

SVENSKA INSTITUTET FÖR  
KOGNITIV PSYKOTERAPI



THE SWEDISH INSTITUTE  
FOR CBT/SCHEMATHERAPY

# Humörkartor – att visualisera känslor, sätta mål och hitta riktning

Nicklas Lakso

Examensuppsats

Legitimationsgrundande psykoterapiutbildning med inriktning kognitiv beteendeterapi

Svenska Institutet för Kognitiv Psykoterapi

Våren 2016

Handledare: Göran Högberg, legitimerad läkare, specialist i barn och ungdomspsykiatri, specialist i  
allmän psykiatri, legitimerad psykoterapeut, medicine doktor

Examinator: Stefan Borg, docent

## **Sammanfattning**

Undersökningens syfte är att undersöka ungdomar och vuxnas upplevelse av att göra humörkartor. Syftet är också att upptäcka eventuella skillnader vid en före och eftermätning med WHO-5 som är ett bedömningsinstrument avsett att mäta välbefinnande. Studien var en klinisk kvalitativ pilotstudie av att tillföra en komponent i behandling. Metoden har varit intervjuer med tilläggande mätningar med WHO-5. Som teoretisk bakgrund har författaren valt litteratur om olika psykoterapiformer. Som tidigare forskning har författaren valt forskningsartiklar om komponentutveckling inom psykoterapi. I studien ingick 21 undersökningsspersoner 12-35 år. Flera undersökningsspersoner uttrycker att de tänker att interventionen kan vara nytta. Det visuella inslaget upplever några av dem som positivt. Den ökade insikten om känslor uppger vissa av undersökningsspersonerna som en effekt. Målformuleringen nämner hälften som positiv. Några av undersökningsspersonerna spontanrapporterar senare att de uppnått mål. Tre av undersökningsspersonerna säger att dom tycker att det är jobbigt att göra humörkartorna, samtliga av dessa säger också att de tycker att det finns fördelar med interventionen.

## **Sökord**

Humörkarta, mood map, behandlingsplan, komponentanalys, metodutveckling,

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1.	INLEDNING	s. 2
1. 1	Bakgrund	s. 2
1.2	Teori	s. 3
1. 2. 1	Teoretisk bakgrund	s. 3
1. 2. 1. 3	Känslor och känslostudier	s. 3
1. 2. 1. 2	Affektiv psykoterapi	s. 3
1. 2. 1. 3	Affektfokuserad och Psykodynamisk psykoterapi	s. 4
1. 2. 1. 4	Behaviorism och KBT	s. 4
1. 2. 1. 5	ACT	s. 5
1. 2. 1. 6	DBT, acceptans och kedjeanalyser	s. 5
1. 2. 1. 7	Schematerapi	s. 6
1. 2. 1. 8	MI, Motiverande samtal	s. 6
1. 2. 1. 9	Grupper för barn som anhöriga	s. 7
1. 2. 1. 10	Bildterapi	s. 7
1. 2. 1. 11	Diagnosticering	s. 7
1. 2. 1. 12	Om de egna känslorna som terapeut	s. 7
1. 2. 2	Tidigare forskning	s. 8
1. 2. 2. 1	Common factors och Komponentanalyser	s. 8
1. 3	Syfte & Frågeställningar	s. 9
2.	METOD	s. 10
2. 1	Överväganden	s. 10
2. 2	Urval	s. 10
2. 2. 1	Undersökningsgrupp	s. 11
	Tabell 1. Undersökningsdeltagare, kön, ålder och diagnos.	s. 12
2. 3	Om terapeuten	s. 12
2. 4	Material och mätinstrument	s. 13
2. 4. 1	WHO-5	s. 13
2. 4. 2	Wilcoxon Matched Pairs Test	s. 13
2. 5	Tillvägagångssätt	s. 14
2. 6	Undersökningens genomförande	s. 14
2. 6. 1	Humörkartor	s. 14
	Figur 1. Humörkarta 1 undersökningssperson 7	s. 15

	Figur 2. Humörkarta 1 undersökningsperson 10	s. 15
	Figur 3. Humörkarta 2 undersökningsperson 7	s. 17
	Figur 4. Humörkarta 2 undersökningsperson 10	s. 17
	Figur 5. Humörkarta 3 undersökningsperson 7	s. 18
	Figur 6. Humörkarta 3 undersökningsperson 10	s. 19
2. 7	Validitet	s. 20
2. 8	Reliabilitet	s. 20
2. 9	Generaliserbarhet	s. 20
2. 10	Bearbetning av data	s. 20
2. 11	Etiska överväganden	s. 21
3	RESULTAT	s. 22
3. 1	Resultat från mätningar med WHO-5	s. 22
	Tabell 2. Resultat WHO-5	s. 23
3. 2	Om interventionen upplevs kunna vara till nytta	s. 23
3. 3	Upplevs interventionen som någonting bra	s. 24
3. 4	Vikten av målformulering, en fokuserad riktning, karta 3.	s. 24
3. 5	Att rita och se.	s. 25
3. 6	Ger interventionen ökad insikt om känslor.	s. 25
3. 7	Påfrestning	s. 26
3. 8	Hur interventionen upplevs av terapeuten.	s. 26
4	DISKUSSION	s. 26
4. 1	Om biverkningar	s. 26
4. 2	Nyttoaspekten	s. 27
4. 3	Planeringen	s. 27
4. 5	Visualiseringen	s. 27
4. 6	Common factors	s. 28
4. 7	Metoddiskussion	s. 28
4. 8	Slutsatser	s. 29
4. 9	Förslag till fortsatt forskning	s. 29
	REFERENSER	s. 31
	BILAGA 1	s. 35
	Information om studien	s. 35

BILAGA 2	s. 36
Godkännande för deltagande i studien	s. 36
BILAGA 3	s. 37
Humörkartor Up 4 och Up 20	s. 37
BILAGA 4	s. 38
Humörkartor Up 19 och Up 11	s. 38

# 1. INLEDNING

## 1. 1 Bakgrund

Känslor är en viktig del i psykoterapi. Det är av fördel för patienten och terapeuten att förstå patientens känslor, se hur dom samverkar, hur känslorna hanteras och sätta dom i ett sammanhang. En ökad insikt och förståelse för känslorna ger nya möjligheter till att hitta riktningar i hur en behandling kan fokuseras. Att i psykoterapi konkretisera och visualisera vad som har hänt eller händer i olika situationer öppnar upp för nya tolkningsmöjligheter och kan underlätta ett begripliggörande. En oförmåga till att hantera och reglera känslor ses som en central orsak till patienternas problematik inom flera olika terapiriktningar. Se tex Barlows (Barlow, Payne, Ellard, Farchione & Fairholme, 2014) transdiagnostiska modell för behandling av ångest och depression och Marsha Linehans (2000) Dialektiska beteendeterapi för patienter med emotionell instabilitet. Även då känsloreglerings- och hanteringsproblematik inte är den primära sökorsaken hos de som söker psykoterapi så kommer patientens känslor att påverkas under en psykoterapi.

Författaren gick en utbildning i en metod som heter affektiv psykoterapi (Se 1. 2. 1. 2 Affektiv psykoterapi) utvecklad av Göran Högberg (Högberg, Nardo, Hällström & Pagani, 2011) och jobbar sedan några år tillbaka med metoden under handledning. Ett tidigt inslag i den affektiva psykoterapin är utformandet av humörkartor med syfte att gestalta känslor och deras reglering från ett åskådarperspektiv, att titta på en möjlig förändring och till stöd för att formulera en behandlingsplan för att sätta upp mål och delmål för den fortsatta behandlingen. Sedan utbildningen tycker författaren att humörkartorna har varit en användbar intervention inte bara för den målgrupp som den affektiva psykoterapin specifikt riktar sig till.

Humörkartor är en ny intervention, ett standardiserat protokoll som aldrig tidigare har utvärderats. Detta är ett problem, den här uppsatsen ska undersöka hur interventionen vid ett tillfälle upplevs av undersökningspersoner då den genomförs som en komponent i behandling vid en session. Författaren ska också undersöka om det finns några mätbara effekter med hjälp av två mätningar med formuläret WHO-5 (WHO är en förkortning för Världshälsoorganisationen); en vid samma tillfälle som interventionen görs och en vid en uppföljning. Om interventionen kan leda till allvarliga biverkningar är det också ett problem.

## **1. 2 Teori**

### **1. 2. 1 Teoretisk bakgrund**

I det här avsnittet presenteras bland annat information om hur man har sett på känslor genom tiderna. Synen på känslors komplexitet och känslor i relation till olika behandlingsformer.

#### **1. 2. 1. 1 Känslor och känslostudier**

Redan Aristoteles gjorde kopplingar mellan individens känslor, situation och omgivning. Förutsättningarna för att en känslas uppkomst var menade Aristoteles att en händelse inträffar, att händelsen uppfattas av individen och att denne har förväntningar om händelsen (Kåver, 2006). Charles Darwin (2000) förde i sin tur fram idén om att känslor har en evolutionär grund så tidigt som 1872. Människor har förmågor till att uppleva känslor på en annan nivå än djur. Flera moderna hjärnforskare har i olika studier kommit fram till att människor upplever affekter till skillnad från djur vilka endast visar känslomässigt beteende. Det finns olika hypoteser om att högre hjärnfunktioner skapar emotioner ur vad som antas vara omedvetna känslomässiga processer i djurs hjärnor. (Lewis, 2008). Nathanson (1992) kopplar i sin bok samman affektteori med biologi, medicin, psykologi, psykoterapi, religion och sociologi. Han menar att hur man än försöker att studera känslor så kommer man att stöta på problem bland annat för att känslor per definition är subjektiva upplevelser vilka skiftar från person till person.

#### **1. 2. 1. 2 Affektiv psykoterapi**

Affektiv psykoterapi (Högberg, Nardo, Hällström & Pagani, 2011) är en metod som är utvecklad för att jobba med personer med nedstämdhet, depression och/eller självskadebeteende. Affektiv psykoterapi bygger på att arbeta direkt med känsloreglering och att i det arbetet förändra minnesbilder så att negativa känslor och destruktiva impulser som varit en del av patientens svårigheter blir omvandlade på ett positivt sätt. Denna omvandling utnyttjar minnes-återkonsolidering, det vill säga behandlingen syftar till att först aktivera patientens positiva känslor och uppnå någon form av god känsla i behandlingssituationen. Därefter bearbetas aktuella och historiska negativa upplevelser så att de leder till mindre negativ känsla och inte blir så nära knutna till destruktiva handlingsimpulser. Varje session avslutas med att skapa ett positivt känslotillstånd. Genom dessa insatser skapas nya mer

positiva minnen som konsolideras i långtidsminnet”. Manualen (Högberg, 2014) för Affektiv psykoterapi behöver tillämpas med kliniskt omdöme, anpassas till behandlingen, patienten och behandlaren.

