

Redaktionelt

Dette nummer af Matrix er et temanummer der bringer bidrag fra “ Nordiska Unga Vuxna Dagar”, en konference afholdt den 2.-4. december 2003 i Stockholm, med fokus på gruppen af unge voksne mellem 18 og 25 år. Denne aldersgruppe har fået en øget bevågenhed de senere år, idet svenske undersøgelser har fundet et stigende forbrug af psykiatriske ydelser inden for aldersgruppen over en årrække. Psykoterapiinstituttet i Stockholm under Stockholms Läns Landsting, har som følge heraf igangsat to større forskningsprojekter, YOUTH (Young adults own understanding, thinking and management of everyday life) og – i samarbejde med Karolinska Institutet i Stockholm – YAPP (Young Adult Psychotherapy Project) med henblik på at undersøge unge voksnes særlige problematik og behandlingsbehov. Desuden har Psykoterapiinstituttet taget initiativ til afholdelse af tilbagevendende unge voksne konferencer, hvoraf den aktuelle var den 3. i rækken. Næste Nordiska Unga Vuxna Dagar afholdes i Stockholm den 20.-22. oktober 2005 (for nærmere oplysninger se www.sll.se/pi).

Matrix redaktionen fandt konferencens emne spændende og vedkommende for Matrix’ læsere og tilbød derfor arrangørerne at være gæsteredaktører på et temanummer af Matrix, og det aktuelle nummer er resultatet af dette samarbejde. Tak til Andrzej Werbart og Gunnel Jacobsson for deres arbejde som gæsteredaktører og for et fortrinligt samarbejde.

Nummeret består af 7 bidrag fra konferencen. Konferencen lagde vægt på klinisk forskning og forskningsmæssig formidling af psykoterapeutisk arbejde, og symposierne på konferencen omfattede både forskningspræsentationer og præsentationer af klinisk arbejde. Artiklerne i dette nummer afspejler denne mangfoldighed.

Ulla Grebo fra psykoterapiinstituttet redegør i sit bidrag nærmere for konferencens idé og udformning, samt for den afsluttende paneldiskussion der blandt andet handlede om forholdet mellem klinik og forskning.

Björn Philips, Peter Wennberg og Andrzej Werbart, ligeledes fra psykoterapiinstituttet gennemgår YAPP-projektet i artiklen "Unga Vuxna i psykoanalytisk psykoterapi" og ser på hvordan det er gået den gruppe af unge voksne, der har været igennem et psykoterapeutisk forløb som led i YAPP-projektets behandlingsdel.

I artiklen "Vilken psykoterapeut passar mig?" ser Andrzej Werbart nærmere på hvordan unge voksne patienter i YAPP ser på deres terapeut. Her anlægges en fænomenologisk vinkel, der ønsker at indfange patienternes subjektive oplevelse og søger at italesætte patienternes ofte uformulerede oplevelse. Denne vinkel på terapi er ofte overset, men vurderes af forfatteren til at have stor betydning for terapiens succes, og at kunne give vigtig information i relation til at tilpasse det terapeutiske arbejde til patientens behov.

Andreas Murray supplerer i artiklen "Desperat ved 23" med terapeutens kliniske refleksioner over, hvordan den unge voksnes problematik typisk fremtræder i det terapeutiske forløb med klienter fra YAPP. Han fremhæver især desperationen – det pludselige tab af håb og forestillingen om at kunne overvinde de aktuelle lidelser – som karakteristisk for denne aldersgruppe, og han diskuterer, hvordan dette kan håndteres i den terapeutiske proces. Desuden fremhæver artiklen terapeutens behov for at kunne "overleve" de følelsesmæssigt intense processer i terapien. Her er kollegiale sammenhænge, der muliggør refleksioner over processerne i terapien, centrale.

Desuden bringes tre bidrag fra andre klinikker, der arbejder med unge voksne.

Vivi Maar, Katrine Egelund Christensen og Siv Boalt Boëthius præsenterer resultater fra en mangeårig gruppe, der tilbyder behandling for unge voksne i regi af Universitetsklinikken, Institutet for Psykologi, Københavns Universitet. Artiklen har fokus på hvilke problemer, der har været centrale for den gruppe unge, der har været i behandling i gruppen gennem årene, og hvorledes disse kan forstås ud fra den unge voksnes særlige livssituation.

Lena Adamsons artikel undersøger selvbilledet hos 16-18 årige sammenholdt med en ikke klinisk voksenaldergruppe. Hun finder at en større grad af inkonsistens er mere hyppig hos de 16-18 årige især hos kvinderne, og at det er forbundet med en række negative faktorer som fx selvmordsforsøg. Samtidig finder hun

i sit materiale tegn på at det er muligt at udvikle et mere sammenhængende selv billede, afhængig af de aktuelle interpersonelle relationer og andre centrale livsomstændigheder.

