

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Kognitiv beteendeterapi för låg självkänsla:
effekten av ett interventionsprogram på självkänsla och
depression**

Sara Salarvan

Examensarbete 30 hp
Psykologprogrammet
PM 2519
Hösttermin 2016

Handledare: Magnus Lindwall
Annika Björnsdotter

Kognitiv beteendeterapi för låg självkänsla: effekten av ett interventionsprogram på självkänsla och depression

Sara Salarvan

Låg självkänsla har associerats med bland annat depression och ADHD och är en vanligt förekommande sökorsak hos klienter som söker psykoterapi. Syftet med föreliggande studie var att utvärdera effekten av *Stärk din självkänsla*, ett tio veckor långt interventionsprogram baserat på kognitiv beteendeterapi, på självkänsla och depression. En icke-randomiserad kontrollerad studie genomfördes i ordinarie verksamhet, med en interventionsgrupp (n=18) och kontrollgrupp på väntelista (n=20) bestående av vuxna med varierande, främst neuropsykiatrisk problematik. Datainsamling skedde med självskattningsskalor före och efter interventionen. Variansanalyser visade en signifikant högre självkänsla och minskade depressionssymtomen för interventionsgruppen både över tid och jämfört med kontrollgruppen, vilket ligger i linje med tidigare forskning. Studien talar för effektiviteten av behandling av låg självkänsla med kognitiv beteendeterapi, och möjliga verk samma mekanismer diskuteras.

Självkänsla är ett ofta använt begrepp inom psykologin som genererat en stor mängd forskning. Begreppets roll och betydelse för vårt välmående å ena sidan och för specifika beteenden å andra sidan, har orsakat både debatt och delade meningar (se till exempel Baumeister, Campbell, Krueger & Vohs, 2003; Marsh & O'Mara, 2008; Swann, Chang-Schneider & Larsen McClarty, 2007). Bland de mest tillförlitliga forskningsresultaten finns dock sambandet mellan hög självkänsla och subjektivt välmående och positiva känslor, samt låg självkänsla och depression (Baumeister et al., 2003). Sårbarhetsmodellen, som anger att låg självkänsla är en riskfaktor för depression, har det mest robusta stödet i forskning (Orth & Robins, 2013). Kliniskt utgör självkänsla ett transdiagnostiskt begrepp, då det ingår som diagnoskriterium eller som en del av symtombilden för en rad olika diagnoser (O'Brien, Bartoletti, & Leitzel, 2006), exempelvis "känslor av värdelöshet" vid egentlig depression och dystymi, "förhöjd självkänsla eller grandiositet" vid hypomana eller maniska episoder av bipolär sjukdom samt "självkänslan överdrivet påverkad av kroppsform och vikt" vid anorexia nervosa och bulimia nervosa. Silverstone och Salsali (2003) visade i en studie gjord på 1190 individer som varit i kontakt med en psykiatrisk öppenvårdsmottagning att samtliga inskrivna hade signifikant lägre självkänsla än kontrollgruppen. Självkänslan var lägst bland individer med egentlig depression, ätstörning eller missbruksproblematik. Man kunde också se en kumulativ effekt, det vill säga att individer med komorbiditet tenderade att ha lägre självkänsla, särskilt då depression utgjorde en av diagnoserna.

En grupp som förknippats med låg självkänsla är vuxna med diagnosen Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). ADHD är en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som karaktäriseras av uppmärksamhetssvårigheter, överaktivitet och impulsivitet. För att få eller ha diagnosen behöver dessa svårigheter ha funnits redan i barndomen. Prevalensen antas ligga runt 2-5 procent av barn i skolåldern och diagnosen

förknippas i hög grad med komorbiditet, främst depression, ångestproblematik och missbruk (Socialstyrelsen 2002). Till följd av sina svårigheter har personer med ADHD ofta upplevt hinder i skolarbetet och i relationen till jämnåriga. Erfarenheter av misslyckanden och socialt avvisande i tidig ålder och genom livet har antagits leda till låg självkänsla hos vuxna med ADHD. I en litteraturgenomgång av forskning på ADHD och självkänsla fann Cook, Knight, Hume och Qureshi (2014) stöd för sambandet mellan ADHD och låg självkänsla. I sina rekommendationer för framtiden lyfter de behovet av utvärderade interventioner specifikt riktade mot självkänsla för personer med ADHD. Newark och Stieglitz (2010) diskuterar bland annat detta samband mellan ADHD och låg självkänsla ur ett kognitivt och beteendeperspektiv. De argumenterar för att kognitiv beteendeterapi (KBT) är att föredra för behandling av ADHD-symtom i allmänhet, och för följer av diagnosen i form av bland annat lägre självkänsla i synnerhet.

Låg självkänsla är en vanligt förekommande sökorsak hos klienter som söker psykoterapi (Makower, 2008). Då självkänsla utgör en aspekt eller konsekvens av en klients problembild (till exempel som en aspekt av depression eller som en konsekvens av långvarig ångest) så kan traditionella, diagnosspecifika behandlingar påverka även självkänsla i positiv riktning (Fennell, 1997). I de fall då låg självkänsla utgör en riskfaktor för utvecklandet av psykisk ohälsa så kan den komma att kvarstå efter traditionella behandlingar och utgöra en risk för återkommande problem. En behandling specifikt inriktad på självkänsla kan därmed fungera preventivt mot olika former av psykisk ohälsa (Fennell, 1997; Orth & Robins, 2013). En sådan behandling kan också utgöra ett medel för att nå andra behandlingsmål, exempelvis för att öka klientens tilltro till sin förmåga att göra de beteendeförändringar som krävs i KBT för tvångssyndrom, specifika fobier och social ångest (Roberts, 2006). Ett behov av utvärderade behandlingsmetoder specifikt inriktade på självkänsla kan därför antas finnas bland både klienter och kliniker.

Center for Clinical Interventions (CCI), en specialiserad enhet för mental hälsa i Australien, har utvecklat en självhjälpsmanual baserad på KBT som inriktar sig på klienters självkänsla (Lim, Saulsman & Nathan, 2005). Manualen bygger främst på Melanie Fennells kognitiva konceptualisering av hur låg självkänsla uppstår och vidmakthålls, utifrån vilken hon även beskrivit ett behandlingsupplägg (Fennell, 1997; 1998; 1999). Effekten av behandlingar grundade på Fennells modell studerades i en fallstudie (McManus, Waite & Shafran, 2009) och i en randomiserad kontrollerad studie (Waite, McManus & Shafran, 2012). I båda fallen visade resultaten högre nivå av självkänsla och lägre grad av depression och ångest, såväl direkt efter behandling som vid uppföljning. Studier har även gjorts på gruppbehandlingar. Morton, Roach, Reid och Stewart (2012) genomförde behandlingen på en grupp kvinnor och fann högre nivå av självkänsla och lägre grad av depression och ångest. Ytterligare studier genomförde behandlingen på grupper bestående av både män och kvinnor med samma mönster i resultaten (Pack & Condren, 2014; Rigby & Waiten, 2007). Slutligen fann Felix och Gunnarsson (2010) att en vägledad självhjälpsbehandling över internet för personer med låg självkänsla resulterade i högre självkänsla och upplevd livstillfredsställelse, samt lägre grad av depression och ångest. Det finns följaktligen en begynnande evidensbas med positiva tendenser för behandling av låg självkänsla med KBT, men den är blygsam i jämförelse med den mängd forskning som finns om behandling av specifika diagnoser med KBT (se till exempel Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006). Det vore därmed motiverat att öka kunskapen om effekten av interventioner särskilt inriktade på självkänsla, framförallt i en svensk, klinisk kontext. CCI's självhjälpsmanual finns

