. Genom att de blir del i ett kollektiv kan de bryta denna isolering och handlingsförlamning. Tillsammans med andra kan individen känna sig starkare och uppleva en stolthet i själva kampen, som utgör en motkraft mot skamkänslor, vanmakt och därmed också klientifiering (Westerlund 2007).

3.1.4. Förtryck och medvetandegörande

En riktning inom empowerment är etablering av motmakt (Askheim 2007). Utgångspunkten i den riktningen är att stärka individer och gruppen så att de får kraft att ändra de villkor som gör att de befinner sig i en svag och maktlös position. Ett stärkande av individer och grupper kan ske genom att få igång processer och aktiviteter som gör att människor får större självkontroll, ett ökat självförtroende, självbild, och kunskaper samt färdigheter. Teorin utgår ifrån att individens position i samhällsstrukturen är ett resultat utav olika processer. En central utgångspunkt är därför att skapa en medvetenhet hos individen om sambandet mellan den egna livssituationen och yttre samhälleliga förhållanden. Det är också viktigt att visa att man inte är ensam om problemet, utan att det delas av andra. Ett sådant ökat medvetande ska i sin tur leda till handling. En föregrundsgestalt till den inriktningen var pedagogen Paulo Freire. Hans idéer går ut på att försöka ge människor makt och förmåga att bli "*subjekt*" och inte "*objekt*" i sitt liv (Payne 2002). "*Objekt*" utgörs av sådana individer som utsätts för handlingar och åtgärder istället för att ha den friheten att handla som människor som är "*subjekt*" har. Freire menar att människor måste bli medvetna om förtrycket, och dess orsaker, så att de genom att handla annorlunda kan skapa en ny situation. Han menar att de förtryckta samtidigt är förtryckta och sina egna förtryckare- eftersom de har gjort förtryckarnas medvetande och verklighetsuppfattning till sin egen. Det är därför bara de förtryckta som kan frigöras när de själva upptäcker att också de är sina egna förtryckare (Askheim 2007). Freire menar att för att övervinna förtrycket måste människan först bli klar över dess orsaker, så att hon genom att handla annorlunda kan skapa en ny situation som gör det möjligt att sträva efter ett rikare människovärde. Detta sker genom en omvandlingsprocess som går från beroende till oberoende i ett nätverk med socialt stöd (Payne 2002). Kollektivet blir den centrala utgångspunkten för medvetandegörandet och handlingen. Freire menar att dialogen är den viktigaste metoden för en frigörande förändring (Askheim 2007).

3.2. Symbolisk interaktionism.

Den andra teorin som används i denna studie är specifika delar av symbolisk interaktionism. Teorin härstammar från socialpsykologin som handlar om effekter av relationer inom och mellan grupper när det gäller att skapa och vidmakthålla sociala identiteter. Den innehåller idéer om hur människor beter sig i förhållande till varandra, och därmed påverkar varandra, och om effekter av sociala faktorer som stämpling och stereotypa åsikter (Payne 2002). En viktig förgrundsgestalt till den symboliska interaktionismen var George Herbert Mead. Meads teori lägger tonvikten vid kommunikation och samspel och han menar att det är vårt reflexiva tänkande som skiljer oss ifrån djuren (Carle et al 2006). Jag har funnit teorin värdefull i min studie för att förstå gruppmedlemmarnas erfarenheter och upplevelser av behandlingsmetoden och av att ingå i ett gruppsammanhang. Hur kan jag förstå det som händer mellan kvinnorna när de ingår i en grupp? Hur kan jag förstå samspelet mellan kroppen, bilden och gruppen? Dessa frågor finner jag användbara för att analysera mitt material. Jag har valt att lyfta fram olika centrala begrepp ur teorin som jag förstår mitt material med. Begreppen presenteras under avsnitten; *all interaktion är social, definition av situation, generaliserande andra, att ta andras roller samt stigma*.

3.2.1. All interaktion är social

Symbolisk interaktionism bygger på antaganden om att världen är *social*. Människan existerar, konstrueras och handlar i interaktion med sin omgivning. Vi skapas genom interaktionen och samhället är uppbyggt genom social interaktion. Hur vi beter oss beror på tidigare interaktioner i livet och interaktioner som sker i *nuet* (Charon 2006). I den här studien förstår jag också kroppen som ett instrument genom vilket vi interagerar med andra. Genom kroppen uppfattar vi andras signaler och tolkar dem. Kroppen står i ett levande samspel och dialog med omvärlden (Hertting et al 2000).

3.2.2. Definition av situation

Människan förstås som en *tänkande varelse* och *aktör* som handlar och agerar utifrån den mening saker har för henne, hur hon uppfattar omgivningen och vad som händer i den (Hewitt 1981). Symbolisk interaktionism menar att människor handlar enligt deras *definition av situationen*. Definition av situation är vår föreställningsvärld, så som vi upplever världen och oss själva i den. En definition av situationen resulterar ifrån *interaktionen med självet* (tänkandet) samt den *sociala interaktionen i situationen*. Tolkningen av situationen påverkar det egna beteendet gentemot omgivningen. T.ex. upplever jag en situation som hotande, så agerar jag också utifrån det. Vår verklighet är alltså våra definitioner av olika situationer (Charon 2006).

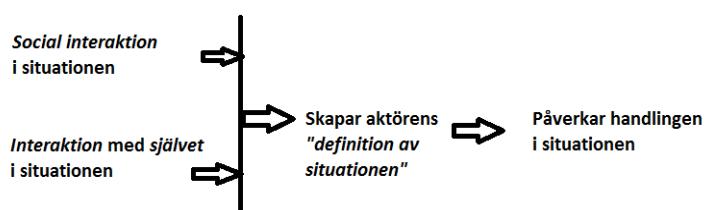


Bild inspirerad av Charon (2006; 118).

Våra handlingar påverkas även av andra faktorer som till exempel vår personlighet och den sociala omgivning som vi befinner oss i. Med social omgivning menas samhälle, sociala påtryckningar, kultur, olika grupper och andra personer som påverkar oss. I den här studien utgörs den sociala omgivningen av de andra kvinnorna i behandlingsgruppen. Jag kommer att använda mig av illustrationen ovan för att analysera kvinnornas *perspektivbyte*; talan om sig själva i passiva termer till att tala om sig själva och identifiera sig med en mera aktiv roll.

3.2.3. Generaliserade andra

Generaliserade andra är inom symbolisk interaktionism de normer och synsätt som styr det mänskliga handlandet i olika miljöer, genom abstrakta internaliserade regler. Människan lär sig redan som liten vilka normer och värderingar som finns inom det samhälle eller den sociala grupp som omger henne och kommer därmed att anta dessa normer och värderingar som sina egna (Trost & Levin 2004). Synen på sig själv påverkas också av de generaliserade andra. De generaliserade andra kan både vara det omgivande samhället eller sociala grupper som omger individen (Berg et al 1975). I den här analysen kommer den generaliserade andra att utgöras av "samhället där ute", det samhälle kvinnorna benämner som "normalt" och upplever sig stå utanför. Den generaliserade andre kommer även att utgöras av den värld som kvinnorna skapar tillsammans i *behandlingsgruppen*.

3.2.4. Att ta andras roller

Symbolisk interaktionism menar att vi är sociala varelser och har förmågan att föreställa oss någon annans livsvärld för att vi ska kunna existera (Charon 2006). En förutsättning för social interaktion är att människor har förmågan att ta varandras roller, eller att kunna sätta sig in i hur andra människor tänker och känner. Det kan också beskrivas i termer av vår förmåga att empatisera. Om vi inte empatiserade skulle heller ingen social interaktion kunna förekomma. Då skulle vi inte heller kunna förstå vad en annan människa säger eller gör (Trost & Levin 2004). Vi föreställer oss världen från andras perspektiv och agerar utifrån det. På så sätt vet vi hur man blir vänner, hur man blir del av en grupp, hur man agerar moraliskt och hur man kommunicerar och så vidare (Charon 2006).

3.2.5. Stigma

Begreppet *stigma* härstammar från socialpsykologin och behandlar sambandet mellan avvikande beteende och det omgivna samhällets reaktioner (Payne 2002). Hinshaw (2007) menar att stigmatisering är en mellanmänsklig process som kräver både utövare och mottagare. Processen leder till att människan tvingas in i ett socialt system som betecknar eller stämplar henne som avvikande. När man fått detta stigma kommer man sannolikt att försöka leva upp till de sociala förväntningar som stigmat rymmer och uppmuntras att bete sig på ett ännu mer avvikande sätt (Payne 2002). Det är en smärtsam mental känsla orsakad av att man har gjort något fel, olämplig eller skamligt (Hinshaw 2007). Hinshaw (2007) menar att framförallt tre grupper drabbas av stigmatisering; människor med fysiska deformiteter, människor med annorlunda ras, religion eller kultur, människor med psykisk sjukdom, beroende, fängelse, homosexualitet, arbetslöshet etc. Teorin om stigma är intressant i studien då den kan användas för att analysera olika dimensioner av kvinnornas sätt att hantera sig själva och sin omgivning. Det har också en koppling till empowerment som fördjupar förståelsen för sambandet mellan passivt/objekt och aktivt/subjekt.

3.2.6. Stigma och empowerment

Brunt och Hansson (2005) menar att empowerment är nära förknippat med upplevelser av stigma bland personer med psykiska funktionshinder. Forskning har visat att personer som har psykiska funktionshinder ofta uppfattar sig själva som stigmatiserade. De förväntar sig att bli illa behandlade av allmänheten och att möta avvisande och diskriminering. De som upplever sig mest stigmatiserade har enligt studier en väldigt låg självkänsla och saknar i större utsträckning en kontroll över sin situation. Stigmatisering kan ses som "disempowerment". En viktig aspekt av empowerment blir därför att beakta och reducera upplevelser av stigma hos individen (Brunt & Hansson 2005).

3.3. Teorirefleksion

Syftet med detta kapitel har varit att presentera de teoretiska analysverktyg som jag använder mig av i denna studie. Både empowerment och symbolisk interaktionism uppmärksammar vikten av att analysera individ och samhälle i sitt gemensamma sammanhang. Människan som ett handlande subjekt är centralt inom båda teorierna och är också min utgångspunkt i denna studie. Jag har funnit teorin symbolisk interaktionism värdefull i min studie för att förstå gruppmedlemmarnas erfarenheter och upplevelser av behandlingsmetoden och av att ingå i ett gruppsammanhang. Till exempel kan jag söka svara på; Hur kan jag förstå samspelet mellan kroppen, bilden och gruppen? Jag finner empowerment teorin värdefull i denna studie för att analysera huruvida kvinnorna skaffar sig makt och inflytande över handlingar som rör deras eget liv. Med hjälp av empowerment kan gruppens betydelse belysas, till exempel vilken betydelse får gruppen för kvinnorna ur ett empowerment perspektiv? Jag anser att teorierna kompletterar varandra bra, till exempel genom att teoretiska begrepp som stigma kan nyansera och söka förklaringar till processer av "disempowerment" (se föregående avsnitt).

4. Metod

I kapitlet beskriver jag och diskuterar mitt metodval. Kapitlet inleds med en beskrivning av studiens ansats följt av litteratursökning, urval samt tillvägagångssätt vid intervjuerna. Jag presentera även min analysmetod och diskuterar studiens kvalitet och tillförlitlighet samt tar upp etiska aspekter.

4.1. Kvalitativ ansats

Studien syfte är att belysa kvinnornas upplevelser och erfarenheter av kropp och bildgruppen samt vad det var som gjorde att de valde/motiverades till att fortsätta att träffas i egen regi. Mina frågeställningar innehåller ord som *vilken betydelse?*, *vilka innebörder?*, *hur beskriver?* med målet att undersöka erfarenheter och upplevelser. Jag söker alltså efter en innebörd och en mening som härleder min studie till en kvalitativ ansats. Widerberg menar att kvalitativ forskning syftar till att klargöra ett fenomenets karaktär eller egenskaper, genom att studera vad det fenomenet handlar om och vad de innebär (Widerberg 2002). Min ansats är kvalitativ för att mitt undersökningsområde handlar om att skaffa en djupare förståelse kring kvinnornas erfarenheter. Min datainsamlingsmetod är kvalitativa intervjuer samt samtal och observation kring bilder som deltagarna har tagit med sig. Detta för att jag har velat få en djupare kunskap om hur kvinnorna tänker, och berättar utifrån sin livsvärld. Mitt mål är inte att presentera kvantitativ kunskap utan jag vill lyfta fram just dessa kvinnors berättelser för att skapa en ökad förståelse och mening kring fenomenet. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) syftar den kvalitativa forskningsintervjun till att försöka förstå undersökningens personens syn på världen och skapa mening ur deras erfarenheter (Kvale & Brinkmann 2009). Då detta även är studiens syfte anser jag att en kvalitativ ansats bäst motiverar mitt undersökningsområde.

4.1.1. Vetenskapligt förhållningssätt

Min studie genomsyras av en hermeneutisk kunskapsförståelse. Jag har inspirerats av hermeneutiken och instämmer i att kunskap inte är objektiv, utan den påverkas av kontexten, berättare och av forskaren (Kvale & Brinkmann 2009). Min förförståelse är viktigt, jag tolkar oundvikligen i enlighet med den och det är viktigt att lyfta fram den för att den ska bli tydlig och synlig för läsaren (Alvesson & Sköldberg 2008). En annan utgångspunkt jag har är människan som subjekt, som aktivt handlande och meningsbärande subjekt som påverkar och påverkas av omgivningen. Alvesson och Sköldberg (2008) menar att språket sätter igång tankar, idéer och känslor (Alvesson & Sköldberg 2008). Därför har jag valt att använda mig av öppna frågor vid intervjuerna för att skapa ett mer utforskande förhållningssätt och inte styra deltagarna i en viss riktning (Kvale & Brinkmann 2009). Mitt arbetsätt har övervägande varit abduktivt genom att jag har ständigt pendlat mellan empiri och teori, jag har velat utgå ifrån en utforskande position och det tycker jag har varit både lärorikt och oerhört frustrerande då det skapar en ovisshet om vad som ska komma (Thomassen 2007). För att illustrera den processen så har jag vid flera tillfällen under skrivandet av uppsatsen, tänkt om och ändrat både mina frågeställningar och val av teorier för jag har upptäckt nya innebörder i empirin under arbetet med den.

4.1.2. Litteratursökning

För att hitta litteratur så har jag sökt framförallt i databaserna LIBRIS, Psych Info, Sociological Abstracts samt Web of Science. Jag har även sökt i Artikelsök och SwePub för artiklar och annat

material. Jag har använt mig av sökord som; Qualitative, Interview, Art Therapy, Group, Group psychotherapy, Basic Body Awareness, Body awareness, Embodiment, Mind- Body interventions. På svenska har jag sökt på; Bildterapi, Bildpsykoterapi, Konstnärliga terapier, Skapande terapier, Basal kroppskänedom, Kroppsmedvetande, Kroppskänedom, Gruppterapi, Grupp, Kvalitativ, Intervjuer. Jag har även sökt material via kurshemsidor som t.ex. Mastersprogrammet i bildterapi vid Umeå Universitet samt på olika riksförbund, som till exempel *Svenska Riksförbundet för Bildterapeuter* eller *Institutet för Basal Kroppskänedom*. Till en början så hade jag oerhört svårt att hitta forskning som höll sig till mina frågeställningar. Den forskningen som fanns var till stor del kvantitativ och berörde effekter inom sjukvården, jag hade svårt att hitta forskning som rörde mina frågeställningar. Jag fick då lägga om mitt fokus och söka på kvalitativa studier med intervjuer som metod, jag sökte även på "self help groups", självhjälpsgrupper, för att finna studier där deltagare valt att fortsätta i egen regi efter en gruppbehandling.

4.2. Urval och urvalsprocess

Urvalet till denna studie består av fyra kvinnor som alla har deltagit i kropp och bildgruppen under tre terminers tid. Informanterna är kvinnor i ungefär samma åldersspann, från 44 – 59 år gamla. Jag är medveten om att det är en homogen grupp, genom att informanterna är kvinnor i ungefär samma ålder, men mitt syfte är inte att uppnå ett representativt urval utan mitt syfte är att lyfta fram upplevelser och erfarenheter kring denna behandlingsmodell, därför är urvalet begränsat till just denna grupp kvinnor (Larsson et al 2005). I studien ingår även två intervjuer med gruppledarna som består av en bildterapeut och en sjukgymnast. Syftet med dessa intervjuer har främst varit att få mer djupgående information om behandlingsmodellen samt hur ledarna ser på verksamheten och deltagarna. Urvalsprocessen har alltså format syftet med studien. Utifrån mitt urval har jag formulerat syfte och frågeställningar.