Endelig præsenterer Malou Warren en case med en ung kvinde i behandling. Her sættes der fokus på hvordan der kan arbejdes med unge klienter, der har tavshed som det centrale symptom, ud fra Fairbairns teori om den skizoide position.

Der kan forventes flere artikler, der omhandler aldersgruppen unge voksne i kommende numre af Matrix, idet flere artikler med forskningsresultater, der også blev præsenteret på konferencen, er indsendt til Matrix.

God læselyst

Susanne Harder

Panelsamtal med kliniker och forskare:

Ömsesidig befruktning – eller hur?

Matrix 2004; 4, s. 272-279

Ulla Grebo

Unga Vuxna Dagar för psykoterapeuter och forskare arrangerades för tredje gången i december 2003 av Psykoterapiinstitutet, Stockholms läns landsting. Vid ett panelsamtal belystes perspektiv från båda håll. Andrzej Werbart inledde med ett metaperspektiv på kunskap och forskning och poängterade det subjektiva patientperspektivets plats i psykoteraiforskningen. Gunnel Jacobsson talade om att depressionsliknande tillstånd tillhör normalutvecklingen för unga vuxna. Diagnostiserade tillstånd kanske delvis är "decease mongering". Hon rekommenderade rådgivningsmöjligheter för unga utanför baspsykiatri. Andreas Murray talade om samhällets inverkan på hur unga kan utveckla god självkänsla och delaktighet i en gemensam vuxen värld där beroende och autonomi finns samtidigt. Siv Boalt Boëthius talade om den befruktning som det dagliga arbetet som kliniker kan ge forskning och vice versa. Hon tog upp vilka faktorer inom en klinisk institution som stimulerar respektive hindrar dokumentation och forskning. Leif Wahlquist visade statistik om unga vuxnas psykiska hälsa. 1999 upptäcktes att de ökade sin vårdkonsumtion mer än andra, vilket sedan fortsatt. Förskrivningen av SSRI-mediciner ökade snabbast i denna åldersgrupp. Psykiatri prioriterade därför unga vuxna i projekt där resurser från barnpsykiatri och vuxenpsykiatri sammanfördes. Bland problemen ingår att unga dricker mer än tidigare, och unga kvinnor och unga män dricker nu lika mycket. Den livliga diskussionen efteråt handlade mycket om arenor för unga vuxna att tala om existentiella problem och tankar samt om hur vi kan bidra med psykologiska kunskaper till politikernas ungdomspolitiska arbete.

Unga Vuxna Dagar arrangerades första gången 1999 av Psykoterapiinstitutet, Stockholms läns landsting, och har sedan återkommit vartannat år. Tanken var att skapa en mötesplats för utbyte av erfarenheter, idéer och resultat för psykoterapeuter, behandlare och forskare som ägnar sig åt denna åldersgrupp. Unga Vuxna Dagar arrangerades för tredje gången den 4 - 6 december 2003 och då utökades de från två till tre dagar. Eftersom PI:s forskningsprojekt YAPP och YOUTH nu hunnit halvvägs och det fanns mycket att diskutera och berätta både forskningsmässigt och kliniskt beslutades att dels inbjuda forskare och kliniker från de nordiska grannländerna och dels att pröva en ny konferensform. Vi ville både skapa en konferens för aktuell pågående psykoterapiforskning och en psykoterapikonferens med kliniska mötesplatser. Vi ansåg det mycket viktigt att kliniker och forskare gavs möjligheter att utbyta erfarenheter inom sin grupp, men minst lika viktigt att kliniker och forskare fick möjlighet att samtala med varandra om frågor och utveckling på respektive område. Vi inbjöd därför till en tvådagars forskningskonferens och en tvådagars klinisk konferens. Forskningskonferensen omfattade den första och andra dagen, den kliniska konferensen pågick den andra och tredje dagen. Under den andra dagen kunde deltagarna fritt välja mellan program som ingick i båda konferenserna. För en mindre avgift kunde deltagarna i respektive konferens dessutom boka att gå på den extra dagen i den andra konferensen.

Unga Vuxna Dagarna blev fullbokade med drygt 150 deltagare, varav drygt en tredjedel var deltagare i forskningskonferensen och resten var anmälda till den kliniska konferensen. Vår ambition att skapa broar mellan kliniker och forskare utföll väl såtillvida att ungefär hälften av deltagarna i båda konferenserna bokade in den extra dagen på den andra konferensen. Både deltagare och medverkande var mycket positiva efteråt och särskilt uppskattades att Unga Vuxna Dagar gav fördjupning i både klinik och forskning, men organiserat så att man lätt kunde se vad som tillhörde vilket och välja.