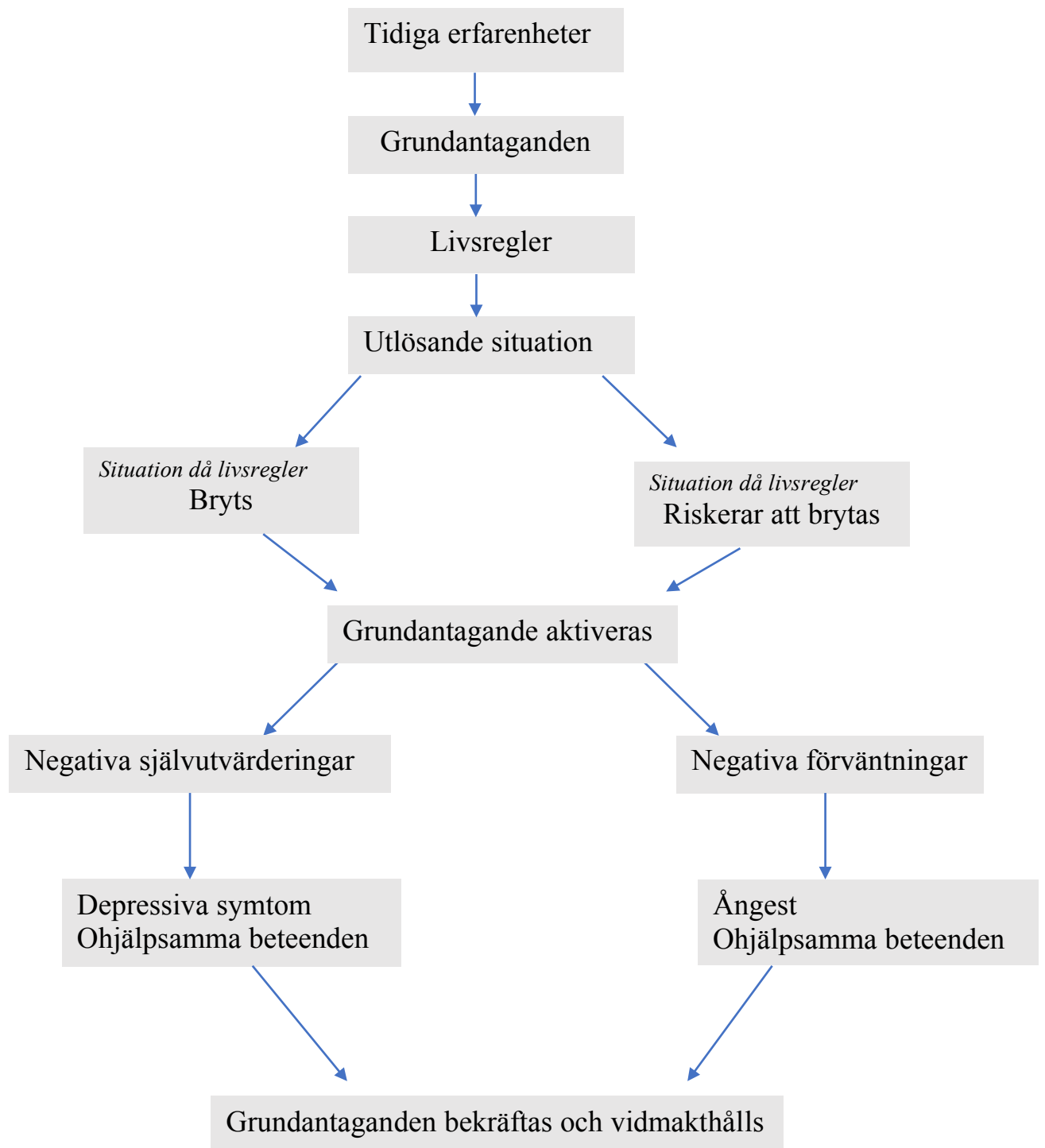
översatt till svenska (Bengtner & Wihren, 2015) och har använts som en gruppintervention med namnet *Stärk din självkänsla*. Effekten av interventionsprogrammet har inte tidigare utvärderats. I följande avsnitt beskrivs Fennells (1997) kognitiva modell som interventionsprogrammet bygger på.

Definition och kognitiv modell av låg självkänsla

Interventionsprogrammet *Stärk din självkänsla* är baserad på Fennells (1997) kognitiva konceptualisering av hur låg självkänsla uppstår och vidmakthålls. Den har i sin tur utvecklats utifrån Becks (1976) ursprungliga kognitiva teori. Enligt den kognitiva teorin påverkas känslor och beteenden av våra kognitioner, det vill säga hur vi tillskriver händelser mening. Dysfunktionella kognitioner antas vara centrala för all form av psykisk ohälsa, och inom KBT utgår behandlingen alltid ifrån en konceptualisering, det vill säga en modell över hur tankar, känslor och beteenden interagerar för den specifika problematiken och hos den unika klienten (Beck, 2011).

Trots den stora kunskapsmassa som de senaste decenniernas forskning på självkänsla producerat saknas en enhetlig definition av begreppet som det råder enighet om. Mruk (2006a; 2006b) beskrev att självkänsla historiskt har definierats på tre olika sätt, som vart och ett fått konsekvenser för de resultat och slutsatser som genererats inom forskningen, samt de interventionsprogram för att höja självkänsla som utformats. Det första sättet, som också varit det vanligaste inom forskning, definierar självkänsla i termer av *värdighet* (eng: worthiness), det vill säga hur vi bedömer och värderar oss själva. Självkänsla utgörs då av en positiv eller negativ övertygelse, attityd eller känsla vi har gentemot oss själva. Ett andra sätt att definiera självkänsla rör sig mer kring *kompetens* och handlar då snarare om resultatet av ändamålsenliga handlingar och beteenden inom områden som är viktiga för individen. Det tredje sättet kombinerar de två första och definierar självkänsla i termer av både *kompetens* och *känsla av värdighet*. Hög självkänsla innebär då att ha positiva känslor gentemot sig själv grundade i adaptiva och för individen ändamålsenliga handlingar.

Fennells (1997) definition av självkänsla motsvarar den första av de ovan nämnda definitionerna, det vill säga en övergripande bedömning och värdering av oss själva. Hennes konceptualisering (se Figur 1) (Fennell, 1997) av låg självkänsla motsvarar i hög grad ett top-down perspektiv på självkänsla, det vill säga att övergripande självkänsla påverkar specifika tankar och beteenden i olika situationer (Brown & Marshall, 2006). Detta till skillnad från bottom-up modeller, där specifika beteenden och upplevelser, till exempel upplevd kompetens inom olika domäner, sprids uppåt och påverkar generell självkänsla.



Figur 1. Kognitiv modell av låg självkänsla. Modifierad efter Fennell (1997, s. 3).

I Fennells konceptualisering (1997) betraktas självkänsla som ett schema, en kognitiv representation, som har utvecklats utifrån tidiga erfarenheter och inläring. Låg självkänsla antas vara resultatet av ett samspel mellan individens medfödda temperament (studier har visat att uppemot en tredjedel av variationen i självkänsla beror på genetiska faktorer, se till exempel Kendler, Gardner & Prescott, 1998) och tidiga erfarenheter av till exempel försummelse, vanvård, övergrepp eller utanförskap. Dessa erfarenheter leder individen till att dra slutsatser som uppfattas som sanningar, så kallade grundantaganden, om sig själv, andra och omvärlden. Vid låg självkänsla har grundantaganden om den egna personen en generell och negativ eller nedsättande karaktär, till exempel ”Jag duger inte” eller ”Jag är annorlunda”. För att kunna ta sig igenom livet trots negativa grundantaganden utvecklar individen livsregler som anger krav och standards att leva upp till givet att grundantagandet är sant (till exempel ”Jag måste prestera perfekt i alla lägen”). På kort sikt och så länge individen lever upp till sina livsregler så fungerar de skyddande. I det långa loppet tenderar de dock att förstärka det negativa grundantagandet eftersom de ofta ställer så höga krav att de blir omöjliga för individen att leva upp till.

Negativa grundantaganden antas alltså härstamma från slutsatser dragna ur ett barns perspektiv. Att låg självkänsla kan kvarstå i vuxen ålder förklaras inom KBT av så kallade vidmakthållande faktorer. Vid låg självkänsla antas en dysfunktionell informationsbearbetning fungera vidmakthållande. Detta innebär att individen tenderar att lättare lägga märke till, tolka, minnas och förvänta sig saker i enlighet med sina grundantaganden (Fennell, 1997). Andra sidan av myntet blir att intryck och information som motsäger grundantaganden filtreras bort eller får begränsat utrymme i medvetandet. Det karaktäristiska fokuset på nuet i KBT motiveras av antagandet att det som en gång i tiden startade ett problem inte nödvändigtvis är det som håller igång det idag (Westbrook, 2011).

När en situation uppstår som bryter eller riskerar att bryta mot individens livsregler (så kallad utlösande situation) så aktiveras grundantaganden och därmed förknippade tankar, känslor och beteenden. Enligt Fennells (1997) modell tenderar en sådan utlösande situation att aktivera två olika processer hos en person med låg självkänsla. Om livsregler *riskerar att brytas* aktiveras negativa förväntningar, ångest och ohjälpsamma beteenden (undvikanden och säkerhetsbeteenden). Om livsregler *bryts* aktiveras negativa självutvärderingar och depressiva symtom. Båda förloppen leder till att grundantaganden bekräftas, och de antas därför utgöra vidmakthållandeprocesser. Modellen använder alltså låg självkänsla som ett transdiagnostiskt ramverk, utifrån vilket både depressiva och ångestsymtom kan förstås (Waite et al., 2012).

Interventionsprogrammet *Stärk din självkänsla*

Mot slutet av 1980-talet började riktade interventionsprogram, med målet att förändra individers självkänsla, att framträda (Mruk, 2006b). För att förstå vad som krävs för att utforma ett vetenskapligt baserat och ändamålsenligt interventionsprogram för att höja självkänsla studerade Mruk (2006b) en rad befintliga program. Han fann att de centrala aspekterna bland annat var att programmen var teoribaserade, systematiskt uppbyggda och innehöll en individuell konceptualisering. Dessa aspekter kommer i det följande att användas för att närmare beskriva hur interventionsprogrammet *Stärk din självkänsla* är uppbyggt.