Idén till den här uppsatsen väcktes i samband med ett studiebesök hos en bildterapeut inom öppenpsykiatri. Mitt eget intresse för bildterapi gjorde att jag sökte efter personer som ville berätta om sina erfarenheter av bildterapi. I samband med studiebesöket frågade jag bildterapeuten om det fanns någon möjlighet att få intervju patienter på mottagningen. Hon berättade då om kropp och bildgruppen, att det fanns en grupp på sex kvinnor som gått i bildterapi och basal kroppskänedom som nu var avslutad. Bildterapeuten pratade med sin chef och hörde med några utav kvinnorna som hon träffade på mottagningen om det fanns ett intresse, vilket det gjorde. För att få kontakt med kvinnorna så skickade jag ut ett informativt samtyckesbrev till alla sex deltagare samt till gruppledarna för att introducera intervjupersonerna i ämnet och villkor för deltagandet (se bilaga 3). Detta brev mejlades till bildterapeuten och skickades sedan ut till deltagarna via mottagningen. I brevet framgick det att kvinnorna skulle kontakta mig för att delta i studien (se bilaga 3). Kvale och Brinkmann (2009) menar att man på detta sätt, via en kontaktperson, kan få tag på informanter till en studie. Brevet skickades ut till alla sex kvinnorna, varav fyra hörde av sig till mig via mejl eller per telefon för att boka in en träff. Efter några veckor skickade jag ut ytterligare ett brev med en påminnelse om förfrågan att delta i studien. Jag fick inga fler svar efter detta brev, utan de fyra kvinnor som tackat ja bestod.

4.3. Tillvägagångssätt vid intervjuerna

4.3.1. Intervjudesign

När jag gjorde min intervjuguide (se bilaga 2) så har jag inspirerats av den semistrukturerade intervjun. I enlighet med semistrukturerad intervju formulerade jag olika teman som jag fann relevanta till mina frågeställningar. Till varje tema formulerade jag några öppna frågeställningar för att kunna förhålla mig till dessa om jag till exempel inte kommer vidare i intervjun samt för att jag ska försäkra mig om att jag täcker in alla teman som jag valt (Larsson et al 2005).

4.3.2. Intervjusituation

Intervjuerna har ägt rum på lite olika platser beroende på önskemål ifrån deltagarna själva. Bildterapeuten och sjukgymnasten har jag träffat på den öppna psykiatriska mottagningen, en informant har jag träffat i ett grupp rum på universitet och de andra tre informanterna har jag träffat i bildlokalen som ligger i ett separat hus i närheten till mottagningen. Kvinnorna upplevde det tryggt att träffas på en plats som de redan kände till och som låg nära deras hemort. Inför träffen så frågade jag deltagarna om de ville ta med en bild som de har målat i bildterapi för att samtala kring. Tre deltagare valde att ta med sig en eller flera bilder. När vi träffades sedan för intervjun så har jag börjat intervjuerna med att kort informera dem igen om syftet med studien, fråga om jag får band, om frivillighet, anonymitet, delaktighet samt lyft fram etiska aspekter. Jag har även informerat om att denna studie inte är ett samarbete med öppenpsykiatri vilket jag går in mer på under etiska aspekter. Till sist har jag informerat om att jag kommer att återkoppla materialet till informanterna för godkännande. Varje intervju tog mellan en och en halv timma att utföra.

4.3.3. Förhållningssätt vid intervjuerna

Jag gav en kopia på intervjufrågorna till informanterna som de kunde titta på under intervjun. Jag upplever att detta gjorde att informanterna kände sig mer trygga med mig och med intervjusituationen genom att de läste igenom frågorna innan och även tittade på frågorna under intervjun för att se vilka slags frågor jag skulle ställa. Jag upplever att det gav dem en känsla av kontroll över vad som skulle ske under intervjun. Intervjuerna spelades in på en mp3- spelare efter tillåtelser från intervjupersonen, för att jag som intervjuare skulle kunna koncentrera mig på informanten utan att behöva anteckna, samtidigt som pauser och tonfall registreras på band (Kvale & Brinkmann 2009). Under intervjuerna märkte jag att kvinnorna ville berätta om sina erfarenheter och ofta så kom de tillbaka till viktiga händelser under intervjun. Jag insåg vikten i att lyssna, vara lugn och låta informanterna få ta tid på sig att svara, det gjorde att intervjun flöt på och informanten kunde själv ta upp det som de tyckte var viktigt. Oftast svarade de på de flesta frågor utan att jag behövde fråga dem. Här tycker jag att jag har haft nytta av en öppen intervjuguide för det gav mig en möjlighet att lämna utrymme för informanterna att ta upp vad de ansåg var viktigt, och jag kunde på så vis fånga upp och bygga vidare på den informationen vilket gav ett flyt under intervjun. Larsson et al (2005) lyfter också fram detta, att en informant bör få tala relativt fritt om hur hon ser på fenomenet. Om undersökaren ställer alltför detaljerade frågor finns en risk att man styr informanternas beskrivning av problemet och begränsar det urval man får. Jag har till viss del utgått från trattprincipen genom att jag först ställde mer allmänna frågor om deras sociala status och ålder osv., för att sedan gå in på mer detaljerade frågor (Larsson et al 2005). När kvinnorna visade sina bilder som de tagit med och vi samtalande kring dem så observerade jag att de blev mer entusiastiska och självdistanserade än vid samtalet. Jag avslutade med att fråga hur det kändes att bli intervjuad

och samtliga fyra var positiva och tyckte att det har varit spännande och tankeväckande även fast det fanns en oro innan intervjun.

4.4. Återföring/feedback.

Materialet har skickats eller mejlat ut till alla sex informanter för godkännande enligt Vetenskapsrådets forskningsetiska principer om informationskravet, att information skall omfatta alla de inslag i den aktuella undersökningen som kan tänkas påverka deras villighet att delta (Vetenskapsrådet 2010). Jag har valt att skicka ut det textmaterial som presenteras i resultatet därför att jag anser att hela råmaterialet inte är relevant att skicka ut till informanterna. Jag har också gjort detta för att en informant uppgav att hon inte ville ta del av studien när den är färdig för att det kan vara jobbigt för henne att läsa den. Detta påverkade min syn på feedback av materialet. Det kan vara jobbigt att ta del av hela intervjun och jag finner det inte heller relevant därför skickade jag bara de delar som presenteras i uppsatsen till informanterna.

4.5. Analysmetoden

”Syftet med analysen är att avslöja meningen med frågan” (Kvale & Brinkmann 2009).

Widerberg (2002) menar att vilken sorts analys man kan utföra beror på det insamlade materialet samtidigt som materialet i sig är ett resultat av en kontinuerlig analys som genomsyrar uppsatsarbetet. Intervjuerna transkriberade jag så snart jag hade träffat alla informanter. Jag har transkriberat dem i sin helhet då jag inte vill gå miste om viktigt information. Sedan har jag sorterat materialet efter olika teman (Widerberg 2002). Jag har även inspirerats av den analysmetod Kvale och Brinkmann (2009) benämner meningskategorisering. Det innebär att det empiriska materialet delas in i huvudkategorier. För att följa en röd tråd i min uppsats så har jag valt att utgå ifrån mina tre frågeställningar som övergripande huvudkategorier. Jag började med att läsa alla intervjuer i sin helhet flera gånger och sedan så sorterade jag in centrala teman som hörde till frågeställningarna i en tabell (se tabell 1). För att göra detta så har jag strukit under med olika markeringspennor och även använt datorn till hjälp för att arbeta i tabeller. Det gjorde att jag såg likheter och olika teman växte fram vilket resulterade i underrubriker (se tabell 1). Mitt förhållningssätt i analysen har varit *empirinära*, det betyder att jag har hämtat teman till störst del utifrån det empiriska materialet (Widerberg 2002). Kvinnornas bilder och de berättelser som växte fram ur dem hade jag först tänkt presentera som fallbeskrivningar. Men efter etiska övervägande kom jag fram till att det kan vara för uthängande av den egna individen och det hör egentligen inte ihop med studiens syfte, därför valde jag att bara presentera en bild (se bilaga 1), för att exemplifiera hur kvinnorna har arbetat med bilder i behandlingen (Vetenskapsrådet 2010). I resultatkapitlen presenterar jag olika centrala citat för att exemplifiera och göra det mer tydligt och talande vad informanterna menar. Jag har valt att ta med även mina frågor som ställdes vid intervjun i vissa citat för att det redovisar det sammanhang som frågan ställdes i och det svar som följde. Kvale och Brinkmann (2009) menar att det gör resultatet intressantare för läsaren att ta del av och sätter även in citatet i dess sammanhang, vilket ökar läsarens möjlighet att se och värdera resultatet och hur bearbetning och tolkning har genomförts.

Den teoretiska analysen och kopplingen till tidigare forskning har jag valt att presentera i ett eget kapitel separat från resultatet. I analysdelen så knyts den teoretiska analysen till de övergripande avsnitt som presenteras i resultatdelen (tre olika avsnitt baserade på mina tre forskningsfrågor)

istället för separata delar och tillåter ett större fokus på helheten. Analysen görs utifrån den hermeneutiska kunskapssynen, jag pendlar alltså mellan helheten och delarna för att öka förståelsen för fenomenet (Kvale & Brinkmann 2009). I analysen har mitt arbetssätt varit abduktivt som i studien i sin helhet, mitt förhållningssätt vid analysen har varit empirinära, men jag har även pendlat mellan teori och empiri under arbetets gång (Widerberg 2002, Kvale & Brinkmann 2009).

Tabell 1

Frågeställningar	Huvudrubrik	Underrubrik
<i>Vilken innebörd har behandlingsmodellen haft för kvinnorna under arbetet i gruppen och vilken innebörd har den idag?</i>	Innebörder under arbetets gång	-Talet om sig själv som passiv -Att stänga av -”Att lära sig att se”. En läro- och medvetandegörande process -Andning och medveten närvaro -Bilderna som verktyg
	Innebörder idag	- Utanförskap - Talet om sig själv som aktiv -Att komma till insikt

4.6. Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet

Begreppen validitet och reliabilitet har sitt ursprung inom den kvantitativa forskningstraditionen. **Validitet**, det vill säga föreställningen om att forskningens resultat skall vara objektivt sanna får en annan innebörd i den kvalitativa forskningen eftersom den domineras av andra antagande om verkligheten (Larsson et al 2005). Validitet står för att man mäter det man avser att mäta, giltigheten. Larsson et al (2005) menar att intensivstudier med små urval (kvalitativa studier) i första hand strävar efter en hög intern validitet. Denna interna validitet handlar mindre om urval och mer om graden om informationsrika fallbeskrivningar och undersökarens förmåga att analysera sina data. Jag har i min studie valt att presentera ganska långa citat där jag även har tagit med mina frågor i anslutning till svaret. Detta för att sätta in citatet i sitt sammanhang. Det gör det lättare för läsaren att se och värdera den kontext inom vilken citatet valdes ut och mina tolkningar (Kvale & Brinkmann 2009). Jag tror också att mitt förhållningssätt vid intervjuerna har påverkat mitt empiriska material, att de lett till att jag har ett rikt material att välja utifrån. Jag har också försökt att inte ställa ledande frågor utan använt mig av öppna frågor och sedan följt upp med följdfrågor (Kvale & Brinkmann 2009). Man bör som forskare visa för läsaren hur man har gått till väga i forskningens alla steg, från idé till slutprodukt. Förförståelsen bör redovisas noggrant. Jag har försökt att vara så genomskinlig som möjligt, det vill säga beskrivit hur jag har gått tillväga och hur min förförståelse ser ut, detta för att läsaren skall kunna ta ställning till de förutsättningar under vilka denna studie blev till. En annan viktig punkt vid validitetskontroll är att reflektera över intervjuareffekter (Kvale & Brinkmann 2009), vilket i mitt fall blir särskilt viktigt eftersom jag har använt mig av intervjuer som datainsamlingsmetod.

Intern validitet; Kvale och Brinkmann (2009) tar också upp att det är önskvärt att kommunicera sina analyser med sina informanter för att få en återkoppling på rimligheten i de tolkningar man gjort. Att validera sina resultat genom återkoppling från intervjupersonerna har varit viktigt för mig i denna

studie och något som har följt med ända från början. Jag tycker att det är viktigt att kvinnorna får läsa vad jag skriver om dem för att intervjuerna avslöjar intima delar av deras liv och de valde att delta under förutsättningen att återkoppling sker (se bilaga 3). Jag har skickat ut resultatdelen till alla informanter för att de ska kunna godkänna min text och komma in med synpunkter. Jag har sedan mottagit synpunkter från flera av informanterna och texten har omarbetats efter nykommen information och för att ändra uttryck eller tolkningar osv. som jag har gjort men som informanten menat annorlunda. Detta anser jag ökar studiens validitet, att informanterna har fått godkänna materialet. Validering kan även ske av forskarsamhället, av personer kunniga i forskningsmetodik och de teoretiska perspektiv tolkningen görs utifrån genom att de bedömer rimligheten i tolkningarna (Kvale & Brinkmann 2009). Detta anser jag sker genom handledning.

Reliabilitet syftar svaret på frågan om resultaten är tillförlitliga genom att de kan reproduceras vid upprepade undersökningar. Reliabilitet som begrepp innehåller en syn på kunskap som objektivt sann vilket gör dess användning i kvalitativa studier, som uppfattar kunskap som subjektiv och kontextuell svår (Kvale & Brinkmann 2009). Till exempel så kan olika intervjuare få olika svar av en och samma intervjuperson, liksom olika intervjutillfällen kan ge olika svar på frågor. Vår personlighet och förkunskaper påverkar och olika personer kan göra olika tolkningar av intervju svaren (Patel & Davidsson 2003, Kvale & Brinkmann 2009). När jag reflekterar över reliabiliteten i min studie så frågar jag mig om en annan forskare skulle kunna komma fram till ett annat resultat än det resultat jag funnit? Jag tror att en annan intervjuare hade fått andra svar även om hon utgått ifrån min intervjuguide eftersom människor påverkar varandra. Jag tror även att resultatet skulle kunna blivit annorlunda med ett annat urval, likaså tror jag att andra teoretiska utgångspunkter skulle kunna leda till andra slutsatser än de slutsatser jag funnit. Jag anser att mitt urval, mitt val av metod och teori och den analys jag gjort av empirin sker i ett kontextuell kunskapskapande som påverkas av både samspelet som sker mellan mig och informanterna likaväl som av min förförståelse. Kvale och Brinkmann (2009) menar att intervjustudier präglas av en situationell karaktär, och belyser det faktum att forskaren själv utgör en viktig del av kunskapsproduktionen. Att olika intervjuare får olika svar innebär nödvändigtvis inte att studien är dåligt gjord eftersom min studie genomsyras av en subjektiv kunskapssyn. Kvale & Brinkmann (2009) menar att det inte bara finns en enda giltig och sann förståelse av ett empiriskt material utan det finns många innebörder och möjliga tolkningar. Fokuset i kvalitativa studier blir därför inte om det går att tolka på ett annat sätt utan om det går att tolka mitt tillvägagångssätt, hur jag har gjort, om jag tillräckligt tydligt visat att det rör sig om mina tolkningar. Genom ingående beskrivningar av hur jag har gått tillväga, som jag har gjort i detta metodkapitel har jag försökt åstadkomma en sådan tydlighet och insyn.

Generaliserbarhet berör frågan om studien är främst av lokalt intresse eller om den kan överföras till andra undersökningsspersoner och situationer (Kvale & Brinkmann 2009). Enligt Larsson et al (2005) har studier som denna med små, syftes bestämda urval eller icke- slumpmässiga urval mycket begränsad möjlighet att generalisera resultaten (Larsson et al 2005). Dock menar Kvale och Brinkmann (2009) att vi inte bör ställa oss frågan om intervjuresultatet kan generaliseras i största allmänhet, utan om den kunskap som producerats i en specifik intervju kan överföras till andra relevanta situationer. Något som jag har observerat i analysen och kopplingen till tidigare forskning är att flera av studiens resultat stämmer bra överens med andra studiers resultat där samma metod har använts (intervjuer) men målgruppen och behandlingsmetoden sett annorlunda ut. Det kan tyda på att behandlingsmodellen i sig kanske kan lämpa sig bra för även andra brukare? Studiens

målsättning är dock inte att generalisera. Utan att tolka och förstå en bestämd behandlingssituation. Men jag hoppas ändå att den bidrar till vidare analys och reflektion.

