

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

Kön och sysselsättning i relation till psykisk ohälsa
-
en studie av patienter på utbildningsklinik

Hanna Baaz

Examensarbete 30 hp
Psykologprogrammet
Höstterminen 2014

Handledare:
Angelica Hagsand

Kön och sysselsättning i relation till psykisk ohälsa

-

en studie av patienter på utbildningsklinik

Studiens syfte var att undersöka hur kön och sysselsättning påverkar patienters psykiska mående samt förbättring efter genomförd kognitiv beteendeterapeutisk eller psykodynamisk behandling. N = 1620 deltog i undersökningen (369 män och 1251 kvinnor). Patienternas mående mätt med skalorna Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM) och Symptom Checklist-90 (SCL-90) analyserades före och efter behandling. Sysselsättning hade en liten påverkan på måendet innan behandling. Kvinnor i båda grupperna skattade högre än män på faktorn Välmående i CORE-OM före behandling och män i KBT-gruppen skattade högre än kvinnor på CORE-OM efter behandling. I övrigt fanns det ingen relation mellan kön och psykiskt mående innan behandling eller procentuell förbättring efter behandling. Överlag förbättrades patienterna signifikant efter behandling. Utvärderingen av arbetet vid Psykologiska institutionen resulterar i ett gott omdöme gällande utbildningskliniken och den psykoterapeutiska behandling som utförs.

Psykisk ohälsa var 2004 den tredje största bidragande orsaken till sjukdomsantalet i världen och är idag en av de vanligaste orsakerna till sjukskrivning (WHO, 2008). Antalet sjukfall relaterade till psykisk ohälsa ökar sedan 2009 (Försäkringskassan och Finansdepartementet, refererade till i AFA Försäkring, 2013). Depressionssjukdomar och ångestsyndrom är två av de vanligaste typerna av psykisk ohälsa vars förekomst också ökar (SBU, 2004; SBU, 2005). I samma takt som förekomsten av psykisk ohälsa ökar så ökar även kraven på sjukvårdens kapacitet. Majoriteten av de individer som tar emot sjukvård för ångestsyndrom och depressionssjukdomar behandlas inom primärvården (SBU, 2004; SBU 2005). Trots detta finns det idag fortfarande inte tillgång till en psykolog på alla vårdcentraler. På de vårdcentraler där psykologisk behandling erbjuds är den ofta tidsbegränsad vilket leder till att alla patienter inte får den hjälp de behöver. Här fyller utbildningskliniker på psykologutbildningar runt om i landet en viktig funktion då de tar emot många patienter i behov av hjälp. Utbildningskliniken på Psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet tar emot ca 400 patienter per år och adderas övriga universitets verksamheter i landet rör det sig om tusentals patienter. Studier har kunnat visa på en måttlig effekt av psykoterapeutisk behandling utförd av psykologstudenter (Dennhag, Ybrandt & Armelius, 2011; Neikter, 2011; Ryum, Stiles & Vogel, 2007). En utvärdering av det psykoterapeutiska arbetet på utbildningskliniken vid Göteborgs universitet visade att behandlingen hade en måttlig positiv effekt på patienternas mående. Dubbelt så många patienter av de patienter som fick kognitiv beteendeterapi (KBT) var arbetslösa jämfört med de patienter som fick psykodynamisk terapi (PDT) (Neikter, 2011). Även andelen studerande var större i PDT-gruppen än i KBT-gruppen. Den samlade mängden forskning inom kring psykoterapier vid utbildningskliniker är dock fortfarande liten. Att göra jämförelser med studier utförda i bland annat USA kan vara problematiskt menar Ryum m.fl. (2007) vars studie är utförd i Norge. Detta eftersom studenter som utövar psykoterapi i USA ofta har en

annan typ av akademisk bakgrund än exempelvis norska eller svenska studenter. Därför behövs fler studier av det psykoterapeutiska arbetet vid utbildningskliniker i Sverige. Att utvärdera denna typ av arbete är viktigt av två anledningar, dels för att garantera studenterna bästa möjliga utbildning men framförallt för att säkerställa att patienter erbjuds bästa möjliga behandling. Syftet med denna studie är därför att undersöka hur patienterna på utbildningskliniken mår, både innan och efter behandling. Uppsatsen ämnar undersöka hur relationen mellan patienternas sysselsättning och mående innan behandling samt mellan kön, mående och procentuell förbättring efter avslutad behandling ser ut.

Vid en given tidpunkt beräknas 4-10 % av den vuxna befolkningen lida av en depressionssjukdom (SBU, 2004) och var fjärde individ beräknas någon gång under sitt liv lida av ett ångestsyndrom (SBU, 2005). Denna ohälsa verkar inte förödande enbart för individen utan även för samhället. Socialstyrelsen uppskattade 2013 att kostnaderna för depressionssjukdomar uppsteg till 70 miljarder kronor på ett år. Faktorer som arbetslöshet och att vara kvinna predicerar risken för psykisk ohälsa (AFA försäkring, 2013; SBU, 2004). Psykisk ohälsa kan komma som en direkt följd av arbetslöshet men arbetslöshet kan också komma som en följd av psykisk ohälsa. Det senare alternativet benämns som ”*selektionseffekter*”, d.v.s. att personer som innehar någon form av ohälsa i större grad än friska selekteras till arbetslöshet på grund av sin ohälsa. Dessa båda effekter kan vara verksamma samtidigt och därmed skapa ett dubbelriktat samband mellan psykisk ohälsa och arbetslöshet. Arbetslöshet ökar även risken för en individ att dö i förtid. En undersökning av sambanden mellan specifika dödsorsaker och arbetslöshet i 27 EU-länder visade att det fanns samband mellan ökad arbetslöshet och ökade antal mord, självmord och alkoholrelaterade dödsfall (Falkstedt & Hemmingsson, 2011). Sambandet mellan arbetslöshet och psykisk ohälsa är större för unga vuxna än för vuxna och för kvinnor än för män. För män finns dock ett samband mellan psykisk ohälsa och högre alkoholkonsumtion. Kvinnor, som dessutom är förvärvsarbetare i lägre grad än män, löper dubbelt så hög risk att drabbas av depressionssjukdomar som män (Folkhälsomyndigheten, 2013; SCB, 2012). Även förekomsten av ångest och ångestsyndrom är högre hos kvinnor än hos män (Alonso m.fl., 2004; Kessler m.fl., 2005; SCB, 2012). Sjukdomsförlopp och symtom kan se olika ut för män och kvinnor vad gäller depression och ångest (Kuehner, 2003; SBU, 2005). Det finns även forskning som visat på att kvinnor uppvisar högre poäng än män på instrument som mäter psykisk ohälsa. Bertakis m.fl. (2001) fann i sin studie att kvinnor skattade högre än män på Becks Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961), ett självskattningsformulär som mäter symtom på depression. Även vad gäller självskattningsskalan Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM; Evans m.fl., 2002) har skillnader mellan hur män och kvinnor skattat kunnat påvisas. Både den engelska (Evans m.fl., 2002), den svenska (Elfström m.fl., 2013) och den italienska (Palmieri m.fl., 2009) valideringen av skalan har funnit skillnader mellan könen i riktningen att kvinnor har ett högre totalvärde än män vilket betyder att kvinnor oftare mår sämre än män. Dessa skillnader mellan könen har bland annat lett till att CORE-OM manualen innehåller olika *cut-off* värden som skiljer mellan en icke-klinisk och klinisk population för män respektive kvinnor. Könsskillnader förekommer även på domänen Risker, som fångar upp risk för en individ att skada sig själv eller andra och Välmående, som omfattar den affektiva kvalitén i en individs liv. Den svenska (Elfström m.fl., 2013) valideringen av skalan fann att män skattade högre än kvinnor på domänen Risker, vilket styrkes av den norska valideringen (Skre, m.fl., 2013) som också påvisade att kvinnor skattade högre

än män på domänen Välmående. I den svenska valideringen av självskattningsskalan The symptom checklist-90 (SCL-90: Derogatis, 1974) som också är en skala som mäter psykisk ohälsa, fann Fridell, Cesarec, Johanson och Thoren (2002) att kvinnor hade högre poäng än män.

Potentiella orsaker till skillnader i psykisk ohälsa

Sambandet mellan arbetslöshet och psykisk ohälsa har förklarats med hjälp av olika faktorer. En klassisk teori för förståelse av vad arbetslöshet kan betyda för individen är Jahodas teori som beskriver arbetets manifesta och latent funktioner (Jahoda, refererad till i Aronsson, m.fl., 2012). Med manifesta funktioner avses exempelvis lön eller arbetsmiljö. Latenta funktioner syftar på socialpsykologiska aspekter subjektiva för individen. Exempel på sådana är det sociala kontaktnät som arbetskolligor kan utgöra, känsla av status och identitet i kraft av yrkesrollen, den struktur som arbetsdagen leder till samt känslan av att ha ett mål att arbeta emot gemensamt med andra. Jahoda menade att det är förlusten av både manifesta och latent funktioner i samspel som orsakar negativa effekter på individens hälsa vid arbetslöshet. Minskad inkomst leder till minskade möjligheter att delta i sociala sammanhang i samhället och brist på struktur och rutiner i vardagen gör att den arbetslöse får en förändrad dygnsrytm i relation till icke-arbetslösa. Förlust av dessa faktorer i kombination med varandra kan exempelvis leda till att den arbetslöse blir socialt isolerad och känner sig utanför (Aronsson, m.fl., 2012). I en kunskapsöversikt om arbetslöshet och hälsokonsekvenser av Arbetsmiljöverket återkommer många av de faktorer som Jahoda belyser. Bland annat poängteras i rapporten att relativ fattigdom jämfört med andra snarare än faktisk tillgång till förnödenheter är något som kan påverka den arbetslöse negativt. Relativ fattigdom kan göra det svårt för den arbetslöse att delta i sociala sammanhang som hen normalt brukar delta i. I förlängningen kan detta leda till isolering, stress och utanförskap som påverkar den psykiska hälsan negativt. Vidare framhåller rapporten, i likhet med Jahoda, att en yrkesroll även kan innehålla status, möjlighet till identitetskapande och ett socialt sammanhang för individen. Förlust av sådana faktorer kan leda till känslor av skam, skuld och stigmatisering. Den arbetslöse kan också komma att sakna en känsla av kontroll och självbestämmande som kommer av att ha ett arbete och som visat sig vara viktiga faktorer för psykisk hälsa (Falkstedt & Hemmingsson, 2011).