Att ett program är *teoribaserat* innebär att det finns en överensstämmelse mellan de metoder som ingår och den allmänna teori om självkänsla som programmet grundar sig på, som i sin tur faller inom ramen för en mer allmän teori om mänskligt beteende (Mruk, 2006b). Det teoretiska ramverk som *Stärk din självkänsla* vilar på har beskrivits ovan. Det behandlingsupplägg som Fennell beskrivit (1997; 1998; 1999), och som i stort motsvarar upplägget i *Stärk din självkänsla*, inbegriper främst metoder från evidensbaserad behandling av depression och ångest med KBT, men även tekniker från schemafokuserad kognitiv terapi (se till exempel Young, Klosko & Weishaar, 2003). De interventioner som antas leda till förändring kan delas upp i två delar (Fennell, 1997). En del handlar om att bryta de tidigare beskrivna vidmakthållandeprocesserna, dels genom att skapa medvetenhet kring dem, och dels genom att förändra de kognitioner som ligger till grund för aktuella symtom som depression och ångest, och i längden vidmakthåller den låga självkänslan. Den andra delen använder kognitiv omstrukturering för att mer direkt angripa de grundantaganden och livsregler som på ett mer övergripande plan antas ligga till grund för den låga självkänslan. Båda delar syftar till att försvaga befintliga negativa tankar och övertygelser, och att etablera och utveckla ett mer positivt alternativ, som inbegriper både styrkor och svagheter hos personen (Fennell, 1997). Interventionerna följer med andra ord logiskt av den modell för låg självkänsla som programmet vilar på, och målet är att skapa en mer realistisk och balanserad syn på sig själv.

Att ett program är *systematiskt uppbyggt* innebär att det har ett stegvist angreppssätt som korrekt tillämpat leder till en kumulativ effekt (Mruk, 2006b). Därutöver innehåller varje steg ett mål och specifika metoder och verktyg för att nå målet. *Stärk din självkänsla* består av nio moduler. De tre första modulerna utgörs huvudsakligen av psykoedukation kring vad (låg) självkänsla är, hur det kan yttra sig samt hur det uppstår och vidmakthålls. Fennells kognitiva konceptualisering (1997) av låg självkänsla presenteras, tillsammans med en rational för hur interventionsprogrammet är uppbyggt och tänkt att hjälpa. Modul fyra till åtta domineras av kognitiv omstrukturering, där varje modul angriper ett specifikt kognitionsområde. Modulerna börjar med en beskrivning och bakgrund till det som ska fokuseras. Därefter används specifika verktyg för att identifiera och ifrågasätta tankar, exempelvis tanke- och positivitetsdagböcker, beteendexperiment och aktivitetsscheman. Genom att den enskildes unika tankar, känslor och beteenden i olika situationer kartläggs framträder en *individuell problemformulering*. Modul fyra fokuserar på negativa förväntningar, det vill säga negativa förutsägelser om utfallet i situationer där individens livsregler riskerar att brytas. Modul fem fokuserar på negativa självutvärderingar, det vill säga nedsättande tankar om en själv som framträder i situationer där individens livsregler bryts eller riskerar att brytas. Modul sex fokuserar på att uppmärksamma positiva aspekter av en själv och att planera aktiviteter som ger känslor av glädje och prestation. Modul sju och åtta fokuserar på att identifiera och justera livsregler respektive grundantaganden. Den avslutande modul nio sammanfattar innehållet i tidigare moduler och presenterar en modell för sund självkänsla där hanteringsstrategier som lärts in under behandlingen finns med. Risken för bakslag diskuteras och en vidmakthållandeplan upprättas.

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie var att utvärdera effekten av interventionsprogrammet *Stärk din självkänsla* på självkänsla och depression.

Frågeställningarna var:

1. Finns det en skillnad i deltagarnas självskattade självkänsla före och efter interventionen?
2. Finns det en skillnad i deltagarnas självskattade depression före och efter interventionen?
3. Finns det en skillnad mellan kontroll- och interventionsgrupp i förändring av självskattad depression och självkänsla?

Metod

Den befintliga studien var en icke-randomiserad kontrollerad studie. Under 2014–2016 genomgick tre grupper interventionsprogrammet *Stärk din självkänsla*. Grupp 1 genomgick programmet under hösten 2014, grupp 2 och 3 under våren respektive hösten 2016. Grupperna benämns fortsättningsvis interventionsgruppen. Kontrollgruppen utgjordes av en väntlistegrupp. Med tio veckors mellanrum genomfördes för- och eftermätningar med självskattningsskalor som mäter självkänsla och depression. Poängen på dessa skalor utgjorde studiens utfallsmått. Interventionsprogrammet genomfördes i regi av en extern part, Familjestödsenheten, som drivs av Ågrenska på uppdrag av Göteborgs kommun (<http://www.agrenska.se/vi-erbjuder/familjestods-enheten/>).

Deltagare

Bakgrundsvariabler. I Tabell 1 beskrivs interventions- och kontrollgruppen utifrån kön, ålder, diagnos och medicinering. I interventionsgruppen hade en person med diagnosen ADHD även diagnosen tvångssyndrom. Av de deltagare i interventionsgruppen som stod under medicinering förekom ADHD-relaterade mediciner (n = 3), ADHD-relaterade mediciner och ångstdämpande (n = 1) samt antidepressiva (n = 1). I kontrollgruppen hade åtta personer med ADHD ytterligare diagnoser. Dessa var autismspektrumstörning (n = 5), autismspektrumstörning, dyslexi och depression (n = 1), dyslexi och depression (n = 1), samt dyslexi (n = 1). Av de deltagare i kontrollgruppen som stod under medicinering förekom ADHD-relaterade mediciner (n = 5) samt ADHD-relaterade mediciner och/eller annan medicin (ångstdämpande, antidepressiva, sömnmedel, smärtlindrande) (n = 6). Ingen av deltagarna genomgick annan terapeutisk behandling mellan för- och eftermätningarna.

Tabell 1

Beskrivning av interventions- och kontrollgrupp utifrån ålder, kön, diagnos och medicinering.

	Interventionsgrupp (n = 18)	Kontrollgrupp (n = 20)	Totalt (n = 38)
Ålder			
Medelålder	42.2 (SD = 8.7)	37.3 (SD = 14.5)	39.6 (SD = 12.2)
Min-Max	24-56	20-76	20-76
Kön (%)			
Kvinna	17 (94)	15 (75)	32 (84)
Man	1 (6)	5 (25)	6 (16)
Diagnos (%)			
ADHD	9 (50)	15 (75)	24 (63)
Annan diagnos *	3 (16.7)	2 (10)	5 (13)
Under utredning**	3 (16.7)	0 (0)	3 (8)
Ingen diagnos	3 (16.7)	3 (15)	6 (16)
Medicinering (%)			
Ja	5 (28)	11 (55)	16 (42)
Nej	13 (72)	9 (45)	22 (58)

*Inom annan diagnos ryms autismspektrumstörning, utmattningssyndrom, generaliserat ångestsyndrom och epilepsi.

** Under utredning för neuropsykiatrisk problematik.

Rekryteringsprocess. Majoriteten av deltagarna hade kommit i kontakt med Familjestödsenheten i egenskap av att vara föräldrar till barn med någon form av neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. I enstaka fall kom enheten i kontakt med deltagaren via andra instanser som noterat behov av stöd, t.ex. Socialtjänsten. Rekryteringen av deltagare styrdes därmed av enhetens befintliga verksamhet, det vill säga ett bekvämlighetsurval. Utöver upplevelsen av att ha låg självkänsla användes inga särskilda inkluderingskriterier. I Tabell 2 sammanfattas rekryteringsprocessen.

Initialt fick deltagarna muntlig information om att en gruppintervention baserad på KBT med syfte att stärka självkänslan skulle hållas. Deltagaren fick då ta del av materialet, samt informerades om innehållet i de olika modulerna. Information gavs också om att för- och eftermätningar skulle komma att göras, i syfte att undersöka programmets effekt. Om intresse fanns fick deltagaren sedan samma information skickad till sig via e-post. Kontrollgruppen rekryterades under mars 2016. Personer som varit i kontakt med Familjestödsenhetens verksamhet kontaktades per telefon, informerades om befintlig studie och tillfrågades om de ville ingå i en kontrollgrupp utan behandling, där för- och eftermätningar skulle genomföras. Dessa erbjöds att bli kontaktade under augusti 2016 för möjlighet att delta i en gruppintervention under hösten 2016.