### **1. 2. 1. 3 Affektfokuserad och Psykodynamisk psykoterapi**

McCullough Vaillant (1997) stod bakom en form av korttidsterapi inriktad på vad hon kallade affektfobi och som ska vara till hjälp för att patienten ska kunna reglera ångest och återskapa försvar, affekter och anknytning. Terapiformen ingår i en grupp av psykoterapiformer som ofta kallas Affektfokuserad psykoterapi vilka har sin utgångspunkt i psykodynamisk och fenomenologisk psykoterapi. Mekanismerna som står bakom förändring av känslor är dom mest centrala inom fältet psykisk hälsa menade McCullough. Hon ansåg också att känslomässig förändring är nödvändig för att läka långvarig psykisk ohälsa och påpekade att trots detta är känslomässig förändring det minst studerade och mest missförstådda området inom fältet. Att se känslorna som psykets centrala informationsprocess ingår som en viktig del av vad som kallas den femte vågen i psykodynamisk utvecklingspsykologi - affektteorin (Havnesköld & Risholm Mothander, 1995).

### **1. 2. 1. 4 Behaviorism och KBT**

Inom behaviorismen hade känslorna traditionellt inte stor betydelse. Radikala behaviorister som John Watson och B.F. Skinner betraktade känslor som inre processer (mentalistiska). Känslor (och även vissa tankar) placerades i ”den svarta lådan”. Innehållet i den svarta lådan tänkte de, kunde ej observeras eller mätas på något bra sätt, kanske bara i termer av fysiologiska reaktioner (Kåver, 2006). Sedan dess har mycket hänt. Mängden känsloregleringsstrategier och koncept som en del av KBT-behandlingar för en mängd olika svårigheter och tillstånd har på senare år kraftigt ökat. Till exempel vid behandling av borderline, ångestdiagnoser, missbruk, depression, parbehandling och familjebehandling, svåra medicinska tillstånd och en mängd andra problem. (Fruzzetti, Crook, Erikson, Lee & Worrall, 2008). Vad gäller Urge control (Donohue, Tracy & Gorney, 2008) som är en KBT-metod ursprungligen utvecklad för att förhindra drog- och alkoholanvändande och som sedermera utvecklats för alla sorters impulsivt beteende bland annat sådant som härrör från ilska. I Urge control är ett av de första stegen att identifiera den senaste situationen då patienten var arg och därefter ska man i samarbete med terapeuten hitta minst en negativ



konsekvens av att man har blivit arg. Judit Beck (2011) tar upp att det är viktigt att identifiera sina känslor och ibland även kvantifiera i vilken grad de har känt en känsla. Vidare tar hon upp att en del personer har dysfunktionella föreställningar om sina känslor, tex att om man känner sig lite stressad så tror man att stressen ska bli värre och outhärdlig. Judit menar att om man får en bild av hur personen känner det så vet man om man behöver fortsätta jobba med tex en viss kognition. Ofta använder man sig av skattningar från 0-10 eller 0-100 för att skatta känslor inom KBT. Det handlar då främst om känslor av obehag och ofta i samband med eller efter exponeringar eller beteendeeexperiment. Beck (2011) föreslår att man kan ge patienter som har svårt att uttrycka till vilken grad de har känt en känsla alternativen ”lite”, ”medium”, ”mycket”, ”totalt”. Om patienten ändå tycker att det är svårt att sätta ord på känslor kan man som terapeut hjälpa patienten att förtydliga visuellt genom att rita ut en skala som denne får placera sina känslor på.

#### **1. 2. 1. 5 ACT**

Acceptance and Commitment Therapy skapades ursprungligen av Steven Hayes. En ofta omtalad effekt av ACT-metoden är att den har visat sig ge ökad psykologisk flexibilitet vilket bla innebär ökad medveten närvaro, minskad effekt av negativa tankar och känslor och ökad förmåga till att handla medvetet. Hayes menar att man ej ska sätta upp känslomässiga mål utan istället fokusera på sina ”värden”, vilka handlar om vad man vill göra. Orsaken till detta menar han är att man har väldigt lite kontroll över om man kommer att nå känslomässiga mål. Värden är de djupaste önskemål om hur man vill vara på jorden, vad man vill stå för och hur man vill bete sig (Harris, 2012).

#### **1. 2. 1. 6 DBT, acceptans och kedjeanalyser**

Acceptansstrategier inom DBT handlar bla om att förstå känslor, mindfulness, identifikation och diskriminering av känslor. Tolerans av smärtsamma upplevelser, tillåtande av känslor, att släppa sekundära känslor, att uttrycka känslor adekvat, självvalidering och validering från andra. Genom att acceptera jobbiga känslor behöver patienten inte ta till flyktbeteenden, ej engagera sig i sekundära känslor som kan öka arousal och personen lär sig hantera känslomässiga följder vilket även ger en ökad förmåga till att reglera kognitioner och beteenden (Fruzzetti, Crook, Erikson, Lee & Worrall, 2008). Kedjeanalyser ingår i DBT. I en kedjeanalys går man igenom en händelse då patienten har skadat sig, haft starka impulser till

att skada sig och alla andra problemområden som ställer till problem för patienten. Man inventerar sårbarhetsfaktorer som till exempel trötthet, hunger och somatisk sjukdom. Därefter gör man en detaljerad rekonstruktion av vad som hände så att både patienten och terapeuten får en klar bild av hur det gick till då patienten hamnade i situationen. Då olika länkar i kedjan identifieras har terapeuten som roll att hjälpa patienten att se vilka färdigheter som hade kunnat vara till hjälp. Efter en tids behandling är det meningen att patienten ska lära sig att känna igen situationer, tankar och känslor som ingår i kedjan. Vidare ska patienten lära sig färdigheter för att bryta kedjan och därmed ta kontroll över vad som innan kan ses som ett opåverkbart händelseförlopp (Linehan 2000).

### **1. 2. 1. 7 Schematerapi**

I schematerapi (Young & Klosko, 2010; Young, Klosko & Weishaar, 2003) är vad som kallas för scheman centralt. Scheman påverkar mer eller mindre märkbart ens tankar, känslor och beteenden. Enligt Young är temperamentet det som driver oss i olika riktningar. Hur man som person hanterar sina scheman då de aktiveras, vad man har för copingstrategier, beror delvis på vad man har för medfött temperament men också på vilken förälder eller annan viktig person man som liten har tagit efter. De olika copingstrategierna är Kapitulation, flykt och/eller motangrepp. Schematerapi syftar till att läka emotionella ”sår” genom att hitta mer funktionella copingstrategier som ser till att individen får sina behov tillgodosedda.

### **1. 2. 1. 8 MI, Motiverande samtal**

I MI talar man om fyra processer; engagerande, fokuserande, framkallande och planerande (Miller & Rollnick, 2013). Engagerande är då alliansen mellan klient och behandlare skapas. Detta leder till ett fokuserande, en specifik agenda i en specifik riktning. Framkallande innebär att plocka fram klientens egen motivation till förändring med hjälp av klientens tankar och känslor. Personlig förändring fordrar aktiv medverkan från klienten. Inom MI menar man att människor talar sig själva in i förändring. Den fjärde processen, planerande innebär att klienten har kommit till den nivå där denne är beredd att genomföra förändring. Planering innebär åtaganden för förändring och formulering av en handlingsplan.

### **1. 2. 1. 9 Grupper för barn som anhöriga**

Linus barnstöd (2005) är ett arbetsmaterial för att jobba med barn i familjer med beroendeproblematik. Metoden används även för att jobba med barn som anhöriga till psykiskt sjuka, utvecklingsstörda etc. Syftet med den typen av grupper är att hitta mötesplatser för utsatta barn där de kan dela och förmedla känslor och erfarenheter, att känna mindre ansvar för sina föräldrars beteenden och se att det finns andra som är i samma situation som dom själva. Olika teman behandlas med hjälp av bla bild och form, lekar och samtal. Känslor och känsloupplevelser är centrala teman vid flera av gruppträffarna.

### **1. 2. 1. 10 Bildterapi**

Bildterapi är en terapiform som omfattar och integrerar konst och psykoterapi. Bilden är utgångspunkten i terapin. Man tänker sig att smärtsamma upplevelser som inte kunnat hanteras med språket kan hanteras med bilder. En viktig målsättning med bildterapi är att återerövra språket med bildens hjälp (Grönlund, Alm & Hammarlund, 1999).

### **1. 2. 1. 11 Diagnosticering**

Vid ställningstagande till psykiatriska diagnoser är känslor och sinnesstämning en viktig del. Tex då ätstörningar kartläggs med Eating Disorders Examination (EDE) eller (EDE-Q) (Thulin, 2010). Eller vid emotionellt instabil personlighetsstörning där emotionell dysreglering är ett krav för att få diagnosen. Det handlar om problem som har att göra med förmågan att reglera känsloupplevelser; en hög känslighet för stimuli som är emotionella vilket innebär en låg tröskel för aktivering av känslor. Hög intensitet i de känslomässiga reaktionerna och en långsam återgång till en neutral grundstämning (Mörch & Rosenberg, 2006). Vid social fobi känner sig patienten ofta rädd för att uppvisa symptom som uppfattas som genanta eller känner ångest inför olika sociala situationer (Ghaderi, 2010).

### **1. 2. 1. 12 Om de egna känslorna som terapeut**

Överreide (2010) menar att man som terapeut vid samtal med barn inte bör försöka att undanhålla sina egna känslor eftersom känslorna ger oss själva viktig information om oss själva i det sammanhang vi befinner oss. Hur våra beteendemässiga reaktioner på känslor uttrycks och i vilka sammanhang de uttrycks är något som vi kan jobba med. De andra

registrerar och reagerar ofta på terapeutens känslouttryck, det är därför viktigt att ha självinsikt om ens egna känslomässiga reaktioner.

### **1. 2. 2 Tidigare forskning**

Det finns en hel del forskning om att psykoterapi är verksamt och forskning som talar för att vissa psykoterapiformer skulle ha ett bättre utfall än andra gällande specifika diagnoser och tillstånd. Men exakt vad det är som är verksamt i psykoterapi generellt och när det gäller olika specifika komponenter i psykoterapi är ett frågetecken.

