

”Atter en gang ikke alene”

En studie av internettbaserte støttegrupper

Linda Smedstad og Marie Midtsund



Hovedoppgave ved profesjonsstudiet i psykologi

UNIVERSITETET I OSLO

20.oktober 2008

SAMMENDRAG

Forfattere: Marie Midtsund og Linda Smedstad

Hovedveileder: Henning Bang

Biveileder: Kirsten Benum

Formål: I denne oppgaven vil vi undersøke i hvilken grad Yaloms 11 terapeutiske faktorer eksisterer i internettbaserte støttegrupper, og om noen av disse faktorene er hyppigere representert enn andre. **Bakgrunn:** Levekårsundersøkelsen 2005 viser at over halvparten av de som har psykiske plager i Norge ikke søker hjelp for dette. Psykiske lidelser medfører store personlige belastninger og er en stor kostnadspost for samfunnet. Internett brukes i økende grad for å skaffe informasjon om helse, møte andre og dele av sin livsverden. Internettbaserte støttegrupper kan være et lett tilgjengelig og kostnadseffektivt tillegg til annen behandling av psykiske lidelser. Dette er det imidlertid lite forsket på. **Metode:** I vår studie har vi undersøkt fire norske internettbaserte støttegrupper for personer med psykiske lidelser. Vi har studert de terapeutiske prosessene i gruppene ved hjelp av analyseverktøyet ”Therapeutic Group Interaction Factors Scale” (Hastings-Vertino, Getty og Wooldridge, 1996), som tar utgangspunkt i Yaloms teori om universelle terapeutiske faktorer i gruppeterapi. Denne studien er et selvstendig forskningsprosjekt og vi har samlet inn alle data på egen hånd. **Resultat:** Vi fant at alle de 11 terapeutiske faktorene var til stede i ulik grad i utvalget vårt. Fem faktorer var sterkt representert i alle de fire støttegruppene. Tre av de resterende faktorene var sterkt til stede i deler av interaksjonen i noen av støttegruppene, mens tre faktorer i liten grad var til stede i støttegruppene. De terapeutiske prosessene i støttegrupper på internett ser ut til å ha mange likehetstrekk med de som finnes i støttegrupper som foregår ansikt til ansikt. Samtidig synes det å være visse særegenheter ved internettbaserte støttegrupper. **Konklusjon:** Denne studien støtter opp under antagelsen om at internettbaserte støttegrupper er terapeutiske. Funnene våre styrker ideen om at internettjenester kan være et tillegg til eksisterende behandling av psykiske lidelser. I så måte er det viktig å få flere studier som undersøker både effekten av slike grupper og prosessen i gruppene.

FORORD

Takk til:

- vår fabelaktige veileder Henning Bang for at han er Henning Bang og at han hoppet i det med oss, lar seg engasjere, evner å være kritisk på en varm måte og er tilgjengelig på de mest utrolige tidspunkter.
- Kirsten Benum fordi hun var sporty og stilte som biveileder og kom med svært kloke betraktninger helt til slutt. Hun skal også ha takk fordi hun er et forbilde for oss som unge terapeuter.
- Jon Martin Sundet for å ha fulgt oss på den lange reisen i reliabilitetens verden.
- mammaene og pappaene våre fordi de er verdens beste mammaer og pappaer, og mamma Merete Tveitereid også for gode språklige innspill.
- Eirik H. Urke og Bård Lyster for generell støtte og tålmodighet, og til Eirik også for lasagne og språkvask.
- Ole Alexander for å ha lånt bort mammaen sin litt til hovedoppgaven.
- Runar Dankel for uendelig tilgjengelighet og tålmodighet med våre utilstrekkelige datakunnskaper.
- Anne Marthe Kaldestad for hovedoppgaveoverlevelsespakke.
- A-senteret for å ha lagt til rette arbeidssituasjonen og tatt vare på oss underveis.
- Martin Skjønberg fordi du hadde det verre enn oss.
- Øyvind Bjørkum for grøten en tung fredagskveld på instituttet.
- Håvard Guttormsen for fiksing av pc'en halve oppgaven lå på.
- Linda Sandbæk for akutthjelp i innspurten.
- Familie og venner generelt for å ha ventet tålmodig og stille i kulissene.
- det brukne benet som holdt Marie bundet til dataskjermen.

Og til slutt vil vi takke hverandre for romslighet, omsorg, humor og medvirkning til håp, universalitet, informasjon, altruisme, samhörighet og katarsis.

Marie Midtsund og Linda Smedstad, Oslo, 18.oktober 2008.

Scenen settes – en liten illustrasjon fra livet i en støttegruppe på internett

”Skybert: Det er så mye i livet mitt som går bedre enn det har gjort på mange år. Jeg klarer mye mer enn jeg klarte for noen måneder siden. Sælig i forhold til angst. Jeg har det egentlig bra nå.

Også MÅÅÅÅ jeg liksom ødelegge for meg selv. Har vært så sint på meg selv i det siste, fordi jeg merker at jeg er på et destruktivt spor, og ikke klarer å skifte spor selv om jeg vet dette går feil vei.

Det er akkurat som om jeg er redd for at alt skal gå bra? Og det er jo helt fjernt, for jeg vil jo ha det bra. Men det er akkurat som om noe ikke stemmer inni meg. En eller annen uro er der uansett. Og akkurat nå mestrer jeg det med en spiseforstyrrelse....

Hurra for meg!

☺

Dawnie87: Skybert, Det er naa¹ en gang slik, at noen ganger saa faller man tilbake. Og Angst er no shiiit, men SF er med paa aa styrke denne Angsten ytterligere selv om det kanskje ikke virker slik naa. Du vil ha mindre overskudd til aa takle denne angsten dersom du omfavner dette tilbakefallet.

Jeg kan tenke meg at du er redd, skuffet, sint, lei deg og kanskje mer foolelser gjemmer seg under alt det. Men proov aa ikke pushe deg selv enda lengre ned fordi om du har falt tilbake. Vi faller av og til hver og en av oss, og som jeg sa i et tidligere innlegg, vi kan velge aa reise oss igjen boorste shiten som har laget synlige flekker, vi kan lege saarene slik at arrene bare blir ett fjernt minne.

Skybert, du er ikke dum, teit eller haaploos. Du er menneske, du har det vanskelig og sliter. I morgen er en ny dag, en ny mulighet til aa proove paa nytt, en gave, en ny sjangse for deg ☺ Litt og litt, dette klarer du. Finn de gode stundene inni deg, mnner som du holder naer hjertet ditt. Disse vil styrke deg i kampen. Du fortjener aa ha det supert du skal jeg si deg, du ER ett flott menneske. Ikke push yourself down, naar du tenker paa det saa vil det ikke hjelpe deg noe som helst, ;-)

*(ja, jeg vet... miss positiv today :P) men men *smiler og blunker* av og til kan cheesie super-positive folk ha litt saann go effekt paa daarlige dager B-) :-D Liker jeg aa tro da.*

**klemmer deg hardt og lenge, troostekos* Staa paa”*

¹ Dette utdraget er gjengitt nøyaktig slik det er skrevet. Dawnie87 skriver antakeligvis fra et annet sted enn Norge på et tastatur uten æ, og å.

INNHOOLD

SAMMENDRAG	2
FORORD	3
INNLEDNING	8
TEORI OG EMPIRI	11
Gruppeterapi før og nå	11
Støttegrupper på og utenfor internett	12
Er støttegrupper på internett sammenlignbare med støttegrupper som foregår ansikt til ansikt?	15
Potensielle fordeler ved internettbaserte støttegrupper	16
<i>24 timer i døgnet, 365 dager i året fra ens egen stue</i>	16
<i>Anonymitet og utvisking av sosiodemografiske variabler</i>	17
<i>Få kostnader</i>	17
<i>Selvbestemmende</i>	17
Potensielle ulemper ved internettbaserte støttegrupper	18
<i>Mangel på nonverbal kommunikasjon</i>	18
<i>Skjev selektering av deltagere.</i>	18
<i>Mer tid på internett og mindre tid med mennesker rundt en.</i>	18
<i>Forsinkelser i de sosiale prosessene</i>	19
<i>Mangel på sensur og normer.</i>	19
<i>En dårlig erstatning for annen behandling av psykiske problemer?</i>	19
Internettgruppers terapeutiske potensial	20
Forventninger til hva vi vil finne	23
Yaloms 11 universelle terapeutiske faktorer i gruppeterapi	24
<i>Faktor 1: Håp</i>	25
<i>Faktor 2: Universalitet</i>	25
<i>Faktor 3: Informasjon.</i>	25
<i>Faktor 4: Altruisme</i>	26
<i>Faktor 5: Korrektiv rekapitulering av den primære familiegruppen</i>	27
<i>Faktor 6: Utvikling av sosiale teknikker.</i>	28
<i>Faktor 7: Imiterende adferd</i>	28
<i>Faktor 8: Mellommenneskelig læring</i>	29
<i>Faktor 9: Gruppesamhørighet.</i>	31
<i>Faktor 10: Katarsis.</i>	32
<i>Faktor 11: Eksistensielle faktorer.</i>	33
Kritikk av Yaloms faktorer	34
METODE	35

Utvalg	35
<i>Valg av datamateriale.</i>	35
<i>Hvordan fant vi de fora vi ville undersøke?</i>	36
<i>Utvelgelse av analyseenhet.</i>	37
<i>Etiske problemstillinger.</i>	39
Verktøy	40
<i>TGIFs interraterreliabilitet.</i>	43
Prosedyre	43
<i>Pilot og opptrening.</i>	43
<i>Bevissthet om gruppeprosesser mellom skårerne</i>	44
<i>Hvordan ivaretok vi kravene det stilles til en TGIF-rater?</i>	44
<i>Analyse av utvalgt datamateriale.</i>	44
<i>Interraterreliabilitet.</i>	45
RESULTAT	48
a) Hvor mange av de terapeutiske faktorene er til stede i datamaterialet?	48
<i>Universalitet</i>	49
<i>Informasjon</i>	50
<i>Altruisme</i>	51
<i>Gruppesamhørighet</i>	52
<i>Katarsis</i>	53
b) Er det noen av faktorene som går igjen i samtlige fora vi har undersøkt?	53
c) Er det noen terapeutiske faktorer som er særlig hyppig forekommende i enkelte tråder?	54
<i>Håp</i>	56
<i>Eksistensielle faktorer</i>	57
<i>Utvikling av sosiale teknikker</i>	57
d) Er det tråder som er dominert av kontraterapeutisk innhold?	58
DISKUSJON	59
”The big five”	60
<i>Universalitet.</i>	60
<i>Informasjon.</i>	60
<i>Altruisme.</i>	61
<i>Gruppesamhørighet</i>	61
<i>Katarsis.</i>	62
Faktorer som var til stede i noen grad	62
<i>Håp</i>	63
<i>Eksistensielle faktorer.</i>	64
<i>Utvikling av sosiale teknikker.</i>	64
Faktorer som var til stede i liten grad	65
Kontraterapeutiske faktorer	65
Metodiske begrensninger	66
<i>Utvalgskriterier.</i>	66
<i>Fortolkningskjevhet i skåringen</i>	67
<i>Mangel på nonverbal kommunikasjon.</i>	69
<i>Motsetningsfylt innhold i faktoren vanskeliggjør skåringsvalg.</i>	69
<i>Gruppestrukturen vanskeliggjør skåring av endring hos deltageren.</i>	69

<i>Fortolkninger basert på skåreernes livsverden.</i>	70
<i>Begrensninger ved en teoredrevet studie i en eksplorerende undersøkelse.</i>	70
<i>Begrensninger ved vårt analyseverktøy.</i>	71
<i>Forventningseffekter.</i>	71
<i>”Absence of evidence is not evidence of absence”</i>	72
Implikasjoner for fremtidig forskning	72
KONKLUDERENDE BETRAKTNINGER	74
LITTERATUR	75

INNLEDNING

Levekårsundersøkelsen 2005 viser at over halvparten av de som har psykiske plager i Norge ikke søker hjelp for plagene, og at dette kan skyldes både manglende behandlingsdekning og manglende erkjennelse av egne behandlingsbehov (Dalgard, Sjetne, Bjertnæs og Helgeland, 2008). I levekårsundersøkelsen ser det ut til at noen grupper får dekket behovet for behandling mindre enn andre. Det er blant annet færre menn enn kvinner som søker profesjonell hjelp. Folk som har et lavere utdanningsnivå, som kommer fra landlige strøk og som har lite sosial støtte ser også ut til sjeldnere å søke behandling. Mykletun et al (2006) viser i sin norske studie at psykiske lidelser, som depresjon og angst, øker risikoen for å falle ut av arbeid og kan medvirke til arbeidsuførhet. I tillegg til at psykiske lidelser medfører personlige plager er de også en omfattende kostnadspost for samfunnet i form av tapt arbeidsproduksjon og skatteinntekter (Berto, D'Ilario, Ruffo, Virgillio & Rizzo, 2000). I Storbritannia har staten nylig bevilget penger til et prosjekt for å nå ut til folk med psykiske problemer tidligere og med en lavere terskel. Det kan tenkes at en vil se et paradigmeskifte på dette området i nærmeste fremtid. Behandling for psykiske lidelser vil i så fall ikke lenger være noe som gis til de få, men være et tilbud til de fleste (Berge & Olsen, 2008).

Hvis det er slik at Norge trenger et bredere behandlingstilbud for å nå flere av de som har psykiske problemer, kan effektive støttegrupper på internett være et tilskudd til dagens behandlingstilbud. I støttegrupper på internett kan folk møte likesinnede for å dele av sine erfaringer, og den gjensidige samhandlingen kan skje anonymt og uavhengig av hvor en bor og tiden på døgnet. Tall fra Statistisk sentralbyrå (Vaage, 2007) tyder på at antall daglige norske brukere av internett har økt fra 7 prosent av befolkningen i 1997 til hele 60 prosent i 2006. Internett er også i økende grad en allment akseptert sosial arena. I 2003 var det hver dag mer enn 12,5 millioner helserelevante datasøk i World Wide Web (Eysenbach, 2003). Dette betyr at av alle søk på internett globalt var 4,5 % helserelevante søk. Internettbrukere har utallige muligheter til å møte andre og dele av sin livsverden. Svært mange mennesker har nå tilgang til internett og benytter dette verktøyet som en kilde til å innhente og dele

informasjon om seg selv og helsen sin (Eysenbach & Kohler, 2003). Internettbaserte støttegrupper er en slik mulighet og en potensiell katalysator for å forbedre livskvaliteten til et stort antall mennesker som sliter med psykiske problemer.

Bruken av internett som behandlingstilbud er imidlertid kontroversiell. Kraut et al. (1998) fulgte familier over en periode på to år og fant at de med større internettbruk hadde mindre og mindre kontakt med hverandre og sine sosiale omgivelser, og en økning i depresjon og følelsen av å være ensom. Flere nyere studier tyder likevel på at deltagelse i et internettforum kan gi gode gevinster (bl.a. Freeman, Barker & Pistrang 2008 ; Houston, Cooper & Ford, 2002). Med den økende tilgjengeligheten og omfanget av slike grupper blir støttegruppenes virkninger både i utfall og i prosess viktig å vite noe om for de som jobber med psykologisk behandling.

De fleste studiene som er gjort av støttegrupper på internett er effektstudier som ser på symptomlettelse hos deltageren fra før til etter deltagelsen i forumet (Eysenbach, Powell, Engesakis, Rizo & Stern, 2004). Denne metoden kan være beheftet med en del tredjevariabelproblemer. Det er vanskelig å isolere den terapeutiske effekten av gruppen fra andre mulige forklaringer på symptomlettelsen. For det første er støttegrupper på og utenfor internett basert på selvhjelp og at deltagelsen er selvindusert og frivillig. I mange av studiene som er gjort, er imidlertid deltagerne invitert til å delta i en på forhånd designet støttegruppe. Det kan derfor være en mulighet for at deltagerne som blir invitert til å være med i en støttegruppe på internett kan være annerledes enn den gruppen som oppstår mer spontant og frivillig (Eysenbach et al., 2004). For det andre er effekten i disse studiene målt ved å spørre deltagerne. Houston et al. (2002) påpekte at det var de deltagerne som deltok mest frekvent og som var med gjennom hele tidsperioden de undersøkte, som også i størst grad svarte på undersøkelsen. Det kan derfor være at funnene er preget av for mange falske positive fordi utvalget består av den andelen som var mest fornøyd med å ha en støttegruppe på internett. En annen mulig tredjevariabel som Houston et al. (2002) nevner, er at effekten en finner kan skyldes at mange av deltagerne i støttegruppen også går i mer tradisjonell terapi parallelt. I så fall kan dette mer enn deltagelsen i støttegruppen være forklaringen på den observerte symptomlettelsen. En fjerde mulig

feilkilde i forhold til endringen som ble funnet i disse studiene er at symptomlettelsen hos deltagerne kan skyldes spontan remisjon. Mange med psykiske lidelser blir bedre over tid uavhengig av om de har mottatt intervensjoner eller ikke (Andrews, 2001).

Alt i alt synes det å være gjort relativt få studier av effekten av støttegrupper på internett, og nesten ingen studier av hvilke terapeutiske prosesser som preger slike grupper. I vår studie vil vi analysere terapiprosessen i fire norske støttegrupper på internett i lyset av Yaloms teori (Yalom & Leszcz, 2005) om virksomme faktorer i gruppeterapi. Disse faktorene er *Håp, Universalitet, Informasjon, Altruisme, Korrektiv rekapitulering av den primære familiegruppen, Utvikling av sosiale teknikker, Imitering av adferd, Mellommenneskelig læring, Gruppesamhørighet, Katarsis og Eksistensielle faktorer*. Vi antar at en ved å analysere prosessen i forhold til en etablert teori om virksomme faktorer i gruppeterapi indirekte også vil kunne si noe om gruppens effekt på deltagerne. Sett i forhold til støttegruppens potensielle helseeffekt, internetts fremvekst og et stort behov for behandling i psykisk helsevern er dette et viktig supplement til den forskningen som allerede finnes.

TEORI OG EMPIRI

Gruppeterapi før og nå

Fuhriman og Burlingame (2000) definerer gruppeterapi slik:

Gruppeterapi er en behandling av emosjonelle og psykiske lidelser eller problemer med å tilpasse seg. Denne behandlingen foregår i en gruppe, der kjernen ligger i endringen i medlemmene som skjer interpersonlig (sosialt), intrapersonlig (psykologisk) eller adferdsmessig² (s. 31).

Joseph Pratts grupper for tuberkulosepasienter i 1905 blir ofte sett på som den formelle opprinnelsen av gruppeterapien (Spira, 1997). Tidlig på 1900-tallet begynte en rekke leger å tilby samtalegrupper for sine pasienter som et tillegg til den behandlingen de ellers fikk. Gruppene besto som regel av folk med somatiske lidelser, men rundt 1930 ble det også etablert flere og flere grupper der temaet var emosjonelle vansker (Fuhriman & Burlingame, 2000). Rundt 1940 ble gruppeterapi en mer utbredt terapiform som av mange ble sett på som både effektiv og ressursbesparende (Barlow, Fuhriman & Burlingame, 2004).

Dagens gruppetilbud er i hovedsak utviklet med utgangspunktet i to retninger: individuell psykoterapi og gruppepsykologi. Fra feltet knyttet til individuell psykoterapi ble det hentet og prøvet ut teorier og metoder om terapiprosesser og hva som kan endre situasjonen folk står i. Stort sett har dette vært hentet fra psykodynamisk teori, men feltet er etter hvert blitt mangesidig i hvor det henter sin kunnskap fra (Fuhriman & Burlingame, 2000). De interpersonlige aspektene ved grupper er både historisk og i nyere tid blitt sett på som spesielt viktig (Adler, 1949; Bandura & Walters, 1963; Yalom & Leszcz, 2005). Fra gruppepsykologi og sosialpsykologi har en hentet kunnskap om sosiale prosesser og fenomener. Empirien fra sosialpsykologi helt tilbake til 1930-tallet har gitt gruppeterapifeltet kunnskap om

² Egen oversettelse

interpersonlige og interaktive strukturer i grupper, og om hva som gjør at grupper kan vokse og fungere (Fuhriman & Burlingame, 2000).

Ulike gruppeterapeutiske retninger har etter hvert vokst fram. Det går blant annet et skille mellom den psykodynamiske tradisjonen (for eksempel Bion, 1961), psykodrama (for eksempel Moreno, 1953), encountertradisjonen (for eksempel Rogers, 1970), gestaltterapi (for eksempel Perls, Hefferline & Goodman, 1951) og den mer kognitivt-adferdsorienterte (for eksempel White & Freeman, 2000). Mer sammensatte tilnærminger som er tilpasset den gruppen som skal behandles har også fått sin plass. (Matano, Yalom & Schwartz, 1997).