Då det i mars 2016 blev bestämt att den befintliga studien skulle genomföras blev grupp 1 kort därefter kontaktade per telefon av Familjestödsenheten som informerade om studien. Deltagarna tillfrågades om samtycke till att insamlad data i form av för- och eftermätningar fick användas i studien. I samband med detta gavs information om att materialet kommer att vara anonymt och att endast variablerna kön, ålder, diagnos och medicinering skulle användas. Samtliga gav muntligt samtyckte till deltagande i studien. Ett interventionstillfälle hade vid denna tidpunkt ägt rum med grupp 2, och dessa fick därför samma information och fråga om samtycke vid andra interventionstillfället. Samtliga gav muntligt samtyckte till att delta i studien. Kontrollgruppen och grupp 3 fick information om befintlig studie och gav samtycke till att insamlad data i form av för- och eftermätningar får användas i studien i samband med den muntliga information som gavs med erbjudande att delta i kontrollgruppen respektive gruppintervention.

Tabell 2

Rekrytering, samtycke, antal deltagare som fullföljt respektive avbrutit intervention.

	Rekrytering	Samtycke till deltagande i befintlig studie	Antal deltagare som fullföljt interventionen	Antal deltagare som ej fullföljt interventionen
Grupp 1*	Genom befintlig verksamhet.	Efter avslutad intervention.	8	1
Grupp 2**	Genom befintlig verksamhet.	Under pågående intervention.	6	3
Grupp 3***	Ur kontrollgrupp och befintlig verksamhet	Vid rekrytering.	4	0
Kontrollgrupp****	Genom befintlig verksamhet.	Vid rekrytering.	20	

*Interventionstid: Sep-Nov 2014. ** Interventionstid: Mars-Maj 2016.

*** Interventionstid: Aug-Okt 2016. **** Tid på väntelista: April-Juni 2016

Instrument

Rosenberg Self-esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965) är en självskattningsskala som utformats för att mäta global självkänsla, det vill säga en övergripande faktor av självkänsla. I studien användes en svensköversatt version (Lindwall, 2011). Skalan består av tio påståenden (till exempel "Jag har en positiv inställning till mig själv", "Jag tycker att jag har en massa goda egenskaper", "Jag klarar av saker och ting lika väl som de flesta andra människor") som besvaras på en 4-gradig likertskala (1-4) med de svenska svarsalternativen "Instämmer helt", "Instämmer något", "Instämmer ej" och "Instämmer inte alls". Höga poäng motsvarar högre självkänsla (maxpoäng = 40). Att skalan avser mäta en övergripande faktor av självkänsla har

ifrågasatts av forskare som menar att den istället mäter två dimensioner av självkänsla, nämligen självgillande och självkompetens (se exempelvis Tafarodi & Milne, 2002). RSES är dock fortsatt den mest använda skalan för att mäta självkänsla och uppvisade en hög genomsnittlig intern konsistens ($\alpha = .81$) i en studie där skalan administrerades i 53 länder (Schmitt & Allik, 2005). Även i den här studien visade skalan en hög intern konsistens ($\alpha = .90$)

Self-concept Questionnaire (SCQ; Robson, 1989) är en självskattningsskala som ursprungligen utvecklades för att mäta självkänsla på ett mångdimensionellt sätt. Den består av 30 påståenden (till exempel ”Jag har kontroll över mitt liv”, ”Jag är glad över att vara den jag är”, ”Jag kan gilla mig själv även när andra inte gör det”) som är baserade på sju faktorer som antas ligga till grund för självkänsla, exempelvis värdighet, attraktivitet och social acceptans. Påståendena besvaras på en 8-gradig likertskala (0-7) som sträcker sig från ”Stämmer inte alls” till ”Stämmer helt”. Höga poäng motsvarar högre självkänsla (maxpoäng = 210). Den svenska översättningen av SCQ anses vara lämplig för användning i både kliniska och icke-kliniska grupper och uppvisar goda psykometriska egenskaper med hög intern konsistens ($\alpha = .89-.91$) och test-retest-reliabilitet ($r = .89$) (Ghaderi, 2005). Hög intern konsistens uppvisades även i den här studien ($\alpha = .90$)

Montgomery Åsberg Depression Rating Scale-Self rated (MADRS-S; Svanborg & Åsberg, 1994) är en självskattningsskala som mäter depression och som utvecklats för att vara känslig för förändringar i grad av depression. Skalan består av nio frågor som fokuserar på sinnesstämning, oros känslor, sömn, matlust, koncentrationsförmåga, initiativförmåga, känslomässigt engagemang, pessimism respektive livslust. Svaret på varje fråga ska baseras på upplevelsen av de tre senaste dagarna och anges på en sju gradig skala (fyra definierade skalsteg och tre mellanliggande) som poängsätts 0-6 (maxpoäng = 54). Höga poäng motsvarar en svårare grad av depression. Skalan uppvisar en hög intern konsistens ($\alpha = .84-.93$) (Cunningham, Wernroth, von Knorring, Berglund, & Ekselius, 2011), så även i den här studien ($\alpha = .87$). Validiteten har undersökts genom jämförelse med Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) som till skillnad från MADRS-S är en expertskattning ($r = .54-.90$) (Fantino & Moore, 2009; Svanborg & Åsberg, 1994). Svanborg och Åsberg (2001) visade att MADRS-S var jämförbar med den mest använda självskattningsskalan för depression, Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) ($r = .87$). Till skillnad från BDI är MADRS-S kostnadsfri att använda.

Tillvägagångssätt

Många av de föräldrar som Familjestödsenheten möter har själva neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, och ett behov av behandlingsmetoder som fokuserar på självkänsla noterades av enheten. Under sökandet efter en användbar sådan kom Annika Bengtner (pedagog och steg 1 KBT-terapeut verksam på Familjestödsenheten) och Carolina Wihren (KBT-terapeut verksam på behandlingshem) i kontakt med CCI's självhjälpsmanual ”Improving Self-Esteem” (Lim et al., 2005). Att manualen byggde på evidensbaserade begrepp och metoder och var uppdelad i pedagogiska moduler (som beskrivits i tidigare avsnitt) gjorde att den bedömdes som lämplig för enhetens klientgrupp. Eftersom CCI är en del av den offentliga hälso- och sjukvården i Australien

fanns manualen dessutom att tillgå utan kostnad på enhetens hemsida (<http://www.cci.health.wa.gov.au>).

Under 2014 översattes manualen av Annika Bengtner och Carolina Wihren, och korrekturlästes sedan av åtta personer med och utan särskild KBT-kompetens eller särskilda kunskaper i det engelska språket. Justeringar gjordes därefter och har till viss del även gjorts efter att manualen använts i praktiken. De få förändringar av originalmaterialet som gjordes vid översättningen inbegrep förenkling och förtydliganden av vissa avsnitt samt att bilder och fler övningsuppgifter lades till, som en anpassning till den målgrupp som enheten arbetar med. Utifrån den översatta manualen genomfördes sedan en gruppintervention på Familjestödsenheten, under regi av Annika Bengtner. Efter att ha fått positiv respons på programmet av både deltagare och ansvariga kontaktades CCI och informerades om att programmet översatts och använts i verksamheten. CCI godkände då att materialet får fortsätta att användas i sin svenska översättning, med tillägg av en informationstext där det framgår att manualen är en översättning utifrån CCI's material som dock inte har granskats av CCI.

Samtliga interventioner som ingår i den befintliga studien genomfördes under ledning av Annika Bengtner. Programmet var kostnadsfritt för deltagarna och uppdelat på tio tillfällen à två timmar. Som en anpassning till den breda, främst neuropsykiatriska, problematik som fanns bland deltagarna var interventionsledaren noggrann med att ha samma rutiner för interventionstillfällena. Varje tillfälle inleddes med en repetition av den modul som varit i fokus vid föregående tillfälle. Visuella stöd, till exempel whiteboard och blädderblock, användes då modeller och begrepp beskrevs. Som ett stöd för minnet fanns dessa sedan kvar i lokalen under resterande tillfällen. Diskussioner och övningar i grupp fanns med som genomgående inslag. Därutöver erbjöds stöd mellan tillfällena för de deltagare som hade ett behov, exempelvis i form av påminnelser via telefon eller mail om kommande tillfällen. Grupp 1 och 2 fick materialet till den modul som skulle behandlas i början av varje tillfälle. Grupp 3 fick vid slutet av varje tillfälle materialet till nästkommande tillfälle. Deltagarnas närvaro finns inte dokumenterad, men bedömdes av Annika Bengtner som i genomsnitt 7-8 tillfällen per deltagare. Vid frånvaro skickades dock arbetsmaterialet som tillhört det missade tillfället hem till deltagaren direkt efteråt, vilket innebär att allt arbetsmaterial gjordes tillgängligt för samtliga deltagare. Mellan gruppstillfällena uppmanades deltagarna att som hemuppgift repetera det som gått igenom, och att fortsätta med övningsuppgifter som tillhör varje modul. På grund av svårigheter att delta vid gruppstillfällena fick två deltagare gå programmet individuellt. Dessa deltagare rekryterades samtidigt och på samma sätt som övriga deltagare i grupp 2 respektive 3, och genomgick det individuella programmet samtidigt som grupp 2 respektive 3. I interventionsgruppen valde sammanlagt fyra deltagare som påbörjat interventionen att inte fullfölja den. Förmätningar för tre av dessa finns, men har inte tagits med i den statistiska analysen. I samtliga fall angavs personliga skäl till avbrottet.