#### **1. 2. 2. 1 Common factors och Komponentanalyser**

Det finns många som förespråkar att common factors, icke specifika faktorer, är det viktigaste för utfallet av psykoterapi. De hävdar tex att arbetsalliansen, den emotionella relationen mellan terapeut och patient, behandlingens struktur, kontext, terapeutens tilltro till sin teori och patientens tillit till terapeuten är det viktiga. De betonar även vikten av att om patienten får kunskap om sina problem så ökar dennes self efficacy till att lösa sina egna problem och ge dom "remoralization", ökad självdisciplin (Ahn & Wampold, 2001). En alternativ modell har som syfte att analysera och betona vikten av "specifik ingredients", specifika inslag i behandlingen, ofta manualer eller standardiserade formulär. I komponentanalyser försöker man vanligen att isolera komponenters effekt genom att utföra behandling med och utan den ingrediensen och så jämförs resultaten. Om man tillför en komponent, gör ett tillägg så kallas det en additive design. I en metaanalys (Ahn & Wampold, 2001) där man gått igenom 27 olika komponentstudier vid KBT-behandlingar så blev slutsatsen att det ej går att säkerställa några bevis för att en specifik komponent var avgörande för utfallet. I artikeln framhålls istället common factors som det viktigaste. Ett liknande resultat fick Lohr, Olatunji, Parker & DeMaio (2005) deras slutsats var att det inte räcker med väntlistor och kontrollgrupper som jämförelse för att säkerställa vad som är verksamma ingredienser i specifika behandlingar. Författarna menar att man måste göra rigorösa experimentella analyser för att hitta vad det är som är verksamt förutom common factors. I en annan metaanalys (McCharty & Weisz, 2007) där komponenter i 9 olika depressionsbehandlingar för barn och ungdomar, bla KBT, IPT och anknytningsbaserad familjeterapi jämfördes hade alla med en komponent där man jobbade med mätbara mål. 8 av 9 hade också med självövervakning av känslor under behandlingen som komponent. Exakt vilka ingredienser som var de verksamma dras det dock inga slutsatser

kring. Även i denna studie tar man upp common factors som viktiga och att framtida studier behövs av terapiprocessen och terapirelationen för att komma fram till vad som fungerar bäst för vem och under vilka förutsättningar.

Bell, Marcus & Goodland (2013) har senare genomfört en stor metaanalys av komponentstudier omfattande mer än tre gånger så många studier än Ahn & Wampold kom fram till att tillägg gav en signifikant skillnad i behandlingsutfall. Skillnaden var relativt liten men ändå signifikant. Det som var än mer intressant var att när de studerade uppföljande data av patienterna så blev det en ännu större signifikant skillnad jämfört med grupperna som hade fått behandling utan tillägg. Deras slutsats är att additive design, tillägg är en elegant design för att identifiera aktiva ingredienser i psykoterapi. Om man från början har effektiva behandlingar och testar vilka tillägg som ger ett bättre utfall kan additive design vara en idealmetod för att utveckla psykoterapier. Ett problem när det gäller mätbarheten är att det för att få en tillräcklig effektstorlek dvs. statistisk styrka behövs riktigt stora undersökningspopulationer omfattande flera hundra undersökningsspersoner. De tänker att komponentsstudier med additive design med mindre undersökningspopulationer löper stor risk att ej hitta signifikanta skillnader.

### **1. 3 Syfte & Frågeställningar**

Syftet med studien är att undersöka hur ungdomar och vuxna som gör interventionen humörkartor upplever den. Syftet är också att se om det går att hitta några skillnader på resultatet av WHO-5 innan interventionen görs och vid en uppföljning minst 13 dagar efteråt.

Vad visar mätningarna med WHO-5?

Kan interventionen vara till nytta?

Kan målformuleringen ha betydelse?

Har det visuella inslaget betydelse?

Ger interventionen ökad insikt om känslor?

## **2. METOD**

### **2. 1 Överväganden**

Studien var en klinisk kvalitativ pilotstudie av att tillföra en komponent, humörkartor i behandling. En kvalitativ ansats ger möjligheter att titta på den insamlade datan från olika vinklar och att kritiskt granska datan utifrån olika frågeställningar eller perspektiv (Trost & Levin, 1996). Vid valet av metod kom författaren fram till att halvstrukturerad intervju (Kruuse, 1998a) var det mest lämpliga. Frågan som ställdes vid intervjun var en sk open-endedfråga (Svartdal, 2011). Öppna frågor ger intervjudpersonerna möjligheter att täcka in så många svar som möjligt. Har frågor istället fasta svar så finns det risk för att undersökningsdeltagare svarar det de tänker att de borde svara istället för det som de faktiskt känner. Det finns också risk för att man missar väsentliga aspekter eller svarsalternativ som man inte har tänkt på. Nackdelen med öppna frågor är att då svaren bearbetas, kategoriseras och placeras i ett schema vilket innebär en risk för feltolkningar. Då det finns mer fördelar än nackdelar att använda sig av öppna frågor, även i kvantitativa studier, ska man ej dra sig för att ställa sådana (Eliasson, 2010). En stor studie till exempel med en heterogen patientgrupp med tillägg i jämförelse med behandling utan tillägg fanns det ej tid eller resurser till. Då interventionen ej heller är utvärderad tidigare så hade det funnits risk för att missa sådant som i den här studien har kommit fram. Att ha en obehandlad kontrollgrupp kan av etiska skäl i allmänhet inte tillämpas vad gäller behandling av barn och ungdomar.

För att mäta eventuella effekter valde författaren som ett tillägg att också vid två tillfällen göra mätningar med WHO-5. Resultatet av WHO-5 analyserades på variabeln WHO-5 före och efter, analysen skedde med Wilcoxon Matched Pairs Test.

### **2. 2 Urval**

Exklusionskriterier för studien har varit personer med utvecklingsstörning och personer som ej pratar svenska. Urvalet har varit Konsekutivt, vad gäller egna patienter på BUP, dvs författaren har frågat de patienter som han har blivit tilldelad och som ej tillhörde något av exklusionskriterierna. Alla patienter som författaren har frågat har också tackat ja. En risk med konsekutivt urval är att det kan finnas en tidseffekt, dvs något fenomen som verkar just under den aktuella mätperioden. Då studien har pågått under nästan 10 månader så är den

riskerna sannolikt minimala. I övrigt ingår två vuxna personer med pågående kontakt inom vuxenpsykiatri och som författaren tillfrågat specifikt. Tre patienter med annan behandlarkontakt på BUP varav två blev tillfrågade om deltagande av deras respektive behandlingsansvarige och den tredje gjorde en egenanmälan om deltagande efter att ha sett patientinformation (Bilaga 1) i väntrummet ingår också.

### **2. 2. 1 Undersökningsgrupp**

I studien ingick 19 ungdomar 12-17 år som var inskrivna på BUP och två vuxna personer som vid deltagandet i studien var inskrivna inom vuxenpsykiatri. Totalt 17 patienter var författarens egna. 7 av deltagarna hade författaren ej träffat tidigare. Endast en av ungdomarna hade ej tidigare haft kontakt med BUP vid första besöket. Alla utom en deltagare tillfrågades om de ville delta i studien. Den som ej blev tillfrågad anmälde själv intresse då den såg patientinformation i väntrummet på BUP. Två BUP-kollegor tillförde undersökningen varsin patient. Dessa patienter tillfrågades specifikt på grund av deras sökorsak som var kopplad till svårigheter att hantera och reglera känslor. Av deltagarna var 10 av manligt kön och 11 av kvinnligt kön. En av deltagarna identifierade sig som det motsatta könet. Diagnoserna varierade i undersökningsgruppen. Flera av deltagarna hade mer än en diagnos. Nio av deltagarna medicinerade med en eller fler mediciner. Tre av deltagarna var ej möjliga att följa upp med en andra mätning med WHO-5. En bytte BUP-mottagning, en annan reste iväg på en långresa och en avböjde fortsatt psykiatrikontakt. Dessa deltagares intervju svar redovisas ändå i **uppsatsen**. Vid tre av tillfällena då interventionen gjordes var en kollega från BUP med, vid sju av tillfällena var minst en förälder med.

**Tabell 1. Undersökningsdeltagare, kön, ålder och diagnos.**

Kön	Ålder	Diagnos
Kvinna	15	ADHD
Man	16	Ångesttillstånd, ospecificerat
Kvinna	35	Utmattningssyndrom, Panikångest, Depression
Man	17	Ångesttillstånd, ospecificerat
Kvinna	27	Tvångssyndrom
Man	17	ADHD och Aspergers syndrom
Kvinna	15	Ångesttillstånd, ospecificerat
Man	17	ADHD och Depressiv period ospecificerat
Man	15	Atypisk autism, ADD och Kombinerade vokala och multipla motoriska tics
Kvinna	15	Depressiv period ospecificerat
Man	17	Paniksyndrom, Medelsvår depressiv episod
Man	13	Atypisk föräldrasituation
Kvinna	13	Specifika fobier
Man	12	Ångesttillstånd, ospecificerat
Man	15	ADHD
Kvinna	15	Blandade ångest- och depressionstillstånd
Kvinna	17	Ångesttillstånd, ospecificerat
Man	12	Ångesttillstånd, ospecificerat
Kvinna	15	Ångesttillstånd, ospecificerat
Man	13	ADHD
Kvinna	17	Blandade ångest- och depressionstillstånd

### 2. 3 Om terapeuten

Det är författaren själv som har genomfört interventionen med samtliga undersökningsspersoner. Författaren har själv jobbat med humörkartor som verktyg i behandlingar under några år, detta efter utbildningen i affektiv psykoterapi. Utöver det har författaren flera kortare eller längre utbildningar som är riktade till att jobba med barn, ungdomar och vuxnas psykiska hälsa. Bl. a motiverande samtal, MBFT, PDT steg 1, KBT steg 1. Författaren är även utbildad för att jobba med grupper riktade till barn som anhöriga, ”psykopedagogisk intervention” samt är även utbildad lärare och handledare i Beardslees familjeintervention. På den mottagning författaren arbetar finns det ingen annan som har



utbildning i affektiv psykoterapi vilket försvårade möjligheterna att andra terapeuter skulle kunna delta i undersökningen.

## **2. 4 Material och mätinstrument**

### **2. 4. 1 WHO-5**

WHO-5 är ett bedömningsinstrument utvecklat för WHO:s räkning för att mäta välbefinnande. Instrumentet har samtidigt en negativ korrelation till depression. Det är utvecklat för att kunna användas även för processmätning då tidsfönstret är två veckor. Patienten ska ta ställning till följande påståenden: 1. Jag har känt mig glad och på gott humör, 2. Jag har känt mig lugn och avslappnad. 3. Jag har känt mig aktiv och kraftfull. 4. Jag har känt mig piggt och utvilad när jag vaknat. 5. Mitt vardagsliv har varit fyllt av sådant som intresserar mig. Patienten ska kryssa i vilket av följande som bäst stämmer in på hur det har varit under de senaste två veckorna: Hela tiden, Ofta, Mer än halva tiden, Mindre än halva tiden, Ibland och Aldrig. Svaren ger 5-0 poäng. Resultatet multipliceras sedan med 4. Totalt kan man således få max 100 poäng.

#### **Cut-off värden för WHO-5**

Poäng mellan 0 och 35: Stor risk för depression

Poäng mellan 36 och 50: Risk för depression

Poäng över 50: Ingen omedelbar risk för depression

Befolkningsgenomsnittet i Danmark är 68, befolkningsgenomsnitt för Sverige finns ej.

WHO-5 är det screeninginstrument som ska användas på ungdomar över 12 år enligt riktlinjerna på BUP Stockholm.

### **2. 4. 2 Wilcoxon Matched Pairs Test**

Testet vilket är icke parametriskt och har använts som mätinstrument.