4.7. Etiskt förhållningssätt

I genomförandet av denna studie har jag utgått ifrån Vetenskapsrådets forskningsetiska principer. Vetenskapsrådet (2010) menar att all forskning måste utgå ifrån ett vägande av individskyddskravet mot forskningskravet. Individskyddskravet utgörs av fyra principer; *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet*. Forskningskravet utgörs av samhället och dess medlemmars berättigade krav på att forskning bedrivs för att tillgängliga kunskaper ska kunna utvecklas och fördjupas (Vetenskapsrådet 2010). Jag kommer här kort nämna innehållet i individskyddskravets fyra principer och hur jag har arbetat för att uppfylla dem.

Informationskravet innebär att forskaren informerar om forskningens syfte och vad den ska användas till, detta gjorde jag genom att skicka ut ett informationsbrev till alla sex informanterna (se bilaga 3). Eftersom jag inte själv skickade ut brevet till informanterna utan det gick via kuratorn på mottagningen så var jag noggrann med att framhäva att studien genomförs av mig som student på Göteborgs Universitet. Jag informerade även om detta vid intervjutillfället, att studien inte är ett samarbete med den öppensykiatriska mottagningen. Jag informerade även om att ingen på mottagningen kommer att få tillgång till intervjumaterialet, utan bara jag. I brevet så informerade jag om frivilligheten och att informanten när som helst kunde välja att avbryta, vilket stämmer överens med informationskravet (Vetenskapsrådet 2010). Jag anser att det var viktigt att informera informanterna på nytt vid intervjutillfället för det är lätt att glömma bort vad som stod i brevet och det kan även tolkas på olika sätt, därför blev den muntliga informationen ett förtydligande av brevet.

Samtyckeskravet innebär att informanterna själva får bestämma över sin medverkan i undersökningen. Ett samtycke ska finnas för att man ska kunna genomföra undersökningen. I samband med att informanterna kontaktade mig för en intervju så gav de sitt samtycke muntligen eller via email. Som jag påpekar i informationsbrevet så är samtycket frivilligt och det var jag tydlig med i min information till informanterna både i informationsbrevet och vid intervjutillfället (Vetenskapsrådet 2010).

Konfidentialitetskravet innebär att de medverkande försäkras anonymitet genom att de data som samlas in är oåtkomlig för obehöriga och att materialet som bearbetas och framställs inte kan röja informantens identitet (Vetenskapsrådet 2010). Jag har tagit ställning till detta krav både innan intervjuguiden formulerades och efter att intervjuerna genomfördes. För att värna om informanternas anonymitet används fingerade namn i uppsatsen. Dock informerades deltagarna om att anonymitet mellan deltagarna och ledarna inte kan lovas eftersom kvinnorna och ledarna känner varandra på ett ytterst personligt plan. Dock har jag fått ta ställning till detta åtagande igen i arbetet med resultatet. De bilder som kvinnorna valde att ta med vid intervjutillfället, tyckte jag fördjupar deras erfarenheter men samtidigt är de väldigt uthängande. Jag valde därför att inte presentera dessa bilder i form av fallbeskrivningar. Jag ansåg att individskyddskravet väger starkare än forskningskravet i denna situation. Jag valde istället att utgå ifrån centrala teman som på ett bättre sätt belyste kvinnornas upplevelser och erfarenheter på en mer generell nivå. Två bilder valde jag ändå att presentera för att exemplifiera bildens roll för kvinnornas arbete i terapin. I samband med

intervjuerna så gav jag informanterna en muntlig tystnadspliktförsäkran, där jag som forskare försäkrar mina informanter om att deras personliga identitet kommer att behandlas konfidentiellt och att vid färdigställandet av studien kommer deras identitet att anonymiseras. En tanke med detta var också att informanterna fritt skulle våga tala om känsliga punkter som leder till ett rikt empiriskt material (Larsson et al 2005).

Den sista forskningsetiska principen är **Nyttjandekravet** som innebär att det material som samlas in enbart får användas för forskningsändamål. De personuppgifter som har samlats in för forskningen får inte utnyttjas för beslut eller åtgärder som rör den enskilda (Vetenskapsrådet 2010). I det informationsbrevet som alla mina informanter tagit del av och lämnat sitt samtycke, framgår det att min studie endast kommer att användas till forskningsändamål. Det framgår även att uppsatsen kommer att publiceras på Internet.

4.8. Förförståelse

Jag är själv intresserad av bildens helande och läkande förmågor och jag funderar på att utbilda mig till bildterapeut i framtiden. Bild och kroppsövningar betyder för mig kreativitet och inspiration, att få tid att vara med mig själv och lära känna mig själv. Jag upplever att jag stundvis har behov av att dra mig undan för att reflektera över var jag är i livet, vad jag varit med om och vad jag har lärt mig. Bildarbete eller andra uttrycksformer som dans och musik tycker jag är ett verktyg för att jobba med dessa frågor, det är för mig ett medel för att kunna utvecklas och finna ro i mig själv. Jag har den uppfattningen att det fortfarande råder en kritisk syn i Sverige på komplementära terapiformer såsom bildterapi och basal kroppskänedom. Jag tror att det behövs mer forskning för att ämnet ska vinna legitimitet och därför ville jag skriva om detta för jag tror att det blir mer och mer viktigt att kunna finna alternativa behandlingsmetoder som ser till hela människan (holism) och även gör henne till ett subjekt.

Under arbetet med uppsatsen har jag varit vaksam på de åsikter jag hade från början och kanske har jag också förändrat min uppfattning under studiens gång. Jag upplever att jag har fått en fördjupad förståelse för kvinnornas erfarenheter av bildterapi och basal kroppskänedom. Men kanske den viktigaste lärdomen är den betydelse själva gruppen kom att få för kvinnorna. Att gruppsammanhanget har en mobiliserande och stödjande kraft för kvinnorna som gör terapin viktig både i ett individuellt och samhälleligt perspektiv, genom att kvinnorna fortsätter att ta hjälp av varandra även efter att behandlingsgruppen avslutats.

4.9 Metodreflektion

Vid opponeringen av min uppsats frågade examinatorn mig; *Om du fick göra om denna studie i efterhand hade du valt att göra någonting annorlunda då?* Frågan fick mig att reflektera ytterligare över mina metodval i studien. Polit och Beck (2009) refererar till Lincoln och Gubas kriterier för kvalitetsprövning i kvalitativa studier. Lincoln och Guba menar att en viktig del i den kvalitativa studiens kvalitetsprövning är att ha ett kritiskt förhållningssätt, *”Criticality”*. Med ett kritiskt förhållningssätt menar Lincoln och Guba, forskarens kritiska granskning och medvetenhet av varje val som gjorts i studien (Polit & Beck 2009). I detta metodavsnitt har min avsikt varit att åstadkomma en *”genomskinlighet”* och öppenhet i mitt arbete för att läsaren ska kunna ta ställning till studiens

styrkor och svagheter. Min avsikt har även varit att medvetet kritiskt granska val som gjorts i studien, vilket jag lyfter fram och belyser i studiens olika kapitel. Hade jag fått göra om studien idag hade jag nog valt att använda mig av flera olika metoder för att ytterligare styrka studien och dess resultat. Kanske hade jag valt att göra observationer under en pågående grupp, för att få ett empiriskt material baserat på både direkta observationer av vad som sker i gruppen samt intervjuer. Kanske kan det vara en svaghet i min studie, just frånvaron av observationer under en pågående grupp? Andra frågor som väckts under arbetets gång är vilken betydelse det kan spela att kvinnorna intervjuades efter att behandlingsgruppen avslutats. Kanske är det så att efterkonstruktioner förekommer? Och i så fall vad kan det ha fått för påverkan på min empiri och mina resultat?

Ett annat sätt att kritiskt granska en kvalitativ studie menar Polit och Beck (2009) är att väga och lyfta fram möjliga alternativa förklaringar på resultat och slutsatser i studien och se till metodiska och andra begränsningar som kan ha påverkat studiens resultat. Något som är viktigt att diskutera och problematisera kring studiens validitet och reliabilitet är mitt urval. Jag fann i det empiriska materialet att kvinnorna överlag var väldigt positiva till behandlingsmetoden. Detta kan ju ha sin naturliga förklaring i att de verkligen var det eller kanske håller de igen? Kan det vara så att de känner sig lojala mot ledarna även fast jag påpekat att detta inte är ett samarbete med öppensykiatrisk mottagning? Urvalet kan också ha påverkat studiens reliabilitet, av de sex kvinnor som valde att delta i studien var de två som inte ville delta. Det kan vara så att de som inte ville ställa upp på en intervju är mer kritiska. Det kan vara så att urvalet är styrt mot dem som är mera positiva, att det därför valde att ställa upp på en intervju. Jag frågar mig då; Skulle jag ha fått ett annat resultat om alla sex kvinnorna deltog i studien? Jag anser att det är viktigt att lyfta fram dessa reflektioner för att en kritisk granskning av studiens kvalitet som Polit och Beck (2009) förespråkar ska kunna äga rum. Samtidigt präglas studien av en subjektiv kunskapssyn, olika val och tillvägagångssätt har skett i ett kontextuellt kunskapsskapande där jag som forskare är en del av kunskapsproduktionen. Jag tror att mina tolkningar och slutsatser kunde ha sett annorlunda ut till exempel vid användningen av andra teorier vilket skulle kunna ses som en svaghet i studien, men som Kvale och Brinkmann (2009) framhäver så finns det inte en enda giltig och sann förståelse av ett empiriskt material. Jag hävdar att flera möjliga innebörder och tolkningar är just det som gör den kvalitativa studien unik.

5. Resultat

Hittills har jag talat om de långtidssjukskrivna och de villkor det nya sjukförsäkringssystemet innebär för denna grupp. Debatten fokuserar på huruvida det nya systemet tenderar att göra folk sjukare istället för att öka förmågan till arbete (Löfgren 2009, Ljung 2010). Tidigare forskning visar att det finns ett ökat intresse för "alternativa" metoder i samhället bland annat för rörelseterapi, meditation och akupunktur. Dock saknas det fortfarande evidens för att bildterapi ska klassas som ett alternativ eller komplement till konventionell behandling medan basal kroppskänedom är en etablerad behandlingsform i Sverige (Englund 2004). I detta kapitel ska jag tala om de resultat som har växt fram genom intervjuer med de fyra kvinnor som jag har träffat. Jag upplever att min förförståelse till en början begränsade mig genom att fokusera på vad som är bra med de icke verbala terapiformerna, dock vidgades mitt perspektiv i mötet med kvinnorna och mitt fokus kom att handla om deras upplevelser och erfarenheter i ett bredare perspektiv. Kapitlet inleds med en presentation av behandlingsmodellen utifrån de intervjuer som gjordes med bildterapeuten och sjukgymnasten följt av den tematik jag funnit i kvinnornas berättelser, rörande innebörder under och efter terapi samt reflektioner kring gruppens betydelse och motiv till att fortsätta i egen regi.

5.1. En beskrivning av behandlingsmodellen

I detta avsnitt presenteras en övergripande bild av kropp och bildgruppen med avseende på dess syfte, upplägg, mot vilken målgrupp den vänder sig till samt gruppledarnas förhållningssätt. Beskrivningen av gruppen baserar sig på semistrukturerade intervjuer med sjukgymnasten och bildterapeuten som startade och ledde kropp och bildgruppen under tre terminer.

5.1.1. Syfte

Kropp och bildgruppen startades av en sjukgymnast och en bildterapeut inom öppenpsykiatri utifrån ett behov av att samordna och utveckla metoder inom organisationen samt att göra det kostnadseffektivt då mottagningen har ett stort inflöde av nya ärenden. Syftet med gruppen var att öka kvinnornas förmåga genom att uppmuntra dem till att hitta egna behov och önskemål, samt öka deras självbild och självkänsla. Ett praktiskt syfte med att träffas i grupp var också den sociala träning som det innebär att vara i ett grupsammanhang. Bildterapeuten menar att:

Har man varit hemma länge och sjukskriven och isolerad så är man kanske rädd för sociala sammanhang, och det blir då en träning inför kommande arbetsträning och återgång i arbetet (bildterapeuten).

5.1.2. Målgrupp

Gruppen startade med sex kvinnor som tidigare har haft individuell kontakt med bildterapeuten och/eller sjukgymnasten. Kvinnorna valdes utifrån att de hade funktionen att klara av att vara i en grupp i tre timmar. Sjukgymnasten menar att:

Det handlade om att orka, att kunna stå ut och kunna hantera situationen (sjukgymnasten).

Urvalet till gruppen skedde alltså utifrån funktionsnivå och inte någon speciell diagnos.

5.1.3. Metod

Behandlingsmodellen består av kroppskännedom och bildterapi. Sjukgymnasten berättar att basal kroppskännedom (BK) är en "lågmäld" träningsform som lockar fram möjligheten att inom sig upptäcka självläkande krafter och kreativitet. BK siktar mot ett funktionellt ekonomiskt och avspänt rörelsemönster. Centrala begrepp inom BK är en balanserad hållning, frihet i andning och rörelse samt mental närvaro. Sessionerna i BK började alltid med en sittande meditation och en långsam gång. I bildterapi kan man måla med utgångspunkten i olika teman och övningar men också utifrån den egna processen. Ett exempel på ett sådant tema är att måla ett träd. Kvinnorna fick inledningsvis måla ett träd som en presentation av sig själva. Andra exempel är att måla bilden av sin kropp i ett helkroppsformat. Självbild i helkroppsformat gör att man involverar hela kroppen, hela personen i högre grad. Kvinnorna jobbade också efter den egna bild processen vartefter de mer kom in i den kreativa processen. Bildterapeuten menar att bilden har en hållande funktion, upplevelser kan bli mer överskådliga när de visar sig i bild. I bildterapi får deltagarna göra aktiva val, de väljer vilka färger och material de ska använda. På slutet av lektionen samlas de i en cirkel och visar de bilder de har gjort, de samtalar kring reflektioner och upplevelser som kommit under lektionen. Kvinnorna har vid varje termins start och slut fått fylla i en MADRS, en självskattningsskala som mäter depressionsnivån. Inför varje termin har de själva fått göra beskrivningar av förväntningar, mål och delmål som de sedan fått tillbaks vid terminens slut för att själva utvärdera.

5.1.4. Kursupplägg

Gruppen träffades ett tillfälle i veckan under tre terminer. Vid varje tillfälle utgjordes första delen av kroppskännedom i en timme och en kvart tillsammans med sjukgymnasten. Sedan hade gruppen en kort paus för att förflytta sig till bildlokalen som låg i närheten av den öppenpsykiatriska mottagningen. Pausen följdes av en timme och en kvarts bildterapi tillsammans med bildterapeuten. Sammanlagt gick gruppen i kroppskännedom och bildterapi tre timmar per vecka under tre terminer. De började vårterminen 2009 och avslutade vårterminen 2010. En återträff kom att äga rum i december 2010 för att följa upp hur det gått för kvinnorna samt för att samla gruppen igen.

5.1.5. Ledarna

Ledarna bestod av en sjukgymnast och en bildterapeut. Sjukgymnasten har arbetat med basal kroppskännedom inom psykiatri sedan 1990, hon har även arbetat inom slutenvård och med psykosjukdomar. Bildterapeuten har arbetat med bildterapi i cirka tio års tid. Hon är utbildad socionom, legitimerad psykoterapeut samt diplomerad bildterapeut. Ledarnas förhållningssätt har varit explorativt. De berättar att de inte tidigare har arbetat tillsammans med en grupp på det här sättet, med bildterapi och basal kroppskännedom integrerat, därför var gruppen en process som utvecklades och tog form under tidens gång. Ledarna utformade själva upplägget och innehållet i gruppövningarna.

Ledarnas roll i gruppen har varit som en guide. Sjukgymnasten menar att hon "*guidar deltagarna till inuti, samt stöttar och inspirerar*". Ett förhållningssätt har också varit att öka deltagarnas inflytande. Båda ledarna upplever att de var aktiva i starten av gruppen. Bildterapeuten säger att, "*jag var mera aktiv i bildtolkningen i starten av gruppen sedan tog gruppmedlemmarna över själva*". Hon berättar att hon styrde övningar mer vid första terminen för att de skulle komma igång med själva bildprocessen. Behovet av givna övningar och teman som syftade till att underlätta bildprocessen minskade i takt med att kvinnorna kom in i sina egna bildprocesser, då de också började hitta egna teman och förhållningssätt i bildskapandet. Sjukgymnasten menar att kvinnorna började ta mera

plats i takt med att de kunde känna; *”vad är mina behov? vad är det jag vill öva på?”* Även gruppens förmåga att ta hjälp av varandra byggde upp en styrka som gjorde att de själva tog mer initiativ, menar bildterapeuten.