Det finnes i dag utallige måter gruppene er formet på for å tilby behandling. I tillegg til den teoretiske retningen som ligger bak, kan gruppene variere i form og innhold og ha andre ulike kjennetegn. Gruppene varierer i gruppestørrelse, seleksjonskriterier for deltagelse, om gruppen har en homo- eller heterogen sammensetning, om gruppen er åpen eller lukket, møtevarighet og møtefrekvens, med eller uten gruppeleder/e, og om deltagelsen er frivillig eller obligatorisk (Brabender & Fallon, 1993). Innenfor alle disse ulike formene for terapeutiske grupper finner vi også støttegrupper, både i tradisjonell form der mennesker møtes ansikt til ansikt og i den nyere varianten: støttegrupper på internett.

Støttegrupper på og utenfor internett

I litteraturen brukes to ulike begreper som stort sett refererer til samme fenomen: *støttegruppe* og *selvhjelpsgrupper*. Brabender, Fallon og Smolar (2004) mener at en ikke har lyktes å skille mellom betydningen av disse to begrepene. Vi ser heller ikke at det er noen forskjell i betydningen slik de brukes i litteraturen og velger derfor å holde oss til begrepet *støttegruppe*.

For å skille mellom de støttegruppene som foregår på og utenfor internett, velger vi i denne oppgaven å referere til gruppene på internett som *støttegrupper på internett*

eller *internettbaserte støttegrupper*. Vi velger å kalle støttegruppene som ikke foregår på internett for *ansikt-til-ansiktstøttegrupper*.

Støttegruppekonseptet tar utgangspunkt i at mennesker med et felles problem kan hjelpe hverandre ved å møtes og kommunisere om problemet. Som grunnlag for en støttegruppe ligger en tanke om at den kollektive visdommen hos de som har et bestemt problem kan være til hjelp, i tillegg til eller i stedet for profesjonell visdom (Davison, Pennebaker & Dickerson, 2000). Brabender et al. (2004) definerer støttegruppe som en gjensidig støttende gruppe der deltagerne møtes for å snakke og lære nye perspektiver fra hverandre i forhold til et problem, et symptom eller en situasjon de har felles. I en slik gruppe er det sentralt at den profesjonelle hjelpen ikke er tilstede eller er svært perifer. Det er med andre ord gruppens medlemmer som kontrollerer situasjonen og måten gruppen samhandler på. Yalom og Leszcz (2005) sier at støttegruppen prioriterer intern fremfor ekstern ekspertise – ressursene i gruppen fremfor ressursene hentet fra en ekspert. At medlemmene deler felles erfaringer gjør dem både til likesinnede og eksperter på problemet.

Antallet støttegrupper er økende og har utallige temaer medlemmene søker å belyse (Finfgeld, 2000). Støttegrupper kan i varierende grad ha formelle og uformelle ledere. I vår studie har vi undersøkt nettgrupper uten formelle ledere. Gould og Clum (1993) fant i sin metastudie at støttegrupper uten formell styring i noen tilfeller var like effektive som de som hadde en slik styring.

Yalom og Leszcz (2005) fremhever at profesjonelle terapeuter ikke bør se på støttegrupper som en konkurrent til gruppeterapi, men som en ressurs. Ofte kan deltagelsen i en støttegruppe føre til at brukeren lettere søker profesjonell behandling, enten parallelt eller senere i forløpet når personen har fått mer klart for seg hva han eller hun trenger i forhold til sin lidelse. Dette utgjør en viktige terapeutisk ressurs ved støttegrupper.

Mens det er få effektstudier av internettbaserte støttegrupper, fins det atskillig flere studier av ansikt-til-ansiktstøttegrupper. Vi vil begynne vår vei gjennom landskapet med å beskrive en svært kjent studie av en støttegruppe som viste seg å ha uante helende effekter på dets medlemmer. Da Spiegel, Bloom, Kraemer og Gottheil (1989) gjennomførte sin studie av støttegrupper for pasienter med metastatisk brystkreft forventet de å finne forskjeller i livskvalitet mellom de av kvinnene som ble tilfeldig plassert i en støttegruppe sammenlignet med de som ved tilfeldig fordeling ikke fikk en slik plass. De trodde ikke at denne inndelingen i tillegg skulle vise seg å gi en kvantitativ forskjell i livslengde. Til sin overraskelse fant Spiegel og kollegaer en signifikant forskjell i overlevelse hos pasientene som hadde deltatt i en støttegruppe sammenlignet med de som stod uten dette tilbudet. Pasientene i støttegruppen levde omtrent dobbelt så lenge fra de fikk kreftdiagnosen sammenlignet med de som var i kontrollgruppen, i gjennomsnitt 18 måneder lenger. Med dette studiet kan det se ut som om sosial støtte kan være en viktig faktor for overlevelse og gir oss grunn til å tro på den terapeutiske effekten av støttegrupper på flere plan. Spiegel og kollegaer mente at en sterk følelse av å høre til, og et sted å uttrykke følelser og motta aksept for situasjonen sin var essensielt i så måte.

Yalom og Leszcz (2005) hevder at støttegrupper gir en god mulighet for vekst, sosial eksperimentering og endring. De mener at alle de terapeutiske faktorene som finnes i terapigrupper også kan finnes i ansikt-til-ansiktstøttegrupper, og at *Altruisme*, *Gruppesamhørighet*, *Universalitet*, *Imitering av adferd*, *Håp* og *Katarsis* er de faktorene som forekommer hyppigst. Yalom og Leszcz (2005) mener likevel det er en viktig forskjell mellom terapigrupper og støttegrupper: Faktoren *Mellommenneskelig læring* er mindre til stede i støttegrupper, da denne faktoren sees som avhengig av at terapeuten strukturerer gruppen rundt et her-og-nå-perspektiv. I støttegrupper er det mindre av terapeutavhengige intervensjoner som kritiske konfrontasjoner og relasjonelle fortolkninger, og heller mer positiv støtte som gis av de andre medlemmene.

Er støttegrupper på internett sammenlignbare med støttegrupper som foregår ansikt til ansikt?

Vi er helt i startfasen i bruken av elektronisk teknologi i behandling av mentale lidelser. Hvis det viser seg å være en metode for å få oss mennesker til å møtes på som bringer mening, vil internett bli ønsket varmt velkommen som en fornøylig overraskelse – et alt for sjelden tilfelle av at teknologi øker heller enn minker mennesker evne til å involvere seg i hverandre³.

Yalom og Leszcz (2005, s. 524)

En støttegruppe på internett består av individer med et felles problem som møtes online og skriver til hverandre om deres livsverden med dette problemet. Gruppen kan ha og ikke ha en formell leder, som kan være både faglært og ufaglært. Så langt ligner denne beskrivelsen på den som gis av støttegrupper i den fysiske verden, bortsett fra at møtet skjer på internett. Det har i det siste tiåret blitt gjennomført noen få studier som forsøker å sammenligne støttegrupper på internett med ansikt-til-ansikt grupper.

Chang, Yeh og Krumboltz (2001) finner i sin studie at mange av de prosessene som forekommer i ansikt-til-ansikt grupper også forekommer i grupper på internett. Deltagere i internettbaserte grupper følte seg på lik linje med deltagere i ansikt-til-ansikt grupper støttet av de andre medlemmene. De mente at de mottok relevant informasjon omkring sin situasjon og følte seg tilknyttet de andre i gruppen. Over halvparten av alle innleggene som ble skrevet var svar til andre av gruppens medlemmer, noe som indikerer at medlemmene følte seg som en del av en gruppe.

Davison et al. (2000) gjorde i sin studie en undersøkelse av både internettbaserte

³ Vår oversettelse

støttegrupper og ansikt-til-ansiktstøttegrupper. De fant at grupper på internett tiltrekker seg en noe annen type mennesker enn de gruppene som foregår ansikt til ansikt. I internettgruppene de undersøkte fant de at det var flere mennesker med lidelser som er lite forstått i helsesektoren og som har en kronisk karakter enn det som finnes i ansikt-til-ansiktgruppene. Mennesker med lidelser som var av høy kostnad for samfunnet og som var livstruende art, søkte i større grad ansikt-til-ansiktgrupper. Davison og kollegaer tolket denne skeive fordelingen som et svar på at mennesker med ulike lidelser kan ha ulike behov: Grupper som hadde en livstruende lidelse søkte fysisk nærhet og fysisk validering, mens grupper som følte seg stigmatisert og lite forstått hadde behov for anonymitet og kanskje det motsatte av den fysiske tilstedeværelsen. Salem, Bogat og Reid (1997) studerte en internettbasert støttegruppe for mennesker med depresjon og sammenlignet denne med tidligere studier av samhandling i ansikt-til-ansiktgrupper. De fant at de som deltok i støttegruppen på internett så ut til å dele mer informasjon om seg selv enn de som deltok ansikt til ansikt. I støttegruppen på internett var det også uventet like mange menn som kvinner. Dette var en sterk forskyvning både i forhold til sammensetningen i gruppene ansikt til ansikt og i forhold til prevalenstall for depresjon, der det er en overvekt av kvinner.

Disse studiene tyder altså på at støttegrupper på internett og støttegrupper ansikt-til-ansikt har noen felles trekk, men samtidig utgjør to ulike tilbud. Ingen av studiene tyder på at støttegrupper på internett er uten effekt for deltagerne. Under vil vi presentere de mulige fordeler og ulemper med en støttegruppe på internett sammenlignet med en ansikt-til-ansiktgruppe. Deretter vil vi gjennomgå nyere studier av slike internettstøttegrupperes terapeutiske og kontraterapeutiske effekter.

Potensielle fordeler ved internettbaserte støttegrupper

24 timer i døgnet, 365 dager i året fra ens egen stue. Det er stor enighet i litteraturen om at tilgjengeligheten til støttegrupper på internett er en stor fordel. Brukere av støttegrupper rapporterer frekvent bruk sent på kvelden, og den konstante tilgjengeligheten ser ut til å kunne redusere stress og smerte (Strecher, 2007). Geografiske barrierer for å møte noen med det samme problemet som seg selv på

andre siden av landet finnes heller ikke på internett (Miller & Gergen, 1998).
Mennesker som bor på mindre steder og ikke har tilgang til behandling i lokalsamfunnet sitt kan oppsøke støtte fra sin egen stue.

Anonymitet og utvisking av sosiodemografiske variabler. Mangelen på et visuelt og virkelig møte med de andre deltagerne gjør at sosiodemografiske variabler som alder, utseende, etnisitet, utdanningsnivå og inntekt kan holdes skjult for de andre i gruppen. Dette gir muligheter for mindre forutinntatthet om de andre gruppemedlemmene og en mer nøytral presentasjon av seg selv (Owen, Bantum & Golant, 2008; Ybarra & Eaton, 2005). I noen grupper kan dette være en ekstra viktig fordel. For eksempel kan det for kvinner med synlige resultat av kirurgiske inngrep etter brystkreft eller for mennesker med alvorlig anoreksi tenkes at det noen ganger er ønskelig å holde tilbake sensitiv visuell informasjon, og at å slippe å dele denne informasjonen gjør terskelen for å søke andre lavere.

Owen et al. (2008) sammenlignet ansikt-til-ansiktgrupper og internettbaserte grupper for å se på ulikheter og likheter. De fant at den sosiale likheten som medlemmene i gruppen fikk av å være online når de ikke så sine sosiale ulikheter, medførte at de oftere var åpne og mer intime enn i en ansikt-til-ansiktgruppe.

Få kostnader. Datautstyr og tilgang på internett er stort sett det eneste som koster noe for å delta i en støttegruppe. Transport og deltageravgifter er ikke nødvendig slik det ofte er i ansikt-til-ansiktstøttegrupper.

Selvbestemmende. Medlemmer av en internettbasert støttegruppe kan komme og gå som en vil. En trenger ikke skrive et innlegg og være en synlig deltager før en er trygg på at det er noe en ønsker å gjøre. Innlegg kan slettes. Gruppemedlemmene har mulighet til å tenke seg om før de skriver et innlegg og slik kanskje forhindre for mange impulsive, irrasjonelle og destruktive innlegg i gruppen. Internett-deltagelse gjør det mulig å reflektere på egen hånd og tenke i gjennom det en vil uttrykke

overfor gruppen (Finn & Lavitt, 1994; Owen et al., 2008). En har også mulighet til å gå tilbake for å lese konversasjonen ved et senere tidspunkt og har slik en helt annen type tilgang på prosessen som har forekommet enn en ville hatt i en ansikt-til-ansiktgruppe (Miller & Gergen, 1998; Owen et al., 2008).

Potensielle ulemper ved internettbaserte støttegrupper

Mangel på nonverbal kommunikasjon. Mangel på synlighet for hverandre kan både være en fordel og en ulempe ved støttegrupper på internett. Nyanser i kommunikasjonen som gester og tonefall blir borte når en ikke er fysisk tilstede for hverandre, og deltageren kan sitte igjen og føle seg usikker på hva de andre i gruppen følte og tenkte ⁴ (Miller & Gergen, 1998; Owen et al., 2008). Det skrevne ord vil lettere kunne misforstås enn den samtidig nonverbale og verbale tale og kan føre til destruktive samhandlinger som kan tenkes at virker kontraterapeutisk og konfliktgenererende for gruppen.

Skjev selektering av deltagere. Til tross for at sosiodemografiske variabler kan viskes ut, kan det se ut til at det å eie en egen datamaskin har en sammenheng med nettopp slike variabler; utdanning og inntekt (Finfgeld, 2000). Slik kan en tenke seg at internettbaserte støttegrupper i liten grad får deltagere med lav utdanning eller inntekt. Det er også stort sett i den vestlige verden at større deler av befolkningen har tilgang på en datamaskin og internett (Miller & Gergen, 1998), og det ser ut til å være en underrepresentasjon av kvinner fra etniske minoriteter som tar i bruk støttegrupper på internett (Eun-Ok & Wonshik, 2008).

Mer tid på internett og mindre tid med mennesker rundt en. Enkelte funn tyder på at å delta i støttegrupper på internett kan føre til større sosial isolasjon fra den nære sosiale verden. Dette ser ut til å gjelde spesielt for de som i utgangspunktet er sårbare for en slik isolasjon. Det ser også ut til at den samme gruppen har mindre terapeutisk

⁴ Internettgrupper har en mulighet til å bruke såkalt paralingvistikk som en erstatning av nonverbalt språk. For eksempel et smilefjes: ☺. For mer informasjon se Finfgeld (2000).

utbytte av en støttegruppe. (Kraut et al., 1998; Nie, 2001).

Forsinkelser i de sosiale prosessene. Selv om det kan være en fordel at en kan delta i en støttegruppe på internett hele døgnet, kan det for sårbare individer være en risiko i uforutsigbarheten i interaksjonen. Det kan ta tid å få svar og det kan ta tid å etablere tillit til og omsorg for de andre i gruppen (Finfgeld, 2000). På den andre siden vil det å møtes ansikt-til-ansikt kanskje en gang i uken og å etablere kontakt også ta tid i en slik kontekst (Finfgeld, 2000).

Mangel på sensur og normer. I litteraturen blir det uttrykt bekymring for at den lave forpliktelsen og de potensielt flyktige relasjonene i støttegrupper på internett kan ha uheldige effekter. Mye tyder på at deltagere kommer og går sporadisk og det er mindre sannsynlig at en får dannet et personlig ansvar for deltagelsen enn en ville gjort i en ansikt-til-ansiktgruppe. Det regnes som terapeutisk med prosesser som varer over tid, og sporadisk deltagelse kan gjøre det vanskeligere å igangsette slike prosesser (Miller & Gergen, 1998; Owen et al., 2008). Sandaunet (2008) undersøkte frafallet i en internettbasert støttegruppe for kvinner med brystkreft. Hun fant fem hovedårsaker til at folk trakk seg: ønske om å unngå detaljer om lidelsen sin, følelsen av å ikke være ”syk nok” til å kunne delta, vanskeligheter med å føle at en hørte til, få deltakelsen til å passe inn i hverdagen og at visse stadier i sykdommen ikke passet med å få hjelp fra en støttegruppe.

En dårlig erstatning for annen behandling av psykiske problemer? Yalom og Leszcz (2005) rapporterer at det er uttrykt bekymring for at personer som trenger behandling utsetter å søke tilstrekkelig hjelp i det psykiske helsevern grunnet deltagelsen i støttegrupper på internett. Det er per i dag ingen forskning som støtter opp under en slik bekymring (Finfgeld, 2000).

I det neste avsnittet vil vi legge fram hva forskningen som er gjort på støttegrupper på internett sier om en mulig terapeutisk effekt.

Internettgruppers terapeutiske potensial

I de få studiene som er gjort av støttegrupper på internett finner en positive effekter. Hudson, Campbell-Grossman, Keating-Lefler og Cline (2008) undersøkte en internettbasert støttegruppe for alenemødre og fant at sosial støtte i forumet ga bedre utfall i psykisk helse og evnen til å være foreldre. I en oversiktsartikkel av Klemm et al. (2003) fant en i ti studier av støttegrupper på internett for kreftpasienter, at disse gruppene ga signifikant støtte til deltagerne, og at dette påvirket deres psykiske helse. Glasser Das (1997, referert i Ybarra & Eaton, 2005) studerte støttegrupper for angst og fant at deltagere hadde utbytte av støttegrupper på internett og at dette utbytte var størst når de samtidig gikk i tradisjonell terapi. Deltagerne følte seg mindre isolert og hadde økt forståelse av mestringsstrategier og medisinerer. Scharer (2005) studerte en støttegruppe på internett for foreldre med barn med emosjonelle forstyrrelser og fant at medlemmene syntes det var tilfredsstillende støtte i å kunne møte andre i samme situasjon. Miller og Gergen (1998) fulgte prosessen i en støttegruppe på internett for mennesker i selvmordsfare i elleve måneder. De fant det de kalte ”et begrenset, men signifikant terapeutisk potensial” (s. 198⁵). I deres studie forsøkte de å kode ulike former for interaksjon mellom deltagerne som de tenkte kunne ha terapeutisk verdi i positiv eller negativ forstand. De fant en liten forekomst av at deltagerne i forumet søkte hjelp fra hverandre, noe informasjonsutveksling/rådgivning som kunne sies å være terapeutisk og lite av det de kalte for vekstpromoterende interaksjon. Med dette menes at deltagerne utvekslet lite metakommunikasjon seg i mellom og utvekslet lite refleksjon rundt forklaringer på situasjonen de hadde havnet i. Den viktigste formen for terapeutisk interaksjon mellom deltagerne var å gi hverandre støtte. Miller og Gergen (1998) konkluderte med at støtten, empatien, aksepten og oppmuntringen deltagerne fikk i gruppen, mangelen på angrep av hverandre og at det sjelden ble stilt vanskelige spørsmål, gjorde at gruppen var mer ivaretagende enn terapeutisk transformerende. Miller og Gergen (1998) tror ikke ut i fra sin studie at internettgrupper kan erstatte mer tradisjonell psykoterapi, men mener at slike grupper kan fungere godt som en tilførsel, og gir god støtte til deltagerne. Miller og Gergen (1998) understreker at de kun undersøkte ett forum med få deltagere

5

Egen oversettelse

og etterspør flere studier som kan undersøke prosessene i støttegrupper på internett før det kan sies noe sikkert om dets effekter.

Houston et al. (2002) studerte støttegrupper på internett for mennesker med depresjon. De fant at frekvens i bruk av støttegruppe på internett hadde sammenheng med nedgang i symptomer. Mange av brukerne hadde også tradisjonell terapi ved siden av. Dette kunne sees som en mulig tredjevariabelforklaring på bedringen eller som en interagerende mekanisme i forhold til utfallet. Brukerne rapporterte at internettilbudet hadde hjulpet mot depresjonen, og en 1/3 av brukerne foretrakk internett fremfor kliniske konsultasjoner⁶. Mange av deltagerne mente også at gruppen hadde ført til at de hadde spurt behandleren sin nye og viktige spørsmål i forhold til lidelsen sin. Houston og kollegaer fant også at gruppen som deltok i internettforaene var mer sosialt isolerte enn normalbefolkningen. En studie gjort av Kraut og kollegaer (1998) indikerer at internettbruk kan gjøre mennesker mer sosialt isolerte og slik bli en fare for sårbare grupper i forhold til sosial isolasjon. Den samme studien fant at følelsen av å være alene og depresjonssymptomer økte proporsjonalt med tiden som ble brukt i en internettgruppe. I studiet til Houston et al. (2002) var gruppen i utgangspunktet sosialt isolert, og denne sosiale isolasjonen endret seg ikke ved å bli medlem av støttegruppen på internett. Kraut et al. (2002) som studerte økningen i sosial isolasjon hos de som benyttet seg av internett for støtte, fulgte opp denne gruppen over tid og oppdaget at bekymringen for deltagelsen var overdrevet, og at det heller var snakk om en sårbar og en ikke sårbar gruppe av brukere. Bruken av internett ser ut til å ha en spiraleffekt der de som i utgangspunktet ikke har et problem med sosial tilbaketrekking har et utbytte av internettb Bruken både sosialt og i livskvalitet, mens de brukerne som kjennetegnes som introverte og som har lite sosial støtte utenfor internett taper på deltagelsen og forverre sine symptomer.

