



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet

Psykoterapi med unga vuxna

Vad är verksamt?

Sara de Flon & Erik Nyman

Psykoterapeutprogrammet 2015

Handledare: Jan-Åke Jansson
Examinator: Gisela Priebe

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till vår handledare Jan-Åke Jansson som med tålamod och tydlighet hjälpt oss genom denna skrivprocess. Vidare vill vi gärna tacka informanterna, de unga vuxna som har låtit oss ta del av deras erfarenheter. Utan er hade det inte blivit någon uppsats.

Tack Sofia Boda, Jeanette Horst, Ninni Evertsson, Pia Fogelberg, Sara Lindhagen, Catarina Malmberg och Emil Norén för ert engagemang för vår uppsats.

Tillsammans vill vi också tacka Håkan Johansson för hans varma uppmuntran under utbildningens tre år och alla fina klasskamrater på Psykoterapeutprogrammet i Lund 2012-2015.

Slutligen vill vi tacka våra familjer. Att skriva en uppsats kräver mycket stöd och engagemang från omgivningen, och det har vi fått från er. Vårt sista tack går därför till Malin, Wille och Lisa samt Johan, Leon och Noah.

Sammanfattning

Syftet med denna uppsats har varit att beskriva vilka faktorer som bedöms vara verksamma i terapier med unga vuxna, enligt de unga vuxna själva. Analysmetoden har varit kvalitativ innehållsanalys. Semistrukturerade intervjuer har gjorts med åtta unga vuxna med erfarenhet av att genomgå psykologisk behandling på ungdomsmottagning eller i vuxenpsykiatrin. Informanterna var mellan arton och tjugosex år gamla. Resultatet har utmynnat i tre teman med underkategorier:

- *Relation:* allians, matchning, lyssnande och äkthet/värme
- *Process:* tid att skapa en relation, testandet/prövandet, brott/reparation och separation.
- *Patientfaktorer:* stigmatisering och autonomi

Viktigt för informanterna var terapeutens empatiska egenskaper och att relationen kändes äkta. Det var också viktigt att få skapa en egen relation till behandlaren som inte präglades av relationen till mamma och pappa. Den terapeutiska metoden framstod inte som avgörande. Själva intervjuprocessen verkade innebära ett positivt tillskott för informanterna genom att knyta ihop och tydliggöra behandlingen.

Nyckelord. Unga vuxna, verksamt, patientperspektiv.

Abstract

The purpose of this paper has been to describe which factors are considered effective in therapy with young adults, according to themselves. The method used has been qualitative content analysis. Eight young adults between 18 and 26 years of age, with experience of treatment in primary healthcare and psychiatry, have been interviewed in a semi-structured manner. The result indicates themes that are of importance to these young adults' therapeutic experience. These are the three themes, each one encompassing several categories:

- *Relationship*: alliance, matching, listening and authenticity/warmth
- *Process*: time to create a relationship, testing/trying, break/repair and separation
- *Patient factors*: stigma and autonomy.

The therapist's empathic qualities have proved to be essential to the informants. Another important factor has been the possibility to establish a relationship with the therapist that is not marked by informant's relationship with his or her mother and father. The therapeutic method used does not appear to have been of any importance. The interview process itself seems to be a positive experience to the informants as a means of tying together and clarifying the treatment.

Key words. Young Adults, Therapeutic Effect, Patient Perspective.

Introduktion

Inledning

Den här studien börjar utifrån en reflektion kring hur samhället och vårdapparaten idag möter de unga vuxna¹ som mår psykiskt dåligt. Författarna till denna studie arbetar som kuratorer inom primärvårdens ungdomsmottagning och inom vuxenpsykiatri i Skåne och Blekinge. Där träffar vi dagligen hjälpsökande unga vuxna som många gånger står inför svåra utmaningar. Förutsättningarna för ungdomsgenerationen förändras i takt med övriga samhället. Samhället försöker tillmötesgå de förändrade behoven, och det görs regelbundet studier och mätningar av unga vuxnas mående. I en enkätundersökning som genomfördes på en av våra arbetsplatser, tillfrågades tre hundra behandlare om deras upplevelser av att behandla unga vuxna med psykisk ohälsa (intern undersökning som inte offentliggjorts). Enkäten utgjorde en viktig inspirationskälla då vi blev nyfikna på att också undersöka de unga vuxnas perspektiv på behandling. De kan bidra med ett värdefullt perspektiv om hur det är att vackla i sitt vuxenblivande och att behöva söka hjälp för att komma vidare i livet. Författarna hoppas att denna studie skall bidra med ytterligare kunskap och förståelse för de utmaningar unga vuxna möter idag.

Psykisk ohälsa om unga vuxna

Den psykiska ohälsan bland unga ökade under 1990- och 2000-talet vilket har dokumenterats i flera rapporter. Socialstyrelsen (2013) publicerade förra året en rapport som redogör för detta, och konstaterar även att de senaste siffrorna från 2011 visar på en fortsatt ökning (Socialstyrelsen, 2013). Det är framför allt andelen patienter med depressioner, ångestsjukdomar och missbruk som ökar inom ungdomsgruppen. I Socialstyrelsens rapport (2013) framkommer att sju procent av alla män mellan 18-24 år har kontakt med psykiatrisk vård eller använder psykofarmaka, för kvinnor är motsvarande siffra tio procent. För kvinnor ökar andelen patienter med diagnostiserade personlighetsstörningar. I samma rapport framkommer dessutom att unga människor som vårdas inom psykiatrisk slutenvård som unga (16-24 år) löper en förhöjd risk att senare i livet (fem år senare) behöva specialistvård, att de senare i livet i större utsträckning kommer att använda psykofarmaka, samt att de har en

¹ Terminologin varierar i denna uppsats, utifrån skiftande sammanhang och referenser används patient, klient, informant och besökare, behandlare, terapeut och kurator. I resultatdelen har hon och han ersatts av hen för att upprätthålla anonymiteten.

förhöjd suicidrisk och ökad dödlighet. Dessutom visar det sig att denna grupp vid 29 års ålder har en generellt lägre utbildningsnivå.

Jacobsson, Tysklind och Werbart (2011) beskriver hur utvecklingen bland unga vuxna sett ut under de senaste decennierna. Under perioden 1988-2005 har ungdomar mellan 16- 24 år rapporterat en allt högre grad av trötthet, sömnstörningar samt ångest och oro. Utvecklingen syns även inom slutenvården, det totala antalet patienter i slutenvård har minskat men har trots detta ökat i gruppen 15-25 år. Denna utveckling kopplas till att unga vuxna idag är relativt obundna av sociala roller och normativa förväntningar vilket påverkar deras självbild. Detta innebär att individens vuxenblivande är kopplat till nya utmaningar. Utvecklingskrisen innebär att förändra sin självbild och försöka hitta sin plats i en globaliserad värld. Samhälleliga förändringar påverkar hur människor uttrycker psykiskt lidande och idag uttrycks oftare känslor av meningslöshet och hjälplöshet.

Åsbring och Hochwälder (2009) beskriver utvecklingen på ett liknande sätt och framhåller att det kan finnas flera olika samverkande faktorer som bidrar till att den psykiska ohälsan ökar. Ungdomskulturen med orimliga förväntningar på livet och höga ideal samtidigt som det är en stor diskrepans mellan idealen och verkligheten. Möjligheterna kan uppfattas som oändliga men de är inte alltid nåbara. Det finns också många unga vuxna med relationsproblem och som inte har någon stabilitet när det gäller bostad, ekonomi eller arbete.

Samhället försöker på olika sätt möta de ökade behoven av hjälp och stöd. Satsningar på unga sker på arbetsmarknaden, inom socialtjänsten samt inom primärvård och specialistvård. Man satsar på och organiserar om befintliga verksamheter och startar även nya verksamheter för att försöka möta de ungas behov.

Verksamma och hindrande faktorer i psykoterapi

Philips och Holmqvist (2008) konstaterade att det idag finns en omfattande forskningslitteratur kring patienters syn på psykoterapi, att den i många hänseenden är samstämmig, men att den inte tillmätts samma vikt som randomiserade, kontrollerade studier. Phillips och Holmqvist (2008) refererar till ett flertal studier som konstaterar att även om patienten inte kan anses som en objektiv bedömare, ändå utgör en ovärderlig källa till kunskap om vad som är verksamt i psykoterapi. Elliot och James (1989) lyfter fram att de faktorer som oftast nämns av patienter; terapeutens gynnsamma egenskaper, utrymme att fritt få uttrycka sig, en stödjande relation, en ökad självförståelse och terapeutens uppmuntran att utnyttja sina i terapin förvärvade kunskaper. Bohart m.fl. (2002) identifierar empati, öppenhet och gemensam utforskning som

de viktigaste positiva terapeutegenskaperna. Farber och Lane (2002) kom fram till att den viktigaste faktorn i alliansen verkar vara att terapeuten visar en genuint positiv omtanke, att det inte alltid är tillräckligt men att det är en förutsättning för en positiv förändring. De konstaterar samtidigt att det inte finns något empiriskt stöd för att begränsa genuin positiv omtanke. Cooley och LaJoy (1980) menar att patienter tillskriver psykoterapins goda effekt till psykoterapeutens förmåga att visa förståelse och acceptans, snarare än en specifik teknik eller metod. Vidare konstaterar Philips och Holmqvist att forskningen upprepade gånger visar att det patienter vanligtvis lyfter fram som hjälpsamma faktorer är gemensamma för olika terapiformer och att det även är svårt att urskilja vilken typ av psykoterapi patienten genomgått utifrån detta.

Phillips och Holmqvist (2008) tar även upp det som patienter upplever som hindrande faktorer i psykoterapi och konstaterar inledningsvis att detta är svårare att utforska, vilket delvis beror på att patienter tenderar att skona sina terapeuter från kritik. Även om terapeuten uppmuntrar patienten att verbalisera sin kritik gentemot denne så brukar patienten vara hänsynsfull och hålla inne med kritiken. Patienter har lättare att uttrycka missnöje i forskningsintervjuer än direkt till sin terapeut, men att de då är försiktiga med sin kritik och de gör det med flera förbehåll.