5.2. Kvinnornas upplevelser och erfarenheter

Teman som presenteras nedan är ett resultat av fyra intervjuer med kvinnor som på ett personligt sätt berättar om deras egna upplevelser och erfarenheter av kropp och bild i grupp. Resultatet presenteras utifrån mina tre frågeställningar och har därefter delats in under centrala underteman som framkommit under bearbetningen av materialet. Namnen som används i studien (Marianne, Annika, Pernilla och Linnea) är fingerade, kvinnorna heter egentligen någonting annat.

5.2.1. Informanterna

Intervjumaterialet består av fyra kvinnor som talar om kropp och bildgruppen, vilka innebär den har haft för dem under och efter arbetet samt vilken betydelse gruppen har spelat och vad det är som har gjort att de har valt att träffas i egen regi. Kvinnorna är i åldrarna 44- 59 år. Tre utav kvinnorna är gifta och lever i heterosexuella äktenskap. Tre kvinnor har två eller flera barn, en kvinna har inga barn. Två utav kvinnorna har varit utsatta för psykiskt och/eller fysiskt våld under flera år, ibland med hot. Våldet har utförts av en partner eller av adoptivföräldrar. En kvinna berättar om nedskärningar på arbetsplatsen vilket har resulterat i hög belastning och orimliga krav vilket har lett till en utmattningsdepression. En kvinna blev uppsagd från sitt arbete vilket försämrade hennes hälsotillstånd ytterligare. Kvinnorna har haft långa kontakter med sjukvården och alla har gått i enskild terapi på öppenpsykiatrisk mottagning innan. Idag är kvinnornas huvudsakliga försörjning sjukersättning eller socialbidrag, en kvinna är utförsäkrad och väntar på en omprövning. Två av kvinnorna har eller ska påbörja arbetsträning, en annan kvinna har påbörjat en utbildning till trädgårdsarkitekt genom en social organisation och en kvinna ska påbörja enskild bildterapi.

5.3. Vilken innebörd har behandlingsmodellen haft för kvinnorna under arbetet i gruppen och vilken innebörd har den idag?

När kvinnorna talar om sina egna erfarenheter av behandlingen så väver de in upplevelser de hade av sig själva innan terapin började med nya perspektiv som de erövat under och efter terapins gång. Kvinnorna talade om sig själva som passiva i förfluten tid, innan terapin började. Idag talar de om sig själva som aktiva och medbestämmande i sina val och i hanteringen av situationer. Därför har jag valt att dela upp detta kapitel i två underrubriker; *Innebörder under arbetets gång* och *Innebörder idag*.

5.3.1. Innebörder under arbetets gång

5.3.2. Talet om sig själv som passiv

När kvinnorna relaterar till det *”förflutna”* talar de om sig själva i negativa termer. De upplevde sig bland annat vara *”en rädd person”, ”självisk och egoistisk”*. De säger; *”jag är ju dum i huvudet”, ”jag känner mig maktlös och otillräcklig”*. De negativa termerna står både för personliga egenskaper och hur de tidigare hanterade situationer.

Mariannes citat är beskrivande för hur hon har förhållit sig till situationer som har inträffat tidigare.

Framförallt, det har jag lärt mig mest tror jag, jag har alltid under hela mitt liv skuldbelagt mig, alltid. Jag har alltid utgått ifrån att allting alltid är mitt fel, då kan man ju skratta åt det och säga haha, men

då menar jag i djupet av min själ. Som om någonting har gått fel så har jag trott att det har varit mitt fel och så har jag hanterat det utifrån det, eller agerat utifrån det (Marianne).

Citatet är målande för hur kvinnorna beskriver sig som tidigare maktlösa och oförmögna att handla på ett tillfredställande sätt. Mariannes har utgått ifrån att allting var hennes fel, och skuldbelagt sig vilket för henne blev en ond spiral. För Pernilla handlar passiviteten om en gränslöshet. Hon menar att:

Folk har bara kunnat komma in i mig hur som helst förut./.../ Jag har tagit ansvar för hela världen förut. Gränslösheten satte henne i en passiv position, där hon var oförmögen att sätta upp gränser gentemot andra och också för sig själv.

5.3.3. Att stänga av

De fyra kvinnorna har varit med om olika traumatiska händelser, några har varit utsatta för misshandel, andra för omorganisationer som har inneburit stora påfrestningar av den egna personen. Gemensamt för kvinnorna är talan om att de på olika sätt har *stängt av känslor* och på så sätt *kontakten med sig själva* för att kunna hantera dessa situationer.

Linnea ställdes inför orimliga krav i arbetet, från att ha varit sju anställda till att bli själv kvar.

Till slut så jobbade jag dygnet runt i huvudet, jag sov ju inte på nätterna ingenting sen vägrade jag att bli sjukskriven och du vet, jag hade inte tid att sjukskriva mig, jag var ju tvungen att vara på min plats. Jag hade alla symptom, jag hade eksem, jag hade ont i lederna, till slut så gick det ju inte (Linnea).

I citatet illustrerar Linnea hur hon stängde av kontakten med kroppen och de symptom hon hade för att kunna hantera den situation hon stod inför. Hon lyssnade inte på kroppen när den sa ifrån. Hennes sätt att handla utgick ifrån olika måsten: *tvungen, har inte tid och vägrade bli sjukskriven*. En annan kvinna har *”stängt av”* smärta och känslor på grund av en långvarig misshandel. Detta resulterade i att hon tappade kontakten med sin kropp.

På basala kroppskänndomen då fick jag ju lära känna min kropp för första gången ordentligt och jag upptäckte vilken värk jag hade överallt som jag egentligen hade ignorerat. Och sen det här att, jag vet när man låg på golvet raklång då kunde jag känna den vänstra sidan utav kroppen, högra kände jag ingenting. Jag hade ingen kontakt med högra sidan alls och det var fruktansvärt, jag blev rädd första gången jag kände det. Jag har stängt av mycket, jag har varit misshandlad sedan 3 års ålder, jag har varit misshandlad 45 års tid och det har varit väldigt mycket för mig, jag har stängt av mycket känslor, mycket smärta (Pernilla).

Pernilla menar att hennes högra sida av kroppen var avskärmd från hennes medvetande. Övningarna i kroppskänndomen gjorde henne medveten om att hon hade stängt av mycket och inte haft kontakt med sin kropp. Den första kontakten med kroppen hon fick var via smärtan, hon upptäckte vilken värk hon hade. Sedan upptäckte hon sin tumme för första gången, hon har inte sett på sig själv, inte vågat konfrontera sig själv tidigare. Gemensamt för flera utav kvinnorna var att de stängde av kontakten med sin kropp och sina känslor som ett sätt att hantera det som inträffat dem. I kroppskänndomen och i bildterapi fick de möjlighet att börja jobba med dessa stängda rum.

5.3.4. ”Att lära sig att se.” En läro- och medvetandegörandeprocess

När kvinnorna talade om vilka innebörder som terapin gav dem så berättade de om en läroprocess. En läroprocess som skedde i samspel med varandra.

Vad upplevde du som mest givande med träffarna? (Linda)

Det som spontant kommer när du sa frågan är det att vi faktiskt kunde analysera varandras grejer och

känna in. Det tyckte jag var väldigt fascinerande, man kan inte säga tolka för man är ju ingen expert på de, med det var väldigt givande när de andra bollade idéer; -Men så här och så här kanske. – Oj, tänkte man då! (klump i halsen). Och man själv kunde göra de, -ahhh säger de då. De har inte tänkt på det. Så att vi fick lov att prata om dessa saker. Det tyckte jag var jättegivande att vi har det så mycket i oss. Vinklingar som man inte hade tänkt på till sig själv fast man kan lättare säga det till någon annan./.../ Det blev flera aha upplevelser genom att någon hade sett något i min bild som inte jag hade sett (Annika).

I citatet pratar Annika om bildterapi, när de fick reflektera och kommentera sina egna och andras bilder i slutet av en lektion. Jag tolkar det som att behandlingsmodellen satte igång en läroprocess. Kvinnorna tolkar och kommenterar varandras bilder, och identifierar sig med varandras bilder. När de gav varandra kommentarer på bilderna hjälpte de varandra att se, och komma underfund med sin egen problematik. Linnea beskriver det med orden: *”Att se med andra ögon.”* Samtidigt menar hon att det kunde vara jobbigt när någon gav sina tankar och funderingar till bilden, eftersom det kunde leda någon till ens känslor och tankar, att det satte en i kontakt med sig själv. Marianne uttrycker det så här:

De ger ju mig en respons, som gör att det blir en aha upplevelse för mig, förstår du då vad jag menar. Att de ger ju mig en input som jag inte är medveten om att jag har lagt på papper. Det har varit jättetufft att ta och jättebra och jättehäftigt alltså (Marianne).

Denna läroprocess genom tolkning och identifikation med varandra lärde kvinnorna att se, det ökade medvetenheten om den egna situationen.

5.3.5. Andning och medveten närvaro

Flera utav kvinnorna talar om att de upplever att behandlingsmodellen har gett dem en ökad känsla av närvaro.

Jag kan stanna upp var och när som helst och då menar jag fysiskt stanna upp, och så bara liksom ta ett djupt andetag och sänka axlarna och det är så skönt att göra det för att det är så mycket som rinner av, jag är inte någon sådan här biblisk person men till och med i bibeln så står det, var dag har nog med sitt, står det, som om man då kan släppa det som hände igår och det som kanske eventuellt händer imorgon utan bara här och nu så tjänar man så oerhört mycket på det./.../Det händer varje dag att jag tänker för helvete andas! (Marianne).

I citatet illustrerar Marianne hur terapin har gjort att hon kan använda sig av andningen för att koppla av i sin vardag. Genom att tänka på andningen så kan hon vara mera närvarande och ta i tu med det som händer i stunden. Hon menar att hon: *”Inte bara tänker efter utan känner efter. Är jag här och nu eller där och då?”*

5.3.6. Bilden som verktyg

För att illustrera hur bilden har varit ett redskap i kvinnornas processer presenteras nedan en kvinnas beskrivning av två bilder som hon målade i bildterapi. Bilderna presenteras i bilaga 1. Syftet med dessa bilder är att visa hur man kan jobba med bilder, och hur kvinnorna beskriver bildterapi och hur de skapar sig innebörder utifrån bilden.

Bild 1 och 2 (se bilaga 1) målade Pernilla i terapin när hon inte mådde så bra. Hon berättar att hon kände sig långt bort ifrån livet som hon väljer att kalla *”livets tåg”*. Pernilla säger:

Jag kände bara att jag är här (pekar på andra sidan av pappret) livets tåg är långt långt borta.

Pernilla berättar att hon vid tillfället då hon målade bilden betraktade den och var inte nöjd med hur den blev. Efter en stund så insåg hon att hon inte ville ha det så och började rynka ihop bilden som ett dragspel (se bild 2 i bilaga 1). Detta resulterade i att perrongen kom alldeles intill tåget, avståndet var inte lika långt ifrån längre. När hon rynkade ihop bilden så innebar det för Pernilla att hon själv kom på en lösning för att komma ikapp tåget. Bilden gjorde henne även förvånad över hennes problemlösningsförmåga och kreativitet, för det var egenskaper som inte trodde sig ha. Hon säger:

Den symboliserar mycket vart jag har kommit på min väg, att jag kan stå och må jättedåligt men sen kom jag till en punkt där jag känner att nej det här går inte, du måste göra en förändring, alltså jag pratar med mig själv då va.

När kvinnorna talar om bilderna så relaterar de till hur de ser på sig själva och hur de agerar. Jag förstår det som att bilden och hanteringen av bilden blir en spegling av hur kvinnorna ser på sig själva och hanterar livet. Bilden öppnar också upp för en dialog inom kvinnorna som visas i citatet ovan. I dialogen med bilden kan de bli medvetna om nya förhållningssätt hos sig själva som de inte trodde fanns där. Genom denna nya medvetenhet kan de aktivt jobba med sig själva och omtolka gamla tankesätt och mönster. Bilden blir ett verktyg i denna process.

5.3.7. Innebörder idag

I de tidigare avsnitten har jag tagit upp hur kvinnorna såg sig själva som passiva och att olika traumatiska omständigheter har lett till avstängd smärta och känslor. I bildterapi och i kroppskännedomen har de fått tid och möjlighet att arbeta med att "*luckra upp*" dessa sidor hos sig själva som en kvinna uttrycker det. Det finns en koppling mellan de innebörder kvinnorna skaffat sig under arbetets gång och det perspektivbyte, från passiv till aktiv som kvinnorna talar om idag. Detta avsnitt behandlar det perspektivbyte som kvinnorna beskriver idag.

5.3.8. Utanförskap

Som tidigare teman tar upp så börjar kvinnorna i terapi erövra en ökad kontakt med sin kropp och med sina känslor vilket också ökar medvetenheten om den egna situationen. Detta väcker frågor om utanförskap hos kvinnorna. Kvinnorna känner sig utanför den sociala gemenskapen som är en del av arbetslivet.

Mitt gamla jobb tror jag haft betydelse för att jag saknar arbetslivet, det sociala, händelserna det saknar jag otroligt mycket. Och vilket också är en anledning till att jag vill föröka komma ut lite i, träffa friska människor. Jag har jobbat hela mitt liv och haft förmåner, eller ja förmåner, jag har ju haft ganska bra jobb och jag har tyckt att det vart roligt. Mycket kontakt med människor och det är väl kanske det jag saknar då liksom och jag jobbade inne i stan. Det är helt annorlunda än att gå här sjuk i ett radhus tittandes ut igenom fönstret (Linnea).

Pernilla ser det så här:

Jag känner att jag är mer värd som människa, då har jag även rätt till att komma ut och jobba också känner jag, för jag vill känna, tillhöra en gemenskap där också för går man hemma jämt så är man utanför samhället helt och hållet. Tyvärr är det så (Pernilla).

Pernilla inser att hon vill tillbaka i arbetslivet till gemenskapen i takt med att hon börjar inse sitt värde som människa och sin rättighet att känna igen, som hon uttrycker det. Gemensamt för kvinnorna är att de i takt med erövrade verktyg att hantera sin situation börjar blicka ut mot

omvärlden och inse sin situation, sitt utanförskap och också börjar vilja komma tillbaka till en samhällsgemenskap.

5.3.9. Talet om sig själv som aktiv

De innebär kvinnorna har fått i terapin har lett till ett perspektivbyte. Både när det gäller talet om dem själva i form av egenskaper, som att hantera oro och ångest, men även i sättet att hantera olika situationer, som till exempel i kontakten med myndigheter. De refererar till olika konkreta händelser där de har agerat annorlunda mot hur de förr brukade agera. Kvinnorna talar nu om sig i termer som aktiv: *"Jag har rätt att leva på denna jord", "jag har börjat våga ta för mig", jag har växt som människa", jag har känslor", "jag kan säga nej", "det här är inte bra för mig", "jag kan vara berättigad"*.

Pernilla säger:

Jag vågar känna efter för blir jag väldigt stressad så får jag en fruktansvärd värk i ryggen, stressen sätter sig som värk i min kropp nu va, men nu vet jag det, nu vågar jag säga, nu har jag ont i min rygg, jag klarar inte, nu blev det för mycket för mig. Jag har fått lärt mig att sätta gränser kan man säga genom att jag har fått rätt att känna av min kropp, jag har lärt känna min kropp, jag lyssnar på min kropp för det gjorde jag inte förut./.../Nu har jag ändå fått det redskapet med mig att jag är människa, jag har rätt till detta, förut så har jag bara liksom, förlåt att jag finns till va, men riktigt så är det inte nu men jag själv måste ju jobba med mig själv och komma över dom här rädsorna. Det kanske jag aldrig gör till hundra procent, jag tror inte det men så länge jag inte ger upp, så känner jag (Pernilla).

Pernilla refererar i citatet till när hon arbetstränar. Pernilla har under terapin vid ett tillfälle påbörjat en arbetsträning. Dock var det en arbetsplats som inte kunde tillgodose hennes behov och det resulterade i att hon själv insåg att det inte fungerade. Idag har hon insett att hon själv måste sätta gränser och säga ifrån när kroppen säger ifrån.