Eysenbach et al.(2004) fant ikke i sin litteraturoversikt noen robuste bevis for at støttegrupper på internett alene har en terapeutisk effekt på dets medlemmer. De

⁶ Halvparten foretrakk kliniske konsultasjoner

konkluderte med at å måle utfallet av støttegruppene (for eksempel ved å bruke standardiserte skjemaer før og etter deltagelse) ikke var en enkel oppgave da en rekke tredjevariabler gjør seg gjeldende. De fant heller ingen undersøkelse som hadde kommet fram til at støttegrupper hadde noen negativ effekt eller gjorde skade på medlemmene, slik det har blitt ytret bekymring for i litteraturen (Finfgeld, 2000) Eysenbach et al. (2004) sier også i sin oversiktsartikkel at det er et paradoks at antall grupper på internett fortsetter å øke mens et tilsvarende voksende forskningsfelt uteblir.

Det er altså flere studier som antyder at støttegrupper på internett kan ha en positiv effekt på dets medlemmer, samtidig som det fremdeles mangler robust evidens for størrelsen på denne effekten, og hva i terapiprosessen som i så fall virker terapeutisk. I litteraturen blir ikke internettbaserte støttegrupper sett som et alternativ til profesjonell behandling, men mer som en mulig tilførsel eller noe som er bedre enn ingenting. Flere stiller seg spørrende til hvordan en skal undersøke nettforaene og til paradokset mellom en økende internettbruk og mangelen på tilsvarende økende forskning på feltet. Mesteparten av forskningen som er gjort er utfallstudier, der en har forsøkt å kontrollere og måle effekten av støttegruppen før og etter deltagelse. En slik metode har som tidligere nevnt flere problemer knyttet til seg (Brabender et al., 2004). Vi har prøvd å møte denne utfordringen ved å analysere terapiprosessen. Som utgangspunkt for vår analyse har vi valgt å undersøke materialet vårt i lys av Yaloms elleve terapeutiske faktorer i gruppeterapi. Vår argumentasjon er at skulle disse vel anerkjente faktorene være tilstede i gruppene vi undersøker, har vi grunn til å tro at prosessene i støttegrupper på internett kan ha en terapeutisk nytteverdi. Vi vil derfor i denne studien undersøke følgende problemstilling:

I hvilken grad eksisterer Yaloms terapeutiske faktorer i internettbaserte støttegrupper, og er det faktorer som er hyppigere representert enn andre i slike grupper?

Forventninger til hva vi vil finne

Vi forventer å finne mer av *Håp, Universalitet, Informasjon, Altruisme, Gruppesamhørighet og Katarsis* enn av *Korrektiv rekapitulering av den primære familiegruppen* og *Mellommenneskelig læring*. De seks første faktorene er i følge Yalom og Leszcz (2005) mer vanlige å finne i selvhjelpgrupper, enn de to sistnevnte. Vi avviker fra Yalom ved at vi forventer å finne mye av den terapeutiske faktoren *Informasjon*, men ikke *Imitering av adferd*. Vi tenker at forumsformen inviterer til spørsmål. Mange avslutter innleggene sine med et spørsmål, og det er en slags kultur på at det er slik en skriver. Denne kulturen vil antakeligvis invitere både til råd og praktisk informasjon, og vi forventer derfor å finne dette. *Imitering av adferd* tenkte vi det kunne være vanskelig å se i et internettforum i og med at deltagerne ikke ser hverandre direkte..

Grunnen til at en sjeldnere finner *Mellommenneskelig læring* i støttegrupper er at det er vanskelig for en gruppe å holde fokus på situasjonen her-og-nå i tilstrekkelig grad når de ikke har en profesjonell gruppeterapeut til stede (Yalom & Leszcz, 2005). Det er tenkelig at deltagerne kanskje vil spille ut dysfunksjonell adferd i gruppa, men så lenge det ikke er noen leder som trekker diskusjonen opp på prosessnivå, tror vi kommunikasjonen mellom medlemmene stort sett holder seg på fakta- og innholds nivå. Det at det ikke finnes en terapeut som autoritetsfigur i gruppene vil kanskje virke hemmende i forhold til *Korrektiv rekapitulering av den primære familiegruppen* også.

Vi er usikre på hvor mye av faktoren *Utvikling av sosiale teknikker* vi vil finne i utvalget vårt. På den ene siden skjer utvikling av sosiale teknikker over tid og vi tenker oss derfor at det kan være vanskelig å se denne utviklingen innenfor en relativt kort interaksjon mellom skrivende deltakere på internett. På den andre siden handler skåringskriteriene for *Utvikling av sosiale teknikker* i analyseverktøyet vi skal bruke om hvordan en reagerer på tilbakemelding fra de andre deltagerne i forumet, og det kan vi se for oss at vi finner eksempler på.

Vi er usikre på hvor mye av *Eksistensielle faktorer* vi vil finne. Da støttegruppene vi skal undersøke er spisset mot et bestemt problem (spiseforstyrrelser, ADHD, bipolar lidelse og seksuelt misbruk), tenker vi at diskusjonene i foraene vil omhandle den bestemte lidelsen og håndteringen av den. På den annen side er kanskje eksistensielle tema spesielt viktig når en står i en vanskelig situasjon og søker mening med livet, og det kan tenkes at slike tema også blir diskutert.

Yaloms 11 universelle terapeutiske faktorer i gruppeterapi

Yaloms tilnærming til gruppekonsultasjoner er organisert rundt elleve terapeutiske faktorer. Han hevder at det er disse elleve mekanismene som er særlig virksomme for at terapeutisk endring skal skje i gruppeterapi.

Yalom var ikke den første til å adressere terapeutiske faktorer i grupper, og mange av faktorene han presenterer er hentet fra tidligere inndelinger. Yaloms arbeid med terapeutiske faktorer i grupper ble først publisert i 1970, og har hatt en enorm innflytelse på teori og praksis i gruppeterapi (Bloch & Crouch, 1985; Brabender & Fallon, 1993). Vi vil i det følgende beskrive de elleve faktorene slik de er beskrevet i ”The theory and practice of group psychotherapy”, 5.utg., av Irvin D. Yalom og Modyn Leszcz (2005).

Yalom selv har ikke kommet med en konseptuell definisjon av hva en terapeutisk faktor er. Bloch og Crouch (1985) definerer en terapeutisk faktor i gruppebehandling som

et element av gruppeterapi som fører til bedring i pasientens tilstand og [som] er en funksjon av gruppeterapeutens, de andre gruppemedlemmenes og/eller pasientens egne handlinger⁷ (s.4).

⁷ Egen oversettelse

Faktor 1: Håp. Formidling av håp er særlig viktig i startfasen i en gruppeterapi. Håpet vil øke klientens motivasjon for å fortsette terapien og slik legge grunnlaget for at andre terapeutiske faktorer kan bli virksomme. Håp er imidlertid også terapeutisk i seg selv. Mange empiriske studier viser at forventningene en har til terapien korrelerer positivt med utfallet av terapien. Håpet om bedring vil derfor kunne ha direkte innvirkning på om bedring faktisk skjer (Dew & Bickman, 2005, Delsignore & Schnyder, 2007; Leung & Heimberg, 1996; Marmar, Gaston, Gallagher & Thompson, 1989). Gruppeterapi er regnet som særlig egnet for å formidle håp, fordi en i gruppeterapi får muligheten til å ha kontakt med andre i samme situasjon som er kommet lengre i endringsprosessen. Dette gjelder særlig homogene grupper. Støttegrupper er ofte svært basert på denne faktoren. I Anonyme Alkoholikere (AA) er det for eksempel tidligere rusavhengige som fungerer som gruppeledere og veiledere for nye gruppemedlemmer og står som eksempel for gruppens medlemmer om at det går an å få det bedre med sitt problem.

Faktor 2: Universalitet. Mennesker med psykiske lidelser har lett for å føle seg unike og alene. Alle mennesker kan ha tanker og følelser de tror gjør dem unormale og uverdige, men hos mennesker med psykiske lidelser er dette ofte enda mer uttalt enn hos andre. Ifølge Yalom er det imidlertid ingen menneskelig handling eller tanke som ligger helt utenfor andre menneskers erfaring, og det vil derfor være en enorm lettelse for de aller fleste å begynne i gruppeterapi og oppdage at en ikke er alene om skremmende og uakseptable tanker, impulser og fantasier. At ens egen opplevelse valideres av en annens opplevelse, kalles konsensusvalidering. Dette blir særlig virkningsfullt i en homogen gruppe der alle har førstehåndserfaring med det samme problemet på en måte terapeuten ikke kan ha. For mennesker med skambelagte problemer vil denne faktoren være spesielt viktig, for eksempel ved voldspatologi, spiseforstyrrelser eller traumer etter seksuelt misbruk.

Faktor 3: Informasjon. Yalom og Leszcz (2005) hevder at informasjonsdeling ofte er den sammenbindende kraften i gruppen i startfasen av et behandlingsforløp, før andre

faktorer blir operative. I faktoren informasjonsdeling inkluderer Yalom deling av didaktiske instruksjoner som kunnskap og psyko-edukasjon om mental helse, samt råd, forslag og informasjon om den psykoterapeutiske prosessen. Han mener at didaktiske instruksjoner vil være med på å strukturere gruppen og skape trygghet og forutsigbarhet i gruppen. Det er som oftest terapeuten som er ansvarlig for den prosessen. Terapeuten lærer da gruppen om sykdomsprosesser, saboterende tankemønstre og andre ting som kan være relevante for deltagerne. Struktur og kunnskap vil i tillegg til å øke forutsigbarheten i gruppesituasjonen, også øke forutsigbarheten i forhold til symptomer og lidelser som tidligere kanskje har vært skremmende og ukontrollerbare for deltagerne, og denne kunnskapen vil dermed også være terapeutisk i seg selv. Didaktisk instruksjon er en stor del av psyko-edukative grupper for spesifikke lidelser eller situasjoner, som for eksempel angstmestringskurs og sorggrupper. I slike grupper vil terapeuten for eksempel forklare psykologiske og fysiologiske mekanismer som er del i lidelsen og lære bort teknikker for å mestre symptomene. Eksempelvis vil en person med panikk lidelse kunne nyttiggjøre seg av kunnskap om panikkanfallenes natur, at følelsen av for eksempel ikke å få puste ikke betyr at han/hun er i ferd med å dø, men at det kun er en ufarlig angstreaksjon.

En annen form informasjonsdeling kan ha er at gruppedeltagerne gir råd, forslag og direkte veiledning til hverandre. Dette er så typisk i tidlig fase (eller i grupper som ikke er kommet videre i sin utvikling) at Yalom og Leszcz (2005) skriver at de kan studere en video fra en gruppeterapitime og ut fra denne faktoren se hvor langt i terapiforløpet gruppen er. Yalom sier også at innholdet i slike råd generelt er lite nyttige og terapeutiske. Rådgivingen som handling kan likevel være terapeutisk fordi den er et uttrykk for omsorg og interesse for den andre personen og personens problem. For terapeuten kan rådgivingen også være en kilde til informasjon om personlighetspatologi hos gruppedeltagerne. Mønstre i rådgiving og rådsøking vil ofte kunne gi en indikasjon om mer generelle interpersonlige mønstre.

Faktor 4: Altruisme. Mennesker med psykiske lidelser er ofte svært demoraliserte når de begynner i en terapigruppe. Mange har lav selvtillit og føler at de har lite å gi til andre mennesker. En vanlig motforestilling mot å gå i grupper er at ”blinde ikke kan

lede blinde” og en er redd for å bli trukket ned av de andre i gruppen. Det en formidler gjennom dette er troen på at en selv heller ikke har noe å tilby andre. Når en i gruppen får erfare at en likevel kan være til hjelp for andre og gi noe til andre, vil det motvirke denne demoraliseringen. En vil også få en erfaring med likeverdige relasjoner der en bytter på å være giver og mottaker. Støttegrupper som for eksempel AA, er sterkt preget av denne faktoren. Å bruke tidligere rusavhengige som ledere vil i tillegg til å formidle håp til de nye i gruppen også fremme altruismefaktoren hos lederne.

Å få muligheten til å gjøre noe for andre vil også kunne motvirke den selvopptattheten som ofte kan prege mennesker som føler livet er meningsløst. Viktor Frankl (1969) sier at livet får mening ved å gå utover oss selv, glemme oss selv og bli oppslukt av noe eller noen utenfor oss selv. En terapigruppe er et velegnet sted for akkurat det.

Faktor 5: Korrektiv rekapitulering av den primære familiegruppen. Klienter som blir med i grupper kan ofte ha svært uheldige erfaringer fra sin primære familiegruppe. Ved deltagelse i en gruppebehandling kan terapeuten og de andre deltagerne tillegges egenskaper og likne på den primære familiegruppen for den enkelte klient. Gruppelederen kan for deltageren kanskje minne om en forelder, i den forstand at han/hun er en autoritetsfigur, mens andre i gruppen som er likestilte med deltageren kan kanskje få tillagt søskenroller. I en terapigruppe kan det forekomme dype personlige avsløringer, sterke følelser og nær intimitet i tillegg til fiendtlige, konkurransebetonte følelser på samme måte som i en ens egen familie. En tenker seg at medlemmene etter hvert som de blir trygge i gruppen begynner å samhandle med hverandre og med terapeuten slik som de en gang gjorde med sine foreldre og søsken. Sentrale tema i denne sammenheng vil ofte være oppmerksomhet og makt.

Yalom hevder at gruppeterapi vil fremkalle disse mønstrene mye mer effektivt enn det individualterapi gjør, og en vil derved også få muligheten til å jobbe med dem tidligere. Rekapituleringen av roller og mønstre fra den primære familiegruppen er

ikke terapeutisk i seg selv. Det er muligheten til å jobbe seg igjennom de samme temaene på nytt som er terapeutisk. Å gang på gang få utforsket og utfordret roller og leveregler åpner for nye muligheter i gamle relasjonsmønstre. Dette blir som oftest ikke et eksplisitt fokus i gruppen, men snarere en endring som skjer internt i hvert enkelt grupped medlem, gjerne som en virkning av flere av de andre faktorene.

Faktor 6: Utvikling av sosiale teknikker. Utvikling av sosiale teknikker vil kunne foregå både direkte og indirekte i en gruppe. I noen grupper jobber en direkte med sosiale ferdigheter, for eksempel ved hjelp av rollespill og instruksjoner i forhold til bestemte situasjoner. I grupper for ungdom og i grupper som skal forberede innlagte pasienter for livet utenfor vil dette ofte være nyttig. I andre grupper vil utvikling av sosiale teknikker ofte foregå på mer indirekte måter. En måte kan være via tilbakemelding fra de andre i gruppen om hvordan en fremstår og virker på dem. Hvis en stadig får høre at en blir oppfattet på helt andre måter enn en ønsker å fremstå, vil en etter hvert ønske å finne nye måter å samhandle på slik at andres oppfatning av en vil sammenfalle mer med ens egen selvoppfatning. Gruppen vil kunne fungere som en trygg base der en kan teste ut slike nye måter å samhandle på.

Gruppeterapi vil også indirekte kunne fremme utvikling av sofistikerte sosiale evner over tid. Medlemmer som har gått i gruppen lenge vil ofte ha utviklet en bedre evne til å håndtere konflikter, uttrykke empati, ikke være fordømmende overfor andre og å være oppmerksomme på hvilke prosesser som foregår i gruppen. Dette er evner deltagerne vil få bruk for i sitt sosiale miljø utenfor gruppen.

Faktor 7: Imiterende adferd. En gruppeterapeut vil kunne påvirke samhandlingsmønstret i sin terapigruppe ved å modellere for eksempel selvutlevering eller støtte. Deltagerne har en tendens til å imitere terapeutens adferd. I en gruppe er terapeuten imidlertid ikke den eneste en kan imitere, og deltagerne vil kunne lære mye av å se hvordan andre takler sine problemer. Dette er særlig virkningsfullt i homogene grupper der en har mulighet til å se andre takle de samme

problemerne som en selv har. Innenfor sosialpsykologien har en forsket på vikarierende læring og funnet at det er en effektiv terapeutisk faktor underestimert i mye av den kliniske forskningen (se for eksempel Bandura, Ross & Ross, 1963).

Å imitere andres adferd er ofte kortvarig, men kan være med på bryte opp rigide mønstre og skape grobunn for endring. Hvis en får positiv tilbakemelding på den imiterte adferden kan en etter hvert legge den til sitt eget adferdsreportoar og på den måten få mer permanente endringer i adferd.

Faktor 8: Mellommenneskelig læring. Yalom bygger sin forståelse av psykologisk symptomatologi blant annet på Harry Sullivans teori (Sullivan, 1953). Her sees det patologiske uttrykket som et resultat av forstyrrede mellommenneskelige forhold. Psykoterapiens oppgave er å hjelpe klienten til å utvikle relasjoner som er tilfredsstillende og ikke forvrengte. Dette vil i sin tur lindre de psykologiske symptomene.

Det første stadiet i *Mellommenneskelig læring* er å vise frem det dysfunksjonelle. I en terapigruppe som bærer preg av spontan interaksjon vil klientene over tid begynne å spille ut sine mistilpassede mønstre. Noen mønstre vil vise seg allerede i første time, mens andre vil ta lengre tid før de utspiller seg. En viktig kilde til informasjon om en klients mellommenneskelige mønstre, er andres reaksjoner på vedkommende. Her har grupper en stor fordel fremfor for eksempel individualterapi. I dyadiske interaksjoner kan det være vanskelig å sortere ut om en emosjonell respons kommer av idiosynkratiske reaksjonsmønstre hos motparten eller av dysfunksjonelle mønstre hos klienten. I en gruppe vil en kunne se mønstre over tid og på tvers av deltagere og derved lettere kunne skille subjektive responser fra mer objektive responser.

Gjennom tilbakemeldingene fra de andre i gruppen, selvrefleksjon og selvobservasjon kan deltageren bli oppmerksom på viktige aspekter av sin egen mellommenneskelige adferd. Denne kunnskapen om styrker, svakheter, forvrenginger og mistilpasset

adferd vil hjelpe klienten å skille mellom seg selv som uakseptabel person og aspekter ved sin egen adferd som er uheldige. For at klientene skal være mottagelige for tilbakemeldingene fra gruppen er det viktig at disse er preget av empati. For å oppnå dette er det viktig at både den underliggende meningen bak adferden og den effekten den har på de andre i gruppen blir avdekket og grundig gjennomgått. Ved å bli oppmerksom på sin egen adferd og hvordan den påvirker andres følelser, andres oppfatning av en og ens egen selvoppfatning, vil en også etter hver bli oppmerksom på sitt personlige ansvar. Enhver er kilden til sin egen mellommenneskelige verden. Ved å erkjenne ansvar for denne verdenen får en også makt: Det jeg har skapt kan jeg også endre.

Dybden og det meningsbærende i disse erkjennelsene er direkte proporsjonal til mengden affekt knyttet til episodene i gruppen. Et sterkt følelsesutbrudd er imidlertid i seg selv ikke nok til å gi en korrigerende emosjonell erfaring. Det er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig forutsetning. For at et følelsesutbrudd skal bli terapeutisk, må en også reflektere over det som skjer. Denne selvreflekterende loopen er det ofte terapeutens jobb å fremme. De fleste grupper har ingen problemer med å gå inn i emosjonelle opplevelser her og nå, men det er vanskeligere å spontant reflektere over det som skjer uten en strukturerende leder.

Etter hvert som klienten utvikler ny kunnskap om sin egen mellommenneskelige stil, vil vedkommende også begynne å eksperimentere med nye måter å omgås andre på. En støttende gruppe vil være en ramme rundt klientens eksperimentering med adferd han/hun opplever som risikofylt, og den vil, ved at gruppen validerer den nye adferden, hjelpe klienten til å utforske episoden og realitetsteste egne tanker og reaksjoner.