Vid första gruppstillfället delades självskattningsskalorna ut och fylldes i på plats av deltagarna. Inga särskilda instruktioner gavs förutom det som tidigare hade sagts om syftet med mätningarna samt den information som återfinns på varje enskild skala. Det tog cirka 30–45 minuter för deltagarna att fylla i alla skalor. I grupp 2 fick en deltagare, på grund av svårigheter att koncentrera sig, individuellt stöd av Annika Bengtner att fylla i skalorna. Deltagaren fick i enskilt rum frågorna upplästa för sig, och fick därefter peka på det svarsalternativ som passade bäst. Eftermätningarna gjordes på samma sätt efter sista gruppstillfället. Vid detta tillfälle fick de deltagare som ville även göra en fri skriftlig utvärdering. Kontrollgruppen fyllde i skalorna enligt samma procedur, med undantag för

fyra personer som på grund av boende utanför Göteborg fick skalorna mailade till sig vid både för- och eftermätning, och som sedan lämnade sina svar till Annika Bengtner per telefon.

Databearbetning

Oberoende t-test och χ^2 -test genomfördes för att jämföra interventions- och kontrollgruppen utifrån variablerna ålder, kön, diagnos och medicinering. Oberoende t-test gjordes även för att testa skillnader i resultat på samtliga skalor vid förmätningen. Detta för att utesluta bakomliggande skillnader mellan grupperna. För samtliga dessa signifikansprövningar användes en alfanivå på 5%.

För att undersöka skillnader i rapporterad självkänsla vid för- och eftermätning användes självskattningsskalorna RSES och SCQ som utfallsmått. För skillnader i rapporterad depression användes självskattningsskalan MADRS-S. Då det saknades en MADRS-S förmätning för en deltagare i interventionsgruppen, samt en eftermätning för en deltagare i kontrollgruppen användes dessa personers data inte i analyserna. För skalan SCQ saknades svar på enstaka frågor i för- eller eftermätningar för sju personer i interventionsgruppen. Ett medelvärde räknades då ut för de frågor i skalan som personen hade besvarat. För att inte påverka det totala medelvärdet användes sedan det framräknade medelvärdet som ersättning för de obesvarade frågorna. För en person saknades svar på 10 frågor, för övriga saknades 1-3 svar per mätning.

Med hjälp av envägs beroende ANOVA prövades om det fanns en signifikant förändring i poäng på självskattningsskalorna mellan för- och eftermätning för interventions- respektive kontrollgruppen. Genom en 2x2 mixed ANOVA, med grupp som mellangrupsvariabel (interventions- och kontrollgrupp) och mättillfälle som inomgrupsvariabel (för- och eftermätning) prövades slutligen om det fanns någon interaktionseffekt mellan betingelse och tid på självkänsla och depression. Med en Bonferroni-korrektion (Borg & Westerlund, 2006) användes en alfa-nivå på 1,7% (5/3) för samtliga variansanalyser.

Resultat

Interventions- och kontrollgruppen jämfördes med avseende på bakgrundsvariabler (se Tabell 1) samt förmätningar på de tre självskattningsskalorna (se Tabell 3). Inga signifikanta skillnader mellan grupperna erhöles avseende ålder, $t(31,5) = 1.27, p = 0.22$, kön, $\chi^2(1) = 2.69, p = 0.10$, diagnos, $\chi^2(3) = 4.61, p = 0.20$ eller medicinering, $\chi^2(1) = 2.89, p = 0.10$. Inte heller fanns det några signifikanta skillnader mellan interventions- och kontrollgruppens förmätningar på skalan MADRS-S, $t(32,9) = 1.29, p = .21$, eller SCQ, $t(36) = -1.54, p = .13$. För skalan RSES fanns dock en signifikant skillnad mellan interventions- och kontrollgruppens värde vid förmätningen, $t(36) = -2.10, p = .04$, där kontrollgruppens rapporterade självkänsla var högre.

Envägs beroende ANOVA (se Tabell 3) visade att interventionsgruppens rapporterade självkänsla var signifikant högre vid eftermätningen än vid förmätningen på skalan RSES, $F(1, 17) = 10.43, p < .017$, partiell $\eta^2 = .38$. Den största signifikanta skillnaden noterades för MADRS-S, där interventionsgruppens medelvärde vid

eftermätningen var drygt sju poäng lägre än vid förmätningen, $F(1, 16) = 16.46, p < .017$, partiell $\eta^2 = .51$. Inga signifikanta skillnader observerades för skattningarna på SCQ, $F(1, 17) = 5.70, p = .03$, partiell $\eta^2 = .25$. För kontrollgruppen erhöles inga signifikanta skillnader mellan för- och eftermätningar på någon av skalorna RSES ($p = .51$), MADRS-S ($p = .95$) eller SCQ ($p = .40$).

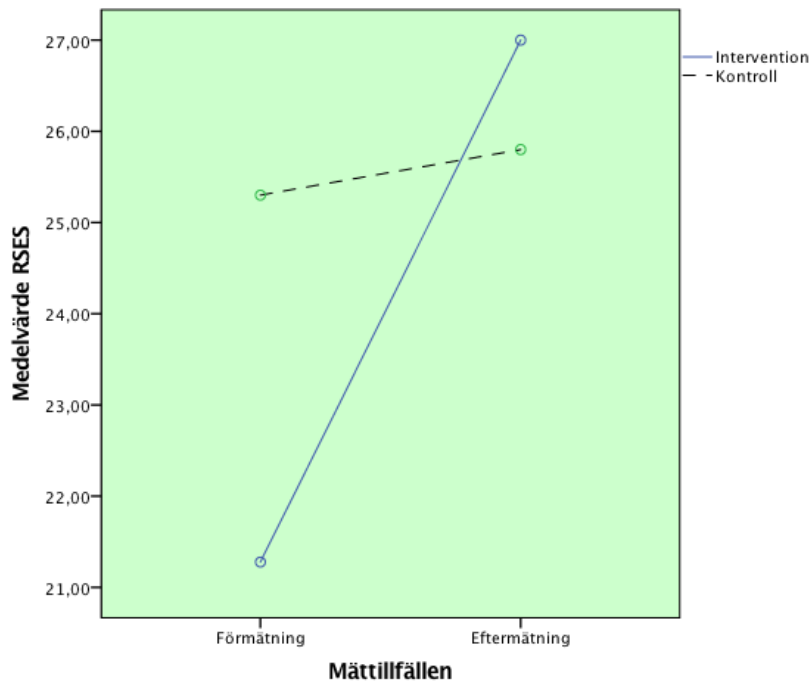
Tabell 3

Medelvärden och standardavvikelser vid för- och eftermätning, F-värde och effektstorlek avseende förändring mellan för- och eftermätning.

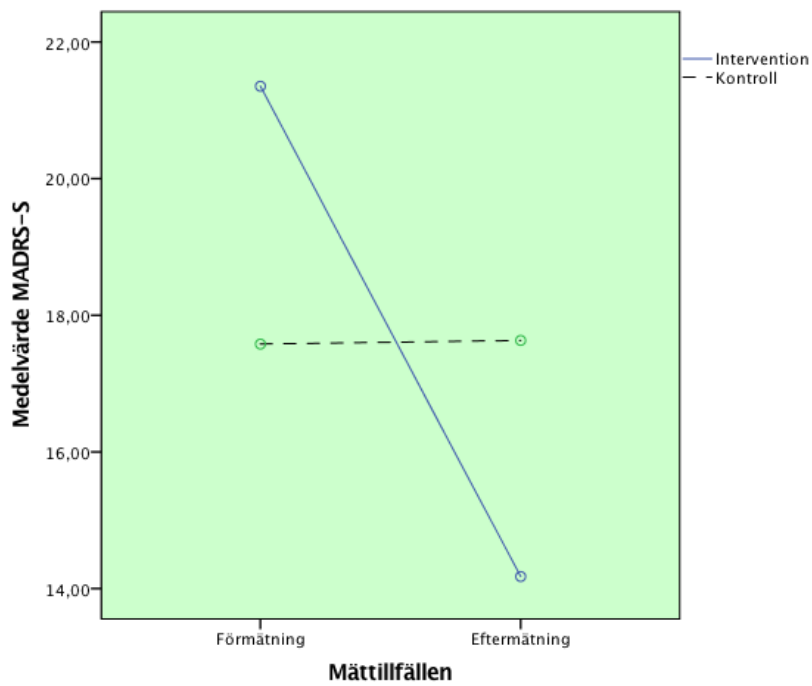
Mät-instrument	Grupp	Förmätning, $M(SD)$	Eftermätning, $M(SD)$	F-värde	Effektstorlek, partiell η^2
<i>Självkänsla</i>					
	Intervention	21.3 (5.6)	27.0 (5.2)	10.43*	.38
RSES	Kontroll	25.3 (6.2)	25.8 (6.6)	0.45	.02
SCQ	Intervention	110.5 (26.8)	127.1 (26.0)	5.70	.25
	Kontroll	124.2 (27.9)	126.5 (25.7)	0.74	.04
<i>Depression</i>					
MADRS-S	Intervention	21.4 (7.8)	14.1 (7.1)	16.46*	.51
	Kontroll	17.6 (10.3)	17.6 (11.6)	0.00	.00