5.3.10. Att komma till insikt

Linnea illustrerar också ett perspektivbyte i sitt sätt att prata om att vilja komma vidare. Citatet är en fortsättning på Linneas berättelse om när hon förlorade sitt jobb och hamnade i en depression:

Ja sen, jag vet inte, jag hamnade i världens depression och det var inte förrän nu jag känner mig (andas ut), jag har ju svårt nu men jämfört med var jag har varit så är det ändå det som hjälper mig och tänka så här, det här är ingenting så dålig som jag har varit (Linnea).

Upplever du en förändring sen du började i gruppen? (Linda).

Ja herregud, det gör jag, verkligen, ja (Linnea).

Om du skulle beskriva, på vilket sätt upplever du att du har förändrats? (Linda).

Insikten, alltså allt det här på något sätt, liksom meningen att vi ska hitta att vi ska komma vidare, för vi ska ju egentligen inte stanna här (Linnea).

Att det är meningen med att ni har träffats? (Linda).

Ja, hela meningen med den här gruppen, kropp, bild är ju faktiskt att vi ska bli bättre, ja vet du att, det har hjälpt mig att få en vilja, att vilja mer./.../Det är ju ingen som har tvingat mig än då, jag är ju inte utförsäkrad, det är ingen som har tvingat mig och börja den här arbetsträningen, det var jag själv som ville det.

Med att vilja mer refererar Linnea till att vilja ta sig ifrån mottagningen och den passiva sjuka roll som hon upplever som oerhört jobbig. Hon påpekar under intervjun vid flera tillfällen att hon vill ut i

samhället bland friska människor. Det har gjort att hon nu har börjat arbetsträna och även börjat simma en gång i veckan.

5.4. Vilken betydelse har gruppen haft för kvinnorna?

5.4.1. Ambivalens i början

Gemensamt hos kvinnorna var att de alla till en början var ambivalenta till att börja i grupp. Annika upplevde det jobbigt att behöva blotta sig inför andra. Hon säger:

Jag tänkte först nej, usch vad jobbigt med andra människor, då ska man blotta sig. Men idag ångrar jag det ju inte (Annika).

Linnea tyckte det var påfrestande att de andra kvinnorna i gruppen mådde dålig.

Jag upplevde det jättejobbigt här för att alla andra är ju sjuka också så, ingen är ju frisk. Det är både bra och dåligt eller jag kunde även må dåligt av allting, så jag kunde ha en väldig ångest hemma när jag åkte här ifrån (Linnea).

Det var betungande för henne speciellt under första terminen. Hon tampades med en stark vilja att bli bättre och komma vidare samtidigt som hon försökte hantera den ångesten som fick utlopp när hon kom hem efter att ha träffat gruppen. Marianne säger att *"Det var lika jobbigt att börja i grupp som det var att sluta i grupp"*.

5.4.2. Prestationskrav

Att vara i en grupp innebar prestationskrav för kvinnorna. De kände krav på sig att prestera under framförallt första terminen. Linnea berättar om hur hennes prestationskrav kom att bli en vändpunkt i terapin.

Om du tänker tillbaka på en viktig händelse eller situation som hände under ett tillfälle i gruppen som har betytt mycket för dig. Vill du berätta om den (Linda).

Sista gången här på första terminen så satt jag bara så här, jag klarar inte uppgiften. De andra började och jag kände bara. Jag sa till bildterapeuten så här, jag klarar inte uppgiften, jag klarar inte av att göra det. Då satte hon sig hos mig, vid sidan om och vi kunde prata. Jag fick lite prestationsångest, du vet kortslutning men sen efteråt så har jag hittat styrkan i det dåliga på något sätt. Viktig händelse, egentligen var det en viktig händelse för det var ändå en vändpunkt på något sätt (Linnea).

Linnea berättar att detta tillfälle blev en vändpunkt för henne. Hon menar att hon först trodde att de andra kunde och inte hon. In på termin två så kunde hon släppa på kraven lite grann och insåg att terapin inte går ut på att prestera och jämföra sig med de andra, utan att hon utgår ifrån sig själv.

5.4.3. Gruppansvar

Kvinnorna talar om att de kände ett ansvar gentemot de andra deltagarna att komma till gruppen. Det skapades ett gemensamt gruppansvar hos kvinnorna. Annika säger;

Det var givande och gruppen var inte beroende av mig men ändå på något sätt att vi kunde ge varandra, ge och ta på det sättet och vi var ändå i grupp, så då kände man det ansvaret också att gruppen ska fungera, det är inte så roligt om en sitter själv så här va, utan man kände lite ett gruppansvar där tror jag. (Annika)

Att komma för de andra också? (Linda)

Ja det vet jag att vi pratade om att det var det, en i gruppen som sa att ja ni har hjälpt mig att må så mycket bättre att ni har liksom pushat mig för egentligen vill jag bara ligga hemma och jag håller ju med om det. Så det blev liksom lite grann att vi stöttade varandra i det också. Så det tror jag faktiskt när jag tänker efter (Annika).

”Det gav en mening inte bara för mig, utan för de andra också att jag kom, jag fyllde en funktion”, uttryckte en annan deltagare. Det här tycker jag är något som tydligt återkommer i intervjuerna, kvinnorna reflekterar över detta och känner ett eget ansvar för varandra och det skapar ett sammanhang som de är viktiga i och är en del av. Det gjorde att det motiverades till att komma även fast det var jobbigt och kämpigt ibland.

5.4.4. Jag är inte ensam

För Annika får gruppen en innebörd, hon är inte ensam. Andra har också jättestor problem, men hon menar att:

Det är ingen glädje i det att se att andra lider men det blir ett stöd, att man kan identifiera sig med någon (Annika).

Kvinnorna pratar om att gruppen har blivit en gemenskap och ett stöd i den egna situationen. Kvinnorna kan identifiera sig med varandra som Annika uttrycker i citatet. Det blir även en positiv påpushning, att se att de andra tar sig själva på allvar, de ser sin begränsning. Annika menar att; *”det gör det viktigt också hur jag mår och vad jag har varit med om, att ta sig själv på allvar”.* *”Det är inte bara de andra som är viktiga.”* Det blir ett berättigande i sig för henne att få må som hon gör, Annika kan alltså med hjälp av de andra våga känna sig berättigad att tänka och känna att hon också är *”värd något”*, som hon uttrycker det. Att hon vågar stå upp för sina behov och rättigheter.

5.4.5. ”Vi kanske inte då är normalnormen, men vad är normalt?”

Så uttrycker sig Annika när vi pratar kring vad hon upplevde som givande med att vara i grupp. Annika frågar sig vad är normalnormen? I intervjuerna rör alla kvinnor begreppet normal. De förhåller sig till normer och värderingar i samhället när de funderar kring vad som är normalt och vad som inte är det. Flera utav kvinnorna berättar att de känner sig begränsade i samhället, att man inte kan prata om vad som helst, det skapar en utsatthet. I gruppen skapas ett forum där kvinnorna fritt kunde uttrycka sina tankar och känslor utan att behöva känna sig stämplade. Marianne menar att:

I ett vanligt sällskap så hade man inte kunnat berätta tiondelen av vad vi pratade med varandra om. En person berättade för mig att helt plötsligt så upptäckte hon ena sidan av sin kropp, hon har aldrig reflekterat över sidan av sin kropp, hon visste inte att den fanns, hon hade inte ens tänkt på att den inte fanns så lite var hon medveten om sin kropp. Och i ett normalt sammanhang så pratar man inte om sådant, men i vårt sällskap, ja det är väl inte konstigt (Marianne).

Gruppen skapar ett sammanhang för kvinnorna att våga öppna sig i och utforska sig själv och varandra i. Alla fyra kvinnorna ansåg att gruppen blev en trygghet och ett forum där de kunde uttrycka sig fritt. I gruppen behövde de inte bli stämplade som Annika uttrycker det. Det fanns en gemensam förståelse för varandra som skapar en styrka hos dem, att vara en del i något, utan att behöva se på sig själv som *”onormal”* utan gruppssammanhanget normaliserar tankar och funderingar som kvinnorna har.

5.5. Vad var det som gjorde att kvinnorna valde/motiverades till att fortsätta i egen regi?

I intervjuerna med kvinnorna framkom det att av de sex kvinnor som startade i kropp och bildgruppen är det fyra som har valt att träffas på egen hand för att samtala, måla och öva sig i kroppskännedom tillsammans. Tre av kvinnorna har redan träffats vid ett tillfälle och de planerar nu in en andra träff i november. I avsnitten nedan resonerar kvinnorna över vad de var som gjorde att de valde/motiverades till att fortsätta i egen regi.

5.5.1. Gemensam historia

En gemensam historia har byggts upp i gruppen. Kvinnorna uttrycker att de känner att de har ett förtroende och utbyte av varandra. Pernilla berättar att kvinnorna inte var färdiga med varandra och de ville inte heller tappa kontakten, därför fann hon det värdefullt att träffa kvinnorna igen efter sommaren för att återknyta och prata om vad de har varit med om för det kan hon inte prata med någon annan om. Marianne menar att hon ville fortsätta träffa gruppen på grund av två anledningar:

Du berättade att du har valt att fortsätta att träffa de andra kvinnorna nu efter att gruppen är avslutad. Vad var det som gjorde att du valde det? (Linda).

För det första så handlar det om att jag hade en rädsla för att gå ut själv, att släppa taget. Det var obehagligt, att släppa taget om gruppen. Så rent själviskt och egoistiskt så handlade det om det. Det andra är att jag tycker om de här tjejerna, vi har en gemensam historia som jag inte har med någon annan människa fast jag snart är 50 år. Det finns inte många, det finns ingen som vet de här sakerna om mig som de här tjejerna vet. Jag tror inte jag vill berätta det heller (skratt) om jag ska vara ärlig. Jag kan inte säga att de är mina vänner på det sättet som jag pratar om min väninna som jag har haft i 20 år men däremot så är de mina vänner på ett annat sätt. På ett annat plan som jag kan, kanalisera andra saker med. Vi kan prata om försäkringskassan vi kan prata om sådana här jobbiga sjukdoms-saker med varandra och det är okej (Marianne).

I gruppen kan Marianne ventilera tankar och funderingar kring myndigheter och det som har med sjukdomar att göra som hon inte vill ta upp med sina andra vänner. Marianne uttrycker också en oro för att förlora gruppen och det som den har betytt för henne. Annika berättar att hon fascineras av människors mångfald, hon fann det värdefullt att det fanns ett utbyte i att träffas, att alla möten är viktiga på något vis men att denna grupp gick djupare, det fanns utrymme att ventilera tankar och känslor, *”ibland var det skratt och ibland var det gråt”*, som hon uttrycker det.

5.5.2. Gruppen som ett eget väsen

Marianne berättar att alla deltagare var viktiga, de utgjorde tillsammans en helhet.

Det tog ganska lång tid för oss att rangordna oss i gruppen men när vi väl hade gjort det så satt den konstellationen kvar, så när en av tjejerna inte dök upp för sista terminen så var det ett jättestort tomrum för alla. Och det var ett stort tomrum för alla för att hon fyllde en funktion i sig, det är det jag menar med ett eget väsen (Marianne).

Att alla var viktiga? (Linda).

Precis, helt rätt, alla var viktiga, alla var verkligen viktiga och är det fortfarande (Marianne).

Marianne uttryckte en saknad när en av deltagarna inte valde att fortsätta i gruppen. Det här helhetstänkandet är något som återkommer i kvinnornas berättelser. De uttrycker hur viktigt det är

att alla deltog och var med. Marianne tycker att gruppen blev ett eget väsen som skapade starka band till varandra. Pernilla förklarar det i en symbol av ett pussel.

Det har varit som ett litet pussel, vi har varit en liten bit var och vi har lagt det varje gång för att bli en hel, ett helt pussel. Så vi har nog varit väldigt viktiga för varandra, det kan man säga, väldigt viktiga (Pernilla).

5.5.3. Bekräftelse och mål

Ett annat viktigt motiv till att träffas var att kvinnorna fick bekräftelse av varandra i terapin. Marianne tycker att:

Bekräftelsen och bejakandet av varandra var oerhört, framförallt bekräftelsen, att det fanns liksom ingenting som var annorlunda, för vi är så knepiga allihop (skratt), (Marianne).

En form av bekräftelse som kvinnorna pratar om är inputen från varandra. Marianne berättar att hon fick input ifrån så många som tänkte lika. Att de i tolkningen av varandras bilder fick så liknande respons från de olika deltagarna tyckte hon var oerhört givande och stärkande. Hon menar att de hade nytta av varandras åsikter och det gav en bekräftelse och en ökad medvetenhet och insikt om den egna situationen.

Marianne tror att den faktor som var viktig för kvinnorna att träffas själva, att det verkligen blev av, har att göra med att gruppen ska ha en återträff i december som ledarna hjälpt till att ordna. Marie menar att det blir en hjälp att hålla ihop den nya lilla gruppen. Hon tycker det är bra att ha ett mål, att de i december ska ha en återträff, det gör i hennes ögon att kvinnorna kan organisera sig och träffas en gång i månaden nu under hösten. Hon tror att en återträff var sjätte månad räcker för att hålla ihop kvinnorna, det blir ett mål eller en riktning att förhålla sig till. Annars tror hon inte att de skulle klara av att styra upp egna träffar som de nu gör. Hon menar att de har ett behov av att synas allihopa och att bekräftelsen från ledarna är oerhört viktig även för att motivera dem att kunna fortsätta själva på egen hand.

5.6. Kapitelsammanfattning

Syftet med detta kapitel har varit att presentera fyra långtidssjukskrivna kvinnors erfarenheter och upplevelser av bildterapi och basal kroppskänedom i grupp. Syftet med behandlingsmodellen har varit att öka kvinnornas förmåga, genom uppmuntran till att hitta egna behov och önskemål. Syftet med gruppen har också varit en social träning. Kvinnorna berättar hur de skapar sig innebörder utifrån behandlingen. Samspelet mellan kroppen, bilden och gruppen startar en läro- och medvetandegörande process. En process där kvinnorna aktivt arbetar med sig själva i gruppen. Kvinnorna talar om behandlingsmodellen i två tidsepoker, dåtid och nutid. Det har i gruppen utvecklats ett gruppansvar som gör att kvinnorna känner sig viktiga för gruppen och för varandra. Kvinnorna menar att en gemensam förståelse i gruppen har utvecklats. Dock påpekar flera utav kvinnorna hur gruppen till en början innebar en ambivalens och en prestationsångest men som efter en tid gick över. Gruppen har kommit att utgöra en viktig del i kvinnornas liv även utanför den öppenpsykiatriska mottagningen. De fyra kvinnor som talar i denna studie har alla valt att fortsätta träffas i egen regi för att utbyta erfarenheter och ta hjälp av varandra i sin vardag.

6. Analys

I det här analyskapitlet förstår jag de resultat jag har fått fram ur mitt material med hjälp av teorierna empowerment och symbolisk interaktionism samt tidigare forskning. Jag kommer att använda mig av begrepp som stigma, objekt och subjekt för att bättre kunna förstå mina resultat. Materialet kommer att diskuteras kring tre olika teman vilka jag valt att presentera i avsnitten; *En läro- och medvetandegörande process*, *Gruppen som "frizon"* samt *Mobilisering*.

6.1. En läro- och medvetandegörande process

I intervjumaterialet frambringar samspelet mellan kroppen, bilden och gruppen en läro- och medvetandegörandeprocess hos kvinnorna. En process som startade under de tre terminerna i behandlingsgruppen. Jag tolkar kroppen, bilden och gruppen som en enhet som tillsammans påverkar kvinnornas syn på sig själva och sitt handlingsutrymme. För att börja analysen diskuterar jag de komponenter som behandlingsmodellen består av; kroppen, bilden och gruppen, för att sedan diskutera den omdefiniering av synen på sig själva som behandlingen innebär för kvinnorna och hur detta påverkar deras handlingsutrymme.

6.1.1. Kropp, bild och grupp i samspel

Symbolisk interaktionism menar att människan är social och ständigt interagerar med sin omgivning (Charon 2006). I den här studien förstår jag också kroppen som ett instrument genom vilket vi interagerar med andra. Genom kroppen uppfattar vi andras signaler och tolkar dem. Kroppen står i ett levande samspel och dialog med omvärlden (Hertting et al 2000). Kvinnorna menar att de i samband med den ökade kontakten med **kroppen** börjar få tillgång till den egna viljan igen och att de aktivt börjar kunna sätta upp gränser och mål för sig själva. Till exempel så berättar Pernilla hur hon börjat känna efter hur hon mår och vad hon vill istället för att stänga av kontakten mellan kropp och emotion och *"bara köra på"* som hon menar att hon gjorde tidigare. Det kroppsliga medvetandet innebär alltså för kvinnorna en erövrad kontakt med sig själva och sina emotioner. Lärandet i den basala kroppskänndomen har inneburit nya tanke- och handlingsmönster. Marianne berättar att hennes medvetna närvaro har ökat, vilket gör att hon kan hantera ångesten över vad som kommer att hända i framtiden på ett nytt sätt. Hon kan själv reglera sin ångest genom att fysiskt stanna upp och andas. I tidigare studier har man funnit att basal kroppskänndom ökar det kroppsliga medvetandet för många olika patientgrupper (Gyllenstam & Gard 2008). Den ökade kontakten med kroppen innebär alltså för kvinnorna en erövrad kontakt med sig själva och sina emotioner. De börjar känna efter i kroppen och agera utifrån vad de upplever och känner i sin kropp.