Forståelse av gruppen som et sosialt mikrokosmos innebærer påvirkning i begge retninger. De erfaringene som blir gjort i gruppen tas med ut i klientens sosiale miljø og vil påvirke klientens sosiale relasjoner også utenfor gruppen. Det vil gradvis oppstå en god sirkel som begynner inne i gruppen og fortsetter utenfor. Etter hvert

som de sosiale relasjonene bedres vil klientens andre symptomer minske. Angstnivået synker, selvtilliten stiger og behovet for å skjule seg minker. Den gode sirkelen kan deretter føre til at profesjonell terapi ikke lenger er nødvendig.

Mellommenneskelig læring er derved en svært potent terapeutisk faktor, og mange av de andre faktorene vil i tillegg til å ha en virkning i seg selv være virkningsfulle i egenskap av at de er forutsetninger for at mellommenneskelig læring skal finne sted.

Faktor 9: Gruppesamhørighet. Gruppesamhørighet blir ofte regnet som bestående av tre faktorer: tiltrekning til gruppen og gruppens medlemmer, enhet og vi-følelse, og lojalitet til gruppens oppgave. (Forsyth, 2006). Gruppesamhørighet kan være en beskrivelse av en gruppe som helhet, men det kan også være en beskrivelse av et individs forhold til terapeuten, til de andre gruppemedlemmene og til gruppen som helhet. Hos Yalom er gruppesamhørighet definert som resultatet av alle krefter som påvirker alle medlemmer slik at de blir i gruppen, eller enda enklere, hvor attraktiv gruppen er for sine medlemmer.

Yalom og Leszcz (2005) hevder at sammensveisede grupper har gjennomsnittlig bedre utbytte av gruppetilbudet enn mindre sammensveisede grupper, og de medlemmene som har best utfall etter gruppen er de som har flest gjensidig meningsfulle relasjoner til andre i gruppen. Høy grad av gruppesamhørighet fører til bedre oppmøte, større grad av deltakelse hos medlemmene og større grad av påvirkelighet medlemmene imellom. Dette er viktige forutsetninger for mange av de andre faktorene, for eksempel *Katarsis* og *Interpersonlig læring*.

Gruppesamhørighet kan sammenliknes med relasjonen i et dyadisk terapeut-klientforhold. Gruppesamhørighet er en forutsetning for at medlemmene tør å ta sjanser og lære nye ting om seg selv. Det gjør det lettere å uttrykke både positive og negative følelser og legger derved til rette for interpersonlig læring. Det kan også gjøre det lettere å uttrykke negative følelser overfor terapeuten, noe som igjen kan

motvirke negative gruppeprosesser. Ifølge Yalom har personer som søker hjelp for mentale helseproblemer to hovedproblemer til felles. Det ene er å etablere og vedlikeholde meningsfulle personlige relasjoner og det andre er å opprettholde en følelse av egenverdi. En sammensveiset gruppe med meningsfulle relasjoner medlemmene imellom vil lettere kunne påvirke både selvfølelse og mellommenneskelig adferd hos medlemmene. Hvis selvfølelsen hos et medlem er lavere enn gruppens oppfatning av medlemmet, vil medlemmet etter hvert kunne ta til seg gruppens mening og justere sin egen selvfølelse oppover, og i motsatt fall vil gruppens oppfatning gi medlemmet viktig informasjon om hva vedkommende kan endre for å heve andres oppfatning. I en mindre sammensveiset gruppe vil det lettere forekomme at medlemmet avfeier gruppens mening.

Grppesamhørighet er ikke bare en viktig faktor for å få andre faktorer til å tre i kraft, det er også en viktig faktor i seg selv. Yalom og Leszcz (2005) legger den humanistiske psykologien i bunnen for sin forståelse av at alle mennesker har i seg en tendens til å utvide og utvikle seg. Terapiens oppgave vil være å fjerne hindringer som ligger i veien for dette. Mange av de som går i gruppeterapi har ingen erfaring med å være en viktig del av en gruppe, og for dem kan opplevelsen av å finne sin plass i en gruppe i seg selv være terapeutisk. De er ikke passive mottakere av gruppesamhørigheten, de er med på å skape den, og mange oppdager på den måten hvordan de selv påvirker sine omgivelser. Et sterkt bånd til andre gruppemedlemmer motbeviser også eventuelle oppfatninger en har om at en ikke er verdig en sterk relasjon til andre mennesker. Dette skaper trygge rammer for utvikling.

For at gruppesamhørighet skal oppstå er det spesielt to faktorer som er viktige. Følelsen av å nå hverandre emosjonelt er den ene, og opplevelsen av effektivitet er den andre. Effektivitet i denne sammenhengen må sees i forhold til hva som er målet med gruppen. I en terapigruppe vil det for eksempel være effektivt at en deler tanker og følelser med gruppen og er aktive og lyttende når andre gjør det samme.

Faktor 10: Katarsis. I Aristoteles' verk "Om diktekunsten" (2004) finner vi bruken

av begrepet katarsis. Aristoteles hevder at tilskueren ved det greske teateret ved for eksempel å se en tragedie vil få en utløsning for vonde følelser og slik få rensert sjelen sin. Ordet katarsis stammer fra gresk og betyr å rense, og det ble tidligere antatt at å rense seg for undertrykte, innestengte følelser var terapeutisk i seg selv. Også funn fra i dag kan tyde på at det kan endre fysiologiske prosesser i kroppen og ha helsemessige effekter (Verona & Sullivan, 2008). Flere hevder også at forventingen folk har til at det å få utløp for og kunne uttrykke sine følelser som en slags renselse som er med å skape positive endringer, i seg selv kan skape endringer (Bushman, Baumeister & Stack, 1999). Greenberg og Paivio (1997) hevder at i arbeidet med klienters følelser er det vurdering og reorganisering av den emosjonelle opplevelsen som er den viktigste ingrediensen i effektiv psykoterapi.

For at katarsis skal være terapeutisk må den i følge Yalom ledsages av en eller annen form for kognitiv læring. Evnen til å reflektere over sin egen emosjonelle opplevelse er essensiell i endringsprosessen. Det er heller ikke slik at det er selve uttalelsen av ordene som gjør katarsis terapeutisk. Katarsis er en del av en mellommenneskelig prosess, og det er det å dele sin indre verden og få aksept for den av gruppen som er virkningsfullt.

Yalom mener at katarsis og gruppesamhørighet henger nøye sammen. Jo mer en uttrykker sterke følelser i gruppen, dess mer vil gruppen vokse tett sammen. Og jo mer sammensveiset gruppen er, dess lettere er det å uttrykke sterke følelser i gruppen.

Faktor 11: Eksistensielle faktorer. Ifølge Yalom (2007) er det fire gitte eksistensielle dimensjoner som er særlig relevante for psykoterapi fordi de er utgangspunktet for forandring og vekst. Disse fire dimensjonene er dødens uunngåelighet for oss selv, for de vi elsker, at vi til siste instans alltid er alene, og mangelen på en åpenbar mening med livet. Alle disse fire inngår i den eksistensielle faktoren.

Nøkkelord for denne faktoren er ansvar, grunnleggende isolasjon, uvisshet, livets

uberegnelighet, og erkjennelse av egen dødelighet og dertil medfølgende konsekvenser for hvordan en lever sitt liv. Yalom skriver at denne faktoren ble tatt med nesten litt tilfeldig på slutten av prosessen da teamet hans utarbeidet de terapeutiske faktorene. Likevel pleier den å havne langt opp på listene når gruppedeltagere skal rangere faktorene etter viktighet. Gruppen kan hjelpe folk å erfare at en uansett hvor mye hjelp en får av andre til syvende og sist selv er ansvarlig for sitt eget liv. Fellesskapet og nærheten i gruppen er terapeutisk for mange, men det er også terapeutisk å forstå at uansett hvor nær en er andre er en også alene. Å møte den eksistensielle ensomheten, uvissheten og livets uberegnelighet kan være tryggere i gruppen, og en kan derved lettere ta inn over seg og mestre disse sidene av livet på egen hånd. Å se ting i et større perspektiv kan også få hverdagens vanskeligheter til å virke mer trivielle og slik gi folk flere refleksjoner omkring hvordan de ønsker å se på livet sitt.

Kritikk av Yaloms faktorer

Kivlighan og Holmes (2004) hevder at Yalom har bidratt positivt til både forskning på og behandling i grupper, og mener at teorien står sterkt. Slik vi kjenner feltet, er det publisert lite kritikk av Yaloms elleve faktorer. Den kritikken vi har funnet, har først og fremst dreid seg om hvorvidt enkelte av de 11 faktorene er så viktige som Yalom hevder. Bloch og Crouch (1984) er for eksempel enige i at Yaloms teori var og er en av de viktigste tilførselene til gruppefeltet når det gjelder forståelsen av terapeutiske mekanismer, men foreslår ett litt annet rammeverk for forskningen. De er mest kritiske til faktorene *Eksistensielle faktorer* og *Korrektiv rekapitulering av den primære familiegruppen*. De hevder at *Eksistensielle faktorer* mer er et mål på endring enn en egenskap ved prosessen. *Korrektiv rekapitulering av den primære familiegruppen* kritiserer de for å være for teoristyrte, og dermed ikke faglig universelle: Familien forstås som årsak til patologi, en viten som klienten da må inneha.

Andre har også foreslått andre inndelinger av faktorer (Kivlighan & Holmes, 2004), men hoveddelen av forskningen på terapeutiske faktorer bruker fremdeles Yaloms faktorer (Burlingame, Fuhriman & Johnson, 2004).

METODE

En stor fordel ved å studere gruppeprosess i støttegrupper på internett er at 100 % av interaksjonen som foregår mellom deltagerne er i skriftlig form og dermed tilgjengelig for forskning. Metoden vår består av elementer fra både kvantitativ og kvalitativ metode. I tekstanalysene våre brukte vi innholdsanalyse (Krippendorff, 1980) der vi ga innholdet tallkoder. Videre analyserte vi disse tallene ved hjelp SPSS versjon 16.0.

Utvalg

Valg av datamateriale. Støttegrupper på internett kan være enten *synkron* eller *asynkron*. *Synkron* grupper foregår som en "chat" der alle er til stede på internettsiden samtidig og skriver til hverandre, mens *asynkron* grupper foregår i form av diskusjonsfora der medlemmene kan skrive meldinger og kommentarer til hverandre uten å være til stede samtidig. Slike *asynkron* fora kan enten være *åpne* eller *lukkede*. At de er *lukkede* betyr at det er bare innloggede deltagere som kan se hva som blir skrevet i dem, mens de *åpne* er tilgjengelige for alle som har en internettleser. Det finnes også fora som er delvis *åpne*, der alle kan lese noe av det som blir skrevet, mens andre innlegg kun er for innloggede brukere. Vi valgte kun å bruke fora som er *åpne* og *asynkron* i vår studie. De etiske retningslinjene for forskning på internett (Forskningsetiske retningslinjer for internettforskning, Forskningsetiske komiteer, 2003) sier at det vil være uetisk å forske på materiale i lukkede fora uten å be om samtykke, men at *åpne* fora kan betraktes som offentlig materiale selv om det kan være av svært privat karakter. Vi ville observere skriveprosessen i de fire foraene uten å merkbart delta i dem. Dette satte noen begrensninger i forhold til hvilke data vi kunne bruke, men vi ønsket å gjøre det på den måten for å unngå å påvirke datamaterialet med vår tilstedeværelse. *Synkron* grupper utelukket vi av samme grunn som de lukkede foraene.

Et annet kriterium vi valgte å ha for utvalg av fora var at de skulle være norskspråklige. Det finnes svært mange både chattegrupper og fora på for eksempel engelsk, men vi ønsket at forskningen vår skulle være relevant for norske forhold og

ønsket derfor norske fora. Det er dessuten enklere og mer nøyaktig for oss som norskspråklige å analysere norske fora.

Det tredje kriteriet vi hadde for utvalg av forum var at det skulle ha en klinisk tema av psykologisk art. I de støttegruppene vi ønsket å studere skulle fellesskapet være bygget rundt et temaområde innen psykisk helse.

Hvordan fant vi de fora vi ville undersøke? For å søke etter fora brukte vi søkemotorene Google (www.google.com) og Sesam (www.sesam.no). Vi søkte på følgende ord og fraser og bladde igjennom de første fem sidene med treff på hvert av dem:

- støttegrupper + forum
- støttegrupper på internett
- støttegrupper online
- selvhjelp
- selvhjelpsgruppe
- selvhjelp + forum
- psykisk helse + forum
- psykiske lidelse + forum

Til tross for at ett av våre utvalgsriterier rettet seg spesifikt mot å finne fora der tema var psykisk helse, lot vi de søkeordene vi brukte være bredere enn psykisk helse i sitt nedslagsfelt. Dette gjorde vi fordi det kan tenkes at ett forum som i utgangspunktet har en mer somatisk overskrift (eksempelvis kroniske smerter), kan ha et innhold som omhandler mer det psykiske aspektet ved å ha en slik lidelse. Vi ønsket ikke å utelukke disse fora i søkeprosessen.

Ved hjelp av de sidene som kom opp i disse søkene og linker videre fra disse sidene, fant vi i utgangspunktet 12 norskspråklige, åpne fora. Vi endte med å velge ut fire. Disse fire hadde alle en klar adressering til et problem innen psykisk helse, i tillegg til at de var på norsk og var åpne og asynkrone: et forum for mennesker med ADHD, et for mennesker med bipolar lidelse, et for mennesker med spiseforstyrrelser og ett for mennesker som har blitt seksuelt misbrukt. Alle disse fire var oversiktlige og spesifikke i sitt innhold. Det var enkelt å følge gangen i trådene og de fleste trådene var samtaler som omhandlet gruppens felleskap, nemlig det tema innen psykisk helse som gruppen adresserte. Ved å ha fire fora og hente 15 tråder (se under) fra hvert forum håpet vi å ivareta balansen mellom dybde og bredde på best mulig måte.

Utvelgelse av analyseenhet. Et diskusjonsforum på internett består av flere såkalte *tråder*. Foraene i utvalget vårt har også denne formen. En tråd består av mange innlegg skrevet av forskjellige deltagere. En tråd dannes ved at en deltager skriver inn et innlegg med en ny overskrift. For eksempel skriver ”Siv” en tekst med overskriften ”Sliter med motivasjonen for sommeren”. Tråden fortsetter ved at andre deltagere svarer på innlegget hennes. Innleggene legges under hverandre og slik dannes det som kalles en tråd. Antall deltagere og antall innlegg varierer fra tråd til tråd. I noen tilfeller blir tråden en lengre samtale mellom flere medlemmer⁸.

Datamaterialet som lå ute i de fire foraene vi valgte ut var enorme i omfang. Det ligger langt utenfor denne oppgavens kapasitet å analysere alt. Vi valgte derfor ut noen tråder til analysen vår. For at tråden i det hele tatt skulle kunne sammenlignes med en terapeutisk gruppeprosess, valgte vi ut materialet vårt etter kriteriene som er beskrevet under.

I gruppebehandling møtes mennesker ansikt-til-ansikt et visst antall ganger etter

⁸ Se eksempel på utdrag av tråder i resultatdelen

hverandre. I internettforaene våre finner vi ikke denne kontinuiteten. Det er ikke de samme menneskene som deltar i hver tråd, og diskusjonene foregår ikke innenfor et gitt tidsrom. Et medlem kan delta i flere ulike tråder samtidig, og en tråd kan gå over dager, uker og måneder. Vi mener likevel at en tråd er den mest meningsfulle enheten å studere. Det som gjør at det kan tilsvare en gruppesesjon er at det tilsvarer en samtale der det gjerne er et tema som tas opp, at en svarer på det de andre har sagt og at det ofte er de samme menneskene som deltar i samtalen flere ganger.

Målet med denne studien er å undersøke i hvilken grad terapeutiske faktorer eksisterer i støttegrupper på internett. Dette gjorde at vi ønsket å velge ut et datamateriale som i størst mulig grad liknet gruppeterapisesjoner. Med dette som utgangspunkt dannet vi følgende kriterier for utvalg av tråder:

- Tråden skal ha preg en dialog: minst to gruppe-medlemmer skal ha minst to innlegg.
- Det må være minst fem deltagere i tråden. I et internettforum er det umulig å slå fast det faktiske antall deltagere i en tråd. Det kan være flere hundre ”stille medlemmer”, dvs. mennesker som kun har vært inne og deltatt i tråden ved å lese andres innlegg uten selv å bidra med noe skriftlig. Denne type ”stille deltagelse” er det umulig for oss å undersøke. Vi tok derfor utgangspunkt i de deltagerne som deltok med innlegg i tråden når vi satte et minimumskrav for antall deltagere. Vi tror også at det er antall andre som svarer som oppleves som medlemmer av gruppen for den som deltar med eget innlegg. For at gruppeprosesser skal skje, tror vi at gruppens deltagere må være oppmerksom på de andres tilstedeværelse. Dette er begrunnelsen for at vi kun har valgt tråder med mer enn fem skrivende deltagere.
- Det skal være minst ti innlegg i tråden. Vi ser det som nødvendig at tråden har en viss lengde og et visst innhold slik at en gruppeprosess i det hele tatt kan skapes.
- Et psykologisk problem skal stå i fokus i tråden. Til tross for at alle foraene vi

valgte har et psykologisk problem som adresseres, kan noen tråder ha tema som er praktisk orientert. En tråd kan for eksempel handle om et relevant kurs som en forsøker å rekruttere deltagere til. En slik tråd er ikke aktuell for oss i denne oppgaven og ble valgt vekk i utvelgelsen av datamateriale.

For at utvalget ikke skulle bli for påvirket av vår forforståelse av hva som liknet mest på gruppebehandling, valgte vi å bruke de siste⁹ 15 trådene som tilfredsstilte disse kriteriene i hvert forum.

Etiske problemstillinger. Forskning på datamateriale fra internett er underlagt de samme etiske kravene som annen forskning. På internett kan det være vanskelig å skille mellom privat og offentlig informasjon, da mye informasjon som ligger ute på internett er tilgjengelig for hvem som helst og kan være av svært privat karakter. Forskningsetiske komiteer, som regulerer norske forskere i forhold til etiske spørsmål, sier i sine retningslinjer at en forsker fritt kan benytte det som er tilgjengelig av informasjon på internett i sitt forskningsmateriale. En trenger ikke å innhente informert samtykke fra deltagere i åpne nettforum for å forske på dem, da den informasjonen de legger ut er offentlig (Forskningsetiske retningslinjer for internettforskning, Forskningsetiske komiteer, 2003). Forskningsetiske komiteer påpeker at spesielle hensyn likevel bør tas, da folk ikke alltid er klar over hvor offentlig informasjonen de legger ut faktisk er. For å undersøke grenseoppgangen i forhold til vårt utvalg, kontaktet vi Forskningsetisk komité for å høre deres anbefalinger. Vi fikk da bekreftet at vår studie var etisk forsvarlig å gjennomføre (Reuter, personlig kommunikasjon, 2008¹⁰). Vi innhentet ikke informert samtykke da det ikke var nødvendig. Som psykologstudenter retter vi oss også etter etiske prinsipper for nordiske psykologer (Etiske prinsipper for nordiske psykologer, 1998) og ønsker å ivareta menneskene som har deltatt i de foraene vi har undersøkt konfidensielt. Personene i foraene vi har undersøkt opptrådte som regel under

⁹ Utvalgt etter dato for siste innlegg

¹⁰ Telefonsamtale med Knut Reuter i Forskningsetiske komiteer, 13.juni, 2008.

pseudonymer, men var mange ganger i teksten så personlige at vi tror det kan tilbakespores til den som har skrevet det. Det kan tenkes at det ville være emosjonelt ladet for en deltager å lese en forskningsrapport om noe de har sett på som en privat samtale. Det er imidlertid ingen andre enn den som har skrevet det som kan spore det, og derfor vurderer vi konfidensialiteten som ivaretatt.

Verktøy

For å undersøke materialet vårt, har vi benyttet verktøyet: "Therapeutic Group Interaction Factors Scale" (TGIF) (Hastings-Vertino, Getty & Wooldridge, 1996). I skåringsskjemaet er det retningslinjer for hvilke kriterier en skal bruke for å skåre de terapeutiske faktorene (Se figur 1).