En annan faktor som står i samband med skillnader i psykisk ohälsa är kön. I korthet kan kön betraktas som den biologiska aspekten av en individs kön (Brannon, 1996). Flera biologiska faktorer har undersökts i syfte att förklara könsskillnader i psykisk ohälsa (t.ex. genetik). Forskning kring sambandet mellan genetik och psykisk ohälsa har visat att genetik kan stå för så mycket som en tredjedel av könsskillnaderna inom förekomsten av ångestsyndrom (McLean & Anderson, 2009). Vad gäller depression existerar en måttlig genetisk faktor (Hyde, Mezulis & Abrahamson, 2008.) Kvinnor har visat sig i högre grad än män ha en genetisk koppling till vissa stressmekanismer än män, något som nämns en möjlig genetisk orsak till könsskillnader i förekomsten av depression. Dessutom har forskning påvisat att genen som kodar för upptagningen av signalsubstansen serotonin i hjärnan har ett samband med sannolikheten att drabbas av depressiva symtom efter att ha blivit utsatt för stress. Individer med en kortare variant av denna gen har lägre nivåer av serotonin i kroppen och löper större risk att drabbas av depression efter att ha blivit utsatta för stress. Denna effekt var signifikant för kvinnor men inte för män (Hammen, Brennan,

Keenan-Miller, Hazel & Najman, 2010). Annan forskning tyder på att samma genetiska faktorer svarar för en stor del av män och kvinnors depressionssjukdom och konstaterar att mer forskning i ämnet behövs (Kuehner, 2003).

En annan biologisk faktor som föreslagits ha effekt på könsskillnaderna i psykisk ohälsa är hormoner (Kuehner, 2003; McLean & Anderson, 2009). Könsskillnader inom depression uppstår ofta när flickor når puberteten (Kuehner, 2003) och det finns forskning som funnit ett direkt samband mellan flickors förhöjda nivåer av könshormonet östrogen och negativ affekt. Förhöjda nivåer av ångest förekommer i samband med menstruation, graviditet och första perioden efter en förlossning. Dessa perioder är enligt viss forskning förknippade med stora hormonskiftningar gällande kortisol och östrogen hos kvinnor (MacLean & Anderson, 2009). MacLean och Anderson (2009) påpekar dock att det på grund av denna forsknings bristande kvalitet samt det faktum att pubertet, graviditet och barnafödelse är händelser förknippade med både mycket positiv och negativ stress är svårt att koppla dessa fynd till hormonella förändringar. Studier inriktade på manligt könshormon har funnit att testosteron upp till en viss punkt kan ha positiva effekter på mäns psykiska mående. Samtidigt har psykosocial forskning funnit att testosteron ökar förekomsten av bland annat anti-socialt beteende och risktagande hos män, beteenden som i sin tur har ett positivt samband med depression (Booth, Johnson & Granger, 1999). Ett kurvlinjärt samband mellan förekomsten av depression och testosteron hos män har påträffats. Fynd visade att ökade halter av testosteron hos män vars testosteronhalter redan var höga ökade risken för depression vid frånvaro av skyddsfaktorer som sysselsättning eller äktenskap. Detta samband försvann dock vid kontroll för anti-socialt beteende och risktagande (Booth, Johnson & Granger, 1999). I linje med dessa fynd menar Kuehner (2003) att det finns svagt stöd för ett direkt samband mellan könshormoner och depression och pekar på forskning som tyder på att hormonella förändringar i samspel med sociala faktorer står för större del av variansen än enbart hormoner.

Som en motvikt till de biologiska faktorerna som tros påverka könsskillnader inom psykisk ohälsa har olika sociala faktorer belysts med samma syfte. En faktor som föreslagits stå i samband med könsskillnader inom psykisk ohälsa är potentiellt traumatiska händelser. Överlag drabbas män i högre utsträckning än kvinnor av trauman. Kvinnor löper dock större risk än män att drabbas av våldtäkt, våldtäktsförsök och våld i hemmet. Dessa händelser är mer traumatiserande och leder oftare än andra typer av trauman till ångestsyndrom (McLean & Anderson, 2009). Sexuella övergrepp under barndomen är också en faktor som står i samband med depression (Kuehner, 2003). En sådan faktor, som även flickor löper större risk att utsättas för än pojkar, har visat sig påverka stressreaktioner negativt. Kvinnor löper dessutom högre risk att drabbas av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), en reaktion på trauma med symtom som irritabilitet, koncentrationssvårigheter, sömnproblem och plötsliga minnesbilder (eng. *flashbacks*) (McLean & Anderson, 2009; SBU, 2005).

En annan social faktor som tros ha påverkan på psykisk ohälsa är roller knutna till ett visst genus. Genus betecknar de beteenden och egenskaper som individen själv och andra anser vara passande för ett kön (Brannon, 1996). Enligt social inlärningsteori är könsstereotyp beteende förknippat till en genusroll ett av många beteenden som små barn lär sig genom bestraffning, förstärkning och modellinlärning (Brannon, 1996). Redan från födseln gör många föräldrar skillnad på flickor och pojkar, redan vid två års ålder kan barn visa prov könsstereotyp beteende (Brannon, 1996). Ett exempel på könsstereotyp beteende är uttryckandet av känslor, som anses vara typiskt kvinnligt (Fischer, 1998). Flickor exponeras tidigt i större grad än pojkar

för prat om känslor och föräldrar pratar mer om ledsenhet med flickor än med pojkar. Vidare uppvisar föräldrar mer känslor inför flickor än pojkar men de pratar mer om ilska och förakt med pojkar än flickor (Fischer, 1998). Kvinnor rapporterar att de är mer bekväma att diskutera sina känslor med andra och de söker i högre grad än män hjälp för psykiska problem (Piccinelli & Wilkinson, 2000). Studier har visat att det är lättare att läsa av kvinnors känslor, det är *sättet* att uttrycka känslor som skiljer sig mellan män och kvinnor snarare än *förekomsten* av en specifik känsla (Brannon, 1996; Fischer, 1998). De traditionella genusrollerna föreskriver framförallt uttryckandet av känslor som rädsla, nedstämdhet och ångest till kvinnor, medan män anses vara mer utåtagerande och aggressiva (Fischer, 1998). Forskning tyder på att genusroller utvecklade genom socialisering är en betydande faktor exempelvis för symtom på ångest (McLean & Anderson, 2009). Det argumenteras för att de traditionella genusrollerna återspeglas även i rådande diagnossystem. Kritik riktas mot diagnossystemen som hävdas favorisera klassiskt kvinnliga symtom på depression, som nedstämdhet och oförmåga att känna njutning eller tillfredsställelse (Kuehner, 2003). Detta skulle i betydelse att diagnossystemen är snedvridna vad gäller kön och således bättre på att fånga upp kvinnor än män som lider av depressionssjukdomar. Enligt Rutz (2001) pekar rådande forskning på att män och kvinnor uppvisar olika symtom i sin depressionssjukdom. Typiska manliga symtom beskrivs som irritabilitet, låg tolerans för stress, anti-socialt beteende, aggression och låg impuls kontroll (Rutz, 2001). Förekomsten av dessa symtom, som tycks vara motsatsen till de typiskt kvinnliga ger stöd för kritiken mot rådande diagnossystems snedvridning i förhållande till stereotypa genusroller.

Genusrollers betydelse för psykisk ohälsa har diskuterats vidare av forskare som menar att de sociala roller som är knuta till den kvinnliga könsrollen på grund av ofta förekommande rollkonflikter innehåller större stress och mer krav än vad som innefattas av den manliga könsrollen (Brannon, 1996; Pilkington & Lenaghan, 1998). Ett exempel på detta är en kvinna som både är mamma och förvärvsarbete, två ansträngda roller som i konflikt med varandra kan leda till en överbelastning och stressreaktioner (däribland depression). Överbelastning av roller har visat sig ha ett starkt samband med kvinnors psykiska hälsa, till och med ett starkare samband än faktorer som inkomst, civilstatus och grad av sysselsättning (Glynn, MacLean, Forte & Cohen, 2009). I en studie intervjuades 70 kvinnor avseende rollkonflikter, stress och psykisk hälsa (Reid & LeDrew, 2013). Många kvinnor framhöll utmaningen att balansera betalt och obetalt arbete och krav på arbetet med de krav som deras familjeroll innebar som stora orsaker till stress och som påverkade deras psykiska hälsa negativt. I en rapport från SCB (2012) framgår också att svenska kvinnor i högre grad än män utför obetalt arbete. Denna typ av rollkonflikter är enligt vissa en konsekvens av de senaste decenniernas utveckling mot samhällen där allt fler hushåll utgörs av två löntagare (Aronsson, m.fl., 2012; Komarovskiy 1982, Baber & Monaghan, 1988, båda refererade till i Brannon, 1996).