* $p < .017$

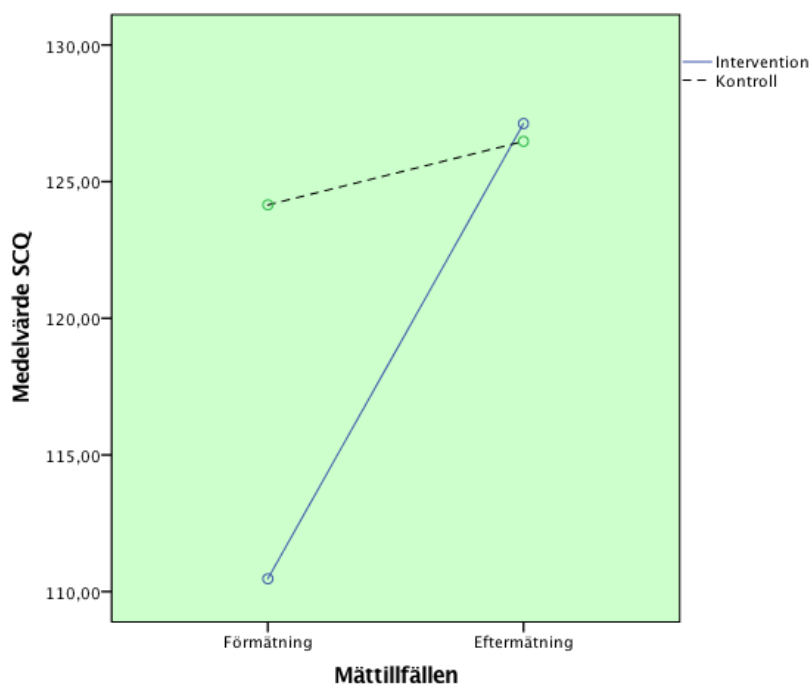
En 2x2 mixed ANOVA visade att huvudeffekten av mättillfällen för samtliga deltagare visade på signifikanta ($p < .017$) förändringar mellan för- och eftermätning för samtliga skalor: RSES, $F(1, 36) = 11.27$, partiell $\eta^2 = 0.24$, SCQ, $F(1, 36) = 6.96$, partiell $\eta^2 = 0.16$, och MADRS-S, $F(1, 34) = 13.65$, partiell $\eta^2 = 0.29$. Därutöver erhöles en signifikant ($p < .017$) interaktionseffekt mellan betingelse och mättillfälle för skattningsskalor RSES, $F(1, 36) = 7.94$, partiell $\eta^2 = 0.18$, och MADRS-S, $F(1, 34) = 14.06$, partiell $\eta^2 = 0.29$. Medan interventionsgruppen ökade i självkänsla och minskade i depression mellan mät-tillfällena, förhöll sig kontrollgruppens medelvärden nästintill oförändrade. Interaktionseffekten för skalan SCQ var dock inte signifikant, $F(1, 36) = 3.97, p = .05$, partiell $\eta^2 = 0.10$. Figur 2-4 nedan illustrerar dessa resultat.



Figur 2. Förändring mellan för- och eftermätningen på skalan RSES för interventions- och kontrollgruppen.



Figur 3. Förändring mellan för- och eftermätningen på skalan MADRS-S för interventions- och kontrollgruppen.



Figur 4. Förändring mellan för- och eftermätningen på skalan SCQ för interventions- och kontrollgruppen.

Diskussion

Syftet med denna studie var att utvärdera effekten av interventionsprogrammet *Stärk din självkänsla* på självkänsla och depression. Frågeställningarna var om det skett någon förändring av deltagarnas självkänsla och depression mellan mättillfällena, samt huruvida denna förändring var olika för interventions- respektive kontrollgruppen. Resultatet visade att det skett en signifikant förändring av självkänsla och depression mellan mättillfällena för samtliga deltagare (det vill säga interventions- och kontrollgruppen sammantaget). Variansanalyser för respektive grupp visade att interventionsgruppen hade signifikant högre poäng på skattningsskalan RSES (självkänsla) och lägre poäng på MADRS-S (depression) efter att ha genomgått programmet *Stärk din självkänsla*. Även om gruppens poäng på SCQ (självkänsla) hade ökat vid eftermätningen, var ökningen inte signifikant. Kontrollgruppen uppvisade inte några signifikanta skillnader på någon av skattningsskalorna. En signifikant interaktionseffekt observerades för skalorna RSES och MADRS-S, men inte för SCQ. Interventionsgruppens självkänsla (mätt med RSES) hade höjts och depressionssymtomen hade minskat jämfört med den obehandlade kontrollgruppen, vars självkänsla och depression förhöll sig mer eller mindre oförändrade mellan mättillfällena.

Resultatet ligger i linje med tidigare studier som visat att behandling med KBT i grupp eller individuellt, baserat på Fennells kognitiva modell för låg självkänsla (Fennell, 1997), har effekt på självkänsla och depression (McManus et al., 2009; Morton et al.,

2012; Pack & Condren, 2014; Rigby & Waite, 2007; Waite et al., 2012). Denna studie bidrar till kunskapsläget på flera sätt. Mig veterligen är det den första studien av en gruppintervention med en kontrollerad design. Således visar studien att effekten av interventionsprogrammet står sig även i jämförelse med en obehandlad kontrollgrupp på väntelista. Tidigare studier har främst utförts i en laboratorie- eller universitetsmiljö, med undantag för Pack och Conrad (2014) som genomförde en gruppbehandling inom öppenvårdsverksamhet i England. Interventionsprogrammet *Stärk din självkänsla* genomfördes i ordinarie verksamhet i en svensk kontext. Att ett positivt utfall i linje med tidigare forskning erhöles även i praktisk verksamhet bidrar till kunskapen om metodens effektivitet (eng: effectiveness) och stärker den externa validiteten. Därmed finns en mer stabil grund för att anta att det finns möjlighet att generalisera resultatet till andra, kanske främst kliniska, miljöer (Borg & Westerlund, 2006). En majoritet av deltagarna hade en neuropsykiatrisk funktions-nedsättning, främst ADHD (50% i interventionsgruppen och 75% i kontrollgruppen), vilket gör att resultatet även kan bidra till kunskapen om behandlingar för denna grupp. Vidare var interventionen baserad på den svenska översättningen (Bengtner & Wihren, 2015) av CCI's självhjälpmanual för låg självkänsla (Lim et al., 2005) i sin helhet. I tidigare studier har endast delar av CCI's material använts (Pack & Condren, 2014).¹

Då deltagarna inte randomiserades till de olika betingelserna kan eventuella skillnader mellan grupperna, som funnits redan innan interventionen, inte uteslutas. Detta har betydelse för studiens interna validitet, det vill säga med vilken säkerhet man kan säga att förändringarna i självkänsla och depression orsakades av interventionen och ingenting annat (Borg & Westerlund, 2006). Vid förmätningen noterades en signifikant skillnad mellan grupperna avseende självkänsla, på skattningsskalan RSES. Kontrollgruppens medelvärde låg något högre än interventionsgruppens, om än långt ifrån maxpoängen på skalan. Detta kan möjligtvis innebära att interventionsgruppen hade ett större utrymme för förbättring mellan mättillfällena än kontrollgruppen. Emellertid var riktningen på den observerade skillnaden sådan, att det för interventionsgruppen skulle krävas en större förbättring av självkänsla mellan mättillfällena för att skillnaden skulle bli signifikant jämfört med kontrollgruppen. Att så blev fallet talar för effekten av interventionsprogrammet.

En ytterligare begränsning kan vara att kontrollgruppens tid på väntelista, och därmed tidpunkten för gruppens för- och eftermätning, endast sammanfaller i tid med en av interventionsgrupperna. Skillnaden i tidpunkt mellan kontrollgrupp och grupp 1 för exempelvis förmätning var cirka 1,5 år. För grupp tre var skillnaden fyra månader. Å andra sidan gjordes mätningarna med tio veckors mellanrum för samtliga grupper, vilket minskar risken för att observerade förändringar berott på spontanläkning eller processer inom varje person som naturligt medför förändringar över tid (Öst, 2016). Att deltagarna fyllde i sammanlagt fem² självskattningsskalor vid varje mättillfälle kan ha påverkat inhämtad data, till exempel genom att graden av noggrannhet vid skattning påverkats.