Figur 1. TGIF-verktøyet hentet fra Hastings-Vertino et al.,1996, s.225

Criteria for Assessment of Therapeutic Group Interactions (TGIF)

Score each factor - 2 to + 2 as follows:										
-2: Clear dominance of salient negative behaviors or verbalizations. -1: Ambiguous or only slight dominance of negative behaviors or verbalizations and/or questionable salience. 0: Absence of salient content or balance of negative to positive content. +1: Ambiguous or only slight dominance of positive behaviors/or verbalizations and/or questionable salience. +2: Clear dominance of salient positive behaviors or verbalizations.										
FACTORS	SESSIONS									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. <u>Hope</u> : conveys optimism (+) vs. pessimism (-); content as indicating improvement or progress (+) rather than regression or lack of progress (-).										
2. <u>Universality</u> : conveys similarity (+) vs. dissimilarity (-); content as indicating members experiencing the same stress (+) rather than feeling alien to other members (-).										
3. <u>Information</u> : conveys sharing of practical information (+) vs. not sharing (-); content as giving or offering information to others (+) rather than not speaking to or sharing information with others (-).										
4. <u>Altruism</u> : conveys giving of oneself (+) vs. draining group's energy (-); content as indicating concern for the other (+) rather than being excessively needy and/or demanding attention (-).										
5. <u>Recapitulation</u> : conveys corrected perceptions/responses (+) vs. defensive perceptions/responses (-); content as indicating changed or distortion-free cognitions (+) rather than defensive responses based on early experiences (-).										
6. <u>Socializing Techniques</u> : conveys accepting/acknowledging feedback (+) vs. rejecting/ignoring feedback (-); content as indicating member is able to hear how others perceive him/her (+) rather than becoming defensive when others share their perceptions (-).										
7. <u>Imitative Behavior</u> : conveys mimicking of positive socio-interpersonal functioning (+) vs. negative socio-interpersonal functioning (-); content as indicating members adopting socially acceptable interpersonal actions or manners expected for adults (+) rather than adopting immature social and/or interpersonal behaviors (-).										
8. <u>Interpersonal Learning</u> : conveys demonstration of new/more adaptive behaviors within the group (+) vs. clinging to old maladaptive behaviors (-); content as indicating acknowledgement of problems and integration of group input by changing behavior within the group context (+) rather than projecting/blaming problems in relating on other group members (-).										
9. <u>Cohesiveness</u> : conveys a sense of we-ness (+) vs. rejection of the group (-); content as indicating a member's sense of belonging to the group (+) rather than feelings of dislike, not fitting in, or dropping out (-).										
10. <u>Catharsis</u> : conveys affective sharing (+) vs. rejection of emotional expression (-); content as indicating sharing of strong emotion and/or emotionally sensitive material (+) rather than stifling or avoiding such expressions (-).										
11. <u>Existential Factors</u> : conveys personal acceptance of situations/problems (+) vs. denial of problems; content as indicating assuming personal responsibility for one's own fate and happiness (+) rather than denying responsibility and projecting blame outside self (-).										

TGIF ble utviklet som et forsøk på operasjonalisere Yaloms elleve faktorer (Hastings – Vertino, 1992 referert i Hastings-Vertino, Getty & Wooldridge, 1996). TGIF er et skaleringsverktøy laget for bruk i direkte observasjon av en gruppesesjon. Verktøyet gjør det mulig for forskeren å systematisk måle graden av tilstedeværelse av de terapeutiske faktorene i en gruppeprosess innen et gitt tidssegment. Forskeren baserer skårene på sine egne observasjoner i stedet for å forsøke å måle faktorene ved å spørre deltagerne om de selv mener faktoren var tilstede. TGIF ble utviklet for å møte et behov for et verktøy som måler terapiverdien i en sesjon og som samtidig er basert på en anerkjent teori med en terminologi som lar seg operasjonalisere. Da Yaloms teori om de elleve terapeutiske faktorer er viden kjent og en mye brukt konseptualisering av gruppeterapeutiske faktor, ble denne brukt som rammeverk for utviklingen av verktøyet.

Hver av de elleve faktorene er operasjonalisert med tallkoder på en fempunktsskala. Denne skalaen skal si noe om adferden som tilsvarer at faktoren eksisterte eller ikke i den gitte terapitimen som blir undersøkt. Skalaen tar også hensyn til om sesjonen inneholder adferd som kan sies å være ”kontraterapeutisk”. Skårekodeksen i denne fempunktsskalaen er -2, -1, 0, +1 og +2. Hver faktor gis en av disse skårene i hver sesjon, i vårt tilfelle hver tråd, som skåres. En skåre på -2 indikerer at sesjonen som undersøkes domineres av kontraterapeutisk adferd på den gjeldende faktoren. Eksempelvis vil en tråd som domineres av pessimisme og lite håp kunne få en skåre på -2 på faktor 1 (*Håp*). Skåren +2 indikerer at sesjonen innebærer en høy grad av positiv terapeutisk adferd for den gitte aktuelle faktoren. Eksempelvis vil en sesjon der ivaretagelse av de andre deltagerne dominerer som adferd i gruppen kunne få en skåre på +2 på faktor 4 (*Altruisme*). Skåren 0 kan *enten* indikere at verken terapeutisk eller kontraterapeutisk adferd er tilstede i sesjonen, *eller* at forekomsten av terapeutisk og kontraterapeutisk adferd er like tilstedeværende. Eksempelvis kan en sesjon mangle både negativ og positiv sosial imitering og vil da kunne få en skåre på 0 på faktor 7 (*Imitering av adferd*). Tråden vil også få en skåre på 0 på faktor 7 (*Imitering av adferd*) dersom det er like mye positiv og negativ sosial imitering. En skåre på +1 eller -1 indikerer at mengden av den aktuelle faktoren ligger et sted mellom dominans av henholdsvis positiv og negativ adferd og 0. Det kan enten bety at en betydelig mengde adferd peker i den motsatte retningen eller at mengden av adferden som det

skåres for ikke var tilstrekkelig til å sette en skåre på +2 eller -2. I skåringen skal både individuell adferd hos gruppe medlemmene og gruppeadferd i sin helhet tas med i beregningen. TGIF prøver også å fange opp både mengden av faktoren og styrken i faktorens tilstedeværelse. Eksempelvis vil det kunne finnes en sesjon der det formidles mye håp gjennom hele timen og det kan da skåres en +2 på faktor 1 (*Håp*) på grunnlag av mengde. En annen time der en oppmuntring blir vurdert som svært viktig og gjennomgripende for terapien, kan også skåres en +2 på faktor 1 (*Håp*), på grunnlag av den kvalitative styrken på en bestemt hendelse.

TGIFs interraterreliabilitet. TGIF har en høy grad av face validity og begrepsvaliditet (Hastings-Vertino et al., 1996). Interraterreliabiliteten til instrumentet har blitt undersøkt flere ganger. Den har vist seg å være varierende avhengig av hvilken faktor som skåres (fra $r = .10$ til $r = .92$). Reliabiliteten ble bedre jo nærmere i tid skåringen var til gruppesamlingen, og når skåreren selv hadde observert gruppesamlingen. På grunnlag av sine studier av interraterreliabilitet ved bruken av TGIF, anbefaler Hastings-Vertino et al. (1996) at den som koder en sesjon med TGIF er kjent med: 1) Yaloms arbeid og teori, 2) trener seg i bruken av verktøyet før en skårer datamaterialet og 3) skårer gruppesesjonen umiddelbart etter terapitimen. Vi vil forklare hvordan vi ivaretok disse anbefalingene i vår studie under neste avsnitt.

Prosedyre

Pilot og opptrening. Etter å ha valgt ut datamaterialet, øvde vi oss i bruken av TGIF for å øke interraterreliabiliteten før vi skulle begynne å analysere datamaterialet. Vi analyserte en tråd sammen og diskuterte oss fram til hva vi mente var riktig. Etter dette forsøkte vi å analysere to tråder hver og sammenlignet og diskuterte resultatene. Ingen av disse trådene ble senere med i datamaterialet til piloten.

Etter dette gjennomførte vi en pilot der vi undersøkte til sammen 15 tråder fra tre ulike selvhjelpsfora på internett. Disse trådene er ikke med i det ferdigstilte datamaterialet vårt, men ble kun brukt i piloten. Vi gjorde da en sammenligning av

skåringene våre etter hver femte tråd som var skåret. I de til sammen tre sammenligningene ble forskjeller diskutert, og der det var uenigheter om skåring undersøkte vi om vi hadde forstått den aktuelle faktoren på samme måte og gikk tilbake til litteraturen for å være sikre på å fange opp teorien bak den enkelte terapeutiske faktor mest mulig riktig.

Bevissthet om gruppeprosesser mellom skårerne. Under piloten lærte vi både noe om bruken av TGIF som verktøy og noen viktige aspekter å være bevisst på i forhold til skåringen av materialet. Under diskusjon og skåring av materialet i piloten og under sammenslåingen av skåringene vi hadde gjort hver for oss av datamaterialet, var vi svært bevisste på de potensielle gruppeprosessene oss i mellom. Vi oppdaget under piloten at vi tilpasset oss hverandre i skåringene. Etter å ha diskutert en faktor vi var uenige om, kunne vi i neste omgang ha byttet roller – den av oss som i utgangspunktet skåret høyest skåret plutselig lavest på samme faktor. For å forhindre at dette skulle skje i det faktiske utvalget vårt, overvåket vi for det første bevegelsene vi hadde når vi skulle enes om en variabel vi var uenige i. Vi lagde en oversikt over antall ganger resultat svingte i retning av den ene eller den andres originalskåre. For det andre var vi veldig oppmerksomme på om vi følte at vi ga oss i diskusjonen, og prøvde å føre mer dialog og refleksjon rundt hva argumentasjonen for valg av skåring var.

Hvordan ivaretok vi kravene det stilles til en TGIF-rater? I vår studie har vi valgt å se på tråder mellom medlemmer i støttegrupper på internett som en gruppesesjon. I vår bruk av TGIF som skåringsverktøy tok vi høyde for Hastings-Vertino et al. (1996) sine anbefalinger i bruken av instrumentet. Før vi startet skåringen av de utvalgte ”trådene” gjennomgikk vi Yaloms teori om de elleve faktorene og utarbeidet en skriftlig forståelse (denne finnes i teoridelen av oppgaven). Kravet om å skåre faktorene kort tid etter gruppesesjonen ble ivare tatt ved at våre skåringene skjedde underveis og rett etter lesningen av den enkelte tråd.

Analyse av utvalgt datamateriale. Etter piloten og opptreningen leste vi igjennom det

utvalgte materialet hver for oss og skåret alle trådene alene med TGIF som skåringsverktøy. Materialet bestod av fire fora med 15 tråder hver, det vil si 60 tråder til sammen. Vi hadde ingen diskusjoner eller delinger av informasjon i denne prosessen. Etter dette sammenlignet vi skårene våre. Der vi hadde en større uenighet enn ett skårepoeng, gikk vi igjennom tråden på nytt og diskuterte oss fram til en felles skåre. Dette skjedde på 36 av 660 skåringer. For de skårene der vi var uenige med en differanse på en, laget vi et gjennomsnitt av våre to skårer. En skåre på 1 fra den ene av raterne og en skåre på 0 hos den andre vil da for eksempel bli en skåre på 0,5.

Interraterreliabilitet. Vi har regnet ut to ulike mål på vår interraterreliabilitet. *Intraclass Correlation Coefficient (ICC)* er et mål på grad av samvariasjon mellom skårene, mens *prosentvis samsvar* er et mål på grad av likhet i skåringene mellom skårene. Vi velger å bruke begge disse målene fordi ingen av målene alene kan gi et fullstendig bilde av vår interraterreliabilitet.

Gjennomsnittet av reliabilitetsmålene på alle de 60 trådene var 64,1 % samsvarslikhet og .67 på ICC. Cicchetti (1994) har fremmet et kategorisystem for å evaluere verdien av ICC i forhold til kliniske instrumenter: under .40 = svak, .40 til .59 = brukbar, .60 til .74 = god, og .75 til 1.00 = utmerket.

Vi ønsket også å se om vår interraterreliabilitet var lik for alle faktorene. Tabell 1 viser at den ikke var det. Prosentvis samsvar varierer fra 96.7 % til 33.3%, og ICC varierer fra .66 til .00. På noen av faktorene viser begge reliabilitetsmålene omtrent det samme. På *Informasjon* og *Universalitet* er begge reliabilitetsmålene gode, mens på *Gruppesamhørighet* viser begge målene svak reliabilitet. På *Altruisme* og *Katarsis* viser begge målene en brukbar reliabilitet. På *Utvikling av sosiale teknikker* kan vi også si at reliabiliteten i det minste er brukbar, i og med at prosentvis samsvar er utmerket og en ICC på .51 viser at det ikke bare er mangel på variasjon som gir det høye samsvaret.

Tabell 1. Interraterreliabilitet

<i>Reliabilitet</i>	<i>Prosentvis samsvar</i>	<i>ICC</i>
Korrektiv rekapitulering av den primære familiegruppen	96.7	.00
Imitering av adferd	93.3	-.0,3
Mellommenneskelig læring	86.6	.24
Utvikling av sosiale teknikker	80.0	.51
Informasjon	65.0	.66
Eksistensielle faktorer	60.0	.10
Universalitet	55.0	.64
Altruisme	53.3	.51
Katarsis	43.3	.55
Håp	38.3	.53
Gruppesamhørighet	33.3	.30

Vi ser at den faktoren der vi har høyest prosentvis samsvar (*Korrektiv rekapitulering av den primære familiegruppen*) har en ICC på .00. Dette er fordi ICC måler samvariasjon og følgelig er avhengig av at det er variasjon i skåringene. På den aktuelle faktoren skårer vi det samme (0) i 96,7 % av tilfellene, og de tilfellene der det er skåret noe annet enn 0 er det bare den ene skåreren som har skåret det. Den andre skåreren varierer altså ikke i det hele tatt, og det kan derfor heller ikke bli noen samvariasjon. Det samme er årsaken til at vi har negativ skåre på ICC på *Imitering av adferd*. Her har vi skåret trådene likt i 93,3 % av tilfellene, men de gangene vi har skåret noe annet enn null er det ikke samtidig. Begge varierer, men aldri sammen. Derfor blir ICC negativ. I og med at vi som skårere ikke finner faktoren og derfor skårer det samme, bli prosentvis samsvar i disse tilfellene det beste målet av vår reliabilitet. Det virker urimelig å si at vi som ratere har dårlig reliabilitet fordi vi ikke finner en faktor i utvalget vårt. Derfor er ICC i seg selv ikke et godt nok mål på reliabilitet. Vi ønsker imidlertid å si noe om samvariasjon, ikke bare om samsvar,

derfor er det hensiktsmessig å bruke begge målene.

RESULTAT

Problemstillingen vår var: I hvilken grad eksisterer Yaloms terapeutiske faktorer i internettbaserte støttegrupper, og er det faktorer som er hyppigere representert enn andre? For å kunne besvare dette vil vi analysere datamaterialet i forhold til fire kriterier:

- a) Hvor mange av de terapeutiske faktorene er til stede i datamaterialet, og er noen av faktorene mer til stede enn andre?
- b) Er det noen av faktorene som går igjen i samtlige fire fora vi har undersøkt?
- c) Er det noen terapeutiske faktorer som er særlig hyppig forekommende i enkelte tråder?
- d) Er det tråder som er dominert av kontraterapeutisk innhold?

a) Hvor mange av de terapeutiske faktorene er til stede i datamaterialet?

Gjennomsnittet av alle skåringene på tvers av terapeutiske faktorer var 0,65.

Gjennomsnittet av skåringene på én terapeutisk faktor varierte fra 0,02 til 1,34, noe som viser at samtlige elleve faktorer var til stede i datamaterialet – dog i varierende grad. Tabell 2 viser statistikk fra alle de 60 trådene som fordelt på fire fora utgjør vårt datamateriale. Skalaen vi brukte går fra -2 til 2.

Tabell 2. Yaloms terapeutiske faktorer i vårt utvalg.

<i>Yaloms terapeutiske faktorer</i>	<i>Gj.snitt</i>	<i>St.avvik</i>	<i>Typetall (Modus)</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Til stede i alle forane?</i>
Universalitet	1,34	0,79	2,0	-1,5	2,0	Ja
Informasjon	1,34	0,73	2,0	0	2,0	Ja
Altruisme	1,32	0,71	2,0	-1,0	2,0	Ja
Gruppesamhørighet	1,20	0,58	1,5	0	2,0	Ja
Katarsis	1,18	0,69	1,5	0	2,0	Ja
Håp	0,36	0,99	0	-2,0	2,0	Ja
Utvikling av sosiale teknikker	0,16	0,47	0	-1,5	2,0	Ja
Eksistensielle faktorer	0,13	0,50	0	-1,5	2,0	Ja
Mellommenneskelig læring	0,05	0,22	0	-1,0	0,5	Ja
Imitering av adferd	0,03	0,12	0	0	0,5	Ja
Korrektiv rekapitulering av den primære familiegruppen	0,02	0,09	0	0	0,5	Nei

Fem av faktorene var klart mer til stede enn de seks andre. De fem faktorene er *Universalitet, Informasjon, Altruisme, Gruppesamhørighet* og *Katarsis*. Vi ser en tydelig brytning etter de fem faktorene med høyest gjennomsnitt og ned til de påfølgende seks (se tabell 2 og 3). I det følgende vil vi illustrere disse fem faktorene med utdrag fra noen tråder i datamaterialet vårt¹¹.

Universalitet

Kiara30: ”Nå skal dere høre, og gjerne gi tilbakemeldinger 😊

Har den siste mnd tatt meg to til tre øl noen kvelder (litt for mange) for å få roet meg

¹¹ Sitatene er hentet fra datamaterialet, og vi har ikke endret noe i måten innleggene er skrevet på.

ned på kvelden. Er forvirret, skal ikke til psykolog før i slutten av August ☹

Samboeren min er bekymret, men jeg synes ikke han har noe grunn til det.

Var en tur hos fastlegen min, som gav meg bare beskjed om at jeg skulle dra hjem og hvile!!! *Sint*

Bruker 250 mg med lamictal, mulig det er for lite? Legen sjekket ingenting...

Forbannet, og noen øl gjør det bedre for meg... Sikkert psykt??? Takk for svar, det betyr mye!

Prøve å sove nå, skal opp kl 07.00 i morgen, så det er vel på høy tid...

angst

Surra: "Forstår deg utrolig godt. Det er nydelig å drikke øl om kvelden for å roe ned... Gjør det noen ganger selv, men føler at det ikke er bra. Kan fort bli en (u)vane..... Har du drukket det hver eneste kveld denne måneden? Stor *klem*"

Kiara30: "Tusen takk, kjære deg..... atter en gang ikke alene...."

Dette utdraget av en tråd ble også skåret på *Katarsis*.

Informasjon

Dummen: "Jeg er under utredning, og nå har jeg fått vite at jeg har lav intelligens. Ikke så lav at det er signifikant, men på grensen til det normale. Derfor lurer jeg på: Kan det være årsaken til mine adhd-problemer? (...) Eller... kan folk med adhd ha litt lav intelligens? Trodde egentlig at det var litt omvendt jeg (...) Synes dette er litt flaut, derfor skriver jeg anonymt (...) Kanskje det er intelligensen min som gjør meg impulsiv, ukonsentrert og urolig da? Kanskje jeg ikke har adhd likevel. Kanskje jeg rett og slett bare er litt "dum"."

Gjest: "Aller, aller først synes jeg du skal slutte å tenke på deg selv som dum, før den tanken gror godt fast i selvbildet ditt!"

Marigold: ”Etter at jeg fikk medisin er jeg ”blitt” betydelig smartere ifht praktiske valg og teoretiske problemstillinger. Ser tilbake på en del beslutninger og handlinger før medisiner, og noe av det virker nå som ren idioti. + jeg har fått utholdenhet og ro til å sitte med noe over lengre tid, og dermed prestere på et høyere nivå. Så kan godt tenke meg at du scorer lavere pga udiagnostisert adhd. Tror ikke det er en uvanlig forveksling, det med dumhet/adhd. For eksempel er det en bok som heter ”you mean im not lazy, stupid or crazy?”, tittelen referer til hva man kan tro feiler en før en skjønner at det kanskje er adhd”.

Dummen: ”Jeg ligger i nedre del av normalområde, så dum er jeg vel kanskje ikke...men på grensen til dum (...) Visste ikke at adhd kan påvirke intelligensstestene. Så hvis man tar en test med medisiner, så vil altså det kanskje kunne virke inn på testene. Interessant”

Koke: ”Vet du hva? Jeg tror det at du tenker disse tankene er et godt tegn på at du ikke er dum! ;-) (...) Og så må du huske på en ting. IQ-tester sier ikke alt, man kan trene på dem også (...) Konklusjon: Du er slettes ikke dum!!! :-D”

ikke såå dum: ”Tusen takk for alle oppmuntrende svar ☺ Føler meg faktisk ikke så dum lenger nå ;-). Det var utrolig godt å høre. Jeg var veldig stressa og utålmodig på de testene jeg tok. Ga lett opp om det var noe jeg følte jeg ikke skjønnte. Men jeg er sikker på at hadde jeg tatt meg bedre tid, så hadde jeg sikkert greid å yte bedre også. Det er utålmodigheten min som ødelegger det meste. Utålmodigheten og konsentrasjonen (...) takk for flott innlegg. Er enig i alt du skriver. Jeg beklager at jeg brukte ordet ”dum” om meg selv. ”

Dette utdraget ble også skåret på *Altruisme*.