Diagnostisering och behandling av psykisk ohälsa

I takt med att förekomsten av och kunskapen om psykisk ohälsa ökat har även de diagnostiska verktyg som används för att definiera olika former av psykisk ohälsa utvecklats. Idag används framförallt två diagnossystem för att diagnostisera psykisk ohälsa; International Classification of Diseases 10 (ICD-10) samt Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV). ICD-10 är utarbetat av

världshälsoorganisationen (World Health Organization: WHO, 1992) och DSM-IV av amerikanska psykiatriska föreningen (American Psychiatric Association: APA, 2000). Då psykisk ohälsa, framförallt depressionssjukdomar och ångestsyndrom, idag är vanligt förekommande finns det även utarbetade underlag för vilken typ av behandling som ger effekt och rekommenderas vid dessa tillstånd. Socialstyrelsen (2010) rekommenderar exempelvis någon form av psykologisk behandling, vanligen kognitiv beteendeterapi (KBT), interpersonell psykoterapi (IPT) eller i vissa fall psykodynamisk korttidsterapi. KBT, beteendeterapi och kognitiv terapi har visat mest omfattande effekt i behandling av depression, påvisad effekt finns även för IPT och till viss del psykodynamisk korttidsterapi (SBU, 2004). KBT är ett samlingsbegrepp för psykoterapier med olika mycket fokus på beteende och kognitioner. Gemensamt är att behandlingen är centrerad kring ett samarbete mellan patient och terapeut. Detta samarbete är centrerat kring att undersöka och modifiera de tankar och beteenden som kan anses vara knutna till patientens problematik. Fokus ligger på vad som sker här och nu (Armelius, 2005). Fokus för psykodynamisk psykoterapi är centrerat kring tanken att patientens lidande kommer av omedvetna psykiska konflikter som genom terapeutens tolkningar kan tydliggöras. På så sätt får patienten en möjlighet att bli medveten om dessa inre konflikter och därmed bearbeta dem. Psykodynamisk terapi fokuseras till stor del på dåtid (Armelius, 2005). De av Socialstyrelsen rekommenderade psykologiska behandlingarna anses lämpliga för lindriga eller måttliga fall av egentlig depression och ångestsyndrom hos vuxna i lika hög grad eller högre grad än läkemedel som selektiva serotoninupptagningshämmare (SSRI) eller tricykliska antidepressiva läkemedel (TCA) (SBU, 2004).

Könsskillnader i psykoterapi

Då forskning visat att sysselsättning och kön kan påverka förekomsten av psykisk ohälsa blir frågan om huruvida exempelvis kön kan påverka en psykoterapeutisk behandling relevant. *Psychological mindedness*, från början ett begrepp som använts inom psykodynamisk och psykoanalytisk teori, beskriver förmågor som patienter väl lämpade för psykoterapi innehar. Dessa förmågor, som visat sig förekomma i högre grad hos kvinnor än hos män, utgörs i korthet av att kunna identifiera känslor, tankar och beteenden, att kunna integrera dem med varandra och att ha en vilja till introspektion (Shill & Lumley, 2002). Shill och Lumley (2002) fann att kvinnor framförallt hade en större tilltro till fördelarna av att diskutera sina problem och var mer intresserade av mekanismerna bakom sitt beteende. Dessa resultat går i linje med forskning som funnit att flickor i mellan- och högstadiet i högre grad än pojkar uppvisade psykologisk självinsikt (Hatcher, Hatcher, Berlin, Okla och Richards, 1990, refererade till i Shill och Lumley, 2002). Förmågan till ”psykologisk självinsikt” har visat sig påverka resultatet av psykoterapi (Conte m.fl. 1990; Piper, Joyce, McCallum & Azim, 1998).

Det finns studier som funnit att kvinnor gynnas mer av psykoterapeutisk behandling än män (Kirshner, Genack & Hauser, 1978; Spek, Nyklicek, Cuijpers & Pop, 2008). Sådana skillnader har förklarats vara en konsekvens av att kvinnor är mottagligare och öppnare för att beröra interpersonellt och affektivt material (Medelsohn och Rankin, refererad till i Kirshner, m.fl., 1978). Forskning har också påvisat att kvinnor i högre grad än män uppskattade att de hade förbättrats inom olika områden relaterade till deras psykiska hälsa som ett resultat av psykoterapeutisk behandling (Kirshner m.fl., 1978). Kvinnor som i en studie genomgått dynamisk

psykoterapi uppskattade att de dragit större nytta av terapin än vad män som genomgått samma typ av terapi uppskattade att de hade gjort (Jones och Zoppel, 1982). Nyare forskning som undersökt äldre vuxna födda mellan 1930 och 1955 visar att kvinnor uppvisade större grad av förbättring än män efter avslutad KBT-behandling, via internet och i gruppformat (Spek, m.fl., 2008). Det finns även forskning som ej funnit några skillnader mellan könen i behandlingsresultat och dessa studier är i dagsläget betydligt fler än de som lyckats påvisa könsskillnader. I en metastudie med syfte att sammanfatta vad forskningen funnit om könsskillnader gällande resultatet av psykologiska behandlingar (främst KBT och IPT) av depression sammanfattas 15 forskningsartiklar. Det sammantagna resultatet av dessa studier tyder inte på att något av könen förbättras mer än det andra efter avslutad psykologisk behandling för depression. De få studier som visade på en fördel för ena könet motsades av studier vars resultat visade på det motsatta förhållandet. Flera studier fann dessutom inte någon skillnad mellan könen (Parker, Blanch & Crawford, 2011). En studie som undersökte 251 kvinnor och män som genomgått individuell eller gruppbaserad KBT-behandling fann inte heller några skillnader mellan män och kvinnor vad gäller förbättring efter avslutad behandling. De kunde dessutom inte påvisa skillnader mellan könen avseende mående innan eller efter behandling eller gällande förbättring efter behandling (Watson & Nathan, 2008). De studier som inte funnit några könsskillnader i behandlingsresultat delar inte sällan ett och samma problem: de saknar tillräcklig power för att kunna upptäcka signifikanta könsskillnader om sådana existerar. Avsaknaden av power beror generellt på två saker: 1) antingen så har undersökningspersonerna inte kunnat randomiseras till olika terapiinriktningar eller 2) så har antalet deltagare i studierna varit för få (Ogrodniczuk, Piper, Joyce & McCallum, 2001; Watson & Nathan, 2008). Trots detta faktum finns det studier som misslyckats med att finna könsskillnader inom behandlingsresultat trots tillräcklig power vilket ifrågasätter huruvida sådana könsskillnader existerar.

Forskning har alltså kunnat konstatera att faktorer som sysselsättning och kön påverkar den psykiska hälsan. Dessa samband har förklarats med hjälp av psykosociala och biologiska modeller. Studier kring psykoterapi vid utbildningskliniker och vilka faktorer som påverkar behandlingars resultat är dock sällsynt. Huruvida något av könen gynnas mer än det andra av psykoterapeutisk behandling har inte på ett entydigt vis lyckats fastslås. Dock är studier utförda inom området få till antalet och innehar ofta bristande metodologiska egenskaper. Forskning har dessutom funnit att kvinnor i högre grad än män uppvisar egenskaper som är fördel i en psykoterapeutisk process. Således är frågan om huruvida kvinnor gynnas mer än män av psykoterapeutisk behandling relevant att ställa. Sammanfattningsvis saknas kunskap om patienter på utbildningskliniker, hur deras mående påverkas av deras sysselsättning och kön, samt om det finns skillnader mellan könen i resultat av behandling. Detta är områden som föreliggande uppsats ämnar undersöka närmare.

Syfte och hypoteser

Med ovan sammanställda forskning som bakgrund ämnar uppsatsen resultera i en beskrivande och hypotesprövande undersökning rörande patienter på Psykologiska institutionens utbildningsklinik vid Göteborgs universitet. Studiens avser att undersöka hur patienterna på utbildningskliniken mår innan och efter behandling samt huruvida deras mående innan behandling beror på deras kön och grad av

sysselsättning. Påverkan av patienternas kön på deras psykiska mående efter behandling undersöks också. Slutligen ämnar uppsatsen även undersöka om det föreligger någon könsskillnad vad gäller resultat och procentuell förbättring efter genomförd behandling. Syftet med uppsatsen är inte att på något sätt jämföra grupperna KBT och PDT. En sådan jämförelse är ej genomförbar då patienterna ej randomiserats till de olika behandlingsformerna eftersom de tilldelades terapiformer beroende av deras problematik.

Hypoteserna som prövas är grundade i tidigare forskning som visat att arbetslöshet predicerar psykisk ohälsa och att kvinnor oftare mår psykisk dåligt än män (Falkstedt & Hemminsson, 2011; SBU, 2004; SBU, 2005). Kvinnor skattar högre än män på skalor som mäter psykisk ohälsa (Bertakis m.fl., 2001; Fridell, m.fl., 2002; Elfström m.fl., 2013; Skre m.fl., 2013) men de uppvisar också större procentuell förbättring än män efter avslutad psykoterapeutisk behandling, (Jones & Zoppel, 1982; Kirshner, m.fl., 1978; Spek, Nyklicek, Cuijpers & Pop, 2008). Skillnader mellan kvinnor och män har också kunnat påvisas i hur de skattar på skalan CORE-OM gällande faktorerna Risker och Välmående, (Elfström m.fl. 2013; Evans m.fl., 2002; Skre m.fl., 2013). Hypoteserna lyder:

Hypotes 1 avser undersöka relationen mellan kön och antal individer drabbade av psykisk ohälsa *innan* behandling. Prediktionen är att det finns fler kvinnor än män i KBT respektive PDT-gruppen.