Denna läro- och medvetandegörande process illustreras också i kvinnornas berättelser om arbetet i bildterapi. I materialet berättar Pernilla om sin bild om livets tåg (se bilaga 1). Hon berättar att hon kan föra en dialog med sig själv genom **bilden**. Hon menar att när hon arbetar med bilden ändras hennes perspektiv på den. Den var till en början negativ för henne men hon insåg att den inte måste vara det. Hon skrynklar därför ihop pappret så att perrongen som hon målat kommer närmare tåget (se bilaga 1). Detta gör att bilden blir positiv för henne. I det praktiska skapandet så blir Pernilla medveten om egenskaper hos sig som hon inte trodde fanns där, bland annat kreativitet och problemlösningsförmåga. I samtalen med de andra kvinnorna återkommer liknande erfarenheter i arbetet med bilder. Jag tolkar det som att bilden fungerar som en spegel för kvinnorna om hur de ser

på sig själva. I Pernillas beskrivning av hur hon jobbar med bilden, tolkar jag det som att hon även aktivt jobbar med sig själv och sitt sätt att se på sig själv. Det praktiska skapandet i bild har studerats och resultat visar att deltagare upplever positiva känslor av att skapa i bild. Känslan av att kunna åstadkomma någonting påverkar i sin tur självförtroendet och självkänslan positivt (Argyle & Bolton 2005). En annan studie visar att ett experimenterande med färger och material har lett fram till nya upptäckter av förmågor hos individen som i sin tur stärker självförtroendet för deltagarna (Theorell et al 1998).

Den tredje komponenten i behandlingsmodellen är **gruppen**. För att beskriva gruppens betydelse i behandlingen använder Linnea orden; "*Att se med andra ögon*". Citatet beskriver tydligt hur kvinnorna tar hjälp och interagerar med varandra i terapin. Kvinnorna berättar att tolkningarna av varandras bilder ger nya insikter och perspektiv på den egna situationen samt att de identifierar sig med varandras bilder. Symbolisk interaktionism menar att vi är sociala varelser och har förmågan att föreställa oss någon annans livsvärld för att vi ska kunna existera (Charon 2006). I tolkningen av varandras bilder förstår sig kvinnorna vad bilden kan betyda för individen som målat den. Jag tolkar den här interaktionen kvinnorna emellan som viktig i lärandet och medvetandegörandet av den egna situationen. Kvinnorna speglar sig i varandras erfarenheter och upplevelser och lär sig samtidigt om sig själva. Andra studier vittnar också om gruppens funktion för ökad förståelse och lärande (Maat 1997, Luk & Shek 2008). I en amerikansk studie utvecklades ungdomar mot en större medvetenhet om den egna situationen i bearbetningen av känslor som skedde i bildarbetet och med de andra deltagarna i gruppen (Maat 1997). Sammanfattningsvis så möjliggör samspelet mellan kroppen, bilden och gruppen i behandlingen en lärande och medvetandegörande process för kvinnorna.

6.1.2. En omdefiniering av synen på sig själva

Symbolisk interaktionism menar att människor handlar enligt sin *definition av situation*. Vår definition av situation är vår föreställningsvärld, så som vi upplever världen och oss själva i den. Definition av en situation resulterar ifrån interaktionen med självet (tänkandet) samt den sociala interaktionen i situationen. Våra handlingar påverkas även av andra faktorer som till exempel vår personlighet och den sociala omgivning som vi befinner oss i. Med social omgivning menas samhälle, sociala påtryckningar, kultur, olika grupper och andra personer som påverkar oss (Charon 2006). I den här studien utgörs den sociala omgivningen av de andra kvinnorna i behandlingsgruppen. Illustrationen nedan visar en förenklad bild av hur denna process kan gå till (Charon 2006). Som jag redogjort för ovan så startar samspelet mellan kroppen, bilden och gruppen ett lärande och medvetandegörande hos kvinnorna. Jag tolkar det här samspelet mellan kroppen, bilden och gruppen som en pågående interaktion som sker både på ett individuellt plan och ett socialt plan i behandlingen. Kvinnorna omdefinierar sin verklighetsuppfattning genom *interaktionen med självet* i behandlingen. Till exempel, när Pernilla förde en dialog med sig själv genom bilden upptäckte hon positiva egenskaper hos sig själv som hon inte trodde fanns där, vilket skedde genom en interaktion med självet. Pernilla börjar alltså omdefiniera sitt register av egenskaper i arbetet med bilden. Kvinnorna omdefinierar också sin verklighetsuppfattning genom den *sociala interaktionen* i situationen (Charon 2006). Den sociala interaktionen sker mellan kvinnorna i gruppen. Linnea belyser detta när hon berättar att de andra kvinnornas feedback skapar insikt och nya synsätt, i interaktionen mellan kvinnorna påverkar de alltså varandra och synen på sig själva.

I materialet talar kvinnorna om upplevelser från behandlingen i två skilda tidsperioder; dåtid och nutid. Dåtiden, står för tiden innan terapin och tiden under terapin. Kvinnorna upplever sig vara passiva och talar om sig själva i negativa termer, till exempel säger de: *"Jag är ju dum i huvudet"*, *"jag känner mig maktlös och otillräcklig"*. Nutiden, kännetecknar tiden efter behandlingen avslutades och kvinnorna upplever sig själva nu vara mera aktiva, de säger till exempel: *"Jag har växt som människa"*, *"jag har rätt att leva på denna jord"*, *"jag kan säga nej"*. Perspektivbytet som sker kan alltså förstås genom att kvinnorna omdefinierar sin syn på verkligheten samt sin syn på sig själva under och efter behandlingen, från passiv till aktiv. Den här omdefinieringen av sig själva påverkar kvinnornas handlingar, vilket jag kommer att diskutera vidare i nästa avsnitt.

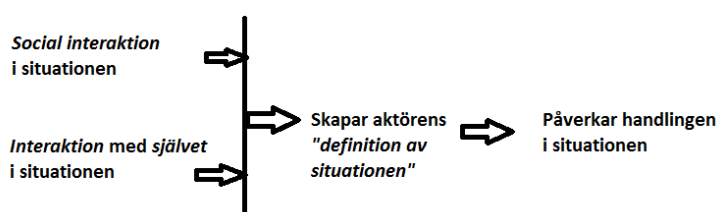


Bild inspirerad av Charon (2006; 118).

6.1.3. Ökat handlingsutrymme?

Av de fyra kvinnor som jag har intervjuat har två kvinnor påbörjat eller ska påbörja en arbetsträning, en kvinna håller på att utbilda sig till trädgårdsarkitekt genom en social organisation och en kvinna kommer att fortsätta i enskild bildterapi. Det jag observerat under intervjuerna var att kvinnorna framhöll vikten av att de själva valde detta. Det var ett aktivt val. Linnea säger: *"Det är ingen som har tvingat mig att börja den här arbetsträningen, det var jag själv som ville det."* Paulo Freires idéer går ut på att ge människor makt och förmåga att bli "subjekt" och inte "objekt" i sina liv (Askheim 2007). Jag tolkar det som att kvinnornas omdefiniering av synen på sig själva har lett till att de identifierar sig som aktiva "subjekt" från att ha identifierat sig som passiva "objekt". Ett "subjekt" innebär att uppleva sig vara en aktivt handlande person med makt och möjligheter i motsats till ett passivt objekt som utsätts för handlingar och åtgärder (Løken 2007, Askheim 2007).

Empowerment i termer av handlingsutrymme syftar till att analysera en individuell nivå av empowerment som behandlar den enskildes möjligheter att utöva makt och inflytande till viktiga områden i det egna livet (Westerlund 2007). Med *handlingsutrymme* menas inom empowerment ökade formella möjligheter, ett förbättrat självförtroende och en större självkänneteddom att ta vara på de egna resurserna (Westerlund 2007). Jag tolkar kvinnornas läro- och medvetandegörande process som en process där de utvecklar en mer positiv och aktiv syn på sig själva som "subjekt". Jag tolkar det också som att kvinnornas möjligheter att utöva makt och inflytande till viktiga områden i det egna livet har ökat genom att de nu gör aktiva val baserad på den egna viljan och vad kroppen säger. Kropp och bildgruppen har alltså inneburit en process av empowerment på individuell nivå genom att kvinnorna har ökat sitt inflytande till viktiga områden i livet samt ökat det egna handlingsutrymmet.

I tidigare studier visar resultat att förvärvsaktiviteten har ökat i behandlingsgrupper liknade kropp och bildgruppen. I en svensk studie har man observerat skillnader i förvärvsaktiviteten innan och efter behandlingstiden. Efter en tvåårsuppföljning hade drygt hälften av patienterna återgått till någon form av sysselsättning efter att ha varit heltidssjukskrivna i genomsnitt 18 månader (Sivik

2004). I en annan svensk studie visar resultat att trots att patienterna haft en mycket långvarig arbetsoförmåga före behandlingen stimulerades många patienter till ökade försök till eller faktiskt ökad förvärvsaktivitet (Theorell et al 1998). Tidigare studier visar alltså att förvärvsaktiviteten har ökat i behandlingsgrupper vilket kanske tyder på ett ökat handlingsutrymme? Dock säger inte studierna något om gruppmedlemmarnas attityder till detta, om det var baserat på egen vilja eller påverkat av yttre påtryckningar från till exempel myndigheter.

6.2. Gruppen som "Frizon"

6.2.1. En "ny norm"

Kvinnorna talar om en gemensam gruppidentitet och ett gruppsvar. Jag tolkar det som att gruppen har utvecklats till att bli en viktig enhet av normer och värderingar som blir ett stöd för kvinnorna att orka komma och vara med i gruppen. Det bildas ett ansvar som gör varje gruppmedlem viktig för gruppens fortlevnad, kvinnorna påpekar detta genom att de menar att det är viktigt att komma till gruppträffarna. Annika menar att de andra gruppmedlemmarna hjälpte henne att ta sig till träffarna fast hon ibland bara ville ligga kvar hemma. Det skapas alltså en för kvinnorna gemensam plattform för värderingar i gruppen som jag tolkar som en "ny norm". Generaliserade andra är inom symbolisk interaktionism de normer och synsätt som styr det mänskliga handlandet i olika miljöer, genom abstrakta internaliserade regler. Det generaliserade andra kan både vara det omgivande samhället eller sociala grupper som omger individen (Berg et al 1975). I den här analysen tolkar jag "*samhället där ute*", som kvinnorna uttrycker det, som de generaliserade andra, men även *behandlingsgruppen* som de generaliserade andra. Jag tolkar "*samhället där ute*", som den norm som påverkade och styrde kvinnornas synsätt och handlande innan *behandlingsgruppen* kom att skapa en "ny norm" av värderingar och synsätt. Jag kommer i nästa avsnitt att diskutera detta ytterligare.

6.2.2. Stigma och gruppen som "frizon"

Gruppens betydelse för kvinnorna liknar en "frizon". Kvinnorna talar om gruppen som en "frizon" där de kan uttrycka sig fritt utan att behöva tänka på vad som är normalt eller inte. Kvinnorna menar att "*samhället där ute*" många gånger upplevs som stigmatiserande och utstötande. De upplever sig begränsade i samhället och menar att man inte kan prata om vad som helst, något jag tolkar som en process av stigma. Payne (2002) menar att stigma belyser sambandet mellan avvikande beteende och det omgivna samhällets reaktioner (Payne 2002). Hinshaw (2007) menar att människor med psykisk sjukdom och arbetslöshet är en av de grupper i samhället som kan drabbas av stigmatisering. Stigmatisering är en process som leder till att människan tvingas in i ett socialt system som betecknar eller stämplar dem som avvikande. Det är en smärtsam mental känsla orsakad av att man har gjort något fel, olämpligt eller skamligt (Hinshaw 2007). En form av stigma är stereotypisering, att bli klassificerad utifrån sin sociala situation. Till exempel menar Marianne att hon i ett "vanligt" sällskap inte skulle kunna prata om en tiondel av vad de pratade om i gruppen. Jag tolkar dessa funderingar och regleringar av sig själva i relation till "*samhället där ute*" som en process av stigma vilket skapar ett utanförskap hos kvinnorna. Gruppen som frizon innebär istället en "ny norm" där det är okej att uttrycka sig fritt utan att behöva oroa sig för att bli stämplad. En "frizon" där andra förstår vad man går igenom och där det man säger inte bara tolkas som onormalt. Gruppen betyder även ett ömsesidigt stöd för kvinnorna. Genom att få berätta och ta del av de andras berättelser kan kvinnorna finna ett stöd i att de inte är ensamma om sina problem. Liknande erfarenheter har gjorts i tidigare studier, till exempel i en kinesisk studie visar resultat att deltagarnas tidigare känslor av isolat

och utanförskap kom att ersättas av empati och förståelse för varandra i takt med att deltagarna blev involverade i varandras liv och situation, vilket ledde fram till en insikt om att deras erfarenheter och känslor av utanförskap inte var unika. Gruppsammanhanget gjorde det möjligt att se att de inte var ensamma (Luk & Shek 2008). Liknande resultat fann Argyle och Bolton (2005) i sin studie om olika självhjälpsgrupper. Trots den mångfald som präglade deltagarna så uppkom liknande teman och funderingar i grupperna. Gruppen blev då ett forum där dessa funderingar kunde ventileras och deltagarna upplevde gruppen som en trygg zon där de kunde uttrycka tankar och känslor (Argyle & Bolton 2005). I Maats (1997) utvärdering kring immigrerade ungdomars erfarenhet av bildterapi i grupp ersatte känslor av samhörighet och gemenskap som värvades i gruppen den tidigare isoleringen som ungdomarna förknippade med immigreringen till ett nytt land. Ungdomarna fann ett stöd i varandra och uttryckte också en ökad förståelse för sig själva och för varandra (Maat 1997). Studier visar alltså att det utanförskap som kvinnorna i denna studie upplever även upplevs av andra gruppmedlemmar samt att gruppsammanhanget har en positiv verkan på utanförskapet genom att liknande erfarenheter delas av andra i gruppen.

6.2.3. Från beroende till oberoende

Gruppen som "frizon" kan problematiseras i Freires termer om *förtryck* och *medvetandegörande*. Freire menar att människor måste bli medvetna om förtrycket. Han menar att de förtryckta samtidigt är förtryckta och sina egna förtryckare- eftersom de har gjort förtryckarnas medvetande och verklighetsuppfattning till sin egen (Askheim 2007). Dialogen är den viktigaste metoden för en frigörande förändring. Freire menar att en insikt i att man inte är ensam om problemet utan att det delas av andra ökar medvetenheten som i sin tur kan leda till handling (Askheim 2007). Detta sker genom en omvandlingsprocess som går från beroende till oberoende i ett nätverk med socialt stöd (Payne 2002). I Gruppen som "frizon" diskuterar kvinnorna erfarenheter med varandra i *dialog*. I dialogen med varandra ökar förståelsen för den egna situationen, vilket jag har redogjort för i den process jag kallar en läro- och medvetandegörandeprocess. Kvinnorna kan börja benämna dessa upplevelser av utanförskap. Jag tolkar "Samhället där ute" i Freires termer som ett förtryck av kvinnorna. Kvinnorna upplever sig stigmatiserade och begränsade i samhället. "Samhället där ute" skapar alltså ett *beroende*. I gruppen som "frizon" kan kvinnorna istället utveckla ett oberoende mot förtrycket. Gruppen som frizon utgör alltså ett *oberoende* av de värderingar och normer som är förtryckande och stigmatiserande. Behandlingsgruppen kan alltså ses som en process av empowerment genom att den normaliserar kvinnornas situation och reducerar upplevelser av stigma (Brunt & Hansson 2005).