Altruisme

Problembarnet forteller først om hennes bestefar som har seksuelt misbrukt henne. Hun får støtte fra de andre deltagerne på at dette ikke er lett, og skriver så:

Problembarnet: ”Takk for at dere tror meg og støtter meg. Jeg er redd for at jeg har mistolket det farfar gjorde mot meg. ☹ Er det ikke normalt at besteforeldre gjør sånt? ☹ ”

Farmor47: ”Nei, det er overhode ikkje normalt av bestefedre og gjøre slikt. De må du aldri tro at det er.”

Kari: ”Kjære ”problembarn”, noe jeg ikke tror at du er. Så flott at du er kommet i gang med bearbeidelsen av dine traumatiske opplevelser. Du må aldri tro at det din bestefar gjorde er noe som er ”normalt”. Etter å ha lest din triste historie, er det absolutt ikke rart at du har problemer. Du er heldig som har en mamma som støtter deg.”

Problembarnet: ”Målløs jeg. Vet ikke hva jeg er skal si. Er bare glad for svar fra dere (...) Er redd han ikke blir straffet for dette men =/ .”

Dette utdraget ble også skåret på *Informasjon*.

Grppesamhørighet

Caramel: ”Jeg tenkte at det hadde vært koselig med en tråd hvor vi skriver ting/hendelser som har gjort oss glad de siste dagene (..) Jeg er glad for at det har blitt mer aktivt her inne. Dere er virkelig herlige og jeg ønsker det beste for oss alle.”

Drømmefisk: ”Jeg er glad for at jeg vil bli frisk, og for at jeg endelig har bestemt meg.”

Skorpi84: ”Jeg er glad for at jeg er på vei til å bli frisk, helt frisk! (...) Jeg er glad for å leve, jeg er glad jeg overlevde.”

Latte: ”Jeg er glad for at dere er her, at vi holder sammen og støtter hverandre!!! ☺

Jeg er også glad for dere som er på vei/blitt friske for det fortjener dere!!”

Caramel: ”Det er så fint å se at dere alle har noe å være glade for! For det er jo de positive tingene i hverdagen vi burde legge mest vekt på, vi er altfor flinke til å tenke negativt noen ganger ☹”

Tiny: ”Jeg er glad for at jeg fant denne siden, og ble kjent med dere ☺”

Caramel: ”Jeg er glad for at dette forumet finnes. Trives godt her ☺”

Dette utdraget ble også skåret på *Håp, Eksistensielle faktorer og Altruisme*.

Katarsis

Lita: ”Bare jeg kunne stoppet dette, hvorfor prøvde jeg ikke? Tia startet hvor han kom til meg om nettene. Fingrene hans, leppene, alt jeg helst vil glemme. Jeg turte ikke sove, jeg turte ikke gråte. Jeg vet ikke hva jeg var redd for. Jeg kan bare huske at jeg sparket ham en gang, det er det eneste jeg kan huske å ha gjort av motstand(...) Når han var borte kom tårene, men hva gråt jeg for? Det vonde var jo over, så hvorfor gråt jeg nå? (...) Nettene fortsatte, det ble bare verre og verre. ..og så døde han. Dette var noen uker før jeg fylte 12. Det var da det ble tungt, jeg gråt hele tiden, men jeg savnet han ikke(...) Jeg har ikke snakket om han siden. Og nå er det 6 år siden han døde. Mamma var heller ikke snill med meg, hun slo meg om jeg gråt. Husker jeg lå og hørte på når hun la søstra mi:”Natta vennen, glad i deg” – dette sa hun aldri til meg lenger, men jeg håpet hun skulle komme inn til meg en dag å si de ordene (...) Jeg vil snakke, men ikke plage noen med mine problemer. Jeg vil være sint, men hvem skal alt sinnet gå utover?”

Kristin: ”Takk for at du valgte å dele historien din med oss, Lita. Det hjelper å få det ut, fortelle om det. Og jo oftere du forteller, jo lettere blir det. Det er i grunnen godt å få skrevet det ned... er det ikke? Så du selv kan lese det om og om igjen, og andre kan lese det, og kjenne at: ja... sånn har jeg også det, sånn føler jeg også.... Så godt at jeg ikke er alene ☺ ”

Jona: ”Takk til dere som deler historien med oss. Dere er kjempemodige... selv om vi alle har forskjellige historier er følelser og tanker nokså like. Oppfordrer alle med en ubearbeida historie til å søke profesjonell hjelp. For det er vanskelig å klare det alene. Lykke til alle sammen. ☺”

Dette utdraget ble også skåret på *Universalitet, Altruisme, Gruppesamhørighet* og *Informasjon*.

b) Er det noen av faktorene som går igjen i samtlige fora vi har undersøkt?

9 av de 11 faktorene var til stede i alle foraene. Unntakene var *Korrektiv rekapitulering av den primære familiegruppen*, som var til stede i ett forum, og

Mellommenneskelig læring, som var til stede i 3 fora. *Mellommenneskelig læring* ble skåret negativt i det fjerde forumet. Også på *Eksistensielle faktorer* ble gjennomsnittsskåren negativ i det ene forumet. Det var imidlertid ikke fordi faktoren ikke var til stede, men fordi de negative skårene i dette forumet var flere enn de positive. Da blir gjennomsnittet i forumet negativt, selv om det er tråder i forumet som er skåret positivt på *Eksistensielle faktorer*. De samme fem faktorene som var gjennomsnittlig mest til stede i hele utvalget var også mest til stede i hvert av de enkelte foraene. Brytningen ned til de resterende seks faktorene er også til stede i alle foraene, men den varierer litt i størrelse (se tabell 3).

Tabell 3 Gjennomsnittsskårer for de 11 terapeutiske faktorene fordelt på de fire foraene

<i>Yaloms terapeutiske faktorer</i>	<i>Forum 1</i>	<i>Forum 2</i>	<i>Forum 3</i>	<i>Forum 4</i>	<i>Alle foraene</i>
Universalitet	1,07	1,47	1,50	1,33	1,34
Informasjon	1,43	1,43	1,13	1,37	1,34
Altruisme	1,43	1,13	1,23	1,47	1,32
Gruppesamhørighet	1,40	1,23	1,03	1,13	1,20
Katarsis	1,23	1,10	1,13	1,27	1,18
Håp	0,57	0,17	0,17	0,53	0,36
Utvikling av sosiale teknikker	0,30	0,10	0,20	0,03	0,16
Eksistensielle faktorer	0,37	0,07	-0,07	0,17	0,13
Mellommenneskelig læring	0,03	-0,07	0,07	0,17	0,05
Imitering av adferd	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
Korrektiv rekapitulering av den primære familiegruppen	0	0	0	0,07	0,02
Gjennomsnittlig i hele forumet	0,71	0,60	0,58	0,69	0,65

c) Er det noen terapeutiske faktorer som er særlig hyppig forekommende i enkelte tråder?

Selv om gjennomsnittsskåren i hele utvalget eller innenfor et forum er lav, kan enkelte tråder ha en høy skåre. Vi definerer her en skåre på 1 eller mer som en høy skåre, fordi en skåre på 1 eller mer betyr at begge skårerne er enige i at den

terapeutiske faktoren er til stede¹². En skåre på 0.5 betyr at den ene skårerer har skåret 1 og den andre 0, og at vi dermed ikke er enige om hvorvidt faktoren er tilstede.

Det er ingen overraskelse at de samme fem faktorene som får en høy gjennomsnittsskåre også er hyppigst skåret 1 eller mer (se tabell 4). Vi ser imidlertid at også noen av de seks andre terapeutiske faktorene er skåret til 1 eller mer på flere enkeltstående tråder. Det gjelder faktorene *Håp*, *Utvikling av sosiale teknikker* og *Eksistensielle faktorer*. Selv om disse terapeutiske faktorene ikke er særlig fremtredende når en ser på gjennomsnittet i hele utvalget vårt er de tydelig til stede i henholdsvis 19, 6 og 5 enkelttråder. Maksimumsskåren på alle disse tre faktorene er 2.0 (se tabell 2), så minst én tråd for hver faktor er dominert av den aktuelle faktoren. De siste tre terapeutiske faktorene, *Mellommenneskelig læring*, *Imitering av adferd* og *Korrektiv rekapitulering av den primære familiegruppen*, ble aldri skåret høyere enn 0.5, og skårerne er dermed aldri enige om at faktoren er til stede i en bestemt tråd.

¹² Skårerne kan ha vært uenige om i hvilken grad faktoren er til stede. Hvis vi er uenige om det blir skåren 1,5.

Tabell 4. Terapeutisk og kontraterapeutisk innhold.

<i>Yaloms terapeutiske faktorer</i>	<i>Gjennomsnitt for alle trådene</i>	<i>Antall tråder skåret 1 eller mer</i>	<i>Antall tråder skåret 0,5</i>	<i>Antall tråder skåret 0</i>	<i>Antall tråder skåret -0,5</i>	<i>Antall tråder skåret -1 eller mindre</i>
Universalitet	1,34	47	8	2	2	1
Informasjon	1,34	47	3	10	0	0
Altruisme	1,32	48	5	6	0	1
Grppesamhørighet	1,20	45	12	3	0	0
Katarsis	1,18	43	7	10	0	0
Håp	0,36	19	13	16	5	7
Utvikling av sosiale teknikker	0,16	6	8	44	1	1
Eksistensielle faktorer	0,13	5	12	36	6	1
Mellommenneskelig læring	0,05	0	8	51	0	1
Imitering av adferd	0,03	0	4	56	0	0
Korrektiv rekapitulering av den primære familiegruppen	0,02	0	2	58	0	0

I det følgende vil vi illustrere de tre faktorene som hadde lave gjennomsnitt, men ble skåret høyt i enkelte tråder.

Håp

Skorpi84: ”Klem alle sammen! Er litt bra å ha et forum man bare kan skrive det man vil på egentlig. Alt går hele tiden opp og ned og frem og tilbake. Men tilslutt så kommer man seg i mål!”

Svart_katt: ”Åh, som jeg beundrer deg!!!!!! Var godt å lese dette innlegget, for jeg vil veldig gjerne bli frisk, men har det SÅ vanskelig for tiden! Stå på, Skorpi84, jeg ser virkelig opp til deg med det du har klart å prestere altså! Stor klem i fra meg ☺”

Eksistensielle faktorer

Vår: ”Var der forrige uke, og da sa han at diagnosen kanskje ikke stemte likevel. Han trodde kanskje jeg hadde ustabil personlighetsforstyrrelse?! Bestem deg da!! Jeg prøver å lage meg en identitet her jeg, og det å akseptere den bipolare diagnosen har tatt tid. (...) Er bipolar og ustabil personlighetsforstyrrelse så like?(...) Langt egosentrisk innlegg dette, men måtte bare lufte hodet litt.”

leander: ”Uavhengig av diagnoser så er man den man er... om de kaller det bipolar, adhd, borderline whatever, så forandrer ikke det faktumet at man er den personen man er uansett ☺”

Dette utdraget ble også skåret på *Altruisme* og *Katarsis*.

Utvikling av sosiale teknikker

Kathrine: ”Når jeg ser noen gå med sonde, tenker jeg med en gang SPISEFORSTYRRELSER!! (...)”

Skorpi84: ”Jeg blir også trigget på en måte. Konkurrenten inni meg blir større og jeg blir mer destruktiv. (...)”

Siw: ”Mange mennesker har faktisk også andre sykdommer som gjør at dem går med sonde, skal dem hold seg hjemme isolert p.g.a. at en med spiseforstyrrelse kjenner seg ”trigget”? Tror dere at alle som går med hvit stokk er helt blinde eller at alle dere ser i rullestol ute er helt lamme? Noen har faktisk andre sykdommer uten at dere vet det... (...) Men nå kommer vinteren og da kan man skjule mye med høye skjerf, hvis jeg trigger dere...”

Skorpi84: ”Du har helt rett Siw. Det var veldig lite gjennomtenkt det jeg skrev. Jeg vil ikke støte eller fornærme noen, og jeg er faktisk enig i det du skriver. Klem fra meg ☺”

Kathrine: ”Kjære siw, jeg mente ikke noe vondt mot deg i forhold til det jeg sa, men kanskje jeg ordla meg litt feil.. Beklager. (...) Blir jeg eller andre trigget av dette er det _vårt_ problem og ikke ditt. (...)”

Siw: ”Heia Dere, var ikke meningen å bli så sur i går, men det er et stort ”følelsesmessig aspekt” rundt det med sonde, for det er mange som stirrer og peker, og det er de færreste som tør å spørre hvordan man har det.(...)”

Dette utdraget ble også skåret på *Eksistensielle faktorer*.

d) Er det tråder som er dominert av kontraterapeutisk innhold?

Skåringsverktøyet TGIF registrerer ikke bare forekomsten av terapeutisk innhold i hver tråd, det tar også høyde for kontraterapeutisk innhold. Hvis en tråd enten inneholder bare kontraterapeutiske prosesser i forhold til en faktor, eller inneholder mer kontraterapeutiske enn terapeutiske prosesser, vil den få en negativ skåre på den faktoren. I noen tråder fikk en eller flere faktorer en skåre på mindre enn null. Av de 660 skåringene som ble gitt var til sammen 26 negative, og av dem var 12 skåret -1 eller lavere. Det er altså kun 12 tilfeller der begge skårene er enige om at kontraterapeutiske prosesser dominerer i forhold til en faktor i en tråd. Faktorene som ble skåret -1 eller lavere i en eller flere tråder var *Håp*, *Universalitet*, *Altruisme*, *Utvikling av sosiale teknikker*, *Eksistensielle faktorer* og *Mellommenneskelige læring* (se tabell 4). Det finnes altså tråder som er dominert av kontraterapeutisk innhold, men det er ikke veldig mange. *Håp* er den terapeutiske faktoren som blir skåret negativt i flest tråder, og det er også den eneste faktoren som er skåret negativt i alle de fire forane (se tabell 4). De resterende fem faktorene, *Informasjon*, *Grppesamhørighet*, *Katarsis*, *Imitering av adferd* og *Korrektiv rekapitulering av den primære familiegruppen* ble aldri skåret under null.

DISKUSJON

Vi fant at alle de elleve terapeutiske faktorene forekom i utvalget vårt. Alle unntatt to terapeutiske faktorer var til stede i alle de fire foraene. Den terapeutiske faktoren *Korrektiv rekapitulering av den primære familiegruppen* var kun til stede i ett av foraene. Fem terapeutiske faktorer, *Universalitet, Informasjon, Altruisme, Gruppesamhørighet* og *Katarsis*, var hyppigere til stede enn de andre seks. De samme fem terapeutiske faktorene går igjen i hele utvalget vårt, og alle var blant de faktorene vi forventet å finne. Den siste av de terapeutiske faktorene vi forventet å finne, *Håp*, var ikke blant de faktorene som var hyppigst til stede. Denne faktoren var likevel til stede i stor grad i flere enkeltstående tråder. Det samme var faktorene *Utvikling av sosiale teknikker* og *Eksistensielle faktorer*. Hvordan kan vi forstå dette? Vi vil nå ta for oss ett og ett funn og diskutere det.

Vi var usikre på om internettbasert kommunikasjon i grupper kunne utløse alle de samme prosessene som kommunikasjon i grupper ansikt til ansikt. Vi var derfor overrasket over å finne at alle de terapeutiske faktorene er til stede i utvalget vårt. Det viser oss at mye av de samme gruppeprosessene som finnes i ansikt-til-ansikt-grupper, også forekommer i grupper på internett. Yalom og Leszcz (2005) mener at alle de elleve terapeutiske faktorene kan finnes i støttegrupper ansikt til ansikt, selv om det ikke er like vanlig å finne hver og en av dem. Ingen har så vidt vi vet tidligere undersøkt muligheten for at faktorene også kan finnes i en støttegruppe på internett. Vi fant i de internettbaserte støttegruppene mange av de samme faktorene som det er vanlig å finne i ansikt-til-ansiktstøttegrupper, noe som viser at det til en viss grad er samsvar mellom de prosessene som finner sted i støttegrupper ansikt til ansikt og på internett. Kanskje ville en internettbasert terapigruppe drevet av en profesjonell terapeut også kunne gjenskape liknede prosesser som de som forekommer i en slik terapigruppe ansikt til ansikt. Vår studie tyder på at internettbaserte grupper kan ha potensiale til å skape prosesser som innehar alle de elleve universelle terapeutiske faktorene. Det er imidlertid stor variasjon i hvor mye vi finner av de forskjellige faktorene. Noen faktorer er svært tydelig til stede, mens andre så vidt er til stede i noen få tråder. Flere av de faktorene som er marginalt til stede er faktorer som

vanligvis regnes som terapeutavhengige. Det er derfor mulig at en ved å sette inn en terapeut ville kunne se mer av disse faktorene også i en internettbasert gruppe, men det er umulig å si noe sikkert om det basert på våre funn. Våre funn indikerer imidlertid at internettbaserte grupper kan ha et terapeutisk potensiale, og det i seg selv åpner for mange spennende muligheter.

”The big five”

Noen faktorer er hyppigere til stede enn andre. Det er de samme fem i alle foraene: *Universalitet, Informasjon, Altruisme, Gruppesamhørighet* og *Katarsis*. I det følgende vil vi diskutere disse faktorene hver for seg.

Universalitet. Vi fant mange svært direkte uttalelser fra deltagere der de fortalte at de satte pris på å møte andre som hadde samme eller liknende erfaringer eller følelser som dem selv. Oppgavens tittel ”... atter en gang ikke alene...” er et direkte sitat fra en deltager som har fortalt om såre ting og fått tilbakemelding om at andre har opplevd eller følt det samme. Yalom og Leszcz (2005) påpeker at denne konsensusvalideringen gjør at mennesker med psykiske problemer får det bedre med seg selv og føler seg mindre negativt unike; de får avkrefte en følelse av å være en øde øy med problemet sitt. At støttegruppene på internett er så beriket med denne faktoren gjør at også mennesker uten tilgang på en ansikt-til-ansiktstøttegruppe kan få denne oppklarende opplevelsen. Det hendte noen få ganger at noen ble møtt med at ingen hadde opplevd eller følt det samme, men de gangene det hendte var altruismen sterkt til stede, og de mottok mange støtteerklæringer og lykkeønskninger.

Informasjon. Vi mener at selve strukturen i asynkrone internettfora legger til rette for deling av informasjon. I alle slike fora er det slik at en deltager starter et tema og andre deltagere gir svar i forhold til det den første deltageren spør om eller forteller om. Veldig mange slike åpningsinnlegg avsluttes med et spørsmål, noe som igjen fremkaller svar fra de andre deltagerne. Disse svarene har ofte form av konkrete råd eller praktisk informasjon den første deltageren har etterspurt. Ofte vil diskusjonen inneholde mye annet i tillegg til spørsmål og svar, men spørsmål og svar er til stede i

veldig mange tråder. Det kan se ut som det er en gruppenorm i slike fora at en stiller spørsmål og får svar. Vi fant som forventet mer av denne faktoren enn det som var forespeilet om støttegrupper av Yalom.

Altruisme. På samme måte som spørsmål/svar-strukturen i asynkrone fora legger til rette for *informasjonsdeling*, tror vi at den også legger til rette for *Altruisme*. Noen ber om noe og de andre får anledning til å gi det. Deltagerne får mulighet til å hjelpe andre og vise dem omsorg og omtanke. Det er et potent virkemiddel å oppleve at en har noe å tilby andre. Det kan påvirke deltageren i forhold til selvfølelse og følelse av egenverd (Yalom & Leszcz, 2005). Internettgrupper gir denne muligheten også til folk som ikke tør å gi av seg selv ansikt til ansikt. Det kan være begynnelsen på en god spiral som fører til at de også tør å tro at de har noe å bidra med i andre kontekster enn internett.