Rogers (2007) syn på vad som är verksamt i en psykoterapi utgår från att kuratorn erbjuder en relation inom vilken klienten kan växa och uppnå ett självförverkligande. För att uppnå detta skall relationen präglas av empatisk förståelse, värme eller gillande som inte är villkorat samt äkthet och kongruens. Terapin liknas vid att skala en lök i meningen att man skalar av ett lager i taget. Processen behöver få ta tid och kan inte skyndas på, och varje klients behov behöver respekteras. Utvecklingen kan uttryckas som att klienten går från det generella till det specifika eller differentierade, minskad rigiditet, ökad öppenhet, mer direkt, ökat ansvarstagande och ett bättre utnyttjande av sin funktionsförmåga.

Lannin, Guyll, Vogel och Madon (2013) konstaterar att trots att psykoterapi visar sig vara en effektiv behandling mot psykisk ohälsa, så visar större epidemiologiska studier att detta alternativ är underutnyttjat. Detta har sannolikt många olika förklaringar men en viktig faktor i sammanhanget är att patienter vill undvika stigmatisering. Corrigan (2004) beskriver hur stigma verkar på två olika sätt. Dels samhällets stigmatisering utifrån en negativ syn på psykisk ohälsa, att människor som lider av psykisk ohälsa möts av stereotypa uppfattningar om att vara farliga, att utsättas för fördomar baserat på detta och att bli utsatt för diskriminering. Dels självstigmatisering utifrån att samhällets syn har internaliserats, att människor som lider av psykisk ohälsa är inkompetenta, att därmed själv vara inkompetent och att förutsätta att man kommer att utsättas för diskriminering. Kendra, Mohr och Pollard (2014) beskriver att

upplevelsen av samhällets stigmatisering förändras relativt snabbt efter påbörjad behandling, däremot är självstigmatiseringen svårare att förändra.

Verksamma och hindrande faktorer i terapi med unga vuxna

Wrangsjö och Salomonsson (2007) beskrev de speciella förutsättningarna för terapeutiskt arbete med ungdomar. De konstaterar att arbetet i dessa terapier ofta centreras kring temat ”komma eller inte”. I barnterapi är det föräldrarnas motivation som avgör om barnet kommer och i arbete med vuxna förutsätts man komma utifrån egen bärande motivation. I tonårsterapier är uteblivande vanliga och att det ofta innebär ett motivationsarbete när de väl kommer. Blake (2011) kopplar uteblivande till ungdomens behov av att späda ut kontakten för att terapeuten inte skall komma för nära och att det även innebär att ungdomen kan upprätthålla känslan av att det är deras egna sessioner. Viberg och Viberg (2013) konstaterar att psykoterapi med tonåringar ofta präglas av paradoxen att skapa en ny relation till en vuxen präglad av beroende, samtidigt som att de är upptagna av att hantera sitt beroende-oberoende av andra vuxna, vanligtvis föräldrarna.

Palmstierna och Werbart (2013) undersöker elva patienters (medelålder 22 år) syn på verksamma mekanismer i framgångsrika psykoterapier med unga vuxna. I denna studie skapades en kärnkategori som de kallar *utvecklande och trygg relation* (författarnas översättning: *a growth-promoting and secure relationship*), att patienterna uttrycker vikten av en god relation till terapeuten för att inom denna kunna övervinna svårigheter, både i terapin och utanför vilket skapar en positiv spiral.

Denna kärnkategori bekräftas av terapeuterna som uttryckte vikten av en ömsesidig och kreativ relation. Patienter och terapeuter har även en liknande syn på vad som är viktigt i den terapeutiska processen. Palmstierna och Werbart skapar även tretton subkategorier som är verksamma. Fem kategorier är kopplade till terapin, att patienten uppskattar terapeutens arbetssätt, att patienten uppskattar den terapeutiska relationen, att patienten känner en trygghet kopplat till kontinuitet och ramar, att patienten har upplevt hinder i terapin och att man lyckas övervinna hinder i terapin. Två kategorier kopplas till patienternas vardagsliv, att man får stöd utanför terapin utifrån ett meningsfullt sammanhang och att man får stöd i nära relationer. Slutligen är sex kategorier kopplade till positiva effekter och upplevda förändringar, att klara av svårigheter i livet, att känna sig stärkt och ett ökat självförtroende, att försonas med tidigare erfarenheter i livet, ett ändrat förhållningssätt till svårigheter, en reflekterande förmåga och viktiga insikter och en förmåga att kunna tillämpa terapierfarenheten även efter terapins avslut.

Von Below och Werbart (2012) har undersökt hur missnöjda patienter ser på sin terapierfarenhet och sina terapeuter. De utgår från tidigare forskning som visar att patienter ofta undviker att kritisera sina terapeuter, döljer sina negativa reaktioner och även om patienten uppmanas att uttrycka kritik så undviks detta. Vidare att terapeuter är dåliga på att bedöma hur patienter ser på sin erfarenhet, speciellt om de har en negativ erfarenhet. Däremot kan patienter lättare uttrycka kritik i samband med forskningsintervjuer. Von Below och Werbart (2012) genomförde tretton intervjuer med sju missnöjda patienter (en delstudie utifrån den större studien YAPP, ålder 18-25 år). Patienternas erfarenheter delas upp i femton kategorier och grupperade i tre teman. Det första temat handlar om uttryckt missnöje med åtta kategorier, brist på förtroende mellan terapeut och patient, brist på respons från terapeuten, att terapeuten uppfattas som osäker, kritisk och svag, terapeutens frånvaro eller egna problem, för lite vägledning, att terapeuten är alltför återhållsam med råd, information och praktisk erfarenhet, att terapeuten har en egen agenda samt en oförmåga att komma i kontakt med och uttrycka egna känslor kopplat till bristen på förtroende. Det andra temat är missnöje med utfallet där man skapar fyra kategorier, att terapin är för kort, att terapin inte är till hjälp, att terapin försämrar måendet och behov av någon annan typ av hjälp än den psykodynamiska terapin som erbjöds. Det tredje temat handlar om positiva aspekter av terapin, där man skapar tre kategorier; att det känns bra att få prata med någon utomstående, att terapeuten uppskattas som person och att terapin ger viss insikt och acceptans för patienten och dennes problem. Von Below och Werbart (2012) sammanfattade resultatet i en kärnkategori som kallas övergivande (abandonment), vilket inte handlar om ett faktiskt övergivande utan snarare att patienten upplever sig övergiven med sina problem. Att inte bli förstådd, brist på flexibilitet och intensitet, samt brist på kopplingar till livet utanför terapin, skapar en negativ spiral som ökar missnöjet med terapin och terapeuten. Terapeuterna i studien förstod inte patienternas missnöje, de kunde se att saker inte fungerade i terapin men detta tolkade terapeuterna som motstånd, negativ överföring eller motöverföring. Detta stöds av tidigare forskning som visar att det är stor skillnad mellan missnöjda patienters och deras terapeuters syn på terapin (von Below & Werbart, 2012).

Ovanstående genomgång visar att den psykiska ohälsan hos unga ökar, att patienters perspektiv på behandling är viktigt för att förstå verksamma faktorer och att psykoterapeutiskt arbete med unga vuxna skiljer sig från arbete med barn och vuxna. Utifrån detta har vi valt att arbeta utifrån följande syfte: att beskriva unga vuxnas upplevelser av psykoterapi och vad de uppfattar som verksamt.

Metod

Deltagare

Eftersom studien skulle fokusera på unga vuxna valdes informanter i åldersspannet 18-26 år som hade avslutat en terapeutisk behandling på ungdomsmottagning alternativt en psykiatrisk mottagning i södra Sverige. Informanterna sökte i huvudsak för affektiva symtom som depression och blandade ångesttillstånd. Exklusionskriterier är pågående missbruk och att informanterna inte ska ha behandlats av författarna. I övrigt skulle informanten bedömas lämplig och robust nog att genomgå intervjun. Den bedömningen bad vi den aktuella behandlaren att göra.

Totalt tillfrågades nio personer om deltagande, en uteblev och åtta intervjuer genomfördes. Fyra av dessa inom ramen för ungdomsmottagningen i en högskoleort och fyra inom vuxenpsykiatri i landsort, båda i södra Sverige. Till ungdomsmottagningen kallades fem informanter varav en uteblev. Bland de som slutligen genomförde intervjun var fem kvinnor och tre män. Samtliga informanter hade genomgått en minst ett år lång terapeutisk kontakt. Av dessa åtta informanter hade alla utom två haft erfarenhet av samtalskontakt innan den aktuella behandlingen.

Instrument

Datainsamling skedde genom semistrukturerade intervjuer (se bilaga 1). Intervjumallen utarbetades utifrån författarnas förståelse och bestod av ett antal teman som skulle tas upp under intervjun. Intervjuaren var dock inställd på att vara flexibel när det gäller ämnens ordningsföljd och uppmuntrade informanten att utveckla sina idéer och det ämne som informanten själv tog upp. Intervjuarna strävade efter att få konkreta exempel i berättelsen.

Design

Elliot, Fisher och Rennie (1999) beskriver att syftet med en kvalitativ ansats är att förstå och presentera erfarenheter och handlingar hos individer utifrån hur de möter och upplever situationer. Fokus ligger således på att söka förståelse för deltagarnas perspektiv. Syftet med studien var att beskriva vilka faktorer som upplevs som verksamma för unga vuxna i terapi. Följaktningen valdes en kvalitativ ansats då detta bäst kan uppnå syftet med studien. Detta val gav bäst möjlighet att få tillgång till informanternas egna beskrivningar och upplevelser.