Hypotes 2 avser undersöka relationen mellan kön och grad av psykisk ohälsa (i absoluta termer) mätt med CORE-OM samt SCL-90 *innan* behandling. Prediktionen är att kvinnor skattar högre poäng på de båda skalorna än män i KBT respektive PDT-gruppen.

Hypotes 3 avser undersöka relationen mellan kön och grad av psykisk ohälsa (i absoluta termer) mätt med domänen Välmående på skalan CORE-OM *innan* behandling. Prediktionen är att kvinnor skattar högre poäng än män på domänen i KBT respektive PDT-gruppen.

Hypotes 4 avser undersöka relationen mellan kön och grad av psykisk ohälsa (i absoluta termer) mätt med domänen Risker på skalan CORE-OM *innan* behandling. Prediktionen är att män skattar högre poäng än kvinnor på domänen i KBT respektive PDT-gruppen.

Hypotes 5 avser undersöka relationen mellan sysselsättning och grad av psykisk ohälsa (i absoluta termer) mätt med CORE-OM samt SCL-90 *innan* behandling. Prediktionen är att individer med låg sysselsättningsgrad skattar högre poäng på de båda skalorna än de med hög sysselsättningsgrad i KBT respektive PDT-gruppen.

Hypotes 6 avser undersöka relationen mellan behandling över tid och patienternas psykiska mående mätt med CORE-OM samt SCL-90. Prediktionen är att patienter skattar signifikant förbättrat mående på de båda skalorna *efter* behandling i KBT respektive PDT-gruppen.

Hypotes 7 avser undersöka relationen mellan kön och procentuell förbättring av psykiskt mående mätt med CORE-OM samt SCL-90 *efter* behandling. Prediktionen är att kvinnor uppvisar större procentuell förbättring (trots lägre grad av psykisk hälsa i absoluta termer) av sitt psykiska mående än män mätt med de båda skalorna i KBT respektive PDT-gruppen.

Hypotes 8 avser undersöka relationen mellan kön och grad av psykisk ohälsa (i absoluta termer) mätt med CORE-OM samt SCL-90 *efter* behandling. Prediktionen är att kvinnor skattar högre poäng än män i KBT respektive PDT-gruppen.

Metod

Deltagare

Deltagarna bestod av $N = 1620$ personer som mellan juni 2009 och maj 2013 påbörjade psykoterapeutisk behandling på utbildningskliniken vid Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet och fyllde i förmätning eller för- och eftermätning. Sammanlagt fyllde $N = 1620$ personer i förmätning varav $N = 611$ (37,7 %) fyllde i eftermätningen. Vad gäller domänen Risker i CORE-OM skattade deltagarna båda grupperna ($m = 0.16-0.20$) under cut-off värdet för en klinisk population, kvinnorna i KBT-gruppen skattade strax under cut-off värdet ($m = 1.23$) för hela CORE-OM och alla deltagare i båda grupperna skattade under cut-off värdena för GSI i SCL-90 ($md = 0.98-1.02$). Således motsvarade urvalet inte en klinisk population helt och hållet. Detaljerade bakgrundsuppgifter för deltagarna presenteras i tabell 1.

Tabell 1

Bakgrundsuppgifter för KBT respektive PDT-gruppen. Data presenteras som procent för samtliga variabler utom ålder som presenteras som medelvärde \pm standardavvikelse.

	KBT			PDT		
	Män N=209	Kvinnor N=690	Totalt N=899	Män N=147	Kvinnor N=522	Totalt N= 669
Ålder	34.35 ± 10.37	35.08 ± 12.04	34.93 ± 11.69	32.55 ± 8.44	32.73 ± 9.1	32.69 ± 8.95
Civilstatus						
Gift	19.4	23.9	23	19.7	13.4	14.7
Skild	2.3	4.9		4.7	8	7.3
Ogift	41.6	36.3	37.9	46.9	47.1	47.1
Änka/Änkling	3.3	6.2	5.5	0	2.8	2.2
Sambo	30.6	28.2	28.8	25.8	27.9	27.5
Utbildning						
Grundskola/ gymnasium	44.7	34.3	36.7	34.2	28.3	29.5
Universitet/ högskola	54.8	64.7	62.4	65.7	70.8	69.6
Huvudsaklig sysselsättning						
Förvärvs- arbetande	67.5	60.4	62	68.3	66.6	67
Studier	24.4	26.4	25.9	25.1	26.5	26.2
Arbetsökande/ sjukskriven/ sjukpensionär	7.9	9.6	9.2	6.4	4.7	5.1
Vård av barn	0	3.5	2.7	0	2	1.5
Tidigare sökt hjälp för psykiska besvär	58.8	64.4	63.1	61.9	73.3	75.4
Tar medicin för psykiska besvär	33	28.8	29.8	20.5	23.2	22.5

Mätinstrument

CORE-OM (Evans m.fl., 2002) är en självskattningsskala bestående av 34 påståenden uppdelade på fyra domäner; Problem, Fungerande, Risker och Välbefinnande. Instrumentet mäter patienternas upplevelse av sin psykiska hälsa under den senaste veckan och rekommenderas användas innan och efter psykoterapi för att mäta ett brett spektrum av symtom på psykisk ohälsa. Påståendena besvaras med fem olika svarsalternativ (Aldrig, Sällan, Då och då, Ofta, Nästan hela tiden). Exempel på påstående som patienterna får svara på i de olika domänerna är ”*Jag har haft panikkänslor eller varit skräckslagen*” (Problem), ”*Jag har känt mig ensam och isolerad*” (Fungerande), ”*Jag har känt mig överväldigad av mina problem*” (Välbefinnande) eller ”*Jag har haft tankar på att skada mig själv*” (Risker). Ju högre poäng en individ skattar, ju sämre är dess psykiska hälsa. Den svenska valideringen av CORE-OM (Elfström m.fl., 2013) bekräftar att skalan är känslig för förändring efter behandling och innehar hög validitet samt hög intern reliabilitet ($\alpha = .73-.94$) för både den kliniska och icke-kliniska gruppen. Baserat på den svenska normeringen av skalan är cut-off värdena som skiljer mellan en icke-klinisk och klinisk population på domänen Välmående 1.67 för kvinnor och 1.53 för män. På domänen Risker är cut-off värdet 0.20 för kvinnor och 0.26 för män och på totalpoängen är det 1.26 för kvinnor och 1.20 för män (Elfström m.fl., 2013).

SCL-90 (Derogatis, 1974) är en självskattningsskala bestående av 90 frågor avsedda att fånga upp individens upplevelse av sitt psykiska mående under senaste veckan. Skalan kan användas vid screening av patienter men även som utvärdering efter avslutad behandling. Skalans frågor är uppdelade på nio diagnostiska subskalor. Somatisering berör kroppsliga obehag, Obsessiv-kompulsivitet omfattar en känsla av att vara tvungen att tänka vissa tankar eller utföra vissa handlingar och Interpersonell sensitivitet fångar upp överkänslighet för omgivningen. Depression berör nedstämdhet, Ångest innefattar känslor av starkt obehag och panik och Fientlighet aggressivitet mot andra. Slutligen berör Fobisk ångest undvikande, Paranoidt tänkande står för känslor av att vara förföljd eller hotad och Psykoticism karaktäriserar ett splittrat och förvirrat sätt att tänka. De nio subskalorna ingår i sin tur i tre index: Generell psykisk besvärnivå (GSI), Positivt symtomstömningsindex (PSDI), som omfattar djupet av de upplevda besvären samt totala antalet Positiva symtom (PST). Skalan har hög reliabilitet på subskalorna ($\alpha = .75 - .91$) samt för den sammantagna skalan vad gäller icke-klinisk ($\alpha = .97$) klinisk population ($\alpha = .98$). Även validiteten är hög och skalan kan användas för att skilja mellan kliniska och icke-kliniska grupper (Fridell m.fl., 2002). Inom en klinisk population är jämförelsevärdet på GSI 1.21 för kvinnor och 1.02 för män. Inom en icke-klinisk population är jämförelsevärdet för kvinnor på GSI 0.49 för kvinnor och 0.32 för män (Fridell m.fl., 2002).

Tillvägagångssätt

Patienterna sökte psykoterapi på utbildningskliniken vid Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet genom att fylla i ett formulär på institutionens hemsida (www.psy.gu.se) där de bland annat fick önska val av terapiform och kort beskriva sin problematik. Ansökningarna behandlades sedan av psykologer och psykoterapeuter som arbetar på utbildningskliniken och som utifrån den information patienterna angett i sina ansökningar gjorde ett första urval. Patienterna kallades

sedan till ett första bedömningsamtal där utbildningsklinikens psykologer fattade beslut kring huruvida patientens problematik lämpade sig för utbildningskliniken samt vilken terapiform som lämpade sig bäst för patienten baserat på patientens problematik och egna önskemål. De patienter som på grund av bland annat för svår problematik ej ansågs vara lämpliga för behandling på utbildningskliniken hänvisades till andra vårdinstanser. De patienter som bedömdes lämpa sig för behandling på utbildningskliniken fick sedan fylla i förmätningar bestående av skalorna CORE-OM, SCL-90, Health-relevant Personality Inventory (HP5i) (Gustavsson, Jönson, Linder & Weinryb, 2003) och Inventory of Interpersonal Problems (IIP) (Horowitz, Alden, Wiggins, Pincus & Aron, 2002). De fick även fylla i ett formulär med bakgrundsfakta (kön, ålder, civilstånd, utbildning, sysselsättning, medicinintag, tidigare hjälp för psykisk ohälsa). Patienterna tilldelades sedan en studentterapeut som studerade på termin åtta, nio eller tio på psykologprogrammet. De erbjöds tre terapiformer; KBT, PDT och psykodynamisk korttidsterapi (BDT). I denna uppsats analyserades materialet utifrån två grupper, KBT och PDT. I den senare gruppen innefattades både de patienter som gått i PDT och BDT då sättet data var kodat på inte möjliggjorde en distinktion mellan de patienter som gått i PDT respektive BDT-behandling. Behandlingstiden för KBT-patienter varierade mellan ungefär 4 till 15 sessioner. För de personer som ingick i PDT-gruppen varade den korttidspsykodynamiska behandlingen ca 15 sessioner och den längre psykodynamiska behandlingen ungefär 50 sessioner. Vanligtvis inträffade sessionerna en gång i veckan. Studentterapeuterna fick handledning i grupp varannan vecka. Efter avslutad behandling fick patienterna återigen fylla i CORE-OM, SCL-90 HP51, IIP, samt The Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) (Larsen, Attkisson, Hargreaves & Nguyen, 1979) och Working alliance inventory (WAI) (Horvath, 1981).