## **2. 5 Tillvägagångssätt**

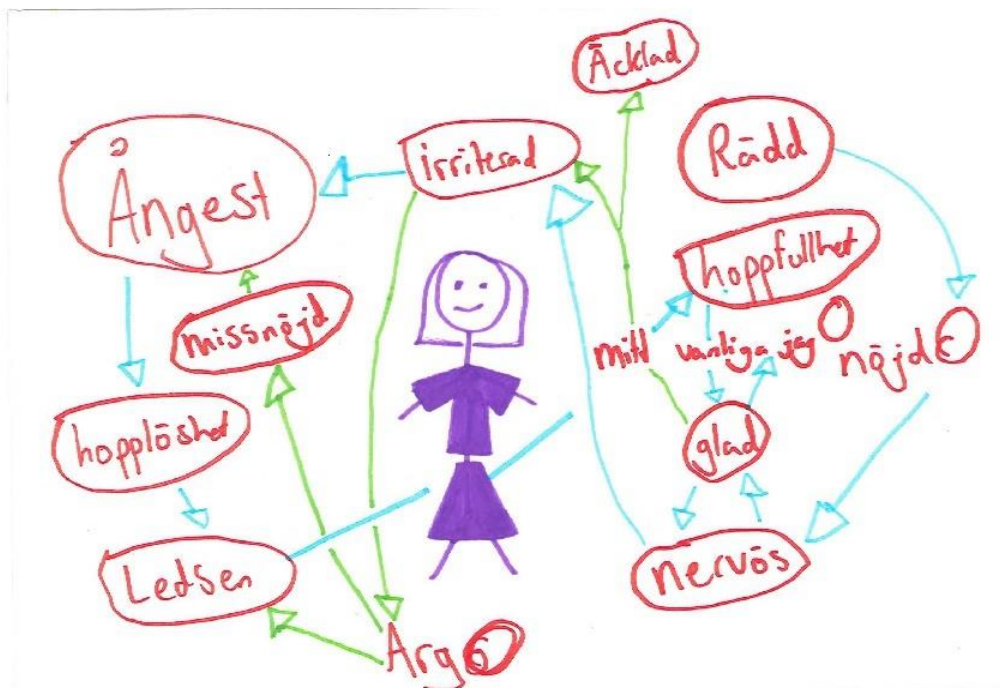
Kvale (1997) menar att det är viktigt att skaffa sig bakgrundsinformation om det ämne som ska undersökas för att intervjun ska bli så bra som möjligt. Interventionen är väl inarbetad hos författaren som arbetat med humörkartor som verktyg sedan några år tillbaka. Författaren har sedan tidigare fått olika reaktioner av de patienter som författaren gjort interventionen med vilket innebär att den kliniska erfarenheten och förståelsen sedan tidigare var god. Författaren har gått igenom en hel del litteratur och forskningsrapporter om känslor, känslobehandling och forskning om komponenter i behandling, en stor del av detta refereras i uppsatsen. Vid intervjun antecknades det undersökningspersonerna sa och det nedskrivna lästes sedan upp för att klargöra att författaren uppfattat rätt.

## **2. 6 Undersökningens genomförande**

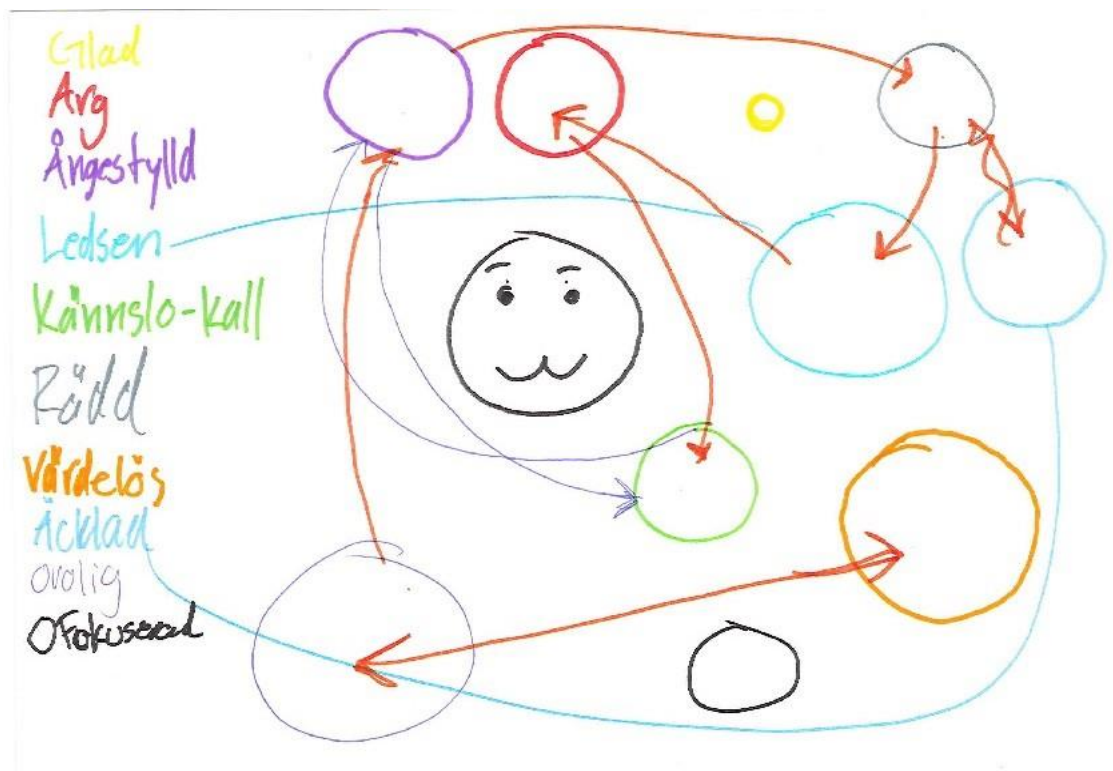
Den första interventionen för studien gjordes 150203 och den sista 151130. Vid första tillfället då undersökningspersonen gick med i studien fick denne information om studien; att författaren skulle skriva en uppsats om humörkartor som ett led i författarens steg 2 utbildning. Därefter tillfrågades personen om denne ville ingå i studien. Då personen tackat ja fick denne skriva under ett samtycke (Bilaga 2) om deltagande i studien. Därefter fick personen fylla i WHO-5. Efter detta gjordes humörkartorna (se mer nedan om genomförandet av humörkartor). Då interventionen var genomförd ställdes den öppna frågan ”hur var det här för dig?”. Personen berättade och författaren skrev ned deras ord och läste sedan upp det nedskrivna referatet. Tidsåtgången totalt varierade mellan ca 30 minuter och 60 minuter. Vid ett senare separat uppföljningstillfälle gjordes en eftermätning då försökspersonerna fick fylla i WHO-5 igen. Därvid fick författaren spontana rapporter av vissa av deltagarna. Några av de kommentarer som redovisas i resultatdelen kommer från dessa senare uppföljningstillfällen.

### **2. 6. 1 Humörkartor**

Humörkartor är en intervention utvecklad för att visualisera känslor. Hur känslor har varit fram till idag från en tid tillbaka, hur personen vill att det ska vara med de egna känslorna i framtiden och hur personen tänker att vägen till framtidskartan ska uppnås. Materialet som undersökningspersonerna hade tillgång till bestod av ritpapper och färgpennor. I interventionen ingår tre olika moment där tre olika kartor upprättas. I följande avsnitt presenteras några av undersökningspersonernas humörkartor (se även bilaga 3 och bilaga 4).



Figur 1. Humörkarta 1 undersökningsperson 7



Figur 2. Humörkarta 1 undersökningsperson 10

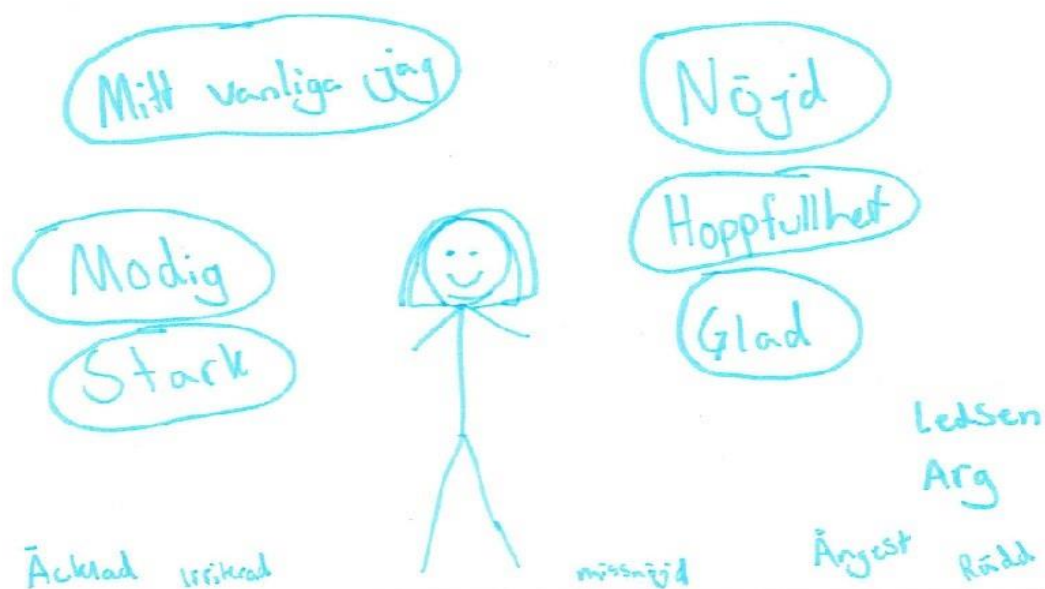
Interventionen presenterades alltid som ett alternativt sätt att prata om känslor. I det första momentet fick intervjupersonen göra en ”här och nu” karta, karta 1. Den första instruktionen bestod i att undersökningspersonen skulle rita sig själv i mitten på ett papper. Man fick rita som man själv ville. Många valde att göra streckgubbar, en del skrev sitt namn eller gjorde en smiley.

Därefter fick undersökningspersonen rita ut hur det hade varit med känslorna under den senaste tvåveckorsperioden. I instruktionen i manualen för affektiv psykoterapi står det ”...I allmänhet brukar jag ta den senaste veckan. Men det kan också bli en annan längre tid tillbaka.” (Högberg, 2014). Orsaken till att författaren valde att ge undersökningspersonen instruktionen om två veckor tillbaka är att det stämmer in med WHO-5 som är avsett att mäta hur personen känt under de senaste två veckorna. Instruktionen var att patienten kunde rita fritt, att det viktiga var att det går att urskilja hur mycket den hade känt de olika känslorna. ”Till exempel om du har varit glad mycket så ritas du stort, har du bara varit lite glad så ritas du litet”. Författaren instruerade undersökningspersonen att det var denne som själv som visste vilka känslor den hade känt och hur mycket känslorna hade känts. När känslorna arg, ledsen, glad och/eller rädd inte hade kommit upp så informerade författaren om att det i manualen talas om fyra grundkänslor: ledsen, arg, glad och rädd. Vid flera av interventionstillfällena har känslorort använts som hjälpmedel. Dessa var till hjälp om undersökningspersonen hade svårt att komma igång. Smileysarna symboliserade känslorna arg, ledsen, glad, rädd, förvirrad, orolig och avstängd.