Procedur

Deltagarna i studien rekryterades från en ungdomsmottagning och en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. De bägge mottagningarna var också författarnas respektive

arbetsplatser. Innan arbetet med information inleddes gick förfrågan om godkännande och information ut till respektive arbetsplats verksamhetschef. Först när verksamhetscheferna gett sitt godkännande fortskred arbetet med studien. Därefter presenterades studien av författarna på respektive arbetsplats under arbetsplatsträffar. Där förklarade författarna syftet med studien och beskrev vilka informanter som söktes. En informationstext till mottagningens behandlare förmedlades också (Bilaga 2). Alla behandlare på respektive mottagning fick också samtyckesblanketterna (Bilaga 3) som skulle lämnas ut till de patienter som bedömdes lämpliga för studien. I samtyckesblanketten fanns all information som de potentiella informanterna kunde behöva för att kunna ta ställning till om de ville delta eller inte.

På respektive mottagning fick sedan personalen, i sin roll som primärkontakter fråga lämpliga patienter om de önskade delta i studien, då de bäst kunde bedöma vilka patienter som kunde vara lämpliga och vilka som uppfyllde inklusionskriterierna. Primärkontakterna har främst valt informanter som genomgått framgångsrika behandlingar vilket innebär att de inte kan ses som representativa. Intressenterna behövde inte svara omedelbart utan fick om de ville betänketid, vilket flera av informanterna utnyttjade. Slutligen blev åtta patienter intervjuade som träffat sex olika behandlare. När de meddelat sin primärkontakt att de önskade delta i studien godkände de också att en av uppsatsförfattarna ringde upp för att boka in en tid för intervjun. Primärkontakten förmedlade informantens namn och telefonnummer till uppsatsförfattarna. Uppsatsförfattarna utförde intervjuerna i sina respektive arbetsrum som också fungerar som samtalsrum, på samma mottagning som de fått sin behandling men inte samma rum. De utfördes inom loppet av fyra veckor och var mellan 45-60 min långa. Intervjuerna inleddes med att intervjuaren presenterade sig och gick igenom samtyckesblanketten och svarade på eventuella frågor kring uppsats och intervju. Ena författaren spelade in intervjuerna på separat minneskort på mobiltelefon och andra författaren använde en videokamera med enbart ljudupptagning. Därefter transkriberades intervjuerna ordagrant för vidare analys.

Dataanalys

Utgångspunkten för dataanalysen har varit Graneheim och Lundmans metod (2004) för kvalitativ innehållsanalys. I ett första steg identifieras meningsbärande enheter, ord, meningar eller stycken som kan kopplas till vårt syfte. Författarna läste igenom alla transkripten var för sig för att få en helhetsuppfattning för att sedan identifiera meningsbärande enheter. Därefter har författarna gemensamt gått igenom transkripten för att diskutera igenom skillnader och enas om de meningsbärande enheterna. Därefter gick författarna igenom två av intervjuerna i sin

helhet tillsammans med handledaren och gjorde åter en jämförelse och hade en förnyad diskussion kring vad som kunde kopplas till vårt syfte. Därefter kondenserades de meningsbärande enheterna samtidigt som vi försökte bibehålla kärnan. I nästa steg skapades koder, kategorier och teman på olika nivåer, vilket Graneheim och Lundman väljer att kalla abstraktion, för att kunna samla material med likartat innehåll. Målsättningen var att all data som kan kopplas till syftet skulle kategoriseras, att innehållet inte skulle falla mellan kategorier och inte heller kunna placeras i flera olika kategorier. Kategorierna skall ringa in relevant data samtidigt som de utesluter varandra, men på grund av komplexitet i mänskliga erfarenheter kan man inte alltid uppnå detta. Kategoriseringen skedde även denna först enskilt av författarna, för att därefter diskuteras gemensamt och slutligen stämmas av med handledaren. När vi skapat kategorier valde vi övergripande teman och samlade vissa kategorier under dem. Kategorier slogs samman och andra ströks under denna del i processen. Nedan följer ett exempel som illustrerar processen, figur 1.

Meningsbärande enhet	Kondenserad mening	Kod	Kategori	Tema
...så tror jag att speciellt ungdomar inte har så mycket kunskap om varför man går till någon och pratar, så när man säger det så antar de det värsta och det är inte heller så himla normalt, amen jag gick dit och pratade lite, det kan liksom inte ses som en lättisak utan det är allvarliga grejer om du går någonstans, om du går och pratar	Ungdomar har inte kunskap om varför man går och pratar, de antar det värsta och det är inte normalt, det kan inte ses som en lättisak utan det är allvarliga grejer	Onormalt	Stigmatisering	Patientfaktorer
Ja, eller på BUP så kändes det som att jag förminskades, att jag var yngre än jag egentligen kände mig, medan här så kändes det som att jag blev pratad till som en vuxen, men samtidigt, som en ung vuxen, just faktiskt som min ålder, inte som att jag var äldre och inte som att jag var yngre, utan där jag var nu, och just det att bli tillåten att vara min egen ålder och inte varken yngre eller äldre, det var väldigt viktigt, så det var nog, det var en väldigt stor skillnad	På BUP så kändes det som att jag förminskades, medan här så kändes det som att jag blev pratad till som en ung vuxen. Att bli tillåten att vara min egen ålder, det var väldigt viktigt, det var en väldigt stor skillnad	Åldersadekvat bemött	Autonomi	Patientfaktorer

Figur 1. Figuren illustrerar hur dataanalysen gått till, observera att det inte är en linjär process

Etiska ställningstaganden

Författarna diskuterade kontinuerligt etiska aspekter av studien och haft som utgångspunkt att den enskilde patientens välfärd skall ges företräde framför samhällets och vetenskapens behov.

Deltagarna i studien informerades om författarnas tystnadsplikt. De fick skriftlig information om studien som de fick ta del av och underteckna. I samband med det fick också deltagaren möjlighet att ställa eventuella frågor till författarna. Informanterna upplystes verbalt och skriftligt om att de när som helst kunde välja att avsluta sin medverkan i studien.

Deltagarna blev informerade om att deras deltagande eller icke-deltagande inte på något sätt skulle påverka deras framtida möjlighet att åter söka behandling på respektive mottagning. De informerades också om att intervjuerna inte kommer spridas till andra som är verksamma på mottagningarna.

Informanterna hade uteslutande problem av depressiv karaktär eller ångestproblematik på olika nivåer. Författarna förde en dialog med primärkontakten om att patienten ska vara lämplig som informant utifrån de kriterier som beskrivits ovan.

Intervjuerna utfördes på författarnas behandlingsrum på författarnas respektive arbetsplats. Under själva arbetet med intervjuerna kunde vissa etiska svårigheter uppstå. Det kunde tänkas att informanterna kände sig trygga med att berätta saker under intervjun, men att de efteråt kände att de hade sagt för mycket, eller att intervjun rev upp jobbiga minnen från tiden då de gick i terapi. Likaså fanns risken att patienten skulle påverkas av att intervjuerna arbetar i samma arbetsgrupp som den aktuella terapeuten. De skulle kunna uppstå en rädsla för beröringspunkter där patientens skulle kunna komma att diskuteras, i handledning eller vid behandlingskonferenser. Detta beaktades av intervjuerna som försökte vara uppmärksamma på detta under intervjuerna. Informanterna blev i slutet av varje intervju tillfrågade om hur det hade känts. De informerades också om att de när som helst efter intervjun och fram till uppsatsarbetets slutfas kunde kontakta intervjuaren om de undrade över något eller om de ville ångra sin medverkan.

Allt material hanterades därefter som sekretessmaterial och i studien är författarna noga med att enskilda citat eller resonemang inte ska gå att känna igen på personnivå för att ingen av informanterna ska känna sig utlämnad. Inte heller de behandlare som var inblandade i respektive behandling ska gå att identifiera. Inga medicinska journaler öppnades eller lästes av författarna under arbetet med uppsatsen.

Shamai (2003) diskuterade den terapeutiska effekten av forskningsintervjuer, att intervjusituationen innebär ett aktiverande av processer som har terapeutiskt värde, empatiskt lyssnande, nyfikenhet på klientens erfarenhet och ett bekräftande av att klientens erfarenhet har

ett egenvärde och målmedvetenhet (self-worth & self-determination). Detta innebär också att kvalitativa undersökningar ställer särskilt höga etiska krav på forskare, då deltagare/informanter ställer upp och delar med sig av intima erfarenheter. Det är viktigt att forskare måste motstå frestelsen att korrigera eller lägga till rätta saker som inte kunnat lösas i behandlingen. Två grundläggande principer bör vara vägledande ”gör ingen skada samt maximera möjliga positiva effekterna och minimera möjliga negativa effekter”.

Resultat

Vid bearbetningen av materialet framkom ett antal teman som delades in i underkategorier. Dessa teman presenteras nedan i tabell 1. Vid de tillfällen då citaten var en dialog mellan informanten och intervjuaren har författarna benämnt intervjuaren IP.

Det första övergripande temat var *Relation* och de hade fyra kategorier: *Allians*, *Matchning*, *Lyssnande*, och *Äkthet/Värme*.

Det andra temat var *Process* och har följande kategorier: *Tid att skapa en trygg och stabil relation*, *Testandet/Prövandet*, *Brott/Reparation*, *Separation*.

Det tredje temat var *Patientfaktorer* och som kategorier fanns *Stigmatisering och Autonomi*.

Tabell 1. Teman och kategorier.

Tema	Relation	Process	Patientfaktorer
Kategorier	Allians	Tid	Stigmatisering
	Matchning	Testande/Prövande	Autonomi
	Lyssnande	Brott/Reparation	
	Äkthet/Värme	Separation	

Relation

Allians. Begreppet allians användes inte av informanterna själva utan var en kategori där uppsatsförfattarna samlade begrepp som kunde beskrivas som alliansfaktorer, att terapeut och patient hade en samsyn vad gäller målsättning, att terapeut och patient var överens om hur det gemensamma arbetet skulle bedrivas och att man kunde etablera och upprätthålla ett känslomässigt band. Informanterna beskrev vikten av att terapeuten är följsam och att stämningen i rummet är konstruktiv och vänlig. Betydelsen av alliansen kom till uttryck på flera olika sätt, nedan ett exempel kopplat till hur behandlingen planerades:

”Det var någonting vi pratade om efter en gång, när vill du ses nästa gång? När hen har tid också för det var ju ganska fullt, det är ju belastat. Så, men jag tror verkligen att det var, amen att, hen kände av stämningen i våra samtal. Det kändes väldigt positivt, progressivt och såhär att vi har koll på att jag är rätt stabil.”