Gruppesamhørighet. Riva et al. (2004) konkluderer med at det er en sterk og positiv korrelasjon mellom gruppesamhold og utfall av gruppebehandling. At gruppesamhørighet som faktor er sterkt til stede i utvalget vårt legger til rette for terapeutiske endringer hos deltagerne. Yalom og Leszcz (2005) hevder at grupper med høy grad av samhørighet har et bedre utbytte av gruppetilbudet enn grupper uten en slik følelse. En ulempe ved grupper på internett er at relasjonene kan bli flyktige og at deltagerne mangler forpliktelse (Miller & Gergen, 1998; Owen et al., 2008). Våre funn indikerer at også på internett kan det oppstå gruppesamhørighet, med andre ord forpliktelse til gruppen, varige relasjoner og større påvirkelighet medlemmene i mellom. Gruppesamhørighet blir ofte regnet som bestående av tre faktorer: tiltrekning til gruppen og gruppens medlemmer, enhet og vi-følelse, og lojalitet til gruppens oppgave (Forsyth, 2006). Vi ser at deltagerne ofte gir uttrykk for tilknytning både til forumet og til andre deltagere. Hos hver individuelle deltager kan et sterkt bånd til andre gruppemedlemmer også motbevise eventuelle antagelser den enkelte har om at en ikke er verdig en sterk relasjon til andre mennesker. Dette mener Yalom og Leszcz (2005) skaper trygge rammer for utvikling. Vi ser også ofte at gruppemedlemmer bruker ordet "vi" når de omtaler seg selv og de andre deltagerne. Dette "vi" refererer noen ganger til deltagerne i den enkelte tråd eller i forumet, men det ser også ut til at

det kan referere til alle med den diagnosen forumet er rettet mot. Dette er også et viktig grunnlag for en annen av de terapeutiske faktorene, *Universalitet*, at en ikke er alene om å ha denne lidelsen. En får en felles sosial identitet. Gruppens oppgave i en støttegruppe er å støtte hverandre. Vi ser en høy lojalitet til denne oppgaven i foraene på internett. Slik er alle Forsyths (2006) underkategorier av gruppesamhørighet til stede.

Katarsis. Tilgangen 24 timer i døgnet 365 dager i året gjør det mulig å dele emosjonelt ladet informasjon når behovet er påtrengende. En trenger ikke engang å vente på tur i gruppen, i og med at en kan starte sin egen tråd og dermed invitere andre til å lytte til ens klagesang. Det å fortelle sin historie kan være en stor lettelse for deltagerne selv om de ikke sitter i samme rom som tilhørerne og får den nonverbale tilbakemeldingen fra dem. Det nonverbale emosjonelle uttrykket kan likevel være til stede når de forteller historien sin. Mange deltagere skriver om sterke emosjonelle opplevelser mens de skriver innlegget som forteller deres lidelseshistorie.¹³ På den andre siden er muligheten for at ingen svarer til stede i større grad enn i en ansikt-til-ansiktgruppe. Kanskje er det nok å se at andre leser det en har skrevet? I oversikten over tråder kan en ofte se hvor mange ganger en tråd er lest av andre. Vi vet ikke om det i seg selv er nok for at katarsis som terapeutisk mekanisme skal finne sted. Yalom og Leszcz (2005) skriver at ”i lengden vil det aldri gagne noen å luften følelsene sine i et tomt skap” (s. 90). Spørsmålet blir hvor stor grad av deltakelse en trenger fra de andre i et forum for å føle at en ikke sitter i et tomt skap?

Faktorer som var til stede i noen grad

Vi så at fem av de terapeutiske faktorene var gjennomsnittlig mer til stede enn de seks andre. Tre av de andre seks faktorene (*Håp*, *Eksistensielle faktorer* og *Utvikling av sosiale teknikker*) finner vi imidlertid sterkt til stede i enkelte tråder. Dette er interessant fordi den terapeutiske virkningen for den personen som deltar i eller leser nettopp en slik tråd, er til stede uavhengig av hvor mange andre tråder faktoren

¹³ Se eksempel på dette i sitatene i resultatdelen.

forekommer i. Det er dermed ikke bare de fem mest tilstedeværende faktorene som kan ha stor terapeutisk innvirkning. Også i gruppeterapi ansikt til ansikt og terapi generelt vil viktige prosesser ikke nødvendigvis måtte skje mange ganger for at det skal være terapeutisk. Et viktig vendepunkt i terapi skjer kanskje kun én gang, men det er likevel en hendelse som setter spor. (Stern, 2007).

Håp. *Håp* er også blant de faktorene som en ofte finner i støttegrupper ansikt til ansikt. Den gjennomsnittlige forekomsten av *Håp* i vårt utvalg var en del lavere enn forventet. Dette skyldtes imidlertid ikke at vi ikke fant terapeutiske prosesser som kunne skåres positivt på *Håp* innenfor en enkelt tråd. I nesten alle de 60 trådene fant vi innhold som ble skåret positivt på *Håp*, men i mange av dem fant vi også innhold som ble skåret negativt. Det er altså ikke mangelen på *Håp* som reflekteres i den lave skåren i en enkelt tråd, men den samtidige tilstedeværelsen av håpløshet.

En mulig forklaring på hvorfor vi finner så mye håpløshet kan ha med behovet for å tilhøre gruppen å gjøre. Schachter (1959) sier at "misery doesn't love just any kind of company, it loves only miserable company" (s.24). Folk søker andre mennesker i samme situasjon når de har det vondt, og de er ikke like interessert i å være sammen med mennesker som ikke har det like ille. Selv om denne tendensen trekker ned forekomsten av den terapeutiske faktoren *Håp* vil den i følge Schachter generere gruppesamhørighet, som er en viktig terapeutisk faktor (Riva et al., 2004; Yalom & Leszcz, 2005).

Et tankekors her er hvordan dette kan oppfattes av deltagerne i forumet. Vi ser at vi som skårere hadde hver vår bias i forhold til hva vi la merke til av det terapeutiske og det kontraterapeutiske materialet (se metodediskusjon). Mange med psykiske lidelser har en negativ kognitiv bias, særlig ved depresjon (Peterson & Seligman, 1984), og vi kan tenke oss at de legger merke til mer av det kontraterapeutiske snarere enn det terapeutiske materialet når de leser i foraene. I så fall vil foraene for dem faktisk være kontraterapeutiske i forhold til *Håp*, selv om det er mye terapeutiske innhold også.

Et annet aspekt ved gruppene er at de mangler formelle ledere. Formelle ledere som har samme diagnose som deltagerne kan stå frem som et eksempel på muligheten til å få det bedre. Kanskje er det slik at de som har fått det bedre ikke lenger skriver i forumet, og at en dermed i mindre grad får se folk som er foran en selv i prosessen. Dette kan også være noe av forklaringen på at vi finner mindre håp enn det tidligere har vært funnet i støttegrupper.

Eksistensielle faktorer. Da foraene vi har undersøkt er spisset i forhold til et felles problem (ADHD, bipolar lidelse, seksuelt misbruk og spiseforstyrrelser), forventet vi at temaene i foraene vil handle mer om det gitte problemet enn om mer eksistensielle temaer. Vi finner likevel en del samtaler om eksistensielle temaer. Det lave gjennomsnittet på denne faktoren reflekterer ikke at det er lite innhold som skåres på denne faktoren, men at det er nesten like mange tråder med overvekt av kontraterapeutisk innhold som med overvekt av terapeutisk innhold. For Yalom er denne faktoren essensiell fordi han ser den som grunnlaget for all endring og vekst (Yalom 1997). Som nevnt over vil deltakelsen i de trådene som har høyt innhold av eksistensielle faktorer kunne være av stor terapeutisk betydning for den enkelte deltager.

Utvikling av sosiale teknikker. Vi tror at den lave forekomsten av denne faktoren kan skyldes at det i et internetforum er mye lettere å ignorere tilbakemelding enn i en ansikt til ansikt-gruppe. Vi ser i vårt materiale at tilbakemeldinger blir ignorert flere ganger. Flere klassiske sosialpsykologiske studier (se for eksempel Ash, 1956; Milgram, 1963) viser hvor sterk innvirkning sosial innflytelse kan ha. Mange av de sosiale mekanismene som fremmer nødvendigheten av å svare på en tilbakemelding vil ikke være til stede i en internetbasert gruppe. Det går ikke an å ikke kommunisere noe når en sitter sammen i samme rom (Watzlawick, Bavelas & Jackson, 1967). Stillheten i en gruppe etter en tilbakemelding vil derfor inneholde en oppfordring til å svare på tilbakemeldingen. Fordi foraene vi har undersøkt er asynkrone i sin natur har en ingen forventninger om at et svar skal komme umiddelbart, og en mister den

sosiale innflytelsen fra gruppen som sitter og venter på svar.

En annen mulig forklaring på fraværet av denne faktoren er at det ikke er noen terapeut i forumet. I terapeutstyrte grupper vil terapeuten ofte ta opp igjen temaet når viktig tilbakemelding blir ignorert. (Yalom & Leszcz, 2005). I støttegrupper ansikt til ansikt er det heller ikke vanlig å finne mye av denne faktoren.

Faktorer som var til stede i liten grad

Alle faktorene var til stede, men noen i liten grad. De tre faktorene som var minst tilstedeværende var *Mellommenneskelig læring*, *Imitering av adferd* og *Korrektiv rekapitulering av den primære familiegruppen*. I tillegg til å ha et lavt gjennomsnitt i hele datamaterialet, fikk disse tre aldri en høyere skåre enn 0,5.

Hva tenker vi oss at er grunnen til at vi finner så lite av disse faktorene? Felles for disse tre faktorene er at de er mer terapeutavhengige enn de andre. Det er terapeuten som har ansvar for å oppmuntre til metakommunikasjon om det som utspiller seg i gruppen og dermed legger til rette for *Mellommenneskelig læring*. Ved *Imitering av adferd* vil ofte andre medlemmer av gruppen også ta terapeutens rolle og oppmuntre hverandre til metakommunikasjon, og slik legge ytterligere til rette for slik læring. Det er også et annet aspekt ved denne faktoren, vikarierende læring. De tilfellene der vi fant faktoren var da medlemmene ga uttrykk for at de hadde lært noe ved å følge hvordan andre løste sine problemer. Terapeutens rolle er også sterkt knyttet til *Korrektiv rekapitulering av den primære familiegruppen*. Sentrale tema i forhold til denne faktoren er oppmerksomhet og makt, og disse temaene blir ikke like aktuelle uten en terapeut (Yalom & Leszcz, 2005). Yalom og Leszcz (2005) sier at denne faktoren sjelden er uttalt til stede i terapitimene i en gruppe. Den er snarere en faktor som spilles ut på det ubevisste plan og gjerne mellom timene.

Kontraterapeutiske faktorer

Det er ytret bekymringer for at internettgrupper kan ha en skadelig innvirkning på deltageren (Finfgeld, 2000). Verktøyet vi benyttet oss av tok høyde for at det var

mulig å finne det motsatte av de terapeutiske faktorene. Det var få tråder som hadde overvekt av kontraterapeutisk innhold. Vår studie understøtter dermed ikke bekymringen om at støttegrupper på internett kan være av skadelig karakter. Det kan likevel tenkes at de kontraterapeutiske prosessene i de enkeltstående trådene kan være skadelige for deltagerne som er utsatt for dem, på samme måte som de terapeutiske prosessene i enkeltstående tråder kan være terapeutiske for deltagerne i slike tråder. Det er også en mulighet for at instrumentet TGIF ikke fanger opp skadelige prosesser i utvalget vårt, da det instrumentet måler er det motsatte av de elleve terapeutiske faktorene. Det vi finner av kontraterapeutisk innhold vil derfor heller trekke ned styrken i funnene av de terapeutiske faktorene, enn å kunne si noe om risiko for skadelige prosesser i foraene. Det kan tenkes at negative prosesser har en helt annen natur, uavhengig av de elleve terapeutiske faktorene

Metodiske begrensninger

Utvalgsprosessen. I utvalgsprosessen gjorde vi noen valg. For å øke sannsynligheten for å finne gruppeprosesser forsøkte vi å gjøre analyse materialet vårt – nemlig trådene – så like som mulig interaksjoner mellom deltagere i ansikt-til-ansikt grupper. Vi valgte fire fora og 15 tråder i hvert av dem. Vi satte en standard på at det skulle være minst fem deltagere som skrev i hver av trådene og at minst to deltagere skulle delta med to innlegg. Disse tersklene for inkludering og ekskludering av tråder laget vi selv. Våre minimumskrav kan både tenkes å være for strenge, det vil si at de utelukker noe som kunne sees på som en gruppe, og for løse, det vil si at de får med grupper som ikke kan tilsvare en gruppe.

Vi valgte å se på en tråd som et lite gruppemøte. Dette gjør at deltagerne i foraene i praksis kan delta i flere gruppemøter parallelt, i og med at de er inndelt i temaer i stedet for i tid. Det vil ikke nødvendigvis være de samme deltagerne som deltar i alle trådene, selv om det er mange deltagere som er med i flere tråder. Samtidig vil tilhørigheten til gruppa muligens være til forumet som helhet, ikke nødvendigvis til den gruppa som deltar i hver enkelt tråd. Det er derfor mulig vi går glipp av en helhet ved å studere delene atskilt på den måten vi gjør.

I tillegg til at utvalgskriteriene kan ha påvirket funnene våre generelt kan de ha påvirket faktorene *Informasjon* og *Katarsis* spesielt. Kriteriene for å finne det kontraterapeutiske i forhold til informasjon er at deltagerne ikke deler informasjon med hverandre (Hastings-Vertino et al., 1996, s. 225). Våre utvalgskriterier utelukker tråder med færre svar enn ti. Vi vil derfor ikke finne tråder der forespørsler om informasjon ikke besvares. Når det gjelder katarsis vil også kriteriet om minst ti innlegg kunne påvirke funnene. De trådene der noen er i fare for å ”lufte følelser i et tomt skap” fordi ingen svarer, vil utelates fra vårt utvalg.

Fortolkningskjevhet i skåringen. Vi har lav interreliabilitet på skåringen av *Gruppesamhørighet*. Vi oppdaget at vi som skårere hadde en skjevhet i fortolkningen i forhold til *Gruppesamhørighet*, og også i noen grad i forhold til *Håp*. *Gruppesamhørighet* var en av de fem hyppigst forekommende faktorene. Disse resultatene fikk vi på tross av at vi oppdaget en fortolkningskjevhet hos skårerne i forhold til de ulike aspektene ved gruppesamhørighet. Den ene av skårerne var veldig fokusert på tiltrekning til gruppen og gruppens medlemmer som tegn på gruppesamhørighet, og overså ofte tegn på enhet og vi-følelse. Den andre hadde fokus på begge deler. Begge hadde likt fokus på lojalitet til gruppens oppgave som et mål på gruppesamhørighet. 8 av de 36 skårene som hadde en differanse på 1 eller mer var på denne faktoren, og denne forskjellen kom tydelig frem når vi skulle diskutere oss frem til fellesskårene på disse. Det er mulig at dersom begge hadde vært mer bevisst alle aspektene ved faktoren under skåringen, så ville gjennomsnittet kunne blitt enda høyere.

Vi oppdaget etter at vi hadde analysert materialet hver for oss at vi hadde hver vår fortolkningskjevhet også når det gjaldt *Håp*. Den ene skårerer så ofte mest håpløshet der den andre skårerer så mest håp. 11 av 36 tilfeller der vi hadde en differanse på 1 eller mer var på denne faktoren. Det var da ofte slik at den ene hadde skåret + 1 og den andre hadde skåret - 1. Når vi diskuterte oss frem til en felles skåre på disse elleve skårene med høy differanse så vi tegn på at dette kunne være en

oppmerksomhetsskjevhet der den ene overså tegn på håpløshet og den andre overså tegn på håp. I tillegg oppdaget vi at vi som skårere også hadde hatt et ulikt fokus i forhold til tid. Et eksempel er en tråd som handlet om et bestemt behandlingssted. Trådstarter spør hvordan det er på dette stedet og får mange svar som er svært negative i forhold til behandlingsopplegget og erfaringer derfra. Dette gir ikke spesielt mye håp til trådstarter. Den ene av skårerne har også lagt mye vekt på dette og skåret -1. Imidlertid er det like mange i tråden som forteller at de har blitt friske på tross av de negative erfaringene fra dette behandlingsstedet, og dette er egnet til å gi håp på mer langsiktig basis. Dette har den andre skårerer lagt vekt på og skåret + 1. Her er et eksempel på et innlegg som er kodet negativt av den ene og positivt av den andre skårerer.

Skorpi84: ”Har vært der og har INGEN positive erfaringer derfra i det hele. Jeg var lite motivert og slet mye da. Det hjelper nok å være motivert (....) Nå er jeg i behandling i Sverige der alt er sånn ca helt motsatt på nesten alle områder enn i (stedsnavn). Det er helt fritt og alt er totalt frivillig. Det fungerer så bra at jeg i august når jeg er ferdig, kanskje blir erklært helt frisk!”

I diskusjonen kom vi fram til at disse to perspektivene er like gyldige og endte opp med en skåre på 0 fordi det positive og det negative er til stede i like stor grad. Det er likevel vanskelig å si at dette er den eneste grunnen til at vi fant mindre av denne faktoren enn vi forventet. Vi undersøkte om denne skjevheten også finnes i de trådene der differansen var mindre enn 1, og vi fant en slik skjevhet for denne faktoren konsekvent i hele datamaterialet. I og med at skårerens fortolkningsskjevhet gikk så konsekvent i hver sin retning er det grunn til å tro at de veier hverandre opp, og kan dermed ikke være hele forklaringen på det lave gjennomsnittet.

Vi valgte av kapasitetsgrunner å diskutere oss frem til fellesskårer kun i de tilfellene der differansen på skårene var 1 eller mer. I de andre tilfellene ble fellesskårene satt til gjennomsnittet av våre to skårer. Hvis vi hadde diskutert oss frem til fellesskårer på alle skåringene ville vi ha unngått at disse skjevhetene i skåringene også ble

representert i fellesskårene.

Mangel på nonverbal kommunikasjon. Et annet mulig metodisk problem er mangelen på nonverbal kommunikasjon mellom deltagerne. Dette utgjorde et problem i skåringen av *Katarsis* som terapeutisk faktor. Det var mange sterke personlige historier som ble fortalt, men vi hadde ingen nonverbale tegn på det emosjonelle uttrykket i historien. Vi hadde imidlertid paralingvistiske tegn¹⁴ som holdepunkter der de ble brukt. I tillegg ga fortelleren noen ganger tydelig uttrykk for at dette var vanskelig å snakke om. Andre ganger hadde vi ingen slike holdepunkter å gå ut fra i skåringen. Da ble skåringen basert på det emosjonelle inntrykket vi selv satt med som lesere. I så måte var det en stor fordel å være to skårere.

Motsetningsfylt innhold i faktoren vanskeliggjør skåringsvalg. Vi hadde til dels store problemer med å skåre *Eksistensielle faktorer*. Vi oppdaget allerede i piloten at samme uttalelse med letthet kunne plasseres både på pluss- og minussiden av denne faktoren. På den ene siden handler denne faktoren om å akseptere at livet noen ganger er urettferdig og at noe av livets smerte er umulig å slippe unna. På den annen side handler den også om at en dypest sett er alene og må ta ansvar for eget liv uansett hvor mye hjelp en får og hvor nær en kan stå andre. Samme setning kan ofte lett forstås både som aksept av situasjonen og som mangel på eget initiativ og ansvar. Noen ganger er det lett å forstå ut fra sammenhengen hva som er den mest sannsynlige tolkningen, mens andre ganger er det vanskelig å se. Kanskje er det også en motsetning i faktoren i seg selv, ikke bare i vår tolkning. Det kan være en hårfin balanse mellom aksept og ansvarsfraskrivelse, og begge deler kan være tilstede samtidig.

Gruppestrukturen vanskeliggjør skåring av endring hos deltageren. Vi skåret én tråd som en gruppeterapitime, og det var mange av de samme medlemmene som var med i

¹⁴ For eksempel glad ☺, trist ☹, kjeder seg ☹, varme følelser ♥

de ulike trådene. Det var imidlertid ikke en lukket gruppe med de samme medlemmene hver gang. Fordi vi ikke fulgte de samme medlemmene over lang tid ble vi ikke ”kjent” med deltagerne på samme måte som i en gruppe der alle deltar over tid. Derfor er det vanskelig å avgjøre om observert adaptiv adferd er lært i gruppen eller om deltageren hadde denne adaptive adferden fra før. Vi var svært oppmerksom på dette og skåret pluss på *Mellommenneskelig læring* kun hvis deltageren ga tydelig uttrykk for å ha lært noe i gruppen, eller hvis vi tydelig så at gruppedeltageren hadde endret oppfatning om seg selv som følge av gruppens diskusjon. Av samme grunn var vi restriktive med å skåre *Imitering av adferd*. I en ansikt til ansikt-gruppe vil en kunne se folk etterlikne tonefall, fakter og liknende etter terapeuten eller andre gruppemedlemmer. Tilsvarende kan deltagere i internettbaserte støttegrupper etterlikne formuleringer og skrivemåter etter hverandre, men det er vanskelig å påvise det når vi ikke følger de samme personene i gruppen over tid. Endring hos deltagere i et internetstøttegruppe vil best kunne undersøkes i en effektstudie. For eksempel kan ikke reduksjon av symptomer fanges opp i en prosessstudie som vår.