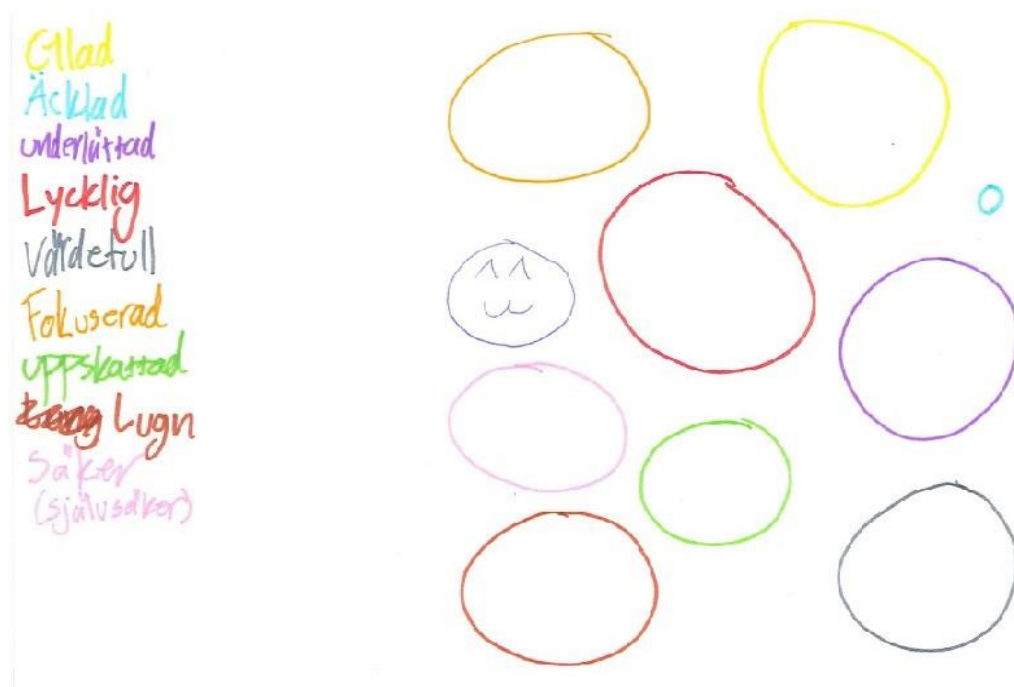
Som regel frågades i vilken eller i vilka av känslorna som undersökningspersonens sökorsak fanns. Författaren frågade också om undersökningspersonen hade ett positivt grundtillstånd – att bara finnas till och njuta av livet eller en känsla av att ”allting flyter”.

När de olika känslorna var uttrötade instruerades undersökningspersonen att rita hur det går till när de olika känslorna växlar och samvarierar, hur det går till att komma från en känsla till en annan. Detta gjordes med hjälp av pilar och streck. Författaren gick igenom några olika konkreta situationer som patienten hade varit med om. Sedan fördes det upp i samtalet hur patienten gjorde för att komma ifrån jobbiga känslor och vilken känsla den då hamnade i eller

kunde tänkas hamna i. En annan fråga som ställdes var hur det gick till då patienten gick från en positiv känsla till en mer negativ.



Figur 3. Humörkarta 2 undersökningsperson 7



Figur 4. Humörkarta 2 undersökningsperson 10

I det andra momentet fick undersökningspersonen på ett nytt papper rita en ny humörkarta med de känslor som denne ville känna i framtiden, när humöret fungerade som det ska och om personen själv fick bestämma. Den andra humörkartan gick alltid snabbare att göra än den första och den blev ofta konkret och tydlig. I det här momentet gav författaren inga instruktioner om pilar och streck. Den andra humörkartan kallas framtidskartan eller karta 2.

- \* Lära mig hantera ångest på ett bättre sätt.
- \* Respekt/<sup>mer</sup> förståelse från min familj
- \* Utmana mig själv mer
- \* Lära mig att mitt bästa räcker
- \* Sänka krav på mig själv.
- \* Lära mig att leva med att jag inte kan veta allt som kommer hända.

Figur 5. Humörkarta 3 undersökningsperson 7

- Få hem Nina
- Få min Lön
- Jag ska börja gilla <sup>mitt yttre</sup> ~~mig själv~~
- Skaffa mina cosplays
- Få bra betyg
- Fixa alla <sup>nya</sup> ~~bra~~ "k" ?
- Pumpa energi sugade människor

**Figur 6. Humörkarta 3 undersökningsperson 10**

I det tredje momentet lades humörkarta 1 till vänster, ett tomt papper i mitten och humörkarta 2 till höger. Sedan ställdes frågan vad undersökningspersonen tyckte att den behövde för att komma från karta ett till karta två, dvs från hur det hade varit till hur den önskade att det skulle bli. Det blev alltid en punktlista med mer eller mindre konkreta saker som undersökningspersonen hade tänkt på sedan tidigare eller kommit att tänka på under sessionen.

Enligt manualen är tanken att humörkartorna ger en yttre gestaltning av aktuella känslor och deras reglering, bara detta i sig kan vara lite lugnande, att gå från "förarposition" (driver's position) då man är i sina känslor till "åskådarposition" (observer's position), då man kan se dem utifrån. Det är ett sätt att få överblick och distans. Framtidskartan ger en möjlighet att formulera att en annan framtid vad gäller humörreglering och mående är möjlig och slutligen ger den tredje bilden, vägen dit, en behandlingsplan (Högberg, 2014).

## **2. 7 Validitet**

Validitet har sitt ursprung i det senlatinska ordet *validitas* vilket betyder sanning, trovärdighet, giltighet och styrka (Kruuse, 1998b). Validitet handlar om i vilken utsträckning en metod undersöker vad den har avsett att undersöka (Kvale, 1997, Kruuse, 1998a). Validitet innebär också att man inte har undersökt något annat än det som man ville undersöka (Thurén, 2007). Författaren valde en kvalitativ metod för att på bästa sätt få svar på syfte och frågeställningar. Validitet handlar även om undersökningspersonens och forskarens förmåga att förstå varandra. Validering innebär kontroll av det intervjupersonerna säger, detta skedde genom att författaren läste upp det nedskrivna referatet från intervjuvarens varefter undersökningspersonen fick en fråga om det var korrekt uppfattat.

## **2. 8 Reliabilitet**

Reliabiliteten är ett mått på tillförlitligheten av undersökningsresultaten (Kvale, 1997). Reliabilitet innebär att mätningarna är korrekt gjorda. Om flera personer skulle få samma resultat om de använde samma metod så har studien hög reliabilitet (Thurén, 2007). Reliabiliteten i studien går ej att pröva genom att replikera. Att författaren har varit både terapeut och intervjuare i undersökningen skulle göra en exakt replikering omöjlig och det kan även ha haft en påverkan på utfallet, kanske främst vad gäller intervjuvaren. Kvale (1997) menar att om man väljer att redovisa teoretiska perspektiv och utgångspunkter så stärks reliabiliteten i undersökningens resultat.

## **2. 9 Generaliserbarhet**

Extern validitet vilket också kallas bokstavig generalisering eller generaliserbarhet handlar om ifall man utifrån en undersökning kan förutsäga att andra än försökspersonerna skulle uppnå motsvarande resultat i en liknande situation (Kruuse, 1998a). Generaliserbarhet vad gäller kvalitativa resultat är giltiga i likartade sammanhang (Kvale, 1997). Enligt detta synsätt är det därför möjligt att hävda slutsatsernas giltighet även utanför undersökningen.

## **2. 10 Bearbetning av data**

Vid kodningen av intervjuvaren har författaren varit öppen för alla svar och grupperat dessa inom olika relevanta kategorier som ej var på förhand bestämda. Intervjuerna redovisas i



tematiserad form, vilket underlättar ett jämförande mellan undersökningspersonernas olika svar och läsaren kan lättare dra slutsatser om de olika ”svarsområdena”.

Resultaten från WHO-5 mätningarna bearbetades med Wilcoxon Matched Pairs Test.

Mätningen gjordes på en variabel: WHO-5 före och efter.

## **2. 11 Etiska överväganden**

Då de flesta av undersökningspersonerna var minderåriga var och är det extra viktigt att beakta deras anonymitet och så långt det är möjligt garantera deras konfidentialitet genom att avidentifiera det material som insamlades. Författaren informerade samtliga undersökningspersoner om att deltagandet innebar att deras intervjusvar, resultaten från WHO-5 och även deras humörkartor skulle kunna användas i avidentifierad form i uppsatsen. Samtliga deltagare och i de flesta fallen även en förälder fick skriva under ett godkännande (Bilaga 2). Alla deltagare blev informerade om att det var frivilligt. Undersökningspersonerna med BUP-kontakt blev dessutom informerade om att om dom sa nej så skulle det inte påverka de bedömningar och andra eventuella insatser som de skulle komma att få från BUP. Humörkartor har i denna studie varit en sk ”add on”, dvs ett tillägg till den gängse behandling som undersökningspersonerna erhållit. Författaren har inte utsatt undersökningspersonerna för ökade risker i och med deltagandet i studien. Istället har undersökningspersonernas eventuella reaktioner och biverkningar följts upp bla med mätningarna med WHO-5 och med inbokade uppföljningar. Uppsatsarbetet och undersökningen är förankrat hos BUPs ledning. Det har även gjorts en etikprövning av studien av affektiv psykoterapi vilket som tidigare nämnts humörkartor som intervention är en del av. Allt identifierbart material förvarades inlåst så att endast författaren hade tillgång till det. I patientmaterialet som sattes upp i väntrummet stod det tydligt att interventionen var ett tillägg till befintlig behandling och att det var frivilligt (Bilaga 1). Samma information gavs även till författarens kollegor.

Kvale (1997) anger tre etiska riktlinjer för forskning om människor; informerat samtycke, konfidentialitet och konsekvenser. Författaren har som nämnts informerat intervjupersonerna om det generella syftet med undersökningen, frivilligheten att delta och deras rättighet att närhelst dom velat avbryta deltagandet. Undersökningspersonerna och samtliga föräldrar till dom under 15 år har gett sitt muntliga och skriftliga samtycke till medverkan i studien.

Undersökningsspersonerna har informerats om att största möjliga konfidentialitet råder och att författaren ska förvara material med deras personuppgifter säkert. Intervjupersonerna har avidentifierats i den färdiga rapporten genom att namn och annan information som leder till den egna personen i möjligaste mån har ändrats eller plockats bort. Då det i resultaten inte har framkommit några direkta könsskillnader så har författaren också där det har varit möjligt valt bort att redovisa kön.