Undersökningsdesign

Patienternas kön och grad av sysselsättning var oberoende variabler, patienternas skattningar på indexet GSI från skalan SCL-90, deras skattningar på CORE-OM samt på domänerna Välmående och Risker utgjorde de beroende variablerna.

Databearbetning

Materialet var anonymiserat och tillhandahölls av utbildningsklinikens administration. Innan de statistiska analyserna genomfördes kodades materialet till viss del om för att kunna analyseras på adekvat sätt. Svaren på några frågor i CORE-OM vändes så att alla svarsalternativen var kodade på samma sätt och nya variabler för grad av sysselsättning och grad av förändring på CORE-OM samt SCL-90 skapades. De statistiska analyserna av materialet har genomförts med hjälp av SPSS för Mac OS X, version 22 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). En alfanivå på 0.05 användes på samtliga signifikansprövningar, vilket innebar att risken för typ 1 fel var 5%. Psykiskt mående mättes genomgående med instrumenten CORE-OM samt SCL-90. Då data ej uppfyllde kriterierna för parametriska test utfördes genomgående icke-parametriska test. Först testades hypotesen att kvinnor i högre grad än män lider av psykisk ohälsa med hjälp av ett Chi-två test för goodness of fit. Sedan analyserades hypoteserna att kvinnor mår sämre än män samt att individer med låg

sysselsättningsgrad mår sämre än de med hög sysselsättningsgrad innan behandling med Mann Whitney U-test för respektive hypotes. Patienternas svar på huvudsaklig sysselsättning delades här upp i två kategorier: hög respektive låg sysselsättning. Även mellangruppskillnader vad gäller faktorerna Välmående och Risker på skalan CORE-om undersöktes med hjälp av Mann Whitney U-test. Patienternas mående förbättrat över tid undersöktes med Wilcoxon test. Mellangruppskillnader i procentuell förbättring efter behandling undersöktes med Mann Whitney U-test för respektive behandlingsform. Slutligen analyserades även mellangruppskillnader i mående mellan könen efter behandling med hjälp av Mann Whitney U-test. Effektstyrkan r beräknades med formeln $r = Z / \sqrt{N}$ och bedömdes enligt kriterierna $r \leq .03$ är en liten effekt, $r \geq .03$ står för en medelstor effekt och $r \geq .05$ står för en stor effekt (Field, 2009).

Resultat

Kön i relation till antal drabbade av psykisk ohälsa samt grad av psykisk ohälsa innan behandling

Pearsons chi-square (χ^2) visade att andelen kvinnor i respektive behandlingsgrupp var signifikant större än andelen män. I KBT-gruppen fanns 216 (23,4%) män och 707 (76,6 %) kvinnor, $\chi^2(1, N= 923) = 261,193, p < .001$. PDT-gruppen bestod av 153 (21,9 %) män och 544 (78%) kvinnor, $\chi^2 (1, N= 697) = 219,341, p < .001$. Därmed kunde hypotes 1 stödjas.

Relationen mellan kön och mående innan behandling samt skattningar på domänerna Välmående och Risker undersöktes med Mann Whitney U-test för KBT respektive PDT-gruppen (se tabell 2-3). Sammanfattningsvis kunde testerna ej påvisa signifikanta skillnader mellan män och kvinnor i KBT-gruppen vad gäller skattningar på CORE-OM ($U= 68427.50, p= .55$), domänen Risker ($U=71784.50, p=.25$) samt GSI ($U=55941.00, p= .07$) innan behandling. Signifikanta skillnader i PDT-gruppen mellan män och kvinnors skattningar på CORE-OM ($U= 36944.00, p= .70$), domänen Risker ($U= 37364.50, p= .14$) samt GSI ($U=31488.50, p= .26$) innan behandling kunde inte heller påvisas. Vad gäller skattningar på domänen Välmående visade det statistiska testet att det fanns en signifikant skillnad mellan män och kvinnors skattningar i såväl KBT-gruppen ($U=67942.50, p= .03, r= -.06$) som PDT-gruppen ($U=36100.50, p= .04, r= -.07$). Kvinnor skattade signifikant högre än män vilket betyder att de också mådde signifikant sämre vad gäller de symtom som domänen berör. Dessa skillnader mellan män och kvinnor hade små effektstorlekar. Sammanfattningsvis fanns stöd för hypotes 3 men ej för hypotes 2 och 4.

Tabell 2

KBT

Män och kvinnors psykiska mående innan och efter behandling, på domänerna Välmående och Risker samt procentuell förbättring.

	Män <i>Md</i>	Kvinnor <i>Md</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Före behandling					
CORE-OM	1.23	1.23	68427.50	.55	
Välmående	1.50	1.75	67942.50	.03*	-.06
Risker	0.00	0.00	71784.50	.25	
GSI	0.90	0.95	55941.00	.70	
Efter behandling					
CORE-OM	0.83	0.64	7988.00	.01*	-.13
CORE förändring	-0.29	-0.26	8375.00	.41	
GSI	0.43	0.36	8145.50	.11	
GSI förändring	-0.30	-0.33	6288.00	.29	

*= $p < .05$. Män, $N = 185$ (GSI 1), $N = 210$ (CORE-OM 1), $N = 73$ (GSI 2), $N = 74$ (CORE-OM 2). Kvinnor, $N = 616$ (GSI 1), $N = 670$ (CORE-OM 1), $N = 254$ (GSI 2), $N = 266$ (CORE-OM 2).

Tabell 3

PDT

Män och kvinnors psykiska mående innan och efter behandling, på domänerna Välmående och Risker samt procentuell förbättring.

	Män <i>Md</i>	Kvinnor <i>Md</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Före behandling					
CORE-OM	1.31	1.31	36944.00	.70	
Välmående	1.75	1.75	36100.50	.04*	-.07
Risker	0.00	0.00	37364.50	.14	
GSI	0.91	1.00	31488.50	.26	
Efter behandling					
CORE-OM	0.95	0.88	5480.50	.92	
CORE förändring	-0.23	-0.26	4818.00	.63	
GSI	0.54	0.51	5269.50	.78	
GSI förändring	-0.10	-0.25	3972.50	.15	

*= $p < .05$. Män, $N = 141$ (GSI 1), $N = 144$, (CORE-OM 1), $N = 50$ (CORE-OM 2), $N = 51$ (GSI 2). Kvinnor, $N = 476$ (GSI 1), $N = 524$ (CORE-OM 1), $N = 221$ (CORE-OM 2) $N = 212$ (GSI 2).

Sysselsättning i relation till grad av psykisk ohälsa innan behandling

Relationen mellan grad av sysselsättning och psykiskt mående undersöktes med Mann Whitney U-test. Resultatet presenteras i tabell 4. Testet visade på signifikanta skillnader i psykiskt mående mellan individer med hög respektive ($N=481$) låg sysselsättningsgrad ($N=303$) mätt med CORE-OM ($U=61145.50$, $p < .001$, $r = -.16$) och SCL-90 ($U=51371.00$, $p < .001$, $r = -.14$) i KBT-gruppen. Effektstorlekarna var dock små. Däremot kunde ej signifikant skillnad i psykiskt mående mätt med CORE-OM ($U=37592.50$, $p = .15$) eller SCL-90 ($U= 32130.50$, $p = .13$) påvisas mellan individer med hög ($N=405$) och låg sysselsättningsgrad ($N=200$) i PDT-gruppen. Således fanns det stöd för hypotes 5 i KBT-gruppen men ej i PDT-gruppen.

Tabell 4

Grad av sysselsättning i relation till psykisk ohälsa mätt med CORE-OM samt SCL-90 för KBT respektive PDT-gruppen.

	Hög grad av sysselsättning	Låg grad av sysselsättning			
KBT	<i>Md</i>	<i>Md</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
CORE-OM	1.14	1.29	61145.50	< .001*	-.16
GSI	0.78	1.04	51371.00	< .001*	-.14
PDT					
CORE-OM	1.29	1.33	37592.50	.15	
GSI	0.94	1	32130.50	.13	

*= $p < .001$.