Fortolkninger basert på skåreernes livsverden. I tillegg til problemet med skåring av utvikling hos en enkelt deltager når vi ikke følger dem over tid, kan det også være vanskelig å skåre *Mellommenneskelig læring* på et rent innholdsmessig plan. Et av kriteriene for at denne faktoren skal være til stede er at noen viser ny adaptiv adferd. Vi må da gjøre en vurdering av hva som er adaptiv adferd. Denne vurderingen vil være basert på en skårerens a priori oppfatninger om hva som er adaptivt, av skåreernes kunnskaper, implisitte personlighetsteorier, virkelighetsoppfatninger, erfaringsbakgrunn og historie etc. Skåreernes livsverden stemmer kanskje ikke alltid overens med deltagerens livsverden.

Begrensninger ved en teoridrevet studie i en eksplorerende undersøkelse. Når en operasjonaliserer og tallfester teori, står en i fare for å miste verdifull informasjon og tape kompleksiteten i mekanismene som forekommer. TGIF er en (over)forenkling av Yaloms teori. Vi er også begrenset til Yaloms elleve faktorer i vår eksplorering av prosesser i foraene. Selv om vi har studert terapeutiske prosesser har vi ikke studert alle mulige terapeutiske prosesser i en gruppe. En ikke-teoridrevet studie ville kanskje

funnet andre prosesser enn de vi fant. Det er også mulig at internett legger til rette for terapeutiske faktorer som ikke er til stede i ansikt-til-ansiktgrupper, og som derfor heller ikke er med i Yaloms teorisystem.

Begrensninger ved vårt analyseverktøy. TGIF er lagt opp slik at det er gjennomsnittlig tilstedeværelse av den terapeutiske faktoren i et gruppemøte (i vårt tilfelle én tråd) som skåres. En skåre på 0 kan bety fravær av prosesser som kan skåres på faktoren, men det kan også bety at det er like mye kontraterapeutiske som terapeutiske prosesser i løpet av tråden. På samme måte som tilstedeværelsen av en terapeutisk faktor i én tråd kan være viktig for deltagerne uavhengig av den gjennomsnittlige skåren i hele utvalget, kan også de terapeutiske elementene i en enkelt tråd være viktig for den deltageren som opplever dem, uavhengig av hvor mye kontraterapeutiske prosesser som foregår i den samme tråden. Dette fanges ikke opp av TGIF.

TGIF er utprøvd og testet på ansikt-til-ansiktgrupper. Slik vi kjenner litteraturen er instrumentet aldri tidligere forsøkt brukt til å måle terapeutiske faktorer i internettbaserte grupper. En mulig feilkilde ved å bruke et instrument som er ment for ansikt-til-ansiktgrupper på internettbaserte grupper, er at en ikke får noen nonverbal informasjon fra deltagerne.

Forventningseffekter. Når en har forventninger til hva en kommer til å finne, kan dette påvirke skåringen av datamaterialet. Ideelt sett hadde skårerne ikke visst om forventningene før skåringen. Dette var ikke mulig i vår studie. En av anbefalingene fra Hastings-Vertino et al. (1996) var å sette seg godt inn i faktorene før skåringen for å best mulig identifisere prosessene korrekt. Å sette seg inn i faktorene skaper i seg selv forventninger om hva en kan komme til å finne. For å motvirke forventningseffekten klargjorde vi forventningene våre på forhånd og vurderte skåringene våre fortløpende opp mot disse.

”*Absence of evidence is not evidence of absence*”¹⁵. Det er flere faktorer vi finner lite av. Dette betyr ikke nødvendigvis at de ikke forekommer. Noen faktorer er spesielt vanskelige å skåre fordi de ikke blir tematisert eksplisitt i gruppen og vanskelig kan måles på andre måter. Et eksempel på dette er faktoren *Korrektiv rekapitulering av den primære familiegruppen*. Denne faktoren hevder Yalom og Leszcz (2005) selv at ofte ikke skjer i gruppemøtet, men mellom møtene. Den vil altså ikke kunne måles i en gruppeprosess til tross for at den kan forekomme som en følge av prosessen i gruppa. Selv om hele gruppens interaksjon er skriftlig betyr ikke det at alle prosessene som foregår på det interpersonlige og intrapersonlige plan er representert i dette materialet.

Implikasjoner for fremtidig forskning

I denne studien har vi brukt et teoristyrte verktøy for å lete etter universelle faktorer i grupper. TGIF slår sammen de terapeutiske og kontraterapeutiske elementene i én skåre. Det hadde vært interessant å se på disse prosessene isolert fra hverandre. Det hadde også vært spennende å undersøke kvalitativt hvordan Yaloms 11 faktorer kommer til uttrykk i internettbaserte grupper sammenliknet med ansikt-til-ansiktgrupper. Det er ikke urimelig å anta at måten de 11 faktorene manifesterer seg på kan være svært annerledes når en kun har skriftlig kontakt med hverandre og ikke vet hvem som til enhver tid er en del av gruppen, til forskjell fra når en sitter ansikt til ansikt med de samme medlemmene over et lengre tidsrom. En annen vei å gå er å utføre kvalitative studier av prosess som ser etter prosesser som er unike for internett, og som ikke er teoristyrte. Kanskje forekommer det helt egne typer prosesser i internettbaserte grupper. Det kan være viktig å vite hva disse er for å kunne gi et best mulig tilbud til deltagere i internettbaserte grupper. I tillegg bør en undersøke både effekt og prosess i kombinasjon, for eksempel ved å se på hvilke faktorer som predikerer hvilken type effekt. En annen måte å måle prosess på er å spørre deltagerne direkte om hvilke prosesser som skapte viktige endringer og vekst for dem. Det er også interessant å vite mer om disse deltagerne. Er de som bruker internettbaserte behandlingstilbud på noen måte annerledes enn brukere av ansikt-til-ansiktgrupper?

¹⁵ Da dette sitatet er et ordspill velger vi å ikke oversette det til norsk. Det er hentet fra Sagan (1977).

Er det slik at de som ikke har andre tilbud bruker internett i større grad enn andre? Vi ønsker også å se flere studier av mulige skadelige prosesser i internettbaserte grupper. Avslutningsvis ser vi det som nyttig med flere eksplorerende studier slik som vårt, da forskningen på internettbasert behandling er på et tidlig stadium.

KONKLUDERENDE BETRAKTNINGER

Problemstillingen vår var i hvilken grad Yaloms terapeutiske faktorer er til stede i internettbaserte støttegrupper, og om det er terapeutiske faktorer som er hyppigere representert enn andre. Vi fant alle Yaloms terapeutiske faktorer i vårt utvalg. Faktorene *Universalitet*, *Informasjon*, *Altruisme*, *Gruppesamhørighet* og *Katarsis* var hyppigere til stede enn de andre faktorene. Fire av disse (*Universalitet*, *Altruisme*, *Gruppesamhørighet* og *Katarsis*) er de samme som det er vanlig å finne i støttegrupper ansikt til ansikt. Vi forventet å til en viss grad finne andre terapeutiske faktorer i internettbaserte støttegruppene enn en finner i støttegrupper ansikt til ansikt. Vi forventet å finne mye av *Informasjon* og lite av *Imitering av adferd*. Dette fant vi også. Et overraskende funn var at *Håp* ikke var blant de faktorene som var mest fremtredende. Det kan ha vært metodiske årsaker til det, men det kan også hende at dette er spesielt for internettbaserte grupper. Dette er et interessant tema for videre forskning. Vi fant at også at noen faktorer som ikke var gjennomsnittlig mye til stede var mye til stede i enkelte tråder. For deltagerne i nettopp denne tråden kan det at prosessen skjer én gang være tilstrekkelig for personlig vekst og utvikling. Vi fant liten grunn til å tro at det forekommer mye kontraterapeutiske prosesser i internettfora.

Vi finner altså mye av de samme prosessene i internettbaserte støttegrupper som en finner i støttegrupper ansikt til ansikt. Det at vi finner alle de terapeutiske faktorene tyder på at det er et stort potensiale for å skape terapeutiske gruppeprosesser på internett. Vi kan derfor tenke oss at internett er en upløyd mark i forhold til behandling av psykiske lidelser. Lavterskeltilbud i form av internettbaserte støttegrupper kan være et sted å starte for å nå ut til folk med psykiske lidelser tidligere og på et forebyggende plan. Innledningsvis nevnte vi at menn, folk som har lavt utdanningsnivå, folk som kommer fra landlige strøk, og folk som har lite sosial støtte i mindre grad søker behandling. Støttegrupper på internett kan være en måte å nå ut til også disse gruppene på.

LITTERATUR

- Adler, A. (1949). *Understanding human nature*. New York: Permabooks.
- Andrews, G. (2001). Should depression be managed as a chronic disease? *BMJ*, 322, 419-421.
- Aristoteles. (2004) *Om diktekunsten*. Oslo: Cappelen akademiske forlag.
- Asch, S.E. (1956). Studies of independence and conformity: A minority of one against a unanimous majority. *Psychological Monographs: General and Applied*, 70, 1-70.
- Bandura, A. & Walters, R. (1963). *Social learning and personality development*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A., Ross, D. & Ross, S. (1963). Vicarious reinforcement and imitative learning. *Journal of abnormal and social psychology*, 67, 601-607.
- Barlow, S. H., Fuhriman A. J. & Burlingame, G. M. (2004). The History of Group Counseling and Psychotherapy. I: DeLucia-Waack, J., Gerrity, D.A., Kalodner, C.R. & Riva, M.T (red). *Handbook of group counselling and psychotherapy*. (s.49-61). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Berge, T. & Olsen, B. (2008). Britisk storsatsing på psykologisk behandling. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 5 (75), 579-585.
- Berto, P., D' Illario, D., Ruffo, P., Di Virgillio, R. & Rizzo, F. (2000). Depression: cost- of-illness studies in the international literature, a review. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 3(1), 3-10.
- Bion, W.R. (1961). *Experiences in groups and other papers*. New York: Basic books.
- Bloch, S. & Crouch, E. (1985). *Therapeutic factors in group psychotherapy*. Oxford: Oxford University press.

- Brabender, V. & Fallon, A. (1993). *Models of inpatient group psychotherapy*.
Washington, DC: American Psychological Association
- Brabender, V., Fallon, A. & Smolar, A. (2004). *Essentials of group therapy*.
Hoboken, N.J.: Willey.
- Burlingame, G.M., Fuhriman, A.J. & Johnson, J. (2004). Process and outcome in
group counseling and psychotherapy. I: DeLucia-Waack, J., Gerrity, D.A.,
Kalodner, C.R. & Riva, M.T (red). *Handbook of group counselling and
psychotherapy*. (s.49-61). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Bushman, B. J., Baumeister, R.F. & Stack, A.D. (1999). Catharsis, aggression, and
persuasive influence: Self- fulfilling or self-sefeating prophecies? *Journal of
personality and social psychology*. 76, 367-376.
- Chang, T., Yeh, C.J. & Krumboltz, J.D. (2001). Process and outcome evaluation of
an on-line support group for asian american male college students. *Journal of
counseling psychology*; 48, 319-329.
- Cicchetti, C. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed
and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological
assessment*, 6, 284-290.
- Dalgard, O.S., Sjetne, I.S., Bjertnæs, Ø.A., Helgeland, J.(2008).
Levekårsundersøkelsen 2005. Psykiske problemer og behandling. (Rapport
2008:5). Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Davison, K.P., Pennebaker, J.W. & Dickerson, S.S. (2000). Who talks? The social
psychology of illness support groups. *American Psychologist*, 2, 205-217.
- Delsignore, A & Scnyder, U. (2007). Control expectancies as predictors of

- psychotherapy outcome: A systematic review. *British Journal of Clinical Psychology*, 46. 467-483.
- Dew, S & Bickman, L. (2005). Client expectancies about therapy. *Mental Health Services Research*, 7, 21-33.
- Etiske prinsipper for nordiske psykologer* (1998). Hentet 26.september 2008 fra Norsk Psykologforenings webside:
<http://www.psykologforeningen.no/print.aspx?did=9044528>
- Eun-Ok, I. & Wonshik, C. (2008). The use of internet cancer support groups by ethnic minorities. *Journal of transcultural nursing*, 19, 74-82.
- Eysenbach, G. (2003). The Impact of the Internet on Cancer Outcomes. *CA Cancer journal for clinicians*; 53, 356 – 371.
- Eysenbach, G. & Kohler, C. (2003) What is the prevalence of health-related searches on the World Wide Web? Qualitative and quantitative analysis of search engine queries on the internet. *Amia 2003 symposium proceedings*, 225 – 229.
- Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., Rizo, C. & Stern, A. (2004). Health related virtual communities and electronic support groups: a systematic review of the effects of online peer to peer interactions, *British Medical Journal*, 328, 1-6
- Finfgeld, D.L. (2000). Therapeutic groups online: The good, the bad, and the unknown. *Issues in Mental Health Nursing*, 21, 241-255.
- Finn, J. & Lavitt, M. (1994). Computer-based-self-help groups for sexual abuse survivors. *Social work with groups*, 17, 21-46.
- Forsyth, D.R. (2006). *Group dynamics*. Belmont, CA: Wadsworth publishing company.

Forskningsetiske retningslinjer for internettforskning (2003). Hentet 3.juni 2008 fra

Forskningsetiske komiteers webside:

[http://www.etikkom.no/retningslinjer/internett/index.txt/view dokument print](http://www.etikkom.no/retningslinjer/internett/index.txt/view_dokument_print)

Frankl, V. (1969). *The will to meaning*. Cleveland: World Publishing.

Freeman, E., Barker, C. & Pistrang, N.(2008). Outcom of an online mutual support group for college students with psychological problems. *Cyberpsychological behaviour, 11* (5), 591-593.

Fuhriman, A. og Burlingame, G.M. (2000). Group therapy. I: A.E. Kazdin (red) *Encyclopedia of psychololgy, Vol. 4* (s. 31-35). Washington: Oxford University Press.

Gould, R.A. og Clum, G.A. (1993) A meta-analysis of self-help treatment approaches. *Clinical Psychology Review, 13*, 169-186.

Greenberg, L.S. & Paivio, S.C. (1997) *Working with emotions in psychotherapy*. New York: The Guilford Press.

Hastings-Vertino, K., Cathleen, G., Wooldridge, P. (1996). Development of a tool to measure therapeutic factors in group process. *Archives of psychiatric nursing, 4*, 221-228.

Houston, T.K., Cooper, L.A., Ford, D.E. (2002). Internet support groups for depression: A 1-year prospective cohort study. *The American Journal of Psychiatry, 159*, 2062-2068.

Hudson, D.B., Campbell-Grossman, C., Keating-Lefler, R.& Cline, P. (2008). New Mothers Network: the development of an internet-based social support intervention for African American mothers. *Issues in Comprehensive*

Pediatric Nursing, 31, 23-35.

Kivlighan, D.M., Holmes, S.E. (2004). The importance of therapeutic factors.

I: DeLucia-Waack, J., Gerrity, D.A., Kalodner, C.R. & Riva, M.T (red).

Handbook of group counselling and psychotherapy. (s.49-61). Thousand Oaks,

CA: Sage Publications.

Klemm, P., Bunnell, D., Cullen, M., Soneji, R., Gibbons, P. & Holecek, A. (2003).

Online cancer support groups. A review of the research literature. *Computers, infomratics, nursing, 21, 136-142.*

Kraut, R., Kiesler, S., Boneva, B., Cummings, J., Helgeson, V. & Crawford, A.

(2002). Internet paradox revisited. *Journal of social issues, 58; 49-74.*

Kraut, R., Patterson, M., Lundmark, V., Kiesler, S., Mukopahyay, T. & Scherlis, W.

(1998). Internet paradox. A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *American Psychologist, 53, 1017-1031.*

Krippendorff, K. (1980). *Content analysis. An introduction to its methodology.*

Beverly Hills, CA: Sage publications.

Leung, A.W. & Heimberg, R.G. (1996). Homework compliance, perceptions of

control and outcome of cognitive-behavioral treatment of social phobia.

Behaviour research and therapy, 34, 423-432.

Matano, R. A., Yalom, I. D., & Schwartz, K. (1997). Interactive Group Therapy

for Substance Abusers In J. L. Spira (Ed) *Group Therapy for Medically Ill patients* (pp. 296-326) New York: The Guilford Press.

Marmar, C.R., Gaston, L., Gallagher, D. & Thompson, L.W. (1989). Alliance and

- outcome in late-life depression. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 177 (8), 464-472.
- Milgram, S. (1963). Behavioral study of obedience. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67, 371-378.
- Miller, J.K. & Gergen, K.J. (1998). Life on the line: The therapeutic potentials of computer-mediated conversation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24; 189-202.
- Moreno, J.L. (1953). *Who shall survive? Foundations of sociometry, group psychotherapy and sociodrama* (2.utg.). New York: Beacon House.
- Mykletun, A., Øverland, S., Dahl, A., Krokstad, S., Bjerkeset, O., Glozier, N., Aarø, L.E., Prince, M. (2006). A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. *American journal of psychiatry*, 163, 1412-1418.
- Nie, NH. (2001). Sociability, interpersonal relations, and the internet. Reconciling conflicting findings. *American behavioral scientist*, 45, 420-435.
- Owen, J.E., Bantum, E.O., Golant, M. (2008). Benefits and challenges experienced by professional facilitators of online support groups for cancer survivors. *Psycho-Oncology* (in press.) Hentet 2.oktober, 2008 fra:
<http://www3.interscience.wiley.com/journal/119817024/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>
- Perls, F. Hefferline, R.F. & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy. Excitement and growth in the human personality*. London: Souvenir Press Ltd.
- Peterson, C. & Seligman, M.E.P.(1984). Causal explanations as a risk factor for

- depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347-374.
- Riva, M., Wachtel, M. & Lasky, G.B. (2004) Effective leadership in group counselling and psychotherapy: Research and practice. I: DeLucia-Waack, J., Gerrity, D.A., Kalodner, C.R. & Riva, M.T (red). *Handbook of group counselling and psychotherapy*. (s.49-61). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Rogers, C. (1970). *Carl Rogers on encounter groups*. New York : Harper & Row.
- Sagan, C. (1978). *The dragons of Eden: Speculations on the evolution of human intelligence*. London: Hodder and Stoughton.
- Salem, D.A., Bogat, G.A., Reid, C. (1997) Mutual help goes on-line. *Journal of Community Psychology*, 2, 189-207.
- Sandaunet, A.G. (2008). The challenge of fitting in: non-participation and withdrawal from an online self-help group for breast cancer patients. *Sociology of Health & Illness*. 30, 131-144.
- Schachter, S. (1959). *The psychology of affiliation*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Scharer, K. (2005). Internet social support for parents: The state of science. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*, 18, 27-35.
- Spiegel, D., Bloom, J., Kraemer, H.C. & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, 2, 888-891.
- Spira, J. L. (1997). Understanding and developing psychotherapy for medically ill patients. I: J.L. Spira (red.). *Group therapy for Medically Ill Patients*. (s. 3-

54) New York: The Guilford Press.

Stern, D.N. (2007). *Her og nå: Øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv.*

Oslo: Abstrakt forlag.

Strecher, V. (2007). Internet methods for delivering behavioral and health-related interventions (eHealth). *Annual review of clinical Psychology*, 3, 53-76.

Sullivan, H. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.

Verona, E. & Sullivan, E.A. (2008). Emotional catharsis and aggression revisited: heart rate reduction following aggressive responding. *Emotion*, 8, 331-340.

Vaage, O.I. (2007) *Norsk mediebarometer 2006*, Statistiske analyser 86, Statistisk sentralbyrå

Watzlawick, P., Bavelas, J.B. & Jackson, D.D. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York: W.W. Norton.

White, J. R., & Freeman, A. S. (red.).(2000). *Cognitive- behavioural group therapy for specific problems and populations*. Washington D.C.: American Psychological Association.

Yalom, I.D. (2007). *Kjærlighetens bøddel*. Oslo: Pax Forlag A/S

Yalom, I.D. og Leszcz, M. (2005) *The theory and practice of group psychotherapy*. (5.utgave). Basic Books: New York.

Ybarra, M.L. & Eaton, W.W. (2005). Internet-based mental health interventions, *Mental health services research*, 7, 75-87.