En annan informant beskrev hur hen upplevde kontrasten mellan en fungerande och ickefungerande allians:

”Det var annorlunda. för att jag, under tiden med de andra var det nästan hela tiden, ganska konstant, det här och det här får du inte göra, men här hade jag lärt mig att hen inte kommer att göra det, hen kommer inte att säga såhär; du kan säga att du inte ätit på två dagar men hen kommer inte att ta fram en macka och säga ”ät”, utan hen kommer snarare att försöka få dig att själv räkna ut vad det är du gör och varför du gör som du gör.”

Matchning. Något som många av informanterna nämnde är det som uppsatsförfattarna har valt att benämna matchning. Informanterna talade om personkemi, att det var verksamt att behandlaren och informanten fick en nästan ordlös kontakt där informanten kände sig sedd och bekräftad och där terapeuten förhöll sig nyfiken till och intresserad av informantens berättelse. En annan benämnde det som att man ”klickar”. Där omnämndes också faktorer som behandlarens ålder och kön. En informant uttrycker sig så här om känslan:

”Det är väl det att jag känner att hen verkligen accepterar mig som person. Det gör att man vågar öppna sig. Att jag känt att hen tycker om mig liksom. Man får den magkänslan av ansiktsuttryck när hen lyssnar.”

En annan informant uttryckte sig i termer av personkemi:

”Jag tror att det har med personkemi att göra, vi connectar på ett speciellt sätt. Hen var sjuk ett tag och då frågade de om jag ville träffa någon annan. Men jag kände att det inte går för jag har ju sagt allting till hen. Man går till en person och känns det inte bra ska man byta direkt.”

När matchningen inte funkade (och alliansen inte uppnåddes) beskrevs av en informant på följande sätt:

”Alltså jag kände mig inte trygg med hen, och jag kände mig inte förstådd på något sätt och det kändes bara som att det var totalt meningslöst att sitta där och prata med någon som var som en vägg på något sätt, man bara kastade ur sig saker och man bara - hallå?”

I flera av intervjuerna kom också frågan upp om informanterna hade någon tanke om terapeutens ålder eller kön:

”Jag vill inte ha någon som är för ung och jag ville inte ha någon man heller. Jag har svårt med män, jag tror att många killar har det. Det är väl något med fadersgestalten. Sen känns det bra när de är äldre och så, man vill inte träffa dem på nattklubben. Det är ju lite så att de ska avge en bild av att de är ansvarstagande, de ger en trygghet. Man vill ju inte bli opererad av en nyexaminerad läkare heller. Men tjejer är mjukare i sättet, jag tror de är bättre mer naturligt.”

Lyssnande. Att terapeuten verkligen lyssnade till informantens berättelse och inte själv hade en förutbestämd problemformulering eller en mall som denne försökte passa in informanten i, var något de flesta informanter tog upp. Att få känna sig förstådd och bekräftad och själv få vara den som definierar sina problem. Att behandlaren ska kunna ompröva sin egen hypotes om informantens problem och acceptera och respektera dennes perspektiv om meningarna går isär. Vid flera intervjuer pratade informanterna om det unika och kraftfulla i att få full uppmärksamhet riktad mot sig, av en vänligt intresserad terapeut. Det föreföll hänga ihop med känslan av att bli sedd och bekräftad. Informanterna pratade om det som något väldigt positivt, om än lite ovant att komma till någon som såg att de mådde dåligt och bekräftade dem när de gjorde framsteg:

”Det är ju en situation som jag aldrig befunnit mig i tidigare, och det är även en slags relation som man inte befinner sig i heller, oftast i andra sammanhang, för att det är, det handlar ju bara om mig. /../ Jag uppskattade att bara få sitta och

prata om mig själv, vilket ju är det som är...ehh, för det är inte ofta man får full uppmärksamhet från någon annan på det sättet”.

En informant berättade om hur hans terapeut visade en stor lyhördhet och snabbt lärde känna patientens mer subtila signaler:

”Hen ser ofta på mig när jag kommer hur det är, hen har sån där röntgensyn. Hen ser så fort det är något, om jag bara blinkar lite i otakt så, vad är det? Hen vet ju om jag mår dåligt snabbare än jag nästan för hen kan registrera det och ta in att jag mår dåligt och gömmer det i massor av annat liksom.”

Denna lyhördhet föreföll i vissa fall vara ett resultat av en god allians som vi berört under kategorin Relation. För att nå god allians och för att informanterna ska uppleva terapeuten som lyhörd tog flera av informanterna också upp empati som en viktig terapeutfaktor. Att terapeuten skulle inneha en sorts känslighet som bidrog till att terapin kändes som en trygghet.

Andra beskrev hur avgörande lyssnandet var utifrån situationer där terapeuten inte varit lyhörd utan istället drivit en egen linje:

”Jag har ju jättekonstiga fantasier och jag tror verkligen att de på riktigt kommer att hända om jag inte gör någonting. Och mina ritualer blir värre och värre och ångesten ökar. Men det var mycket sådär att hen sa att jag kanske ska tänka att jag är kanske kär i en tjej. Du kanske ska smaka på de orden? Jag bara: neej! Hen hade en del förförståelse att här kommer en ung vuxen och unga vuxna brukar ha de här problemen.

Informanten i det här fallet beskrev också hur behandlaren inte riktigt fokuserade på de problem patienten upplevde, utan fokuserade på teman som ensamhet, kompisar, homosexualitet, vikt och kroppsuppfattning som behandlaren själv hade en förförståelse om var typiska ”unga vuxna-problem”. Samma informant sade:

”Nej, nej jag mår bra med den jag är och hur jag har det. Utan det sitter här inne (huvudet). Så det kändes som att hen inte förstod mig riktigt och jag kunde bara säga många gånger under de där åren att jag mår bra i mitt liv men inte i mitt huvud. Hen lyssnade inte riktigt på vad jag sa.”

Äkthet och värme. Att bemötas med en mänsklig äkthet och värme upplevdes som något centralt för de unga vuxna som kommit till tals i dessa intervjuer. Att terapeuten borde utstråla ett genuint engagemang och omtanke men också framstå som mänsklig och inte allt för distanserad. Informanterna ville ha en terapeut som visar känslor, blir berörd och kanske kunde dela med sig någonting om sig själv och sitt liv. Så här beskriver en informant betydelsen av att relationen upplevdes som äkta och genuin:

”Jamen jag gillade hen, sedan var hen väldigt vänskaplig också på det viset att det kändes verkligen inte som hen satt där och gjorde sitt jobb, fast det låter konstigt. Alltså som att hen frivilligt satt sig ner till 100 % det var jätteviktigt för mig. Att det här inte är ett jobb för hen, liksom lön och sånt, att det betydde mer än bara det. Också visade hen själv också känslor, det var också jätteviktigt. Hen visade verkligen känslor för mig som att ja, för då sitter jag och pratar med en människa, typ så”

En annan informant uttryckte betydelsen av värme och empati så här:

”././ Hen brydde sig om mig som person utan att tycka synd om på ett såhär offerpassiverande sätt. Kontakten präglades av värme och empati. Det var fantastiskt mysigt att befinna sig i.”

Process

Tid att skapa en trygg och stabil relation. De flesta informanter tog upp vikten av att få tillräckligt med tid och ro att skapa en bärande relation med terapeuten. Att de fick förtroende och vågade öppna sig var en process som förutsatte tålamod hos behandlaren. Att kunna inleda ett behandlingsarbete förutsatte att patienten fått tid att lära känna behandlaren. Informanterna beskrev över huvud taget att det centrala i terapin var att relationen till behandlaren var trygg och stabil och att en avgörande faktor var just tillräckligt med tid. Dels för att behandlaren å sin sida kunde lära känna patienten väl och dels för att patienten å sin sida kunde skapa sig en tillräckligt bra bild av vem terapeuten var och dennes arbetssätt. Tiden var även avgörande för att patienten skulle upptäcka och lita på att relationen faktiskt var äkta och var djupare än de givna rollerna terapeut/patient. Citatet nedan fångar flera av våra kategorier men vi har valt det för att illustrera vikten av få tid att utvecklas i sin egen takt:

”Ja det är väl viktigt för alla egentligen men i terapirummet, just det här med att man måste ha tålamod, den här följsamheten, det tror jag är karaktäristiskt för unga personer. Att de testar, de testar sin omgivning. Och då tänker jag på personer som kommer och mår dåligt, generellt har de ju varit i en miljö där de inte haft så mycket stöd och sånt, och de kanske inte litar på människor. Att man verkligen måste låta dem testa sig fram och utvecklas i sin egen takt, det tror jag är viktigt. Eller det upplevde jag ledde till min utveckling, speciellt till en början. Men du kan ju ta ut svängarna när du redan etablerat relationen.”

En informant beskrev hur den inledande kontakten innebar en lära känna process som behövde komma till stånd för att hen skulle vara fri att ta upp det som var viktigt.