Förbättring av psykiskt mående över tid

Patienternas förbättring över tid efter avslutad behandling undersöktes med Wilcoxon matched pairs signed-ranks test som visade att patienterna i KBT-gruppen ($z = -10.46$, $N\text{-ties} = 319$, $p < .001$, $r = -.58$) såväl som PDT-gruppen ($z = -7.94$, $N\text{-ties} = 251$, $p < .001$, $r = -.49$) uppvisade en signifikant förbättring i psykiskt mående mätt med CORE-OM efter avslutad behandling (tabell 5). Även vad gäller psykiskt mående mätt med SCL-90 uppvisade KBT-gruppen ($z = -11.86$, $N\text{-ties} = 286$, $p < .001$, $r = -.69$) samt PDT-gruppen ($z = -9.48$, $N\text{-ties} = 238$, $p < .001$, $r = -.61$) en signifikant förbättring efter avslutad behandling. Effektstorlekarna av dessa förändringar var stora gällande alla betingelser utan förbättring av psykiskt mående mätt med CORE-OM i gruppen PDT där effektstorleken var måttlig. Hypotes 6 kunde därmed stödjas.

Tabell 5

Förbättring av psykiskt mående över tid inom KBT respektive PDT-gruppen. Medianer presenteras för första (1) respektive andra (2) mättillfället.

	1 <i>Md</i>	2 <i>Md</i>	<i>z</i>	<i>N-ties</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
KBT						
CORE-OM	1.23	0.70	-10.46	319	< .001*	-.58
GSI	0.93	0.38	-11.86	286	< .001*	-.69
PDT						
CORE-OM	1.30	0.88	-7.94	251	< .001*	-.49
GSI	0.97	0.51	-9.48	238	< .001*	-.61

*= $p < .001$. KBT: GSI 1, N=801, GSI 2, N= 327, CORE-OM 1 N=880, CORE-OM 2, N= 340. PDT: GSI 1, N= 617, CORE-OM 1, N= 668, GSI 2, N= 263, CORE-OM 2, N= 271.

Kön i relation till grad av psykisk ohälsa samt procentuell förbättring efter behandling

Relationen mellan kön och psykiskt mående efter behandling undersöktes också med Mann Whitney U-test. Inte heller här fanns det en signifikant skillnad mellan män och kvinnors mående i PDT-gruppen mätt med CORE-OM ($U=5480.50$, $p=.92$) samt SCL-90 ($U=269.50$, $p=.78$) eller i KBT-gruppen mätt med SCL-90 ($U=8145.50$, $p=.11$). En signifikant skillnad i KBT-gruppen vad gällde män och kvinnors mående mätt med CORE-OM ($U=7988.00$, $p=.01$, $r=-.13$) påvisades. Män i denna grupp mådde signifikant sämre än kvinnor efter behandling, effektstorleken för denna skillnad var dock liten. Ingen signifikant skillnad mellan män och kvinnor vad gällde procentuell förbättring efter behandling mätt med CORE-OM ($U=8375.00$, $p=.41$) samt SCL-90 ($U=6288.00$, $p=.29$) kunde påvisas i KBT-gruppen. Liknande skillnader mätt med CORE-OM ($U=4818.00$, $p=.62$) eller SCL-90 ($U=3972.50$, $p=.15$) kunde inte heller påvisas i PDT-gruppen. (se tabell 2-3). Stöd fanns därmed ej för hypotes 7 och 8.

Diskussion

Syftet med studien var att beskriva patienterna på Psykologiska institutionens utbildningsklinik vid Göteborgs universitet samt att genom hypotesprövning undersöka deras mående före och efter psykoterapeutisk behandling och huruvida deras mående berodde på deras kön och grad av sysselsättning. Slutligen ämnade uppsatsen även undersöka om det förelåg någon könsskillnad vad gäller resultat i absoluta termer och procentuell förbättring efter genomförd behandling.

Resultatet visade att fler kvinnor än män gick i behandling i båda grupperna vilket var förväntat och stödde hypotes 1. Kön hade ingen betydelse för patienternas psykiska mående innan eller efter behandling i någon av grupperna, vilket inte var förväntat och motsade hypotes 2, 4 och 8. Ett undantag var patienternas mående efter

behandling mätt med CORE-OM i KBT-gruppen. I denna betingelse mådde män signifikant sämre än kvinnor. Kvinnor mådde istället sämre än män mätt med domänen Välmående i CORE-OM i båda grupperna. Sammanfattningsvis kunde hypotesen att kvinnor oftare drabbas av psykisk ohälsa än män (1) samt att kvinnor skattar högre på domänen Välmående i CORE-OM (3) styrkas, effektstorlekarna var dock små. Stöd fanns ej för hypotesen att kvinnor mår sämre än män innan och efter behandling samt att män skattar högre än kvinnor på domänen Risker.

Att andelen kvinnor var markant övervägande andelen män i urvalsgruppen stämmer väl överens med den solida kunskapsbas som ger en liknande bild av hur psykisk ohälsa är fördelat i samhället i stort (SBU, 2004; SBU, 2005). Hypotesen att kön också påverkar graden av symtom på psykisk ohälsa och därmed *hur* dåligt en individ mår har däremot inte en lika övertygande vetenskaplig grund. Forskning pekar dock på att kvinnor i vissa fall uppvisar fler symtom eller högre grad av ohälsa mätt med olika typer av skattningsskalor eller diagnostiska instrument (Bertakis m.fl., 2001; Elfström m.fl., 2013; Evans m.fl., 2002; Skre m.fl., 2013). I föreliggande uppsats mådde kvinnorna i båda behandlingsgrupper sämre än män vad gäller domänen Välmående. Förutom att bekräfta den ställda hypotesen om just domänen Välmående kan detta fynd till viss del också stödja hypotesen att kvinnor uppvisar högre grad av psykisk ohälsa än män. Vid en översikt av totalpoängen på CORE-OM som analyserats i föreliggande uppsats försvinner dock denna skillnad mellan könen i stort sett. Ett undantag är männen i KBT-gruppen som mådde signifikant sämre än kvinnorna efter behandling mätt med CORE-OM. Detta resultat var högst oväntat, då rådande forskning tyder på att kvinnor skattar sin ohälsa som högre än män (Bertakis m.fl., 2001; Cesarec, Johansson & Thoren, 2002; Elfström m.fl., 2013; Skre m.fl., 2013). Det skulle kunna argumenteras för att det faktum att kvinnor utgör majoriteten av dem som drabbas av psykisk ohälsa borde vara sammanknutet med att också kvinnor skattar sin ohälsa som högre än män. Det är inte ett kriterium att de patienter som söker till utbildningskliniken ska uppfylla kriterierna för en specifik diagnos eller ligga över ett visst cut-off värde på någon av bedömningsskalorna. Kvinnor drabbas oftare av psykisk ohälsa än män, vilket tidigare forskning samt resultaten från denna uppsats visar på. Rimligtvis borde en andel av dessa kvinnor också uppfylla kriterierna för en diagnos och därmed skatta högre på skalor som mäter psykisk ohälsa. Eftersom andelen kvinnor som överhuvudtaget drabbas av psykisk ohälsa är större än andelen män, borde också andelen kvinnor som skattar högt på skalor som mäter psykisk ohälsa kunna tänkas vara större.

Att männen i KBT-gruppen mådde sämre än kvinnorna efter behandling skulle kunna ha olika förklaringar. Forskning har visat att kvinnor är mer benägna än män att söka hjälp för psykisk ohälsa (Piccinelli & Wilkinson, 2000), kanske på grund av att hjälpsökande kan tänkas vara mer socialt accepterat inom ramen för den kvinnliga genusrollen än inom den manliga. De män som trotsar genussnormerna och söker hjälp kan delvis tänkas vara män som vars psykiska mående är så pass dåligt att de kan motiveras till normbrytande beteende. Det faktum att männen i KBT-gruppen mådde sämre än kvinnorna efter behandling kan även förklaras av att kvinnor gynnats mer av sin behandling än män, en hypotes som också undersöktes i uppsatsen. Tidigare forskning har funnit stöd både för och emot att kvinnor skulle gynnats mer än män av psykologisk behandling (Jones & Zoppel, 1982; Kirshner, Genack & Hauser, 1978; Spek, Nyklicek, Cuijpers & Pop, 2008; Zlotnick, Elkin & Shea, 1998). Studier som undersökt området är få till antalet och har inte sällan bristfällig power. Trots detta framgår i en metastudie att flertalet av de studier som genomförts inom området inte på ett övertygande vis kunnat peka på att könsskillnader inom behandlingsresultat

faktiskt existerar (Parker, Blanch & Crawford, 2011). Annan forskning har kunnat påvisa att kvinnor uppvisar mer ”psykologisk självinsikt” (eng. *psychological mindedness*), en förmåga som kan anses vara en fördel under psyko-terapeutisk behandling (Conte m.fl., 1990; Piper, m.fl., 1998; Shill och Lumley, 2002). Skillnader mellan könen gällande procentuell förbättring efter behandling kunde dock ej påvisas i någon av grupperna, hypotesen kunde således inte styrkas med hjälp av de test som utfördes.