### **3 RESULTAT**

#### **3. 1 Resultat från mätningar med WHO-5**

Som författaren tidigare beskrivit (se 2. 2. 1 Undersökningsgrupp) deltog totalt 21 undersökningsspersoner i den initiala delen av studien. 18 av dessa var möjliga att följa upp med WHO-5 efter en period. Av dessa 18 hade 9 stycken ett eller fler besök mellan första och andra mätningen. Det går ej att se någon signifikant skillnad i utfallet beroende på om de hade några besök inbokade dess emellan eller ej. 5 av dessa skattade högre och 4 skattade lägre på WHO-5 vid uppföljningen. Som framgår av tabell 2 registrerade samtliga undersökningsspersoner som hade haft en behandlingstid på 1,5 månader eller kortare ett positivt resultat på WHO-5 vid uppföljning. Vad gäller dom med längre behandlingstid spretar resultaten. Totalt skattade 9 ett högre resultat och 8 ett lägre vid uppföljning jämfört med den initiala mätningen. 1 person skattade samma resultat vid respektive mättillfälle. Vad gäller utfallet totalt visar en mätning med Wilcoxon Matched Pairs Test resultatet  $n=20$ ,  $p=0.02$ . Detta är ett ickesignifikant värde och det betyder att på gruppnivå så är det vare sig en negativ eller positiv effekt mätt med WHO-5. Med så få deltagare är det svårt att upptäcka mindre skillnader. Det går ej heller att hitta några distinkta skillnader vad gäller utvecklingen från den första till den andra WHO-5 skattningen när resultaten beaktas utifrån kön, ålder eller medicinering. Det finns inte heller några mätbara skillnader på utfallet beroende på diagnos, inte heller då liknande diagnoser grupperas, tex olika former av ångestdiagnoser. Undersökningsspopulationen är för liten för att visa någon skillnad vid intervju svaret beroende på om det var författarens egna patienter eller någon annans patienter som deltog i interventionen.

**Tabell 2. Behandlingstid innan interventionen. Ålder, behandlingstid innan humörkartorna och mätning 1 med WHO-5, resultat WHO-5 mätning 1 och resultat WHO-5 mätning 2.**

Ålder	Behandlingstid	WHO-5 mätning 1	WHO-5 mätning 2
15	0 dagar	20	24
15	3 dagar	48	68
12	7 dagar	52	56
13	21 dagar	24	48
15	1, 5 månader	12	20
17	2 månader	36	32
35	5 månader	16	56
16	7 månader	56	56
17	7 månader	60	36
15	8 månader	68	52
13	8 månader	36	32
12	9 månader	60	48
15	1 år, 3 månader	56	24
17	2 år	36	60
17	2 år	12	8
13	2 år, 9 månader	84	64
17	4 år, 3 månader	52	56
15	5 år, 1 månad	36	40

### **3. 2 Om interventionen upplevs kunna vara till nytta**

Några av undersökningspersonerna nämner att de tänker att metoden kan vara till nytta eller hjälp. **Up 1** Berättar vid den uppföljande sessionen att alla mål som hen skrev på karta 3 nu har fallit in och att humörkartorna var ett stöd för att uppnå detta: ”*Jag har fått mer kontroll, fått mer sol och mer svar.*” **Up 2:** ”*Jag tror att det kan vara till en hjälp att göra humörkartor.*” **Up 15:** ”*Jag tror att det kan vara till hjälp*” **Up 16** säger att hen tycker att det är bra med frågorna som ställs: ”*Det är lättare att prata om det, lättare att få ut stödord när man pratar om det och då man får frågor hela tiden. Jag tror att det kan vara till hjälp.*”

### 3. 3 Upplevs interventionen som någonting bra

En del av undersökningspersonerna säger att dom tycker att metoden är bra. **Up 4** säger: ”*Jag tycker att det är bra att göra kartorna*”. **Up 3**: ”*Det känns som att det är en bra metod*.” **Up 10**: ”*Bra metod att hålla på med och att kunna jämföra hur känslorna är, tillstånd i framtiden och vad man kan göra för att det ska bli så*.” **Up 9** tycker att metoden är bra trots att denne säger sig ha haft insikter innan: ”*Jag kände till hur det var innan...*”, ”*Humörkartor är bra*”. Några av de andra undersökningspersonerna är mer osäkra: **Up 6**: ”*Det kändes väl okej antar jag. Det är väl bra att man får ut lite. Jag tror att det kan vara användbart*.” **Up 7** tycker att interventionen är positiv men att hen inte är färdigbehandlad av detta: ”*Jag tror att det är bra i en viss grad, inte så att det bara blir så, man behöver få prata också och måste göra övningar också*.” **Up 13**: ”*Jag tycker att det var ganska bra*.” **Up 18**: ”*Alltså den (humörkartorna) hjälpte mig att komma på mer saker att säga, som att om det är balans så är det bra. Man kommer på nya saker*.” **Up 20**: ”*Jag tror det är bra*”. **Up 20s mor**: ”*Bra att få veta hur man kan jobba med känslorna*.” **Up 21**: ”*Det var ganska bra...*” **Up 14** tyckte att det var roligt att göra interventionen: ”*Det var kul, kanske kan vara lite till hjälp...*”

### 3. 4 Vikten av målformulering, en fokuserad riktning, karta 3.

Tio av undersökningspersonerna nämner i olika ordalag att de tycker att målformuleringen är ett bra moment. **Up 2**: ”*Det är bra med mål och att veta vilka mål som man vill uppnå*”. **Up 4** uttrycker att humörkartor är ett stöd för att hitta mål: ”*Jag tycker att det är bra med mål. Då man gör humörkartorna så är det lättare att veta vad målen är*”. Vid nästa session med **Up 4** så berättar hen att hen har börjat träna på gym och att ”*... humörkartorna var en god hjälp till detta*”. **Up 5** uttrycker att hen tänker att det vore bra att sträva mot målen: ”*Listan är bra, jag borde försöka ta fasta på dom där sakerna*.” **Up 6**: ”*Man kan påminna sig om målet*.” Vid uppföljningen har undersökningspersonen som en följd av interventionen satt upp konkreta framtidsmål vad gäller utbildning och också jobb. **Up 8**. ”*Sjysst att veta vad man kan jobba med*.” Vid nästföljande session så har undersökningspersonen förverkligat några av de mål som hen satte upp på karta 3, och personen berättar att denne mår bättre som en följd av detta. **Up 10** ”*Bra metod att hålla på med och att kunna jämföra hur känslorna är, tillstånd i framtiden och vad man kan göra för att det ska bli så*.” **Up 12** ”*Det jag skrev som punkter hjälper till*”. **Up 13** ”*Jag har inte sett mina tankar uppskrivna på en lista förut*.” **Up 15** blir mer motiverad till att sträva mot sina mål: ”*...jag ska tänka mer på vad jag kan göra för att*

dagarna ska bli bättre.” **Up 18** uttrycker att då karta 1 och 2 är gjorda så är det till hjälp när karta 3 ska göras: ”Alltså den (humörkartorna) hjälpte mig att komma på mer saker att säga, som att om det är balans så är det bra. Man kommer på nya saker.” **Up 19** ”Lättare att börja då man har fått ned det på pappret, när man vet hur man ska göra”. Det finns ett visst samband mellan de undersökningspersoner som hade nämnt målformulering som ett positivt inslag och ett högre resultat vid andra mätningen med WHO-5. Fem av nio av de med positivt resultat tar upp att det är bra med mål. I den nedåtgående gruppen är det endast två av undersökningspersonerna som har sagt att det är bra med mål. Personen som skattar samma vid båda mätningarna tycker också att det är bra med mål. Två av de som nämner målformuleringen som viktig gör aldrig en uppföljande mätning.

### **3. 5 Att rita och se.**

Det visuella inslaget, att rita och se tog flera upp som något positivt. **Up 1:** ”Jag tycker att det är bra att man kan hitta nån slags mönster och få en bild av hur det ser ut.” **Up 2:** ”Jag tycker att det är roligt att rita.” **Up 7:** ”Bra att kunna rita ut det så att man ser det på papper. Man får hantera sina känslor lite mer.” **Up 11** jämför interventionen med ett matteproblem: ”...man får en bra bild av hur det har varit, hur man känner. Kan se hur det är på ett bra sätt. Jag tror att det kan hjälpa många att se hur man mår i ett bättre perspektiv. Enklare att se och utgå ifrån ett riktigt papper, det är likadant som om man har ett matteproblem.” **Up 13:** “...jag brukar inte tänka i ringar om mina känslor. Jag har inte sett mina tankar uppskrivna på en lista förut.” **Up 14** säger att hen nu ser vad hen behöver: ”Jag ser att jag behöver mat och lugn och ro”. **Up 17** uttrycker att hen kan särskilja sina olika känslor med interventionen: ”Kändes som att allt var en klump först men lättare att se samband mellan känslorna då allt var visuellt. Att få se sina känslor gör det konkret, det blir lättare att ta på.” **Up 19** pratar om de tankar som är involverade: ”Lättare att börja då man har fått ned det på pappret, när man vet hur man ska göra”. Modern till **Up 20:** ”Bra att få känslorna på papper.” **Up 21** berättade att bilden gav hen själv en bild av hur hen mådde.

### **3. 6 Ger interventionen ökad insikt om känslor.**

Flera tar upp att interventionen ger ökad insikt om känslor. **Up 4** tycker att interventionen ger tillskott i dennes berättelse: ”Ibland är det svårt att veta hur man känt. Det kommer upp fler saker då man gör kartan.” Vid uppföljning med **Up 4** berättade hen att hen efter att vi gjort

humörkartor har börjat fundera kring en kompis humörsvängningar. **Up 13:** ”Jag fattar lite hur det är jag känner.” **Up 14:** ”Det var kul, kanske kan vara lite till hjälp...” Jag ser att jag behöver mat och lugn och ro”. **Up 17:** ”Kändes som att allt var en klump först men lättare att se samband mellan känslorna då allt var visuellt.” **Up 19:** ”...lättare att komma på tankegången som hände då man har ritat upp det.” **Modern till Up 20:** ”Bra att få känslorna på papper. Bra att få veta hur man kan jobba med känslorna.” **Up 21:** ”Det var ganska bra, man får på bild beskrivet hur man mår.”

### **3. 7 Påfrestning**

Tre av undersökningspersonerna berättar att dom tycker att det är jobbigt att göra humörkartorna. **Up 9:** ”Jobbigt men bra ändå...” **Up 5:** ”Lite jobbigt, ansträngande...” **Up 10:** ”Jobbigt att gräva upp allt som var glömt...”. Samtliga av dessa sa också att dom tyckte att metoden var bra.

### **3. 8 Hur interventionen upplevs av terapeuten.**

Författaren anser att det är en intervention som fungerar i alla de olika undersökningsdeltagarnas faser av behandlingskontakt. Att ha stöd av interventionen under sessionen då man berör känslor och känsloreglering underlättar en anamnestisk kartläggning och diagnostisk bedömning. Författaren tänker att det är alliansskapande i terapirelationen. Samtliga undersökningspersoner har varit mer eller mindre positiva till interventionen under sessionen och efteråt. Då undersökningspersonen å ena sidan är styrd av instruktionerna finns det ändå utrymme att göra på det sätt som personen själv vill vad gäller tex val av färger och former och hur denne ritar ut sig själv. Vad gäller instruktionen till humörkarta 3 har alla på egen hand haft en eller flera punkter som de har skrivit ned.