”Jag tror att när jag hade fått allting sagt och jag kunde börja prata om mina vardagliga problem kring alla dom här sakerna som är så svåra för mig att säga högt, så blev det liksom lättare för att, då blev hen ju en person som kände mig, så att när jag klarat allt det där som jag egentligen tycker är jobbigt så kunde jag börja prata fritt om allting för jag hade egentligen inga hemligheter kvar att säga till hen ... [det tog] kanske cirka 5 månader”

En annan informant talar om den terapeutiska processen som innefattar både tålamod och testande:

”Jag tänker lite på att om du har ett frö som du ska få att börja växa så är du försiktig i början, du tar kanske en pappersbit som du lindar runt för att få ett litet skott liksom och så måste du ha väldigt fin jord och så ska du ju liksom, det är ju verkligen... om du ska få något att börja växa måste du vara väldigt öm och försiktig i början. Låta personen testa, försök vara följsam”

Testandet och Prövandet. En relation som ska bära för att patienten skall kunna öppna sig och därmed kunna arbeta för en förändring föreföll innehålla en del testande och prövande av såväl behandlare som relation. Informanterna beskrev hur de ville testa behandlaren för att se om de stod pall, fanns kvar och inte minst accepterade dem som de är. Informanterna beskriver att terapierna ibland kunde undvika den verkliga anledningen till att de sökt hjälp, för att istället fokuseras på vardagsbekymmer. Detta undvikande eller motstånd kopplade vissa informanter till att man inte vågat öppna upp då man inte kunnat testa eller pröva relationen i tillräcklig utsträckning, andra kunde uppleva att terapeuten inte fått godkänt. Det kunde ibland vara negativa upplevelser från tidigare terapier som man ville testa i den nya behandlingen för att se om samma sak skulle hända igen eller om den nya behandlaren kunde hantera det på ett annat vis. Det kunde även uttrycka sig som att informanterna övervägde att lämna behandlingen eller uttryckte tveksamhet kring om den hjälpte. En informant berättade om upplevelsen av att terapeuten reagerade på ett för patienten oväntat sätt när det gällde personens destruktiva beteende som i inte kändes igen från tidigare behandlingskontakter:

”Det var väl det, ok, chocken då och sedan jaha hen bryr sig, och då när man får en sådan chock tror jag att man börjar tänka lite. Jag tänkte tillbaka hur långt jag hade kommit och vill jag verkligen kasta in handduken nu. Och det ville jag ju inte, jag var bara rädd.”

Ett sätt att testa terapeuten är att försiktigt ta upp det mest angelägna för att se om vederbörande hänger med och kan förstå betydelsen av detta:

”jag skulle egentligen bara behöva prata om hur jag mådde och hur jag reagerade på allt som hände hemma, och jag berättade lite såhär, jag slängde ut små krokar och ledtrådar men jag tror inte att hon högg riktigt på dom och däri tror jag att den stora skillnaden låg mellan de två kontakterna.

En informant tog upp betydelsen av metodiken och berättade om upplevelsen att bli hänvisad till bildterapi när han enbart hade haft erfarenhet av så kallad ”pratterapi” innan:

”Nej gud, nej, det var jätteobegripligt i början. Jag sa till min läkare: Nej ska jag sitta och rita, det här är ingenting för mig. Jag kommer aldrig få ner min ångest

på bild, jag kommer aldrig få ner mina tvångstankar på bild, jag måste få prata, berätta”

Den person som från början remitterade till bildterapi uppmanade informanten att ge detta en chans till utifrån att vederbörande verkligen trodde att det skulle passa informanten. Om det inte skulle kännas bra skulle han få träffa någon för en mer traditionell samtalsterapi.

Informanten ändrade uppfattning vilket uttrycks på följande sätt:

”Sedan gick jag tillbaka och blev helt blown away. Hen var så tydlig och självsäker i det hen sa och hen var så duktig på att rita och sätta oss ner och prata om det.”

Brott/Reparation. I de flesta terapier sker något som riskerar att alliansen bryts. Det kan vara att någon avgörande yttre faktor som förändras, för patient eller terapeut. Det kan röra sig om sjukdom, förändrade yrkesroller, förändringar i organisation, eller något annat som får betydelse för terapin. Flera av informanterna berättade om sådana tillfällen i sina terapier och om hur det kom att påverka terapins utfall och upplevelsen av denna. Avgörande var hur brottet upplevdes, hanterades och huruvida det kunde repareras.

”Hen (terapeuten) var ju sjuk ett tag och jag hade en väldigt jobbig period just då och jag kände vad gör jag? Men hen ringde till mig en gång där och vi löste det via telefon och då blev det att jag kände att jag får fixa det här själv nu tills... men det var det ända som varit jobbigt. Då insåg man verkligen att det här är människor, inte maskiner. Och så kändes det jobbigt, tänk om hon inte kommer tillbaka.”

I situationen ovan förefaller telefonsamtalet som terapeuten gjorde under sin sjukskrivning ha varit avgörande för att alliansen kunde upprätthållas. Behandlaren tvingades till en månadslång sjukskrivning, men bröt den mitt i för att ringa ett kort telefonsamtal till sina patienter. Det kunde också handla om att testningar av terapeuten, eller ett brott i en av de viktiga egenskaperna hos terapeuten som kunde upplevas som ett svek eller misstag. Även i de situationerna föreföll reparationen vara a och o, en reparation som går lättare om alliansen sedan tidigare var god. En informant upplevde att (en tidigare) behandlaren inte lyssnade på

honom utan hade en förförståelse kring vilka problem unga vuxna kommer med, vilket fick följden att kontakten avbröts:

”Jag hade låtit det gå några gånger att vi bara satt och pratade och då kunde hen säga ibland att jag pratade bort våra terapiesessioner. Då kunde jag känna att jag vet ju inte vad jag ska säga och skulle jättegärna velat att du hjälpt mig lite. Då kunde jag känna att jag går ju här för mina besvär och mitt huvud och för vad jag tänker på och är så rädd för. Och du tycker att jag sitter och pratar sönder terapiesessionen? Men själv så säger du ingenting?”

IP: ”Kunde ni prata om den frustrationen du kände?”

”Nej, Vi pratade inte om det och relationen rann ut i sanden.”

I ett annat fall beskrev en informant att, förutsatt att alliansen är etablerad, så tåler den att något går fel och att patient och terapeut missförstår varandra.

”Efter ett halvår in i kontakten kände jag verkligen att jag utvecklats väldigt mycket i det här med att dela med mig av känslor och tankar och såhär, att det är en fungerande terapirelation då tål man ju att något går käpprätt åt fel håll, att nu förstår vi inte alls varandra, det tål man absolut.”

Informanten upplevde att terapeuten hade sagt något som informanten uppfattat som en förmaning då hen hade delgett vissa funderingar kring sina livsval. Informanten upplevde att terapeuten rätt snabbt förstod detta och de lyckades återupprätta en god terapeutisk allians utan att de pratade om det.

Separation/Avslut. I materialet fanns en gemensam tråd i informanternas berättelse kring att lita på sina behandlare, att de fanns kvar och inte avslutade kontakten efter att man öppnat upp. Vi har beskrivit informanternas upplevelser av avbrott i samband med terapeuts sjukdom, eller bristande lyhördhet, händelser som ofta kunnat repareras men också avbrott som blivit så allvarliga att relationen och terapin inte kunde fortsätta. Förutom dessa avbrott som inte var planerade var också det planerade terapeutiska avslutet viktigt för flera informanter. Här skiljde sig resultatet åt mellan de informanter som behandlades inom ungdomsmottagningarna från de som hörde till psykiatrin. I psykiatrin förmedlade informanterna ofta en bild av att kontakten med terapeuten var vilande och att det alltid fanns en lättillgänglig möjlighet att påbörja den igen närhelst informanternas problematik förvärrades. Det var också en av faktorerna som de unga psykiatripatienterna beskrev som värdefullt, att veta att terapeuten alltid fanns kvar.

”När jag hade gått där ett tag så slutade hen ju på Mottagningen och började på psykiatrin. Då var det mer, liksom, hen var inte okej med att flytta hej då för så hade de andra varit. Hen sa att nu fortsätter vi den här processen så länge du vill. Jag tror det är viktigt, hen drog inte. Det är som att ha en liten X på axeln”

Patientfaktorer

Stigmatisering. Många informanter beskrev att de uppfattat att det finns ett visst utanförskap i samband med psykisk ohälsa och att personer som inte har så mycket kunskap i området ibland betraktar individer som söker psykologisk hjälp på ett visst sätt.

”Alltså jag tycker inte att det är något fel att gå hit alls men jag vet att det är många som tycker att det är konstigt att man gör det. Man ska typ vara lite knäpp för att göra det.”

En annan informant beskrev det så här:

”Ja det var ju allt det här med att gå till psykologen, då får man ju en stämpel att det är något fel med mig. Jag tänkte aldrig att det här ska hjälpa mig utan jag tänkte mer, det är såhär de gör med såna som mig”

Att först bli klar över att ett bekymmer fanns och sedan bestämma sig för att söka hjälp kunde vara en svår process enligt informanterna. Det fanns en förförståelse om psykisk ohälsa, om ungdomsmottagningarna och vuxenpsykiatri, även om ungdomsmottagningarna var mindre laddat för de informanter vi talade med. Ibland oroade de sig för vad kompisarna skulle säga och för om de kanske var ”knäppa” och väldigt annorlunda.

Alltså för mig var det ju först, i början hade jag ju inte en tanke på att jag skulle gå och prata med någon, såhär, jag upplevde ju ett stigma kring det. Det var egentligen min dåvarande partner när jag var yngre som sa det bara, om du mår dåligt behöver du ju prata med någon om det. Det var väldigt mycket motstånd från min sida, men hen övertalade mig ju tillslut och det är jag väldigt glad över idag. Svårt att bryta det där stigma, särskilt hos ungdomar, där det ofta är sådär att man inte vill vara den som är annorlunda eller har problem.”

Autonomi. Flera av våra informanter hade tidigare erfarenhet av samtalskontakter under barndomen, i skolan och på BUP. Många hade erfarenheter av kontakter där föräldrarna varit engagerade och närvarande i såväl samtal som i den övergripande processen. De flesta informanter vi talade med uttryckte att vikten av att de tilläts skapa en egen terapeutisk relation, frikopplad från föräldrarna. Flera berättade inte alls om att de mårde dåligt och att de sökt hjälp, men kunde i vissa fall berätta om sin erfarenhet i efterhand. I de fall där föräldrarna kände till behandlingskontakten var de tveksamma till att bjuda in föräldrarna i terapirummet, eller till ett parallellt föräldraarbete. En informant beskrev hur det känts i tidigare samtalskontakter med BUP och skola:

”Då har det mer varit att vi måste hitta vad som är fel på dig. Och sedan hela tiden gräva i att det var något med mamma och pappa men det har ju inte, mina känslor har ju inte alltid med dem att göra. Utan jag har ju egna känslor och det är som att de aldrig brytt sig om hur de var.”