Anledningen till att de förväntade könsskillnaderna i psykisk ohälsa mer eller mindre uteblev i föreliggande uppsats material kan vara flera. Forskningen som har försökt förklara skillnader mellan män och kvinnor i psykisk ohälsa pekar åt att en kombination av biologiska och psykosociala faktorer ligger till grund för könsskillnader (Booth m.fl., 1999; Kuehner, 2003; McLean & Anderson, 2009). Genusroller, könsstereotyper och andra sociala faktorer kan tänkas vara aspekter av vårt samhälle som är i under förändring och utveckling. Detta framförallt i dagens samhälle i vilket jämställdhet, kön och genus är något som flitigt diskuteras i den offentliga debatten. Kvinnans roll i samhället har gått från att under början av förra seklet framförallt utgöras av obetalt arbete i hemmet och barnuppfostran till att idag i nästa lika hög grad som mannen förvärvsarbeta (Aronsson, m.fl., 2012). Utvecklingen av hur vi uppfattar, pratar om och förstår kön och genus och roller förknippade till dessa begrepp bör rimligtvis även påverka hur dessa faktorer samverkar med psykisk ohälsa och kan komma att förklara varför väntade könsskillnader ej kunde påvisas i föreliggande uppsats material. Samtidigt visar forskning att stora könsskillnader vad gäller exempelvis lön, obetalt arbete och placering på arbetsmarknaden fortfarande föreligger (SCB, 2012). Trots att könsskillnader i grad av psykiskt mående i stort uteblev belyser studien vad som av många anses vara ett vedertaget faktum, att betydligt fler kvinnor än män lider av psykisk ohälsa. Då denna könsskillnad fortsätter vara så tydlig är ett fortsatt könsperspektiv på psyko-terapiforskning viktigt.

För att vidare förstå varför vissa av de väntade könsskillnader ej kunde påvisas i uppsatsen är det nödvändigt att ta hänsyn till huruvida uppsatsens urvalsgrupp skiljer sig från det normmaterial som CORE-OM samt SCL-90 grundar sig på. Vid en jämförelse skattar föreliggande uppsats urvalsgrupp under cut-off värdet för en klinisk population på faktorn Risker i CORE-OM samt under det svenska normeringsvärdet på GSI i SCL-90. Denna skillnad har ej undersökts statistiskt i uppsatsen men kan ändå tänkas signalera att de kliniska normeringsgrupperna mår något sämre än urvalsgruppen. De patienter som söker sig till utbildningskliniken väljs ut efter vissa kriterier där patienter med missbruksproblem, suicidrisk eller som kan tänkas skada sig själv eller andra väljs bort. Detta bekräftas av föreliggande uppsats resultat som visat att deltagarna i båda grupperna uppvisade medianer på 0.00 på domänen Risker. Sannolikheten kan därför tänkas vara stor för att personer som skattar högt på domänen Risker i CORE-OM exkluderas ur patientgruppen redan under bedömningsfasen. En anledning till att den skillnad mellan könen som påvisats i exempelvis det svenska normeringsunderlaget (Elfström m.fl., 2013) ej gick att finna i detta material kan således vara att föreliggande urvalsgrupp inte är jämförbar med normeringsgruppen.

Resultaten visade även att individer med hög grad av sysselsättning mådde signifikant bättre än individer med låg grad av sysselsättning i KBT-gruppen innan behandling och sysselsättningens påverkan på psykiskt mående var liten. Detta resultat går i linje med vad tidigare forskning visat (Falkstedt & Hemmingsson, 2011; SBU, 2004) om sambandet mellan exempelvis arbetslöshet och psykisk ohälsa. Samma signifikanta skillnad mellan individer med hög och låg grad av sysselsättning

kunde dock inte påvisas inom PDT-gruppen. Den beskrivande statistik som presenteras i tabell ett och två visar att KBT och PDT-grupperna skiljde sig åt på två sätt vad gällde variabeln sysselsättning. Andelen förvärvsarbetande patienter var större i PDT-gruppen och andelen arbetslösa patienter var större i KBT-gruppen. Denna skillnad i sysselsättning liknar resultatet av den undersökning av patienterna på utbildningskliniken vid Göteborgs universitet som visade att dubbelt så många patienter var arbetslösa i KBT-gruppen som i PDT-gruppen (Neikter, 2011). Andelen patienter som studerade var också högre i PDT-gruppen. Skillnaderna mellan KBT och PDT-grupperna vad gällde sysselsättning undersöktes ej med hjälp av statistiska analyser i föreliggande uppsats. Trots detta kan de möjligen kasta ljus över det faktum att grad av sysselsättning påverkade det psykiska måendet i KBT-gruppen men inte i PDT-gruppen. Då patienterna ej randomiserats till de olika grupperna är skillnader grupperna emellan inte direkt uppseendeväckande utan bekräftar snarare att patienterna tilldelas behandlingsmetod delvis utifrån typ av problem och personligt önskemål, vilket sannolikt också leder till att grupperna uppvisar olika karaktäristika. Då KBT-behandlingarna var betydligt kortare än PDT-behandlingarna kan möjligtvis individer som känt ett behov av att snabbt lindra sina symtom framförallt sökt sig till denna behandlingsform. Personer med låg sysselsättningsgrad, som på grund av sin ohälsa blivit sjukskrivna eller missgynnats i sitt jobbsökande kan tänkas vara extra benägna att söka en ”snabb” behandling vilket skulle förklara det faktum att det finns fler arbetslösa patienter i KBT-gruppen än i PDT-gruppen.

Slutligen visade testerna att patienter i båda grupperna uppvisade en signifikant förbättring av psykiskt mående mätt med både SCL-90 samt CORE-OM efter behandling. Effektstorlekarna var stora för alla betingelser utom psykiskt mående mätt med CORE-OM i PDT-gruppen där effektstorleken var måttlig. Förhållandevis lite forskning har bedrivits på psykoterapi utförd av studentterapeuter. Resultatet från föreliggande uppsats går dock i linje med forskningen som hittills kunnat påvisa att utförd psykoterapi av studentterapeuter har positiv effekt på patienters psykiska mående (Dennhag, Ybrandt & Armelius, 2011; Neikter, 2011; Ryum, Stiles & Vogel, 2007).

Begränsningar och framtida studier

En av uppsatsens begränsningar är det faktum att materialet ej uppfyllde kraven för normalfördelning och därför endast kunde analyseras med icke-parametriska test. Dessa test har lägre power än parametriska test, vilket betyder att möjligheten att finna en signifikant skillnad mellan grupper om en sådan existerar är mindre. Studiens naturalistiska upplägg betyder också att individerna ej kunnat randomiseras till behandlingsgrupperna och därför skiljer sig storleken på grupperna kvinnor och män mycket åt. Även detta är en faktor som kan tänkas påverka analyserna. Det naturalistiska upplägget leder till fler begränsningar. Dels betyder det att patienterna i stor utsträckning fördelats terapimetod efter personliga önskemål. Detta till skillnad från patienter inom den sedvanliga vården som mer sannolikhet blir tilldelade en viss behandling utifrån läkares eller psykologers bedömningar. Att det på utbildningskliniken tas så pass stor hänsyn till patienternas personliga önskemål i val av behandlingsmetod torde påverka patientens motivation till terapin positivt och därmed också behandlingens resultat. Dessutom har patienternas typ av problematik också påverkat vilken behandling de blivit tilldelade. För att bygga vidare på slutsatsen att psykoterapi på utbildningskliniken ger positiva resultat hade

undersökningar kring vilken typ av problematik i kombination med olika former av behandlingar som ger mest lyckade resultat varit givande. En sådan jämförelse mellan patientgrupperna hade öppnat upp för många intressanta frågeställningar men blir dessvärre omöjlig att göra då patienterna inte randomiserats till de olika grupperna och patienter med olika typer av problem kan ingå i samma grupper.

Ytterligare en begränsning var att antalet patienter som ej fyllde i eftermätningar var relativt stort. En andel av det består med största sannolikhet av patienter som av olika orsaker avslutat sin behandling i förtid. Således kan de patienter som väljer att genomföra behandlingen tänkas vara mer motiverade och samarbetsvilliga vilket sannolikt påverkar resultatet av behandlingarna positivt. Forskning kring dessa patienter vore givande av flera anledningar och bör vara ett framtida fokus för vidare utvärderingar av arbetet vid utbildningskliniken. På så sätt kan det skapas en bild av varför så pass många patienter hoppar av behandlingen i förtid. En sådan förståelse leder förhoppningsvis till att kvalitén på behandlingen förbättras för patienterna. Genom att förfina urvalsprocessen av patienter så att rätt typ patienter antas till utbildningskliniken är det dessutom sannolikt att färre patienter behöver genomgå vad som kan tänkas vara en påfrestande process av att påbörja en behandling som sedan avslutas i förtid. Dessutom kan undervisningsvärdet för studenterna tänkas öka.

Utbildningsklinikens omfattande databas utgör en stor tillgång i form av forskningsunderlag och det finns flera tänkbara frågeställningar för den framtida forskningen. Denna uppsats har fokuserat på sysselsättning och kön utifrån patienten. En intressant vinkel hade varit att också forska kring hur terapeutens kön påverkar behandlingsresultat. Forskning som undersökt detta ämne har funnit stöd både för och emot hypotesen att terapeutens kön påverkar resultatet av psykoterapi (Bowman, Scogin, Floyd & McKendree-Smith, 2001; Jones, Krupnick & Kerig, 1978; Kirshner m.fl. 1978;). Studierna som undersökt detta område är dock få till antalet och så pass gamla att deras resultat möjligen inte kan appliceras i vårt samhälle.

Sammanfattningsvis bidrar uppsatsen med slutsatsen att den psykoterapi som utförs på utbildningskliniken vid Göteborgs universitet signifikant bidrar till patienters psykiska välmående. Behandlingens positiva påverkan bekräftar att den verksamhet som bedrivs på utbildningskliniken vid Göteborgs universitet håller hög kvalitet både vad gäller behandling och utbildning.

Referenser

- Afa Försäkring. (2013). *Psykisk ohälsa*. (Afa Försäkring, 2013).
- Alonso, J., Angermeyer, J., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T., Bryson, H., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J., Katz, S., Kessler, R., Kovess, V., Lépine, J., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L., & Vilagut, G. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the Europeans of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 21-27.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. text rev.). Washington, DC. doi: 10.1176/appi.books.9780890423349
- Armeliuss, B. Å. (2005). Psykoterapi. I P. Hwang, I. Lundberg, J. Rönnberg & A. C. Smedler (red:er), *Vår tids psykologi* (ss. 321-346). Stockholm: Natur och Kultur.