6.3. Mobilisering

6.3.1. Gemensamma upplevelser

En central utgångspunkt för den här studien var min nyfikenhet på vad det var som gjorde att kvinnorna valde att träffas efter att behandlingsgruppen på mottagningen avslutades. Det gruppsammanhang som har byggts upp har utifrån de intervjuade kvinnorna blivit något mer än bara en sammansatt behandlingsgrupp. Kvinnorna menar att det i gruppen har formats en gemensam verklighetsuppfattning, de beskriver gruppen som *ett eget väsen, en gemensam historia, ett pussel, där alla är viktiga pusselbitar i en helhet*. Mobilisering syftar till att aktivera och mobilisera mänskliga och materiella resurser. Betydelsen av gemensamma upplevelser är viktig för att förstå hur rörelser växer fram (Starrin 1997). Kvinnornas beskrivningar om att det i gruppen har skapats en gemensam historia, ett pussel, ett eget väsen tolkar jag som ett uttryck för att beskriva de gemensamma

upplevelser som skapats i gruppen. Starrin (1997) menar att gemensamma upplevelser kan förändra en grupp från att vara en grupp som enbart beskrivs utifrån kännetecknen, som t.ex. att vara arbetslös till att vara en grupp där samkänsla och identifikation finns. Gemensamma känslor förändrar en grupp från att vara en *grupp för sig* till att vara en *grupp i sig* (Starrin 1997). Marianne exemplifierar detta när hon talar om att kvinnorna i gruppen utgör en annan slags vänskap än den hon har med sina väninnor. I gruppen kan kvinnorna ventilera tankar och funderingar som har med "jobbiga sjukdomsgrejer att göra" eller myndigheter. På så sätt blir gruppen ett stöd i kvinnornas vardag. Dessa gemensamma upplevelser tolkar jag som faktorer som påverkat kvinnorna att fortsätta träffas i egen regi. Jag tolkar det som att gruppen har utvecklats från att vara en *grupp för sig* till att mobiliseras och bli en *grupp i sig* med gemensamma upplevelser. Andra studier lyfter fram vikten av gemensamma upplevelser, bland annat visar resultat att deltagare i redan existerande självhjälpgrupper som ingick i ett bildprojekt gynnade deltagarnas känsla av att höra samman och gjorde de redan existerande självhjälpgrupperna starkare. I studien fann man även att en viktig alternativ källa till stöd kan komma ifrån sociala grupper i samhället, genom att medlemmar stödjer varandra och det skapas en känsla av gemenskap vilket i sin tur skapar ökade förutsättningar för individerna att kunna handskas med olika problem (Argyle & Bolton 2005). En deltagare i studien uttrycker följande; "This group has been very, very important to my life. I've had quite a lot of traumas over the last few years and if it hadn't been for coming here and getting adult support, I don't think I would be here, really" (Argyle & Bolton 2005). I likhet med Argyle och Boltons (2005) resultat har gruppen blivit ett stöd i kvinnornas vardag, ett stöd som finns kvar även efter att behandlingsgruppen avslutats genom att kvinnorna fortsätter att träffas i egen regi.

6.3.2. Samspel och interaktion

Något jag har observerat i analysen av materialet är hur socialt samspelta kvinnorna är. Ofta använder de sig av samma uttryck för att beskriva vissa händelser eller situationer. Med symbolisk interaktionism kan detta förstås genom utgångspunkten att människor skapar sin verklighet i samspel med varandra (Charon 2006). Man menar att människor har förmågan att ta varandras roller, eller att kunna sätta sig in i hur andra människor tänker och känner. Det kan också beskrivas i termer av vår förmåga att empatisera (Trost & Levin 2004). Vi föreställer oss världen från andras perspektiv och agerar utifrån det. På så sätt vet vi hur man blir vänner, hur man blir del av en grupp, hur man agerar moraliskt och hur man kommunicerar och så vidare (Charon 2006). Jag tolkar kvinnornas interaktion och samspel som ett uttryck för en ökad social förmåga, en ökad förmåga att empatisera med varandra i gruppen. Från att uppleva ambivalens och prestationsångest tolkar jag det som att kvinnorna har erövrat en ökad förmåga till samspel och interaktion då de valt att fortsätta att träffa varandra i egen regi och utbyta erfarenheter. Den sociala förmågan i gruppterapi har uppmärksamats i studier, i en kinesisk studie fann man att deltagarna upplever ett socialt lärande i gruppterapi. I interaktionen med varandra lärde de sig att vara mer delaktiga, och även öka tilliten till varandra. När den sociala förmågan ökade, ökade även kontakten mellan deltagarna vilket resulterade i att flera av dem ökade sitt antal vänner (Luk & Shek 2008). I en kvantitativ studie har man funnit att schizofrena patienter som fick basal kroppskännedom i grupp blev mer socialt aktiva och intresserade av andra människor vilket ledde till att de kontaktade varandra efter behandlingen för att träffas (Roxendal & Winberg 2002). Det finns alltså ett visst stöd för att den ökade sociala förmågan kan leda till en önskan att fortsätta att träffas inom gruppen.

6.3.3. Andra erfarenheter ifrån psykiatrin

Nationell samverkan för psykisk hälsa lyfter fram att det gjorts flera utvecklingsprojekt som belyser brukares erfarenheter av bemötande och inflytande inom psykiatrin. I flera utav utvecklingsprojekten som genomförts under de senaste åren har patient-, brukar-, och anhöriginflytandet fungerat dåligt (Nordén 2008). Vad jag har sett i mitt material stämmer inte riktigt in på den bilden då kvinnorna menar att bemötandet de fått i gruppbehandlingen har varit positivt. Kvinnorna resonerar kring sitt inflytande och upplever att det egna deltagandet och friheten i gruppen har varit viktig. Nordén (2008) menar att brukarens kunskap och erfarenhet måste tas tillvara i större utsträckning och att samhällets insatser för personer med psykisk ohälsa ska motverka utanförskap och inrikta sig på en återhämtning för personer till ett självständigt liv. Vidare menar han att det i dag i stort sett saknas resurser till inflytande som handlar om patientens, brukarens och anhörigas möjligheter att driva egna verksamheter, eller till exempel tidsbegränsade projekt- studiecirklar och självhjälsgrupper som är exempel på bra drivna verksamheter. Han förespråkar ett annat synsätt och menar att dessa verksamheter skulle kunna bli ett viktigt komplement eller alternativ till verksamheter som idag bedrivs av psykiatri, socialtjänsten, försäkringskassan och arbetsförmedlingen (Nordén 2008). Som jag funnit i denna studie, så utgör behandlingsgruppen en "frizon" där kvinnorna kan diskutera tidigare erfarenheter och hjälpa varandra inför kommande situationer liknande en självhjälsgrupp som bygger på ömsesidig hjälp (Andresen 2002). Behandlingsgruppen fungerar även mobiliserande och främjar ett aktivt deltagande. Jag anser att kropp och bildgruppen visar en möjlighet till att lösa den paradox som långtidssjukskrivning många gånger innebär. I kropp och bildgruppen har kvinnornas syn på arbete omdefinierats. Från att vara en belastning blir arbetet en tillgång. Yrkesarbete kan alltså bli något positivt som långtidssjukskrivna kvinnor längtar till **om** de först får utrymme att mobilisera sina resurser **och** arbetslivet sedan medger samma handlingsutrymme. Jag ställer mig därför frågande till Nordéns erfarenheter av psykiatrin; Är kropp och bildgruppen ett undantag inom psykiatrin? Och i så fall kan kropp och bildgruppen vara ett intressant exempel på det synsätt och arbetssätt som Nordén förespråkar?

6.4. Kapitelsammanfattning och reflektion

Syftet med detta kapitel har varit att förstå de resultat jag har fått fram ur mitt material med hjälp av teorierna empowerment och symbolisk interaktionism samt tidigare forskning inom området. De resultat jag funnit i denna studie stämmer väl överens med de syften gruppledarna hade med behandlingsgruppen. Gruppledarnas syfte med behandlingsgruppen har varit att uppmuntra kvinnorna till att hitta egna behov och önskemål samt att öka deras självbild och självkänsla. Jag anser att detta syfte stämmer överens med den läro- och medvetandegörande process som jag funnit i studien. Läro- och medvetandegörande processen har inneburit ett *perspektivbyte* för kvinnorna under terapin genom att de *omdefinierar* sin syn på dem själva till att idag identifiera sig med ett "subjekt", som en aktivt handlande person med makt och möjligheter. Ett annat mål hos gruppledarna har även varit den sociala träningen det innebär att vara i en grupp. Jag har i denna studie funnit att kvinnorna inte bara tränar sin sociala förmåga utan gruppen blir också ett viktigt socialt stöd för kvinnorna i deras vardag. Gruppen blir även en "frizon" där kvinnorna kan uttrycka sig fritt utan att behöva oroa sig för att bli stämplade. Flera resultat i denna studie stöds av tidigare forskning. Bland annat visar tidigare studier hur skapandet i grupp leder till en ökad insikt och medvetenhet (Luk & Shek 2008, Maat 1997) Tidigare studier visar även att andra behandlingsgrupper har en positiv inverkan på känslor av utanförskap hos gruppmedlemmar (Argyle & Bolton 2005, Maat

1997) precis som i kropp och bildgruppen. Forskning visar också att sociala grupper kan vara en viktig källa till stöd i samhället (Argyle & Bolton 2005). Tidigare studier visar att bemötande och inflytande inom psykiatrin har fungerat dåligt (Nordén 2008). Denna studie bidrar med en annan bild. Kropp och bildgruppen visar en möjlighet till att lösa den paradox som långtidssjukskrivning många gånger innebär.

7. Slutsatser

I detta avslutande kapitel sammanfattas studiens viktigaste resultat med fokus på de grundläggande och återkommande teman som finns i materialet. Studiens övergripande syfte är att undersöka långtidssjukskrivna kvinnors upplevelser och erfarenheter av bildterapi och basal kroppskänedom i grupp inom öppenpsykiatri. Undersökningens frågeställningar är; *Vilken innebörd har behandlingsmodellen haft för kvinnorna under arbetet i gruppen och vilken innebörd har den idag? Vilken betydelse har gruppen haft för kvinnorna? samt Vad var det som gjorde att kvinnorna valde/motiverades till att träffas i egen regi?* Nedan presenteras studiens slutsatser utifrån centrala teman som i tur ordning svarar på mina frågeställningar.

7.1. En läro- och medvetandegörande process

Kvinnorna i denna studie har på olika sätt varit utsatta för påfrestningar i form av fysisk eller psykisk våld eller orimliga krav ifrån arbetslivet som de menar har varit orsak till långtidssjukskrivningarna. De talar om att ha varit avskärmade från kropp och emotioner då gruppbehandlingen inleddes. Genom samspelet mellan kroppen, bilden och gruppen har kvinnorna börjat en utvecklingsprocess som jag kallar en *läro- och medvetandegörande process*.

Arbetet med den egna kroppen i terapin har för kvinnorna inneburit en erövrad kontakt med sig själva och sina emotioner. De har kunnat återknyta kontakten med sig själva och *vågat känna* smärta och värk. Den erövrade kontakten med kroppen har även inneburit en ökad förmåga att förhålla sig till den egna viljan och de egna gränserna vilket kvinnorna menar att det inte gjorde tidigare. Arbetet med bilden i terapin har inneburit ett verktyg för kvinnorna genom att de i bilden kan jobba med sig själva och sitt sätt att se på sig själva. Bilden har fungerat som en spegel. De andra kvinnorna i gruppen har spelat en stor roll för den här läro- och medvetandegörande processen, genom att de har hjälpt till att tolka varandras bilder vilket har lett till en *insikt* om den egna problematiken.

Läro- och medvetandegörande processen har inneburit ett *perspektivbyte* för kvinnorna under terapin genom att de *omdefinierar* sin syn på sig själva. Innan och under terapin identifierade sig kvinnorna med ett passivt "objekt" som utsätts för handlingar och åtgärder. Genom de lärande och medvetandegörande som behandlingsmodellen innebar omdefinierar kvinnorna sin syn på sig själva till att idag identifiera sig med ett "subjekt", som en aktivt handlande person med makt och möjligheter.

Behandlingsmodellen har också inneburit ett ökat inflytande till viktiga områden i det egna livet och ett *ökat handlingsutrymme* vilket har gjort kvinnorna mera delaktiga i samhället. Denna utveckling kan förstås som en process av empowerment på en individuell nivå.

7.2. Gruppen som "frizon"

Även om behandlingsinnehållet, det vill säga bildterapi och den basala kroppskänedom är viktig, tyder mycket på att den sociala samvaron i gruppen har minst lika stor betydelse för kvinnorna. Det har formats ett gemensamt *gruppsvar* i gruppen som motiverar kvinnorna att komma till gruppträffarna även fast det känns jobbigt ibland. Gruppen betyder även ett ömsesidigt stöd för kvinnorna. Genom att få berätta och ta del av de andras berättelser kan kvinnorna finna ett stöd i att

de inte är ensamma om sina problem, vilket stöds av tidigare forskning av andra behandlingsgrupper (Argyle & Bolton 2005, Luk & Shek 2008, Maat 1997).

Kvinnorna berättar om känslor av utanförskap och stigmatisering från "samhället där ute". De menar att de känner sig utanför den sociala gemenskapen och känner sig begränsade i samhället genom att de inte kan uttrycka sig hur som helst för att inte avvika från normen. Gruppen får betydelsen av en "frizon" där kvinnorna kan uttrycka sig fritt utan att behöva oro sig för att bli stämplade. I gruppen har kvinnorna utvecklat ett *oberoende* från de normer och värderingar som upplevs stigmatiserande. Det har istället skapats en "ny norm" i gruppen. Gruppen kan ses som en process av empowerment genom att den normaliserar kvinnornas situation och reducerar upplevelser av stigma.

7.3. Mobilisering

Kropp och bildgruppen bestod av sex kvinnor sammanlagt. När behandlingsgruppen avslutades efter tre terminer valde fyra kvinnor att fortsätta träffas i egen regi.

Den ursprungliga behandlingsgruppen har utvecklats till att bli ett viktigt stöd för kvinnorna som sträcker sig utöver behandlingens syfte. En *mobilisering* av gruppen har skett. Genom gemensamma upplevelser har gruppen utvecklats till att bli en *grupp i sig* med samkänsla och identifikation. Kvinnorna menar att de valde att fortsätta att träffas för att kunna prata om funderingar och tankar kring sjukdomar och myndigheter. I gruppen mobiliseras alltså kvinnornas resurser och det finns ett *ömsesidigt hjälpande* som liknar en självhjälpsgrupp.

7.3.1. En ny syn på arbete

Tidigare studier visar att bemötande och inflytande inom psykiatri har fungerat dåligt (Nordén 2008). Denna studie bidrar till en annan bild. Kropp och bildgruppen visar en möjlighet till att lösa den paradox som långtidssjukskrivning många gånger innebär; *Att en för snabb återgång till arbete för sjukskrivna kan innebära försämrad hälsa samtidigt som det är bevisat att arbete är viktigt för hälsan* ([SOS] 2009, Nordén 2008). I kropp och bildgruppen har kvinnornas syn på arbete omdefinierats. Från att vara en belastning blir arbetet en tillgång. Yrkesarbete kan alltså bli något positivt som långtidssjukskrivna kvinnor längtar till **om** de först får utrymme att mobilisera sina resurser **och** arbetslivet sedan medger samma handlingsutrymme. Nordén (2008) efterfrågar en psykiatri som tar tillvara brukarens kunskaper och erfarenhet i större utsträckning och att samhällets insatser ska motverka utanförskap och inrikta sig på en återhämtning. Han efterfrågar även ett annat synsätt som ser tidsbegränsade projekt- studiecirkel och självhjälpsgrupper som ett viktigt komplement eller alternativ till verksamheter som bedrivs av t.ex. psykiatri och socialtjänst (Nordén 2008). Jag anser att det som denna behandlingsgrupp inneburit för kvinnorna i studien, är det synsätt och arbetssätt som Nordén efterfrågar (se sid. 10). Därför skulle kropp och bildgruppen kunna vara ett intressant exempel på det synsätt och arbetssätt som Nordén efterlyser.

7.4. Vidare forskning

Som jag redogjort för tidigare så visar studier att arbete är viktigt för vår hälsa (Nordén 2008). Samtidigt visar Socialstyrelsens folkhälsorapport (2009) en negativ bild när det gäller utvecklingen av vår arbetsförmåga och det psykiska välbefinnandet sedan 1980- talet. Som socionom tror jag att detta fält kommer att bli om än viktigare under flera år framöver då utvecklingen ser ut som den gör.