En informant resonerade kring skuld känslorna som kom av att känna den skada man har åsamkat sina föräldrar, särskild när man agerar självdestruktivt. Det blev då en tydlig lättnad att fylla arton och få bära sina egna bekymmer själv med terapeuten:

”Då var jag arton och behövde inte ha mina föräldrar inblandade och då kändes det genast lättare. Då behöver jag inte oro mig hela tiden för att de ska vara oroliga och att de ska vara ledsna eller arga på varandra över mig eller någonting jag gör. Även om jag tror att jag egentligen ville straffa dem från början så blev det ganska snabbt ett sätt att straffa mig själv. De måste ju visserligen dåligt av att jag måste dåligt men samtidigt, det jag gjorde mot mig själv var ju egentligen bara mot mig själv”

Terapeutisk effekt av intervjuerna. Ett för författarna oväntat resultat, som inte omfattas av syftet, var att det kunde skönjas en terapeutisk effekt av intervjuerna. Intervjuerna avslutades med att informanten tillfrågades hur de upplevt intervjun och även om de ville avbryta sitt deltagande. Flera informanter uttryckte då att intervjun i sig har ett terapeutiskt värde, att det kan ses som en metaterapi:

Det är lite terapi också, alltså man får tänka tillbaka och sätta lite ord på, och försöka rama in vad som hänt, det är intressant.

För en annan informant innebär intervjun att hen tydligare kan se vilken skillnad terapin har gjort:

Jag var lite nervös i början, men det känns faktiskt bra, det känns ok, det är lugnt. Det är också ett bevis för att man kommit någonstans.

Ytterligare en informant såg intervjun som en möjlighet att reflektera över och utvärdera sin terapierfarenhet:

När min kurator ringde tänkte jag att det här kan vara bra för mig eftersom att jag kanske aldrig riktigt reflekterat över den tiden högt för någon ..//.. jag ville komma hit för att få en klarare bild av vad det var jag egentligen höll på med där i ett år ..//.. Men det är ju en jätteviktig period i mitt liv, det var väldigt viktigt för mig och därför är det också viktigt att utvärdera det.

Intervjuerna påverkar informanterna vilket kan ses som en positiv effekt samtidigt som denna påverkan kan färga resultatet. En annan aspekt av intervjuerna som är viktig är att informanten

förväntas dela med sig av personliga och intima erfarenheter. En informant tog upp just detta då intervjun avslutades:

Lite mer personligt än vad jag trodde, tror jag, men jag vet inte ..//.. det är nog lite läskigt tror jag , att det handlar om mig, även om jag väl inte sagt sådär jättemycket. ..//.. Jomen det känns ok, men det är väl mest att det är lite, det var nog mest jobbigt att prata om varför jag tog kontakt.

Citaten visar att en forskningsintervju kan vara en positiv och stärkande erfarenhet samtidigt som det finns en risk att en intervjuare kan locka en informant att berätta mer om sin erfarenhet och sin person än vad de egentligen avsett (Shamai, 2003).

Diskussion

Något som blev tydligt i arbetet med denna studie var hur svårt det är att skapa vattentäta skott mellan olika teman och kategorier. De teman och kategorier vi skapat är inte separata utan flätas många gånger in i varandra. Flera potentiella teman väljer vi att sortera bort i processen. I dataanalysmetoden vi utgått ifrån eftersträvas uteslutande teman, vilket inte bedömts som möjligt fullt ut i denna studie. Författarnas ambition är att tydliggöra teman på ett för syftet, tillräckligt tydligt vis. Vissa teman har valts ut att resonera kring i diskussionen mot bakgrund av vad informanterna betonat, medan andra teman under arbetsprocessen fått mindre fokus och slutligen valts bort, exempel på detta var psykoterapeutisk.

Resultatdiskussion

Relation. Det mest framträdande i intervjuerna är att alla patienter betonade olika aspekter av relationen som avgörande för terapin, de allra flesta lyfte fram det personliga i relationen, samtidigt som att vissa uppskattade den professionella terapeutiska hållningen. Detta stämmer med tidigare forskning där Phillips och Holmqvist (2008) inleder sin forskningsöversikt med just ”att terapeuten har egenskaper som enligt patientens upplevelse underlättar terapin” och att patienter upplever när terapeuten är stödjande. I likhet med detta formulerar Palmstierna och Werbart (2013) en kärnkategori som de kallar utvecklande och trygg relation att patienterna uttryckte vikten av en god relation till terapeuten för att inom denna kunna övervinna svårigheter, både i terapin och utanför vilket skapade en positiv spiral.

Flera informanter framhåller även vikten av den terapeutiska alliansen utan att benämna det, de beskriver hur de på olika sätt enas om och upprätthåller gemensamma målsättningar och

arbetssätt. Arbetssätten skiljer sig åt, flera informanter uppskattar att få frihet och utrymme att formulera sina problem, andra föredrar konkreta och strukturerade arbetssätt. Vi kunde skönja olika metoder såsom KBT, PDT och bildterapi men de föreföll inte vara det avgörande utan snarare att man kunde enas i ett samarbete. Även detta stöds av Palmstierna och Werbart (2013) som hittat tretton subkategorier som visat sig vara verksamma. Tre av deras kategorier tolkar författarna ligger nära den terapeutiska alliansen: att patienten uppskattade terapeutens arbetssätt, att patienten uppskattade den terapeutiska relationen, att patienten kände en trygghet kopplat till kontinuitet och ramar.

Vid flera intervjuer talar informanterna om personkemi, eller att det ”klickar” och att det ganska snabbt gick att känna om den fanns i relationen. Personkemi är ett begrepp som författarna funderat en del kring och upplever svårt att konkret definiera. Vi har en automatisk förståelse för begreppets essens men det är inte enkelt att konkret beskriva vad personkemi egentligen innebär. I litteraturen tas matchning upp både avseende metod och terapeut. Philips och Holmqvist (2008) beskriver hur patienten upplever felmatchning, att det helt enkelt är något som saknas i terapin. En uppfattning om att terapeuten inte varit ”rätt” och andra utsagor handlar om att personkemin inte fungerat. När det handlar om matchning kan vi konstatera att det inte gärna låter sig konkretiseras i tydliga begrepp och att alliansen och effekten av behandlingen till stor del beror på en matchningsfaktor.

De unga som kommer till tals i denna uppsats lyfter fram det positiva i att terapeuten lyssnat på dem. Att det inte är en självklarhet att det finns ett forum eller en person i deras liv där de får utrymme att komma till tals och få full uppmärksamhet. Lyssnandet är något som de upplever som verksamt i terapin, och som skiljer sig från övriga relationer i livet. Att ha sitt alldeles egna utrymme där fokus ligger enbart på deras egen person och där inte hänsyn behövde tas till andras behov. Philips och Holmqvist (2008) visar i sin forskningsöversikt att en av de faktorer som patienten oftast nämner är utrymme att fritt få uttrycka sig vilket är vad som visar sig i våra intervjuer och den bild vi själva har av att arbeta med unga vuxna.

Efter att ha genomfört intervjuerna, transkriberat dem och gjort vår första genomgång, kommer vi osökt att tänka på Rogers (2007), då flera av informanterna med enfaset framhåller vad som kan ses som ”Rogerianska” faktorer. De talar många gånger om vikten av en genuin relation, av att terapeuten visar värme samt ett gillande som inte är villkorat. Informanterna framhåller även vikten av att terapeuten kan bli mer personlig och att vara genuint intresserade och deltagande.

Process. Informanterna tar även upp hur viktigt det är för dem att få tillräckligt lång tid för att etablera en behandlingsrelation och genomföra sin terapi. De påtalar att det behöver

få ta tid att skapa det förtroende som är nödvändigt för att kunna öppna upp och att detta inte kan påskyndas. Att inte kunna påskynda den terapeutiska processen för tankarna till Rogers (2007) som menade att arbetet fördjupas lager för lager. I en tid där tempot i många avseenden blir högre återkommer de unga vuxna i vår studie att det krävs tid och tålamod för att skapa förtroende. Von Below och Werbart (2012) definierar att en av de saker som lett till missnöje med behandlingen är att den för den enskilde patienten varit för kort. Det är intressant också med tanke på den debatt som förekommer inom psykologin om hur långa behandlingstider som kan anses vara rimligt inom psykiatri såväl som primärvård.

Patienterna beskrev i flera fall hur de på olika sätt testat eller prövat behandlingskontakten. En del beskriver utförligt sina destruktiva beteenden för sin terapeut för att se hur reaktionen blir, står vederbörande ut med den ångest mitt beteende väcker? Andra nämner försiktigt, kanske i förbigående, det allra känsligaste och viktigaste för dem för att se om terapeuten hänger med. En patient beskrev det som att hen slängde ut små krockar för att se om terapeuten nappade. Här upplevde vi en viss skillnad mellan de unga vuxna som vi möter på ungdomsmottagningarna och de som hör till psykiatrin. Bland de unga vuxna som hör till primärvården finns i vissa fall en hög grad av medvetenhet kring psykologisk behandling och forskning. Detta kan också bero på att intervjuerna utfördes i en studentstad. Bland informanterna från psykiatrin förs inte samma resonemang om att testa behandlingen utan fokus ligger i högre grad på att relationen är god som vi tidigare diskuterat. Bland de senare finns också ett resonemang kring vikten av att känna att terapeuten finns med. Ibland finns ett stort behov av att träffa terapeuten och prata om problemen, men under perioder räcker det med att terapeuten finns internaliserat närvarande, ”sittandes på axeln”.