## **4 DISKUSSION**

### **4. 1 Om biverkningar**

Det finns inte så mycket diskussioner om förekomsten av biverkningar av psykoterapi trots att det är ett relativt känt faktum att sådana förekommer. Tre av intervjupersonerna tyckte att det var jobbigt att göra interventionen men nämnde också olika fördelar med den. Att prata om svåra känslor är av naturen jobbigt. Samtliga undersökningspersoner var också i ett tillstånd

av psykisk ohälsa varför det inte är förvånande att de upplevde att det var jobbigt. Detta visar dock vikten av att efter att humörkartorna är gjorda fråga hur det blev för personen. Om det blev jobbigt att prata om känslorna, vilket några uttryckte, så är det viktigt att prata om hur de kan hantera att det blev jobbigt. Det förefaller inte som att interventionen ger några allvarliga biverkningar eller andra oönskade effekter då man ser till resultaten av WHO-5 och de svar som undersökningspersonerna gav.

#### **4. 2 Nyttoaspekten**

Över lag så är reaktionerna på interventionen positiva. Många av undersökningspersonerna upplever att den kan vara till hjälp och stöd. Några har också senare gett spontanrapporter om att dom uppnått mål som dom formulerat. Alla som hade haft en kort kontakt fick förhöjt resultat vid andra mätningen med WHO-5, i övrigt går det ej att finna signifikanta skillnader då man studerar datan utifrån alla möjliga variabler. Det förhöjda resultatet skulle kunna bero på interventionen vilket i så fall skulle betyda att den var extra hjälpsam för de som har en ny psykiatrikontakt dock går det inte att säkerställa att så är fallet.

#### **4. 3 Planeringen**

Endast två av undersökningspersonerna som uttryckt att det var bra med mål fanns i den grupp som hade ett lägre resultat på andra mätningen med WHO-5. Personen som skattade samma tyckte det var bra med mål och 5 av 9 av de med positivt resultat tog upp att det var bra med mål. Sambandet i sig är inte så starkt men författaren tänker att man kan fundera kring vikten av att sätta upp mål, att det kan vara viktigt att förtydliga syfte och konkretisera och begripliggöra allt utifrån patienternas behov. De undersökningspersoner som uttryckte att det var positivt med målformuleringen kan ha varit i eller som en följd av interventionen kommit till det man inom MI kallar den fjärde processen, planerandefasen, dvs att de hade kommit till den nivå där de var beredda att genomföra förändring. (Miller & Rollnick, 2013).

#### **4. 5 Visualiseringen**

Att det är verkningsfullt att använda sig av det konkreta och det visuella är tex något som diskuterats i författarens handledningsgrupp på steg 2 och i en rad andra sammanhang. Att använda sig av skalor, formulär etc. är något som görs inom bla KBT och DBT men inte på det sätt denna studie visar.

Enligt ett bildterapeutiskt synsätt är bilden ett hjälpmedel för att kunna uttrycka, ge språkligt uttryck (Grönlund, Alm & Hammarlund, 1999). Att det är bra att visualisera känslorna uttrycker flera av intervjupersonerna på olika sätt. En pratar också om att få ut sina tankar på pappret.

#### **4. 6 Common factors**

Common factors (Ahn & Wampold, 2001) har såklart spelat in i mötet. Interventionen upplevs av författaren som terapeut som alliansskapande, att prata om känslor vid mötet kan vara en fördel för att skapa en god emotionell relationen mellan terapeut och patient. Interventionens struktur upplever författaren som patientvänlig och lätt att följa med i. Kontexten har ofta varit positivt laddad, några har sagt att de tycker att det är en rolig intervention, någon nämnde att det var kul att rita. Författaren som terapeut har haft tilltro till metoden vilket kanske i sin tur har skapat en tilltro hos undersökningspersonerna. Enligt Ahn & Wampold (2001) så är det så att om patienter får kunskap om sina problem så ökar deras self efficacy, och därmed förmåga till att lösa sina egna problem. Flera av intervjupersonerna uttrycker att interventionen gett dem ökad insikt i deras känslor, i vilka ingår de känslor som de har i sin sökorsak samt i samtal om de problem som påverkar känslorna och/eller om de känslor som leder till problem.

#### **4. 7 Metoddiskussion**

Hade författaren ställt mer specifika frågor efteråt och/eller haft ett formulär med frågor som testpersonerna fick fylla i efteråt så hade det varit lättare att placera in svaren i olika kluster och därmed bearbeta resultatet. Å andra sida ger öppna frågor möjligheter att få svar på frågor som författaren kanske inte hade tänkt på. Öppna frågor gör också svaren mer levande då undersökningspersonerna själva får sätta ord på sina upplevelser om hur det blev för dem. De fria svaren gjorde det svårare att gruppera men det gav utrymme till de svar som kändes rätt för undersökningspersonerna utan styrning. Författaren anser att valet av öppna frågor är en större styrka än det är en svaghet vad gäller den här studien. Då det ej skett någon tidigare studie av interventionen så var det bra att börja med intervjuer för att få information om hur interventionen upplevdes. Det tillkom spontana rapporter från vissa av deltagarna vilket tydligt redovisas när så är fallet. Författaren redovisar dessa kommentarer därför att de bedöms vara viktiga i sammanhanget. Hade författaren i förväg tänkt på att följa upp alla



undersökningspersoner med frågor så hade det troligen gett än mer användbar information att tillföra studien. Valet av WHO-5 som formulär berodde bla på att det ej gick att förutspå vad utfallet skulle bli samt att det mäter välmående och på att det är ett instrument som är väl inarbetat hos författaren. Resultatet av WHO-5 vid respektive mättillfälle kan naturligtvis bero på en mängd olika faktorer, saker som hänt i undersökningspersonernas liv. Då interventionen ger ökad insikt i känslor kanske det också kan ge ett negativt utfall.

En stor studie med additive design på det sätt som Bell, Marcus & Goodland (2013) förespråkar på en mer homogen patientgrupp hade ej heller varit möjlig att genomföra då det finns för få utbildade i interventionen, då C-uppsatsen sker under en begränsad tid och det ej funnits tid och resurser för detta. En annan aspekt med att ej ha en homogen undersökningspopulation var dessutom att se om det gick att finna några skillnader i olika patientgrupper.

#### **4. 8 Slutsatser**

Författaren anser att undersökningen har gett svar på syfte och frågeställningar. Tidigare forskning på tilläggskomponenter i psykoterapi visar att det är svårt att hitta signifikanta skillnader i jämförelse med behandling utan tillägg. Ambitionen har inte heller varit att hitta sådana skillnader i utfall då det inte är en sådan typ av studie. Alla undersökningspersoner har varit relativt positiva till interventionen och dess olika delar och inga allvarliga biverkningar har registrerats. Då en intervention tidigare inte är utvärderad så är det svårt att veta vad man ska leta efter. Den här undersökningen har gett en del ledtrådar om vad interventionen kan tänkas ge för resultat.

#### **4. 9 Förslag till fortsatt forskning**

Författaren tänker att det mesta som gäller humörkartor fortfarande återstår att ta reda på. Att utvärdera metoden på en mer homogen grupp vad gäller diagnoser, behandlingstid etc. kan vara en uppgift för en framtida forskare. Uppföljande intervjuer kan tänkas ge information som i den här studien endast har tillkommit i spontanrapporter. Det kan också vara intressant att göra en randomiserad kontrollerad komponentstudie för att se om det går att särskilja resultat, gärna då också att forskaren studerar uppföljande data.

Användningsområdet för humörkartor kan vara stort. Författaren tänker att humörkartor kan användas som ett tillskott till många olika behandlingar och behandlande interventioner. Man skulle kunna tänka sig att humörkartor skulle kunna användas i någon stadie av de flesta av de behandlingar som redogörs för under avsnittet 1. 2. 1 Teoretisk bakgrund. När det gäller KBT skulle man tex kunna hitta lämpliga beteendeeexperiment som del i att nå mål på framtidskartan. Humörkartor skulle kunna tänkas vara ett verktyg för att få ledtrådar om vilken eller vilka copingstilar som personen har använt sig av i schematerapi. Författaren tänker att om man jobbar med Urge control så är humörkarta 1 passande för att identifiera känslor och konsekvenser av att ha blivit arg. I förhållande till DBT och kedjeanalys skulle man kunna tänka sig att den första kartan kompletterar så till vida att omfattningen av känslorna finns med och att vägen från det jobbiga också kartläggs. I kedjeanalys kartlägger man även tankar och beteenden vilket man enligt den här metoden gör muntligt men ej i skrift men det skulle eventuellt kunna gå att modifiera, dock blir det då svårt att kalla det för en humörkarta. Det är också möjligt att i framtiden standardisera vilka behandlingspaket som humörkartor skulle kunna vara en del av. Forskning om humörkartor som tillägg till dessa metoder vore intressant.

Författaren tänker sig att humörkartor också kan vara till hjälp då det gäller diagnosticering. Kanske framförallt vad gäller diagnoser med framträdande emotionell påverkan som emotionell instabilitet och depression men även som stöd för att hitta många andra psykiatriska diagnoser som tex panikångest eller ätstörningar. En framtida studie av detta slag vore intressant att följa.

## Referenser

Ahn, H-n & Wampold, B. E. (2001) Where Oh Where Are the Specific Ingredients? A Meta-Analysis of Component Studies in Counseling and Psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, Vol 48, No 3, 251-257

Barlow, Payne, Ellard, Farchione, Fairholme (2014) "Emotional Disorders: A Unified Transdiagnostic Protocol" i Barlow, D. H. (2014). *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. pp. 237-274 New York: The Guilford Press.

Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press

Bell, E., Marcus, D. K., & Goodland, J. K. (2013) Are the Parts as Good as the Whole? A Meta-Analysis of Component Treatment Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1013, Vol 81, No 4, 722-736

Darwin, C. (2000). *The Expression of Emotion in Man and Animals* [Elektronisk resurs]. Project Gutenberg, NetLibrary.

Donohue, B. Tracy, K. Gorney, S. (2008) "Anger (negative impulse) control" in O'Donohue, W. T. & Fisher J. E. (2008) *Cognitive Behavior Therapy*. pp. 115-123. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Eliasson, A. (2010) *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur AB.

Fruzzetti, A. E. Crook, W. Erikson, K. M. Lee, J. E. & Worrall, J. M. (2008) "Emotion regulation" in O'Donohue, W. T. & Fisher J. E. (2008) *Cognitive Behavior Therapy*. pp. 174-186. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Ghaderi, A. (2010). "Ätstörningar" I Öst, L-G. (Red.) (2010). *KBT inom barn- och ungdomspsykiatri*. Stockholm: Natur & kultur.

Grönlund, E, Alm, A. & Hammarlund, I. (Red.) (1999). *Konstnärliga terapier*. Stockholm: Natur & kultur.