Att samtliga interventioner utförts under ledning av samma person, som via befintlig verksamhet dessutom haft kontakt med de flesta deltagare innan interventionen,

¹ L. Saulsman vid CCI (personlig kommunikation, 12 december, 2016) skriver att inga studier på samtliga moduler har gjorts i CCI's egen regi, och hon känner heller inte till att detta har gjorts av någon annan.

² Förutom de tre skalor som rapporteras i denna uppsats användes även två till i studien.

medför en risk för en så kallad terapeuteffekt, som innebär att effekten av interventionen blir svårare att skilja från den effekt som den enskilde terapeuten kan ha haft (Öst, 2016). Detta påverkar möjligheten att generalisera resultatet. Det går inte heller att utesluta att mindre förändringar i genomförandet av interventionen gjorts mellan de olika grupperna, vilket kan ha påverkat resultatet. Exempelvis, och som tidigare nämnts, förändrades rutinen kring utlämning av arbetsmaterial för den sista gruppen, eftersom detta underlättade rent praktiskt. Att det saknas uppgifter om enskilda deltagares grad av frånvaro gör det svårt att bedöma hur stor del av interventionen som kommit deltagarna till dels. Å andra sidan är en viss frånvaro att förvänta sig i ordinarie verksamhet. Vidare har endast resultatet för de deltagare som genomgått hela interventionen respektive tiden på väntelista tagits med i de statistiska analyserna. En bortfallsanalys hade bidragit till studiens validitet, exempelvis i form av intent-to-treat, där den sista mätpunkten som finns för en deltagare även används som eftervärde (Öst, 2016).

Slutligen har det inte gjorts någon uppföljning, vilket begränsar möjligheten att säga något om huruvida uppnådda effekter kommer att kvarstå över tid. Detta är av särskild vikt då interventioner riktade mot låg självkänsla har föreslagits ha en förebyggande effekt mot olika former av psykisk ohälsa, till exempel depression (Fennell, 1997; Orth & Robins, 2013). Tidigare studier fann att effekten av behandlingen kvarstod vid uppföljning efter 11 veckor (Waite et al., 2012), 2–3 månader (Pack & Condren, 2014; Rigby & Waite, 2007) samt efter 12 månader (McManus et al., 2009). En av hörnstenarna i KBT är att hjälpa klienten att bli sin egen terapeut, just för att kunna bibehålla förbättringar, men också för att förhindra återfall. (Westbrook, 2011). I slutfasen av *Stärk din självkänsla* upprättas en vidmakthållandeplan, där klienten bland annat får formulera tidiga tecken som tyder på en återgång till gamla tanke- och beteendemönster, samt hur detta kan hanteras med strategier som har lärts in under programmet.

Självkänsla är ett svårdefinierat begrepp vars prediktiva värde har tillskrivits olika betydelse beroende på hur det har operationaliserats (Baumeister et al., 2003). Det har rekommenderats att man i forskningssammanhang använder instrument som ämnar mäta både global och mer domänspecifika aspekter av självkänsla (Marsh, Craven & Martin, 2006; Silverstone och Salsali, 2003). I den här studien användes just två olika självskattningsskalor som antas komplettera varandra i detta avseende, RSES (mäter global, endimensionell självkänsla) och SCQ (mäter självkänsla ur ett multidimensionellt perspektiv). Tidigare studier har endast använt en skattningsskala som utfallsmått för självkänsla (endast RSES: t.ex. Pack & Condren, 2014; Rigby & Waite, 2007. Endast SCQ: t.ex. McManus et al., 2009; Morton et al., 2012; Waite et al., 2012).

I ljuset av detta är det intressant att interventionsgruppens självkänsla mätt med RSES var signifikant högre både över tid och i jämförelse med kontrollgruppen, medan gruppens förändring i självkänsla mätt med SCQ inte var signifikant. De statistiska analyserna i denna studie har jämfört medelvärden för grupperna utifrån totalpoängen på skattningsskalorna. Å ena sidan kan det faktum att SCQ bygger på olika faktorer som antas ligga till grund för självkänsla (Robson, 1989) innebära att interventionen påverkat vissa faktorer men inte andra, och att sådana förändringar då inte fångas upp av ett medelvärde. Morton et al. (2012) lyfte en eventuell påverkan av interventioner i grupp för låg självkänsla. De menade att upplevelsen av att accepteras av en grupp och att möta andra med liknande svårigheter kan ha påverkan på negativa grundantaganden om att till exempel inte vara värd att tycka om eller inte duga. En sådan hypotes ligger i linje med forskning som visat att personer med låg självkänsla har lättare att ta till sig positiv information om sig själva om den kommer från omgivningen, jämfört med positiv

information som kommer från de själva (Josephs, Bosson & Jacobs, 2003). Även Mruk (2006b) beskrev naturliga möjligheter till positiv feedback och acceptans som fördelar med interventioner för låg självkänsla i grupp. Möjligtvis kan en sådan upplevelse ge utslag på en skala som RSES, som mäter självkänsla på en mer övergripande nivå, snarare än på specifika faktorer som till exempel upplevd attraktivitet.

Resonemanget leder in på frågan om vilka mekanismer i interventionen som haft betydelse för utfallet. Som tidigare beskrivits syftade interventionsprogrammet till att bryta vidmakthållandeprocesser och förändra grundantaganden (Fennell, 1997). Genom stegvis kognitiv omstrukturering, som rör sig från relativt lättidentifierade automatiska tankar till mer abstrakta livsregler och grundantaganden, tränas ett mer realistiskt tänkande och en mer balanserad syn på sig själv. Kognitiv omstrukturering är en av de vanligast förekommande tekniker för att förändra självkänsla (Mruk, 2006b; Tevendale & Dubois, 2006). Att börja på den enklaste nivån och se resultat förväntas ge klienten en känsla av kompetens och ökad tilltro till metoden. Att arbeta med tankar i vardagen antas också starta en process som behövs för att slutligen kunna luckra upp svårföränderliga grundantaganden, vilket antas vara nödvändigt för att åstadkomma bestående förändringar (Beck, 2011).

Mruk (2006a; 2006b) beskrev hur interventionsprogram som fokuserat på att få individer att tycka bättre om sig själva utan verklighetsförankring, det vill säga utan kopplingar till vad de faktiskt gör, har varit otillräckliga för att påverka självkänsla i positiv riktning på ett hållbart sätt. Trots att huvudinterventionen i *Stärk din självkänsla* är kognitiv omstrukturering finns genomgående kopplingar till beteenden. En central princip inom KBT är just interaktionen mellan tankar, känslor, fysiologiska reaktioner och beteenden (Westbrook, 2011). Den beteendeterapeutiska delen av KBT utgår ifrån att beteenden är centrala för att förstå vad som vidmakthåller ett problem, men framförallt för att förändra det. Programmet ämnar därför stärka låg självkänsla genom att identifiera och förändra ohjälpsamma kognitioner och beteenden (Lim et al., 2005). Interventionsprogram som på detta sätt fokuserar både på inre (tankar, känslor) och yttre (beteenden, färdigheter) faktorer är att föredra då målet är att påverka självkänsla (Mruk, 2006b; Tevendale & Dubois, 2006).

Exempelvis används tankedagböcker i de delar av behandlingen som syftar till att skapa ett mer realistiskt tänkande. I dessa identifieras bland annat ohjälpsamma beteenden som problematiska kognitioner leder till. Beteendeexperimenten går sedan ut på att utmana de ursprungliga tankarna genom att utföra ett alternativt, mer adaptivt beteende, för att sedan utvärdera resultatet. Vidare används positivitetsdagböcker i den del av behandlingen som syftar till att skapa ett mer balanserat tänkande. I dessa identifieras positiva egenskaper kopplat till tidigare och nuvarande situationer då dessa egenskaper visat sig. Individen tränas alltså i att uppmärksamma positiva aspekter kopplat till faktiska beteenden. Ett annat verktyg är aktivitetsscheman, som används för att planera in aktiviteter som framkallar positiva känslor och upplevelsen av bemästrande. Att på det här sättet hålla sig nära individens vardag, och skapa förutsättningar för en ökad upplevelse av att kunna hantera den, har visat sig vara effektivt för att höja självkänsla (Tevendale & Dubois, 2006).

Utöver de delar i programmet som ämnar modifiera negativa grundantaganden föreslog alltså Morton et al. (2012) att själva gruppformatet, som skapar ett forum för upplevelsen av att ha ingått i en validerande och normaliserande grupp, kan förändra grundantaganden och därmed påverka självkänsla. Vidare hittades den största effekten för MADRS-S, följt av RSES. En naturlig fråga blir då om det är effekten på depression som

påverkat självkänsla eller tvärtom. Att interventionsgruppens poäng på MADRS-S hade sjunkit vid eftermätning är inte helt oväntat då ett av syftena med programmet var att synliggöra och mildra de negativa självutvärderingar som antas leda till depressiva symtom och vidmakthålla låg självkänsla. En förklaring till skillnaden i signifikans för skalorna som mäter självkänsla kan då vara att påståenden i RSES, som är av mer övergripande karaktär, i högre grad korrelerar med depression, där en allmän negativ värdering av en själv är en vanlig del av symtombilden. Att MADRS-S effektstorlek var störst kan också bero på att den är särskilt framtagen för att vara känslig för förändring i depression (Svanborg & Åsberg, 1994). Att i framtida studier närmare undersöker vilka mekanismer som är de verksamma ger möjlighet att skraddarsy interventionen ytterligare.