Att behandlaren är en person som finns kvar över tid och inte lämnar patienten lättvindigt är viktigt. Informanterna uttrycker också att det är mycket svårt när exempelvis sjukdom gör att terapin upphör eller tvingas till ett kortare avbrott. Om då terapeuten gör något försök att nå fram, i en intervju ringer terapeuten patienten vid ett tillfälle under sin sjukskrivning, kan det fungera mycket väl som reparation. Även om uppehållet är svårt för patienten har denne ändå fått en upplevelse av att hen är tänkt på och inte övergiven. Då är det sedan lättare att reparera brottet och återfå relationen. Blake (2011) resonerar kring att unga vuxna har ett behov av att reglera intensiteten på kontakten och närheten i terapin. Om däremot terapeuten inte uppfyller de viktiga matchningskriterierna som skapar en god allians tenderar testningarna och brotten i terapin leda till att behandlingsrelationen rinner ut i sanden.

Patientfaktorer. Det finns ofta en ambition att involvera föräldrar i arbetet med unga vuxna. Våra informanter ger uttryck för att det inte alltid är av godo. Inte sällan vilar en känsla av skuld över de unga. De ser vilken oro de utsätter sina föräldrar för och känner exempelvis i samband med självskador mycket ångest utifrån vad de därmed utsätter sina föräldrar för. Där kan en egen relation till en behandlare erbjuda en möjlighet att få beröra sina problem utan att oro sina nära. Viberg och Viberg (2013) belyser det när de tar upp paradoxen att unga vuxna i och med behandlingsrelationen skapar en ny relation präglad av beroende samtidigt som de är upptagna av att hantera sitt beroende/oberoende av andra vuxna, vanligtvis föräldrarna.

Avseende stigmatisering har författarna en förförståelse kring att patienterna inom psykiatrin är mer upptagna av detta än besökarna på ungdomsmottagningen. I denna studie framkommer istället att det var ett par av besökarna på ungdomsmottagningen som är mest upptagna kring ett eventuellt stigma kring en samtalskontakt. Detta kan sannolikt kopplas till att de inte har haft någon samtalskontakt tidigare, och deras attityd till att söka hjälp för psykisk ohälsa baseras på omgivningens syn på detta (Corrigan, 2004). För de informanterna var sekretessen av stor vikt och det dröjde lång tid innan de pratade med utomstående om sin erfarenhet av terapi. Patienterna från psykiatrin brottades i vissa fall med en högre grad av självstigmatisering, en internalisering av samhällets syn, som kan ses som jagsyntont, vilket därmed skulle kunna innebära att det inte blir lika talbart.

Metoddiskussion

Denna studies tillförlitlighet bedöms utifrån trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet (Graneheim & Lundman, 2004). Detta är en liten studie med bara åtta informanter, samtidigt är urvalet relativt brett vilket sannolikt gjort att olika aspekter av terapierfarenheten belysts. Åldern är spridd inom den grupp vi valt att inkludera, könsfördelningen är relativt jämn, gruppen har träffat sex olika behandlare med olika teoretiska inriktningar, patienter från både primärvård och specialistvård samt en bredd avseende diagnos/problematik. En begränsning i urvalet är att främst nöjda patienter valts som informanter, vilket kan ha inneburit att det är en skev bild som förmedlats. Samtidigt kan det ha tillfört material som inte nått fram alls annars, utifrån att informanterna känt en tacksamhet och därmed haft en önskan att bidra med sin erfarenhet. En annan viktig del av trovärdigheten är huruvida datamängden är tillräcklig för att besvara syftet, det lilla urvalet begränsar trovärdigheten samtidigt som att flera aspekter varit återkommande hos ett flertal av informanterna vilket kan ses som att en viss mättnad har uppnåtts. Trovärdigheten bestäms även av valet av meningsbärande enheter, i denna studie har

fokus många gånger varit på svårdefinierade kategorier vilket gör att de ibland är svåra att placera och ibland kan rymma flera kategorier. För att minimera detta sker analysen inledningsvis var för sig för att sedan diskuteras igenom, ett förfarande som upprepas i relation till handledaren.

För att öka studiens pålitlighet har intervjuerna skett under en fyraveckors period, en kort period vilket innebär att risken för att datainsamlandet skulle förändrats är liten och att den undersökta gruppen knappast har förändrats. För att ytterligare öka pålitligheten använder vi en semistrukturerad intervjumall vid datainsamlandet för att täcka av samma områden för alla informanter.

Slutligen frågan kring studiens överförbarhet; återigen kan svårigheten att definiera kategorierna innebära en begränsning. Även om författarnas och handledarens tolkningar överensstämmer väl, kan kategorierna göra det svårt att överföra resultatet till andra sammanhang. En annan begränsning är att författarna genomfört intervjuerna på sina respektive arbetsplatser vilket sannolikt påverkat utfallet, på samma sätt som patienter skonar sina terapeuter från kritik kan en liknande dynamik ha kommit att spela roll då intervjuerna genomfördes. Författarna har försökt redovisa på vilket sätt och i vilket sammanhang studien genomförts vilket gör att detta bättre kan bedömas men i slutändan är det upp till läsaren att bedöma huruvida resultatet kan överföras till andra sammanhang.

Författarna är verksamma som kuratorer inom ungdomsmottagning och psykiatri vilket återspeglades i intervjusituationen. Genomförandet av intervjuerna kan jämföras med ett bedömningssamtal men med ett annat fokus, i bedömningssamtalet försöker terapeuten bilda sig en uppfattning om patientens livsberättelse och i intervjuerna försöker intervjuaren bilda en sig en uppfattning om informantens terapiberättelse. Utifrån livsberättelsen försöker terapeuten förstå det aktuella symptomet och på motsvarande sätt försöker intervjuaren förstå verksamma faktorer. I båda situationerna är det viktigt att försöka etablera en god relation för att patient/informant skall vara trygg med att dela med sig av sina erfarenheter. Samtidigt som att det finns stora likheter med en terapikontakt innebär intervjusituationen att rollerna blir omvända, i intervjun är det informanten som sitter inne med kunskapen om den aktuella behandlingen och intervjuaren som söker kunskap (Shamai 2003). Denna rollförskjutning har potentialen att stärka informanten. Intervjuaren skall inte ses som en neutral observatör utan är delaktig i processen, som också innebär att informanten och därmed resultatet påverkas. Detta uppmanar till tillförsiktighet, både avseende tolkning av resultatet och gällande etiska ställningstagande. Shamai påtalar utifrån detta vikten av att intervjuare har tillräcklig kompetens samt egen klinisk erfarenhet. Intervjuernas likhet med författarnas kliniska vardag

medförde att det i informationsmaterialet till informanterna felaktigt utlovats tystnadsplikt vilket kan misstolkas, i själva verket har vi under arbetet med studien arbetat med konfidentialitet, vilket innebär att vår handledare och examinator haft rätt att ta del av de avidentifierade transkriberingarna.

Slutsatser

Syftet med denna uppsats har varit att beskriva unga vuxnas upplevelser av psykoterapi och lyfta fram vad de ser som verksamma faktorer. Åtta intervjuer med unga vuxna som genomgått behandling genomfördes, och informanternas uppfattning om vad som är verksamt i psykoterapi överensstämmer väl med tidigare forskning. Faktorer som kan kopplas till studiens teman, relation, process och patientfaktorer är vanligt förekommande i forskningslitteraturen. Informanterna betonar vikten att få tillräckligt med tid att bygga en relation till sin terapeut. Författarna läser psykoterapeutprogrammet med en psykodynamisk inriktning varför frågan kring metod funnits med oss när vi gick in i arbetet, men betydelsen av metod framkom knappt i det insamlade materialet. Att metoden är underordnad andra faktorer har också stöd i tidigare forskning. Många patienter lyfter fram ”personkemi”, ”connecta” eller liknande begrepp som varit svåra att definiera och konkretisera. Flera beskrivningar av vikten av en terapeutisk allians framkommer också. Under första temat samlade vi relationella faktorer som generellt kanske är de viktigaste i terapi, åldern på patienten oaktad. Däremot tror vi att det vi benämnt processfaktorer och patientfaktorer kanske är mer framträdande när det gäller unga vuxna. Att få testa och pröva sig fram, att ges tillräckligt med tid och att få möjlighet att genomgå behandling på sina egna villkor och själv ges inflytande avseende föräldrars medverkan, är faktorer som framträtt tydligt. Att vara upptagen med en separations- och frigörelseprocess och samtidigt inleda en terapirelation innebär en utmaning för unga vuxna vilket bör påverka vårdens utformning. Den aktuella trenden att erbjuda väldigt avgränsade kontakter går stick i stäv med detta. Vi möter ofta patienter som har ett flertal behandlingskontakter vilket i vissa fall handlar om avbrott från patientens sida men inte sällan hörs berättelser om hur hjälpen de erbjudits från vården inte varit tillräcklig. Risken är också att detta genererar fler behandlingar framöver, vilket både innebär ett onödigt lidande och samhällsekonomiska kostnader.

Ett intressant resultat i studien var intervjuernas terapeutiska effekt, något som inte omfattats av syftet men ändå tagits upp i resultatdelen. Författarna ser en potential i detta, att genom en utvärderande intervju kan ge patienten en terapeutisk effekt i sig och för att behandlaren får tillgång till värdefull feedback på utfört arbete. Intervjun underlättar även för

patienten att framföra kritik gentemot terapin eller terapeuten vilket de vanligtvis skonar terapeuten ifrån.

Framtida forskning

Många av de faktorer som informanterna framhåller som verksamma är ”nyare” ord som de flesta har en intuitiv förståelse för när de beskrivs i sitt sammanhang (personkemi, klickar, connectar), samtidigt har dessa begrepp inneburit en utmaning i detta arbete. Författarna ser ett behov av vidare forskning kring att utveckla förståelsen av vad dessa och andra liknande begrepp då det hjälper oss att förstå patienters erfarenheter av psykoterapi.