Harris, R. (2012) *Kärlekens ACT* (E. Nisser, Över.). Stockholm: Natur & Kultur. (Originalarbete publicerat 2009).

Havnesköld, L. & Risholm Mothander, P. (1995). *Utvecklingspsykologi*. Stockholm: Liber Utbildning AB.

Högberg, G. (2014) *Affektiv psykoterapi, manual*. Göran Högberg April 2014.

Högberg, G., Nardo, D., Hällström, T., Pagani, M., (2011). Affective psychotherapy in post-traumatic reactions guided by affective neuroscience: memory reconsolidation and play. *Psychology Research and Behavior Management*, 2011:4, 87-96.

Kruuse, E. (1998a) *Kvalitativa forskningsmetoder I psykologi* (S-E Thorhell Övers.). Lund: Studentlitteratur (Originalarbete publicerat 1996).

Kruuse, E. (1998b) *Kvantitativa forskningsmetoder I psykologi* (S-E Thorhell Övers.). Lund: Studentlitteratur (Originalarbete publicerat 1996).

Kvale, S (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Kåver, A. (2006). *KBT I utveckling*. Stockholm: Natur & Kultur.

Lewis, M., Haviland-Jones, J. M., & Feldman, Barret, L (Eds.) (2008). *Handbook of Emotions*. New York: The Guilford Press

Linehan, M. (2000). *Dialektisk beteendeterapi Färdighetsträningsmanual* (J. Herlofson Övers.). Lund: Natur och Kultur. (Originalarbete publicerat 1993).

Lohr, J. M., Olatunji, D. O., Parker, L., & DeMaio, C. (2005). Experimental Analysis of Specific Treatment Factors: Efficacy and Practice Implications. *Journal of Clinical Psychology*, Vol 61(7), 819-834

McCarty, C & Weisz, J. R. (2007). Effects of Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: What We Can (and Can't) Learn from Meta-Analysis and Component Profiling. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46:7, July 2007, 879-886

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). *Motiverande samtal* (C. Å. Farbring Övers.) Stockholm: Natur & Kultur. (Originalarbete publicerat 2013).

Mörch, M. M. & Rosenberg, N. K. (Red.) (2006). *Kognitiv terapi – modeller och metoder* (M. Hageltorn Övers.). Malmö: Gleerups Utbildning AB. (Originalarbete publicerat 2005).

Nathanson, J. L. (1992). *Shame and pride. Affect, sex, and the birth of the self*. New York: W. W. Norton & Company Ltd.

Norcross, J. & Lampert, M. (2006). The therapy relationship. In J. C. Nordcross, L. B. Beutler & R. F. Levant (Eds.), *Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D.C.: American Psychological Association, 208-218

Svartdal, F. (2011). *Psykologins forskningsmetoder* (P. Larson, Övers). Stockholm: Liber AB. (Originalarbete publicerat 1998).

Thulin, U. (2010). ”Social Fobi” I Öst, L-G, (Red.) (2010). *KBT inom barn- och ungdomspsykiatri*. Stockholm: Natur & kultur.

Thurén, T. (2007). *Vetenskapsteori för nybörjare*. Stockholm: Liber AB

Trost, J. & Levin, I. (1996). *Att förstå vardagen*. Lund: Studentlitteratur

Törnäng, N. (2005). *Linus Hela människans barnstöd. Arbetsbok för barngruppsledare*. Sundbyberg: Hela Människan

Vaillant, L. M-C. (1997). *Changing character*. New York: Basic Books

Young, J. E. & Klosko, J. S. (2010). *Lev som du vill och inte som du lärt dig* (M. Östlin, Övers). Stockholm: Natur & Kultur. (Originalarbete publicerat 1993).

Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003) *Schema Therapy, a Practitioner's Guide*. New York: The Guilford Press

Överreide, H. (2010). *Samtal med barn* (A. Erlandsson, Övers) (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB. (Originalarbete publicerat 2000).



## Låt känslan vara med



**Studie av en ny metod för att visualisera, kartlägga och prata om känslor, hur känslor regleras och samverkar/påverkar varandra.**

Målgrupp: Barn och ungdomar 10-18år som är inskrivna på BUP.

Interventionen är en s.k. ”add on”, d.v.s. ett tillägg till den behandling som redan pågår på BUP.

Deltagande är frivilligt och alla deltagare i studien aidentifieras.

Undertecknad gör denna studie som en del i uppsatsarbetet i psykoterapeututbildningen på Svenska institutet för kognitiv psykoterapi.

Deltagande innebär ett besök på BUP då själva interventionen görs och formulär fylls i. Därefter görs en uppföljning cirka en månad senare.

För mer information kontakta mig. Om du är patient och/eller vårdnadshavare så kan du anmäla ditt intresse till din befintliga BUP-kontakt.

Nicklas Lakso  
Socionom/Kurator  
BUP Farsta

## Bilaga 2

### **Deltagande i studie av humörkartor**

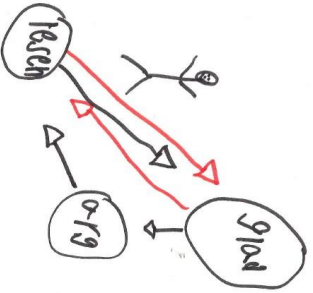
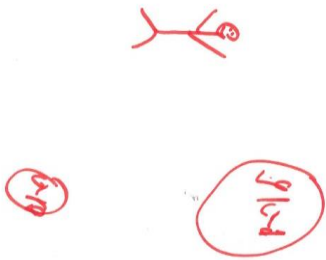
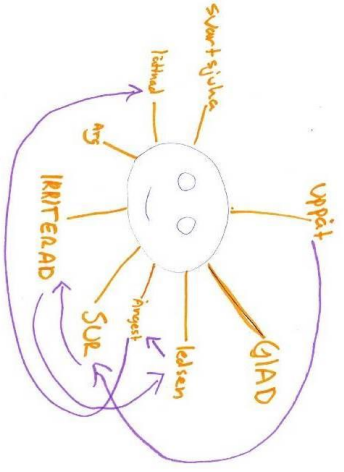
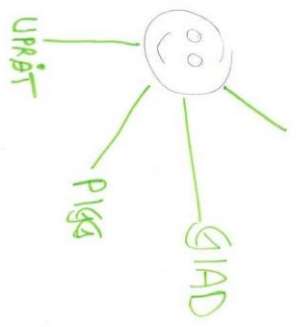
Jag godkänner härmed att min humörkarta, tillhörande formulär och efterföljande frågor får användas i uppsatsarbetet som socionom Nicklas Lakso gör med fokus på att utvärdera humörkartor som arbetsinstrument och som del i psykoterapeutisk behandling. Uppsatsen är en obligatorisk del av den legitimationsgrundande psykoterapeututbildningen på Svenska institutet för kognitiv psykoterapi. Alla uppgifter kommer att anonymiseras för att anonymiteten ska vara garanterad. Jag godkänner också att humörkartan eller delar av den kan publiceras i C-uppsatsen avidentifierad.

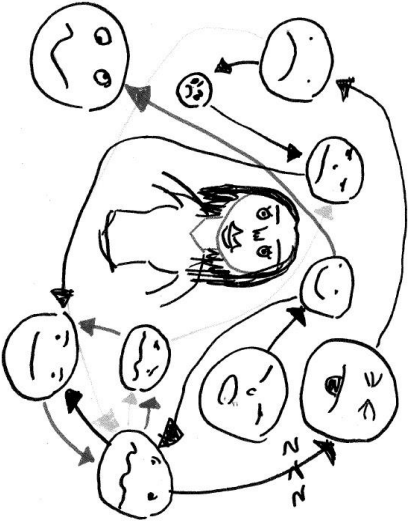
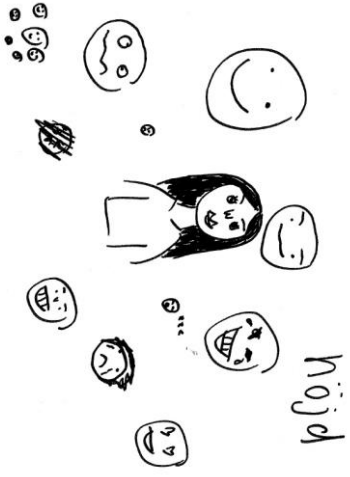
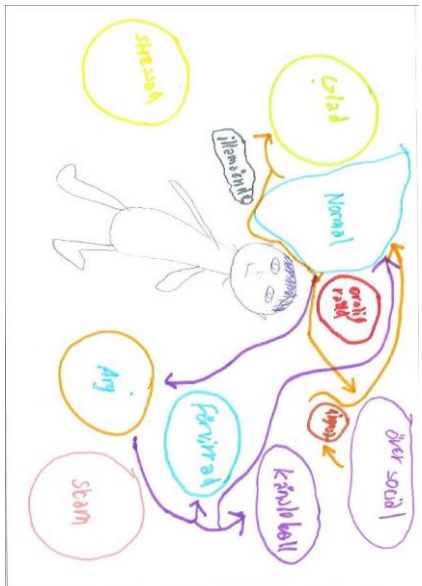
Stockholm den.....

.....  
Underskrift

.....  
Namnförtydligande



<p>Up 20</p> 	<p>MAN SKULLE ETTA HÖR- ÄTT DET. MER WÄNER, TYKA MER ONSIG SELL TA KONTROLL ÄVER MINA KÄNSLOR. VÄRRE MED DJUREN</p>	
<p>Up 4</p> 	<p>Räta med honom om vad han tycker om vår relation. Förbättra relationen med mina vänner. Ändra på min livssstil. Skaffa nya vänner i klassen.</p>	
<p>Karta 1. Senaste två veckorna</p>	<p>Karta 3. Vad som behövs</p>	<p>Karta 2. Framtidskartan</p>

<p>Up 19</p> <p>Karta 1. Senaste två veckorna</p>		<p>Karta 3. Vad som behövs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sluta jämföra mig med andra så mycket.</li> <li>• försöka att inte stressa så mycket. (en allt i min tanke)</li> <li>• Be om hjälp när du behöver det</li> <li>• Inte tvivla på mig själv så mycket</li> <li>• prova saker utomför din komfort-zon.</li> <li>• tro på de komplimanger folk ger dig</li> <li>• försök att ersätta alla dåliga tankar om dig själv med tankar om dig själv med tankar om dig själv.</li> </ul>	<p>Karta 2. Framtidskartan</p> 
<p>Up 11</p> <p>Karta 1. Senaste två veckorna</p>	<p>Karta 3. Vad som behövs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lämna mer medvetna</li> <li>• Bry mig med om andras mening</li> <li>• Ge folk egen tid</li> <li>• Skulle planering</li> <li>• Hjälpa med koncentration</li> <li>• Vara där när jag behöver</li> <li>• Lära mig bättre i situationer när man ska prata.</li> </ul>	<p>Karta 2. Framtidskartan</p> 	<p>Karta 2. Framtidskartan</p> 