- Aronsson, G., Hellgren, J., Isaksson, K., Johansson, G., Sverke, M & Torbiörn, I. (2012). *Arbets- & organisationspsykologi. Individ och organisation i samspel*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Bertakis, K., Helms, J., Callahan, E., Azari, R., Leigh, P., & Robbins, J. (2001). Patient gender differences in the diagnosis of depression in primary care. *Journal of Women's Health and Gender-based Medicine*, 7, 689-698. doi:
- Booth, A., Johnson, D., & Granger, D. (1999). Testosterone and men's depression: The role of social behaviour. *Journal of Health and Social Behaviour*, 40, 130-140
- Bowman, D., Scogin F., Floyd, M., & McKendree-Smith, N. (2001). Psychotherapy length of stay and outcome: A meta-analysis of the effect of therapist sex. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 142-148. doi: 10.1037/0033-3204.38.2.142
- Brannon, L. (1996). *Gender. Psychological Perspectives*. Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Conte, H., Plutchik, R., Jung, B., Picard, S., Karasu, B., & Lotterman, A. (1990). Psychological mindedness as a predictor of psychotherapy outcome: A preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 426-431. doi: 10.1016/0010-440X(90)90027-P
- Dennhag, I., Ybrandt, H., & Armelius, K. (2011). Self-image pattern as predictors of change and outcome of trainee-led psychotherapy [elektronisk version]. *Psychotherapy Research*, 21, 201-209.
- Derogatis, L., Lipman, R., Rickels, K., Uhlenhuth, E. & Covi, L. (1974) The Hopkins Symptom Checklist (HSCL) – A Measure of Primary Symptom Dimensions. *Psychological Measurements in Psychopharmacology*. Oxford: Karger.
- Elfström, M.L., Evans, C., Lundgren, J., Johansson, B., Hakeberg, M., & Carlsson, S.G. (2013). Validation of the Swedish version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20, 447-455. doi: 10.1002/cpp.1788
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry*, 180, 51-60. doi: 10.1192/bjp.180.1.51
- Falkstedt, D., & Hemmingsson, T. (2011). *Kunskapsöversikt. Hälsokonsekvenser av arbetslöshet, personaleddragningar och arbetsbelastning relaterade till ekonomisk nedgång*. (2011:11, Arbetsmiljöverket).
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS (3:e upplagan)*. London: Sage Publications Ltd.
- Fischer, A. (1998). Emotion. I K. Trew & J. Kremer (red:er). *Gender & psychology*. (ss. 82-90). London: Hodder Headline Group.
- Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M., & Thorsen, M.T, (2002). *SCL-90. Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan* [elektronisk version]. (SiS följer upp och utvecklar 4/02). Stockholm: Statens institutionsstyrelse, SIS.
- Folkhälsomyndigheten (2013-12-02). *Arbetsmarknadsposition*. Folkhälsomyndighetens hemsida. Hämtad 3 januari, 2015 från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/arnesomraden/livs villkor-och->

[levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/ekonomiska-och-sociala-forutsattningar/arbetsmarknadsposition/](#).

- Glynn, K., MacLean, H., Forte, T., & Cohen, M. (2009). The association between role overload and women's mental health. *Journal of Women's Health, 18*, 217-223. doi: 10.1089/jwh.2007.0783
- Gustavsson, J. P., Jönsson, E. G., Linder, J., & Weinryb, R. M. (2003) The HP5 inventory: Definition and assessment of five health-relevant personality traits from a five-factor model perspective. *Personality and Individual Differences, 35*, 69-89.
- Hammen, C., Brennan, P., Keenan-Miller, D., Hazel, N., & Najman, J. (2010). Chronic and acute stress, gender, and serotonin, transporter gene-environment interactions predicting depression symptoms in youth. *Child Psychology and Psychiatry, 51*, 180-187. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02177.x
- Horowitz, L. M., Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (2002). *IIP. Inventory of interpersonal problems manual*. Kristianstad. Psykologiförlaget AB.
- Horvath, A. O. (1981). *An exploratory study of the working alliance: Its measurement and relationship to therapy outcome*. ProQuest Information & Learning.
- Hyde, J., Mezulis, A., & Abrahamson L. (2008). The ABCs of depression: Integrating affective, biological and cognitive models to explain the emergence of the gender differences in depression. *Psychological Review, 115*, 291-313. doi: 10.1037/0033-295X.115.2.291
- Jones, E., & Zoppel, C. (1982). Impact of client and therapist gender on psychotherapy process and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 259-272. doi: 10.1037/0022-006X.50.2.259
- Jones, E., Krupnick, L., & Kerig, K. (1987). Some gender effects in a brief psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 24*, 336-352. doi:10.1037/h0085724
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., & Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kirshner, L., Genack, A., & Hauser, S. (1978). Effects of gender on short-term psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 2*, 158-167. doi: 10.1037/h0085856
- Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: An update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 108*, 163-174. doi: 10.1034/j.1600-0447.2003.00204.x
- Larsen, L., Attkisson, C., Hargreaves, A., & Nguyen, D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale [elektronisk version]. *Evaluation and Program Planning, 2*, 197-207.
- Neikter, H. (2011). *Psykoterapi vid utbildningsklinik gör skillnad*. Opublicerat psykologexamensarbete, Göteborgs universitet: Psykologiska institutionen, Göteborg.
- McLean, C., & Anderson, E. (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review, 29*, 496-505. doi: 10.1016/j.cpr.2009.05.003
- Ogrodniczuk, J., Piper, W., Joyce, A., & McCallum, M. (2001). Effect of patient gender on outcome in two forms of short-term individual psychotherapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 10*, 69-78.
- Palmieri, G., Evans, C., Hansen, V., Brancaloni, G., Ferrarri, S., Porcelli, P.,

- Reitano, F., & Rigatelli, M. (2009). Validation of the Italian version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *16*, 444-449. doi: 10.1002/cpp.646.
- Parker, G., Blanch, B., & Crawford, J. (2011). Does gender influence response to differing psychotherapies by those with unipolar depression? *Journal of Affective Disorders*, *130*, 17-20. doi: 10.1016/j.jad.2010.05.020
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. Critical review. *British Journal of Psychiatry*, *177*, 486-492. doi: 10.1192/bjp.177.6.486
- Pilkington, B., & Lenaghan, M. (1998). Psychopatology. I K. Trew & J. Kremer (red:er). *Gender & Psychology* (ss. 179-191). London: Hodder Headline Group.
- Piper, W., Joyce, A., McCallum, M., & Azim, H. (1998). Interpretive and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 558-567. doi: 10.1037/0022-006X.66.3.558
- Reid, C., & LeDrew, R. (2013). The burden of being "employable": Underpaid and unpaid work and women's health. *Journal of Women and Social Work*, *28*, 79-93. doi: 10.1177/0886109913476944
- Rutz, W. (2001). Preventing suicide and premature death by education and treatment. *Journal of Affective Disorders*, *62*, 123-129. doi: 10.1016/S0165-0327(00)00356-6
- Ryum, T., Stiles, T.C., & Vogel, P.A. (2007). Effektivitet ved psykoterapeutisk behandling gjort av viderekomne studenter. *Tidskrift for Norsk Psykologforening*, *44*, 1005 - 1011. Hämtad 10 november, 2014, från http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=29034&a=2.
- SCB (2012). *På tal om kvinnor och män. En lathund om jämställdhet 2012*. (SCB 2012). Örebro: Statistiska centralbyrån.
- SBU (2005:171). *Behandling av ångestsyndrom*. En systematisk litteraturoversikt. (SBU 2005:171). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- SBU (2004:166). *Behandling av depressionssjukdomar*. En systematisk litteraturoversikt. (SBU 2004:166). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Shill, M., & Lumley, M. (2002). The psychological mindedness scale: Factor structure, convergent validity and gender in a non-psychiatric sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *75*, 131-150. doi: 10.1348/147608302169607
- Skre, I., Friborg, O., Elgarøy, S., Evans, C., Myklebust, L.H., Lillevoll, K., Sörgaard, K., & Hansen, V. (2013). The factor structure and psychometric properties of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation—Outcome Measure (CORE-OM) in Norwegian clinical and non-clinical samples. *BMC Psychiatry*, *13*, 2-14. doi: 10.1186/1471-244X-13-99
- Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning*. (Socialstyrelsen, 2010). Västerås: Edita Västra Aros.
- Socialstyrelsen (2013:6). *Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni*.
- Spek, V., Nyklicek, I., Cuijpers, P., & Pop, V. (2008). Predictors of outcome of group

- and internet-based cognitive behaviour therapy. *Journal of Affective Disorders*, 105, 137-145. doi: 10.1016/j.jad.2007.05.001
- Watson, H., & Nathan, P. (2008). Role of gender in depressive disorder outcome for individual and group cognitive-behavioural treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 1323-1337. doi: 10.1002/jclp.20524
- World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. (World Health Organization, 2008).
- World Health Organization (1992). The International Classification of Diseases (ICD-10). Geneve: WHO. Hämtad från: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.
- Zlotnick, C., Elkin, I, & Shea, T. (1998). Does the gender of a patient or the gender of a therapist affect the treatment of patients with major depression? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 655.659. doi: [10.1037//0022-006X.66.4.655](https://doi.org/10.1037//0022-006X.66.4.655)