En intressant tanke skulle vara att vidare utnyttja potentialen i denna typ av utvärderande intervjuer. Utöver de positiva effekter som beskrivits i studien skulle det kunna vara ett led i ett reparationsarbete. Missnöjda patienter är som sagt återhållsamma med sin kritik, det är också i terapier med missnöjda patienter där uppfattningen om vad som hänt eller gått snett mest går isär mellan patient och terapeut. Hade de patienter fått ge sin syn på saken hade de i ett nästa steg kunnat erbjudas möjligheten att få prata igenom detta med sin terapeut och kanske framföra sin kritik. En form av medling som sannolikt skulle kunna vara till gagn för båda parter. Patienten hade kunnat gå stärkt ur detta och terapeuten skulle kunna få negativ feedback som patienter för det mesta skonar dem ifrån. En förutsättning för att implementera en modell utifrån de ovan beskrivna tankarna är att en sådan intervjumetod utvecklas i fortsatta studier.

Referenser

Blake, P. (2011), *Child and adolescent psychotherapy*. London: Karnac

Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S. & Watson, J. C. (2002). Empathy. In J. C. Norcross (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 89-108), New York: Oxford University Press.

Cooley, E. F. & LaJoy, R. (1980). Therapeutic relationship and improvement as perceived by clients and therapists. *Journal of Clinical Psychology*, 36, 562-570.

Corrigan, P. (2004). How Stigma Interferes With Mental Health Care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625. doi:10.1037/0003-066X.59.7.614.

Elliot, R & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology review*, 9, 443-467.

Elliot, R., Fischer, C. T., & Rennie, D.L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British journal of clinical psychology*, 38(3), 215-229.

Farber, B. A., & Lane, J. S., (2002). Positive regard. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients* (pp. 175-194). New York: Oxford University Press.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2):105-112 DOI: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.

Jacobsson, G., Tysklind, F., & Werbart, A. (2011). Young adults talk about their problems. *Scandinavian Journal Of Psychology*, 52(3), 282-289. doi:10.1111/j.1467-9450.2011.00874.x.

Kendra, M. S., Mohr, J. J., & Pollard, J. W. (2014). The stigma of having psychological problems: Relations with engagement, working alliance, and depression in psychotherapy. *Psychotherapy*, 51(4), 563-573. doi:10.1037/a0036586.

Lannin, D. G., Guyll, M., Vogel, D. L., & Madon, S. (2013). Reducing the stigma associated with seeking psychotherapy through self-affirmation. *Journal Of Counseling Psychology*, 60(4), 508-519. doi:10.1037/a0033789.

Philips, B. & Holmqvist, R. (2008). *Vad är verksamt i psykoterapi?*. Ljubliana: Liber AB.

Palmstierna, V., & Werbart, A. (2013). Successful psychotherapies with young adults: an explorative study of the participants' view. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 27(1), 21-40. doi:10.1080/02668734.2012.76047.

Rogers, C. R. (2007). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(3), 240-248. doi:10.1037/0033-3204.44.3.240.

Shamai, M. (2003). Therapeutic Effects of Qualitative Research: Reconstructing the Experience of Treatment as a By - Product of Qualitative Evaluation. *Social Service Review*, Vol. 77, No. 3 pp. 455-467. Published by: The University of Chicago Press DOI: 10.1086/375789.

Socialstyrelsens. (2013). *Psykisk ohälsa bland unga- Underlagsrapport till Barn och ungas hälsa, vård och omsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sverne Arvill, E., Hjelm, Å., Johnsson, L-Å., Sääf, C. (2012). *Etik och juridik för psykologer och psykoterapeuter*. Lund: Studentlitteratur

Viberg, L. & Viberg, M. (2013). *Dynamisk psykoterapi: teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Von Below, C., & Werbart, A., (2012). Dissatisfied psychotherapy patients: A tentative conceptual model grounded in the participants' view. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26(3), 211-229. doi:10.1080/02668734.2012.709536.

Wrangsjö, B., & Winberg- Salomonsson, M. (2007). *Tonårstid- utveckling, problem och psykoterapeutisk behandling*. Falkenberg: Natur & Kultur

Åsbring, P., Hochwälder, J., (2009). *Den dolda psykiska ohälsan bland unga vuxna som uppsöker vårdcentral*. (Karolinska Institutets folkhälsoakademi 2009:3). Stockholm: Karolinska Institutet.

Intervjumall för semistrukturerad intervju kring verksamma faktorer enligt patienten

Psykoterapi med Unga vuxna

Sammanhang/Bakgrund

Uppväxt med Mamma/pappa?

Syskon

Miljö (Landsbygd/stad)

Arbetsstatus/studerande

Annan behandlingskontakt?

Kontakt med ungdomsmottagning under barndom/uppväxt

Dessa kontakter på egen hand eller med förälder? Oavsett svar, hade du velat ha det på ett annat sätt, med/utan förälder?

På vilket sätt sökte/fick du hjälp?

Vad ville du ha hjälp med? Hur blev det?

Relation

Beskriv hur du upplevde första kontakten/under terapi/avslutet med din kurator/psykoterapeut/psykolog.

Minns du om du hade några särskilda rädslor eller farhågor inför ditt första möte med din terapeut/kurator/psykolog? Vilka tankar/känslor/förväntningar hade du inför första mötet med din...

Beskriv lite om hur du såg på din och terapeuten/kuratorn/psykologens relation. Beskriv hur du upplevde relationen/mötet med din ...

Tycker du att den eventuella relationen till terapeuten/kuratorn/psykologen liknar någon annan relation du haft eller har i ditt liv? (Berätta mera)

På vilket sätt påminde relationen/mötet med din ... andra relationer/möten/kontakter du haft i ditt liv. Ha några mer konkreta frågor ifall inte informanten själv kan utveckla frågan)

Kan du beskriva något i din kontakt med din terapeut/kurator/psykolog som du upplevde som hjälpsamt? Skulle du säga att du har tagit med dig något hjälpsamt från terapin? Vad?

Kan du beskriva något i din kontakt med din terapeut/kurator/psykolog som du upplevde som besvärligt? Skulle du säga att du har tagit med dig något besvärligt från terapin? Vad?

Tankar kring terapin

Vad minns du från tiden i terapi? (kritiska punkter, skeenden, moment)

Vad känner du när du tänker på din terapeut idag?

Om du tänker tillbaka på tiden i terapi, hur tänker du då?

Vid några särskilda tillfällen??

Bilaga 2

Till dig som arbetar med unga vuxna på xx

Mitt namn är xx och jag läser sedan hösten 2012 på psykoterapeutprogrammet vid Lunds universitet. Vi går för närvarande sista året och skall då skriva en uppsats. Jag skall tillsammans med en kurskamrat undersöka hur unga vuxna upplever sitt möte med vården och vilka faktorer de upplever som avgörande i sin behandling/terapi. Vi avser att välja patienter som i huvudsak lider av affektiva symtom som depression och blandande ångesttillstånd då de kategorierna är vanliga både inom primär- och specialistvård. Vi kommer att genomföra intervjuer på ungdomsmottagningen och på en enhet för unga vuxna inom psykiatri. Exklusionskriterier är pågående missbruk och att informanterna inte ska ha behandlats av oss själva.

Vi kommer att göra en kvalitativ studie och datainsamling kommer att ske genom ett antal djupintervjuer som kommer att spelas in (endast ljud) och transkriberas innan analys. Materialet kommer att vara kodat och inlåst. Vid bearbetningen kommer informationen aidentifieras. Intervjupersonerna kommer att få muntlig och skriftlig information om studiens syfte, tillvägagångssätt, frivilligheten.

Vi hoppas att ni skall kunna hjälpa mig med urvalet genom att tillfråga era patienter om de kan tänka sig att delta i studien. Intervjun kommer att ske på mottagningen och tar ca 60 minuter att genomföra. Deltagandet är frivilligt och patienten får avbryta sin medverkan i studien när som helst. Jag har tystnadsplikt och patienterna kommer att bli helt aidentifierade för att deras identitet ska skyddas i examensuppsatsen.

Vid frågor är ni välkomna att kontakta mig eller min handledare.

Med vänliga hälsningar

Erik Nyman

Sara de Flon

E-post: erik.nyman.842@student.lu.se E-post: sara.de_flon.678@student.lu.se

Mobil: 0703-324409

Mobil: 0456-731226

Handledare: Jan-Åke Jansson

E-post: Jan-ake.jansson@psychology.lu.se

Bilaga 3

Informerat samtycke

Vi läser psykoterapeutprogrammet vid Lunds universitet. För närvarande arbetar vi med vår examensuppsats. Syftet med uppsatsen är att lyfta fram patientperspektivet i psykoterapier med unga vuxna. Vi vill undersöka vilka faktorer besökarna/patienterna ser som mest verksamma för psykoterapin/ behandlingsarbetet? Examensarbetet kommer att ha en kvalitativ ansats vilket innebär att jag vill intervjua Dig för att lyfta fram Dina beskrivningar och upplevelser kring Din psykoterapi/behandling. Vi kommer att träffas vid ett tillfälle då intervjun kommer att ske. Intervjun beräknas ta cirka 60 minuter och kommer att ske på xxx.

Deltagandet är frivilligt och Du har möjlighet att avbryta Din medverkan i studien när som helst. Ditt deltagande eller icke-deltagande i studien kommer inte på något sätt påverka möjligheten för dig att få hjälp av xx. Jag har tystnadsplikt och Du kommer att bli helt oidentifierad för att din identitet ska skyddas i examensuppsatsen. Det insamlade materialet kommer att förstöras efter att uppsatsen publicerats.

Har du några funderingar kring studien får du gärna kontakta mig eller min handledare.

Med vänliga hälsningar

Erik Nyman

E-post: erik.nyman@skane.se

Mobil: 0703-324409

Handledare: Jan-Åke Jansson

E-post: Jan-ake.jansson@psychology.lu.se

Telefon:

Sara De Flon

E-post: saradeflon@gmail.com

Mobil: 0709-109697

Jag har tagit del av ovanstående information och samtycker till att medverka i studien