McManus et al. (2009) menar att det unika med behandlingar som bygger på Fennells kognitiva konceptualisering (1997) är att de grundar sig på en modell av klientens låga självkänsla och inte specifika diagnoser. På så sätt ges kliniker ett alternativ till behandling i de fall då komorbiditet försvårar möjligheten att fastställa vad som är den centrala problematiken, eller då klientens problem sträcker sig över flera områden men inte uppfyller kriterier för någon specifik diagnos. Detta ligger nära transdiagnostisk KBT, en behandlingsform som utgår ifrån kognitiva och beteende-mässiga processer som identifierats som gemensamma för depressiva och ångesttillstånd (Andersen, Toner, Bland & McMillan, 2016). I ett nästa steg vore det av intresse att jämföra effekten av transdiagnostiska interventioner särskilt inriktade på självkänsla med diagnosspecifika behandlingar av till exempel depression, inte minst ur ett tids- och kostnadseffektivt perspektiv.

Sammanfattningsvis har den föreliggande studien visat att det KBT-baserade interventionsprogrammet *Stärk din självkänsla*, genomfört i ordinarie verksamhet i en svensk kontext, lett till högre självkänsla och minskade depressiva symtom hos en grupp vuxna med varierande problematik. Resultatet stärker den tidigare evidensbasen för behandling av låg självkänsla med KBT och erbjuder kliniker och klienter en alternativ behandlingsform då låg självkänsla och depressiva symtom framkommer som problemområden.

Referenser

- Andersen, P., Toner, P., Bland, M., & McMillan, D. (2016). Effectiveness of transdiagnostic cognitive behaviour therapy for anxiety and depression in adults: A systematic review and meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44, 673-690.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy. Basics and beyond*. (2:a upplagan). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Bengtner, A. & Wihren, C. (2015). *Stärk din självkänsla*. Opublicerad arbetsbok.
- Borg, E., & Westerlund, J. (2006). *Statistik för beteendevetare*. (2:a upplagan). Stockholm: Liber.
- Brown, J. D., & Marshall, M. A. (2006). The three faces of self-esteem. I M.H. Kernis (red.). *Self-Esteem. Issues and answers. A sourcebook of current perspectives*. (ss. 4-9). New York: Psychology Press.

- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*, 17-31.
- Cook, J., Knight, E., Hume, I., & Qureshi, A. (2014). The self-esteem of adults diagnosed with attention-deficit/ hyperactivity disorder (ADHD): a systematic review of the literature. *ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder, 6*, 249-268. doi:10.1007/s12402-014-0133-2
- Cunningham, J. L., Wernroth, L., von Knorring, L., Berglund, L., & Ekselius, L. (2011). Agreement between physicians' and patients' ratings on the Montgomery-Åsberg depression rating scale. *Journal of Affective Disorders, 135*, 148-153.
- Felix, A., & Gunnarsson, O. (2010). *Självkänsla sedan? En pilotstudie av en KBT-baserad väggledd självhjälpsbehandling över internet för personer med låg självkänsla*. Opublicerat examensarbete, vårtermin 2010. Lunds universitet: Institutionen för Psykologi, Lund.
- Fennell, M. (1997). Low self-esteem: A cognitive perspective. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 25*, 1-25.
- Fennell, M. (1998). Cognitive therapy in the treatment of low self-esteem. *Advances in Psychiatric treatment, 4*, 296-304.
- Fennell, M. (1999). *Høj din självkänsla med kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Viva.
- Ghaderi, A. (2005). Psychometric Properties of the Self-Concept Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment, 21*, 139-146. doi: 10.1027/1015-5759.18.1.139
- Josephs, R. A., Bosson, J. K., & Jacobs, C. G. (2003). Self-esteem maintenance processes: Why low self-esteem may be resistant to change. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29*, 920-933.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (1998). A population-based twin study of self-esteem and gender. *Psychological Medicine, 28*, 1403-1409.
- Lim, L., Saulsman, L., & Nathan, P. (2005). *Improving Self-Esteem*. Perth, Western Australia: Centre for Clinical Interventions. Hämtad från: http://www.cci.health.wa.gov.au/resources/infopax.cfm?Info_ID=47
- Lindwall, M. (2011). *Självkänsla. Bortom populärpsykologi och enkla sanningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Marsh, H. W., & O'Mara, A. (2008). Reciprocal effects between academic self-concept, self-esteem, achievement, and attainment over seven adolescent years: Unidimensional and multidimensional perspectives of self-concept. *Personality and Social Psychology Bulletin, 34*, 542-552.
- Marsh, H. W., Craven, R. G., & Martin, A. J. (2006). What is the nature of Self-esteem? Unidimensional and multidimensional perspectives. I M.H. Kernis (red.). *Self-Esteem. Issues and answers. A sourcebook of current perspectives*. (ss. 16-24). New York: Psychology Press.
- McManus, F., Waite, P., & Shafran, R. (2009). Cognitive-behavior therapy for low self-esteem: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*, 266-275.
- Morton, L., Roach, L., Reid, H., & Stewart, S. H. (2012). An evaluation of CBT group for women with low self-esteem. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 40*, 221-225.
- Mruk, C. J. (2006a). Defining self-esteem: An often overlooked issue with crucial implications. I M.H. Kernis (red.). *Self-Esteem. Issues and answers. A sourcebook of current perspectives*. (ss. 10-15). New York: Psychology Press.

- Mruk, C. J. (2006b). *Self-Esteem research, theory and practice. Toward a positive psychology of self-esteem (3:dje upplagan)*. New York: Springer Publishing Company.
- Newark, E. P., Elsässer, M. & Stieglitz, R-D. (2012). Self-esteem, Self-efficacy and resources in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 20, 279-290. doi: 10.1177/1087054712459561
- Newark, E. P., & Stieglitz, R. (2010). Therapy-relevant factors in adult ADHD from a cognitive behavioural perspective. *ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, 2, 59–72. doi: 10.1007/s12402-010-0023-1
- Orth, U., & Robins, R. W. (2013). Understanding the link between low self-esteem and depression. *Current Directions in Psychological Science*, 22, 455-460.
- Pack, S., & Condren, E. (2014). An evaluation of group cognitive behaviour therapy for low self-esteem in primary care. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 7, 1-10.
- Rigby, L., & Waite, S. (2007). Group therapy for self-esteem, using creative approaches and metaphor as clinical tools. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 361-364.
- Roberts, J. E. (2006). Self-esteem from a clinical perspective. I M.H. Kernis (red.). *Self-Esteem. Issues and answers. A sourcebook of current perspectives*. (ss. 298-305). New York: Psychology Press.
- Robson, P. (1989). Development of a new self-report questionnaire to measure self esteem. *Psychological Medicine*, 19, 513-518.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-image*. Princeton, N.J: Princeton University Press.
- Schmitt, D. P., & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg self-esteem scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 623-642.
- Silverstone, P. H., & Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part I- the relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2, 1-9.
- Socialstyrelsen (2002). *ADHD hos barn och vuxna*. Artikelnummer 2002-110-16.
- Svanborg, P., & Åsberg, M. (1994). A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the comprehensive psychopathological rating scale. *ACTA Psychiatrica Scandinavica*, 89, 21-28.
- Svanborg, P., & Åsberg, M. (2001). A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). *Journal of Affective Disorders*, 64, 203-216.
- Swann, W. B. Jr., Chang-Schneider, C., & Larsen McClarty, K. (2007). Do people's self-views matter? Self-concept and self-esteem in everyday life. *American Psychologist*, 62, 84-94.
- Tafarodi, R. W., & Milne, A. B. (2002). Decomposing global self-esteem. *Journal of Personality*, 70, 443-483.
- Tevendale, H. D., & Debois, D. L. (2006). Self-esteem change: Addressing the possibility of enduring improvements in feelings of self-worth. I M.H. Kernis (red.). *Self-Esteem. Issues and answers. A sourcebook of current perspectives*. (ss. 170-177). New York: Psychology Press.
- Waite, P., McManus, F., & Shafran, R. (2012). Cognitive behaviour therapy for low self-esteem: A preliminary randomized controlled trial in a primary care setting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 1049-1057.

- Westbrook, D., Kennerley, H., & Kirk, J. (2011). *An introduction to Cognitive Behavior Therapy* (2:a upplagan). London: Sage Publication.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. London: Guilford press.
- Öst, L.-G. (2016). *Att utvärdera psykoterapi och kritiskt granska psykoterapistudier*. Stockholm: Natur & Kultur.