Samtidigt behövs det mer forskning som belyser samband mellan arbete och hälsa, samt nya behandlingsmetoder som kan finna nya lösningar. Den här studien visar att långtidssjukskrivnas förhållningssätt till arbete kan ändras. Studien visar även att kropp och bildgruppen innebär ett viktigt stöd i samhället för dessa långtidssjukskrivna kvinnor. Men det saknas mer forskning som belyser olika aspekter av detta område. Jag anser att fler kvalitativa studier behöver göras för att kunna illustrera långtidssjukskrivnas situation. Jag skulle även vilja se fler studier som undersöker bildterapi och den basala kroppskännedomens användningsområde. Detta har det forskats på men dock i liten utsträckning i Sverige. Det vore intressant med fler kvalitativa studier på området som utforskar vad brukare upplever för skillnad mellan samtalsterapi och skapande terapier eller icke verbal psykoterapi. Jag efterfrågar även en långsiktig studie som följer utvecklingen i en grupp liknande kropp och bildgruppen genom både observationer och intervjuer, först då går det att svara på den långsiktiga innebörden av kropp och bild i grupp för långtidssjukskrivna kvinnor.

Referenslista

- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2008): *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. (2 uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Andresen, R. & Berglund, S. (red.) (2002): *Sociala nätverk, grupper och organisationer: praktiskt arbete och teoretisk reflexion*. Stockholm: Natur och kultur.
- Argyle, E., Bolton, G. (2005): Art in the community for potentially vulnerable mental health groups, *Health Education*, Vol. 105 Iss: 5, pp.340 – 354.
- Askheim, O.P. & Starrin, B. (red.) (2007): *Empowerment i teori och praktik*. (1. uppl.) Malmö: Gleerup.
- Bengtsson, F. (2003): *Vägen vidare: om utbrändhet som en möjlighet*. Örebro: Cordia.
- Berg, L.E., Boglind, A., Leissner, T., Månsson, P., Värnlund, H. (1975): *Medvetandets sociologi. En introduktion till symbolisk interaktionism*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Brunt, D. & Hansson, L. (red.) (2005): *Att leva med psykiska funktionshinder: livssituation och effektiva vård- och stödinsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Carle, J. (2006): *Socialpsykologi: bakgrund, teorier och perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Charon, J.M. (2006): *Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration*. (9. ed.) Upper Saddle River, N.J: Pearson Education.
- Egberg Thyme, K. (2008): *What do you see? studies on time-limited psychodynamic art psychotherapy*. Doktorsavhandling, Umeå universitet, Institutionen för Klinisk vetenskap.
- Englund, B. (red.) (2004): *Skapande och kroppsbaserade komplementära terapier*. Lund: Studentlitteratur
- Forsberg, E., Hagquist, C. & Starrin, B. (red.) (1997): *Frigörande kraft: empowerment som modell i skola, omsorg och arbetsliv*. Stockholm: Gothia.
- Grönlund, E., Alm, A. & Hammarlund, I. (red.) (1999): *Konstnärliga terapier: bild, dans och musik i den läkande processen*. Stockholm: Natur och kultur.
- Gyllenstam, AL., Gard, G. (2008): Om kroppsmedvetande och kroppsuppfattning. *Fysioterapi* nr 10/2008.
- Hertting, A. & Samuelsson, J. (red.) (2000): *Smärta och trötthet: ohälsa i tiden: en utmaning för primärvård, skolhälsovård och företagshälsovård*. Lund: Studentlitteratur.
- Hewitt, J. P. (1981): *Jaget och samhället. Socialpsykologi ur den symboliska interaktionismens perspektiv*. Stockholm: Wahlström & Widstrand
- Hinshaw, S.P. (2007): *The mark of shame [Elektronisk resurs] stigma of mental illness and an agenda for change*. Oxford: Oxford University Press.

Institutet för basal kroppskänedom [IBK].
Hämtad 2010-10-07 från www.ibk.se

Jacobsen, B. (2000): *Existensens psykologi: en introduktion*. Stockholm: Natur och kultur.

Jeanneau, M. (2003): *Kvinnors psykiska ohälsa i aktuell svensk forskning*. Rapport 2003:3, Samhällsmedicin: Enheten för psykisk hälsa.

Konarski, K. & Theorell, T. (red.) (1998): *När orden inte räcker: läkning av psykosomatisk sjukdom genom terapeutiskt arbete med musik, dans, bild och psykodrama*. Stockholm: Natur och kultur i samarbete med Statens institut för psykosocial miljömedicin.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009): *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Körlin, D., Nybäck, K. & Goldberg, F. (2000): Creative arts groups in psychiatric care – development and evaluation of a treatment alternative. *Nordic Journal of Psychiatry*, Vol. 54, no 5, pp 333-340.

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

Luk, A., & Shek, D. (2008): The experiences and perceived changes of Chinese ex-mental patients attending a holistic psychiatric rehabilitation programme: a qualitative study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 15(6), 447-457.

Ljung, M. (2010): Så fungerar det nya sjukförsäkringssystemet. *Ekonomifakta*, 10/05.
Hämtad 2010-11-15, från
<http://www.ekonomifakta.se/sv/Artiklar/2010/Maj/Sa-fungerar-det-nya-sjukforsakringsystemet/>

Løken, K.H. (2007): "Svaga röster ska också höras". I Askheim, O.P. & Starrin, B. (red.) (2007). *Empowerment i teori och praktik*. (1. uppl.) Malmö: Gleerup.

Löfgren, I. (2009): Läkare kritisk till nya sjukregler. *Göteborgsposten*, 09/12/09.
Hämtad 2010-11-15 från
<http://www.gp.se/ekonomi/1.267416-lakare-kritisk-till-nya-sjukregler>

Maat, M. (1997): A group art therapy experience for immigrant adolescents. *American Journal of Art Therapy*, 36(1), 11.

Monti, D. A., Peterson, C., Shakin Kunkel, E. J., Hauck, W. W., Pequignot, E., Rhodes, L., et al. (2006). A randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 363-373. Hämtad 2010-11-07 från
<http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00034970> samt
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.988/abstract>

Nordén, H. (2008): *Kunskap att hämta: brukarmedverkan för en bättre psykiatri*. (1. uppl.) Stockholm: Gothia.

Payne, M. (2002): *Modern teoribildning i socialt arbete*. Stockholm: Natur och kultur.

Patel, R. & Davidson, B. (2003): *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2009): *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (7th ed.) Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Rosberg S. (2000): *Kropp varande och mening i ett sjukgymnastiskt perspektiv*. Avhandling Göteborg Universitet, Department of Social Work.

Roxendal, G. & Winberg, A. (2002): *Levande människa: basal kroppskänedom för rörelse och vila*. Stockholm: Natur och kultur.

Rutan, J.S., Stone, W.N. & Shay, J.J. (2007): *Psychodynamic group psychotherapy*. (4th ed.) New York: Guilford Press.

Starrin, B. (1997): Empowerment som tankemodell. I Forsberg, E., Hagquist, C. & Starrin, B. (red.). *Frigörande kraft: empowerment som modell i skola, omsorg och arbetsliv*. Stockholm: Gothia.

Sivik, T (2004): Vad är psykosomatisk medicin? *Svensk Neuropsykologi*. 1/04.

Svenska Riksförbundet för Bildterapeuter: [SRBt].
Hämtad 2010-10-07 från <http://www.bildterapi.se/start.html>

Socialstyrelsen (2009): *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
Hämtad 2010-11-10 från
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf

Thomassen, M. (2007): *Vetenskap, kunskap och praxis: introduktion till vetenskapsfilosofi*. (1. uppl.) Malmö: Gleerups utbildning.

Trost, J. & Levin, I. (2004): *Att förstå vardagen: med ett symbolisk interaktionistiskt perspektiv*. (3. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Umeå Universitet (2009): *Arbetsterapi, Magisterprogrammet i bildterapi 60 hp*: Umeå Universitet.
Info hämtad 2011-01-16 från <http://www.umu.se/utbildning/program-kurser/program/?code=VABIL>

Vetenskapsrådet (2010).
Info hämtad 2010-12-10 från www.vr.se

Vuxenpsykiatri Dalarna (2010): *Rörelse- musik och bildenheten*: Landstinget Dalarna.
info hämtad 2010-10-07 från http://www.ltdalarna.se/templates/Base____630.aspx

Westerlund, H. (2007): Det finns bruk för alla. I Askheim, O.P. & Starrin, B. (red.) (2007). *Empowerment i teori och praktik*. (1. uppl.) Malmö: Gleerup.

Widerberg, K. (2002): *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

Öster, I. (2007): *Bildterapi vid bröstcancer. Kvinnors berättelser i ord och bild*. Doktorsavhandling, Umeå universitet, Institutionen för omvårdnad.

Bilaga 1. Bilder målade i bildterapi.

Bild 1.



Bild 2.

Bilaga 2. Intervjuguide

FRÅGOR TILL BILDTERAPEUTEN OCH SJUKGYMNASTEN.

Inledning³

Hur känns det att vara här?

Syftet med studien

Etiska aspekter; påpeka att det inte är ett samarbete med öppen psykiatri.

Anonymitet och konfidentialitet

Delaktighet; få emailadress för att kunna skicka materialet för godkännande

Frivillighet

Får jag banda? Rätt att avbryta när som helst, stoppa intervjun, bandspelaren osv.

Bakgrund

Utbildning, ålder, yrke.

Kan du berätta kort om din yrkesmässiga bakgrund?

Hur länge har du arbetat med bildterapi/ kroppskännedom?

Hur länge inom öppenpsykiatri?

Forskningsfråga 1. Vilken innebörd har behandlingsmodellen haft för kvinnorna under arbetet i gruppen och vilken innebörd har den idag?

Hur startade idén om en kombination av kroppskännedom och bildterapi? Vilken var idén?

Info: **upplägg, tidsaspekt, antal deltagare.**

Hur länge pågick gruppen?

Hur valdes deltagarna ut till gruppen?

Fick nya medlemmar starta, hur gick det till? När "stängdes" gruppen?

Beskriv metoden, **hur går arbetet till** under en terapissession? Hur strukturerade är samtalen, bildteman osv?

Brukarmedverkan; har deltagarna fått komma med egna idéer och tankar kring gruppens **arbete och upplägg?**

Vilken är **din roll** som terapeut i gruppen?

Vad tycker du är **bra med** just **denna kombination** av kropp och bild som behandlingsmodell? Vad kan bli bättre?

Kan du berätta om en lektion som har varit i bildterapi/kroppskännedom, vad ni har gjort, vilka teman ni arbetat med för att illustrera metoden och hur ni har arbetat.

Forskningsfråga 2. Vilken betydelse har gruppen haft för kvinnorna?

Fanns det någon tanke med **antalet 6 deltagare?**

Vad upplever du som **positiv/negativt** med att arbeta i **grupp?**

Vilken **betydelse tror du gruppen fick för deltagarna?**

Vilken **skillnad** tror du det hade blivit om de **ensam** gått i bildterapi/kroppskännedom?

³ Inledningen är inspirerad av Ninni Carlssons intervjuguide i hennes avhandling Avslöjandets tid (2009).

Forskningsfråga 3. Vad var det som gjorde att kvinnorna valde/ motiverades till att fortsätta i egen regi?

Hur ser du på deltagarnas utveckling från början till slut? På vilket sätt har de utvecklats? Vilka har enligt dig varit centrala områden inom vilka de utvecklats?

Fundera en stund; Vill du **berätta om en händelse** i terapin **som du tror har betytt mycket för deltagarna?**

Vad tror du motiverade deltagarna till att fortsätta att träffas efter terapin var avslutad?

FRÅGOR TILL INFORMANTERNA

Inledning

Hur känns det att vara här?

Syftet med studien...

Intervjun

Etiska aspekter- påpeka att det inte är ett samarbete med öppen psykiatri.

Anonymitet och konfidentialitet

Delaktighet- få emailadress för att kunna skicka materialet för godkännande

Frivillighet

Får jag banda? Rätt att avbryta när som helst, stoppa intervjun, bandspelaren.

Bakgrund

Hur gammal är du?

Bor du ensam eller tillsammans med någon?

Har du barn?

Vilket är ditt yrke, sysselsättning/försörjning för närvarande?

Forskningsfråga 1. Vilken innebörd har behandlingsmodellen haft för kvinnorna under arbetet i gruppen och vilken innebörd har den idag?

Vad innebär det för dig att jobba med både kropp och bild?

Hur tycker du att detta upplägg har varit? Vad har varit **bra**, vad har varit **mindre bra**?

*Vad var **det som gjorde att du valde att gå med** i denna kropp- bildgrupp?

eller varför tror du att du blev tillfrågad att delta.

Fundera en stund; Vad ser du som **fördelar/ nackdelar** med **behandlingsmodellen/upplägget?**

Vad i mötena upplevde du som **mest givande**? På vilket sätt har du nytta av det idag?

Har du uppmanats till att komma med egna idéer och vara med och **påverka innehållet och upplägget?**

Om ja, Vågade/kände du att du kunde det?

Om ja, vad tror du det var som gjorde att du vågade?

Om inte, vad hindrade dig tror du?

Forskningsfråga 2. Vilken betydelse har gruppen haft för kvinnorna?

Vad har de andra deltagarna betytt för dig?

På vilket sätt?

Hur påverkade det dig?

Vad betyder det idag?

Frågor till bilden.

Vill du ta med en bild som har betytt mycket för dig och samtala kring den?

Får jag fotografera den och använda den i uppsatsen?

Vill du berätta om tillfället när du målade bilden?

Varför blev det just den bilden då?

Varför valde du att ta med just den bilden idag?

På vilket sätt har du arbetat med den i bildgruppen?

Hur inverkade gruppen på bilden och hur upplevde du det?

**Forskningsfråga 3. Vad var det som gjorde att kvinnorna valde/
motiverades till att fortsätta i egen regi?**

Fundera en stund över; en **viktig händelse/ situation för dig i terapin**. Berätta om den.

Vad var det som hände, vad kände du?

Vad innebar den för dig?

Har du valt att **fortsätta att träffas** i grupp och arbeta med bilder och kroppskännedom på egen hand?

Vad var det som gjorde att du valde/inte valde att fortsätta?

Avslutning

Emailadress för att kunna mejla eventuellt material att ta med i uppsatsen.

Hur känns det nu, när vi pratat om detta? Något som har stört dig? Ledsen, trött, glad?

Bilaga 3. Information och samtyckesbrev



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för socialt arbete

INTERVJUPERSONER SÖKES TILL EN C-UPPSATS!

Har du egen erfarenhet av kroppskännedom och bildterapi i grupp?

Jag heter Linda Thorsell och är socionomstuderande på Göteborgs universitet. Jag håller på att skriva en C-uppsats som handlar om kroppskännedom och bildterapi. ***Syftet med studien är att lyfta fram klientens perspektiv och upplevelser av att arbeta med "kropp - och bild" i grupp.*** För att samla in material till min uppsats så söker jag dig som har gått i "kropp - och bildgrupp" på öppenspsykiatrisk mottagning i (ortnamnet är borttaget) och är intresserad av att bli intervjuad.

Hur går det till?

Vi kommer att träffas enskilt för en längre intervju, som beräknas ta ungefär en och en halv timme, vid ett tillfälle. Intervjuerna kommer att äga rum under oktober. ***Det är helt frivilligt att delta och du kan när som helst välja att dra tillbaka ditt samtycke eller välja att inte svara på alla frågor. Du har rätt att självständigt bestämma hur länge och på vilka villkor du vill delta. Ditt deltagande är anonymt och du får givetvis läsa det jag skriver och kommentera.*** Informationen kan komma att bli avslöjande för andra

medlemmar inom den egna "kropp - och bildgruppen" eftersom gruppen är så liten. Med ditt samtycke så kommer intervjuerna att spelas in på band för att jag lättare ska kunna bearbeta materialet. Det inspelade intervjuerna kommer efter uppsatsen att förstöras.

Vad händer med berättelserna sedan?

Jag kommer att aidentifiera och sammanställa berättelserna och sedan presentera en bild av dem i uppsatsen. ***Jag tycker det är viktigt att andra får ta del av dessa berättelser och jag hoppas att det kan öka intresset för kroppskännedom och bildterapi, samt att det kan öppna upp för vidare forskning inom området.*** Uppsatsen kommer sedan att finnas i Göteborgs Universitets arkiv och på uppsatsdatabaser på internet.

Om du vill ge ditt samtycke till en intervju kan du meddela mig via email, eller på telefon. Meddela mig gärna så snart som möjligt, så bokar vi in en tid för intervju.

Med vänliga hälsningar,

Linda Thorsell, socionomstuderande, Göteborgs universitet.

Handledare: Ninni Carlsson, universitetslektor, Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.