Under den tredje konferensdagen hölls ett panelsamtal där kliniker och forskare tog upp flera perspektiv som är viktiga för att kunna förenas i ett aktivt samhälls-engagemang för unga vuxna.

Andrzej Werbart inledde med att slå fast att konferensen vittnar om mångfalden då den blivit både ett nordiskt möte och ett möte mellan kliniker och forskare med både kvalitativa och kvantitativa metoder samt mellan unga vuxna och gamla rävar.

Ömsesidig befruktning – eller hur?

Han tog upp ett metaperspektiv på kunskap och forskning och började med att det är en urgammal filosofisk tradition att uppfatta kunskap som en form av skådande, vare sig det gäller verkligheten eller djuppsykologiska processer, med synen som modell (därav t.ex. "insikt"). En typ av kunskap handlar om det direkt synliga och en annan om skådande av det till synes osynliga. Och dessa två kunskaper kan komma på kollisionkurs. En annan uppdelning av kunskapsformer är inifrånperspektiv och utifrånperspektiv.

Frågan om expertkunskap i förhållande till inifrånperspektiv är ytterst viktig för psykoterapiforskningen. Psykoterapin växte fram som en egen form av professionell praktik i en alltmer sekulariserad värld i slutet av 1800-talet. Dess rötter går att hitta i en lång tradition av själslig läkekonst, såsom Sokrates metod att med lämpliga frågor förlösa den kunskap som subjektet själv inte vet att hon/han har, shamanens kur, prästens bikt osv. I alla dessa former av själslig läkekonst sågs patienten som en aktiv deltagare i sina egna problem och i deras lösningar. När psykoterapin så småningom blivit en etablerad behandlingsmetod har den i allt högre grad präglats av den medicinska expertmodellen där specialisten antas ha en professionell, privilegierad kunskap. Kliniska observationer filtreras oundvikligen genom terapeutens subjektivitet och patientens egen konstruktion av mening förbises ofta. Inom den psykoanalytiska tanketraditionen talar man numera allt oftare om tre olika former av forskning: klinisk, empirisk och konceptuell.

Den *kliniska* forskningen bygger på klinikerns, dvs. en av deltagarnas perspektiv. Inom ramen för behandlingssituationen kan man tillskapa och i bästa fall också pröva individuella miniteorier för varje patient. Utifrån dessa kan man utveckla förtätade metaforer. Fräscha och fruktbara metaforer kan i sin tur leda till utveckling av teoretiska modeller. Fallgruppen är ofta att specifika modeller börjar användas som allmängiltiga förklaringsystem.

Idealt sett kan den *empiriska* forskningen användas för att pröva giltigheten i teoretiska modeller. Ofta vandrar dock den empiriska forskningen sin egen väg i skuggan av idealet om randomiserade, kontrollerade studier. I detta sammanhang talas det ibland om amalgamisering av variabler och medelvärdestyranni.

Konceptuell forskning kan studera utvecklingen av teoretiska begrepp ur ett idé-historiskt och kunskapsteoretiskt perspektiv men även empiriskt undersöka hur implicita begreppsbyggnader och privata teorier fungerar tyst i den kliniska praktiken. En viktig uppgift för empirisk psykoterapiforskning är att slå vakt om

det subjektiva patientperspektivet. Om vi vill arbeta med prevention av psykisk ohälsa bland unga vuxna eller med behandling i olika former är det subjektiva perspektivet inifrån de berörda personerna själva ett nödvändigt komplement till expertkunskapen och kvantifierbara data. Andrzej avslutade med förhoppningen att Unga Vuxna Dagar är ett steg mot öppnare dialog mellan olika typer av kunskap, olika former av behandlingsforskning och ett vittnesmål om vetenskaplig pluralism och tolerans.

Gunnel Jacobsson fortsatte med tankar utifrån YOUTH-projektet. Hon tog upp att allt fler unga vuxna nu söker för ångest och depressionssymtom. Eftersom depressionsliknande tillstånd har hittats bland vanliga unga vuxna i normalutvecklingen är det svårt att veta om de diagnostiserade tillstånden verkligen ger ett mått på patologiska tillstånd eller också till en del beror på den ökade medicinska diagnostiseringen i samhället, "decease mongering", vilket innebär att lidande och risker i samhället behandlas som sjukdom och medicineras. I Sverige har bl.a. knapp ekonomi och ökad medicinsk kunskap inom psykiatri lett till att allt som ska behandlas måste kunna diagnostiseras. Även lidande som hör till normalutvecklingen måste alltså få en medicinsk diagnos för att personen ska kunna få behandling inklusive psykoterapi. De unga lär sig också att se och presentera sitt lidande så att de medicinska markörerna framträder eftersom de efterfrågas i samtalet med medicinskt skolad personal. Gunnel påpekade att de unga vuxna befinner sig i en viktig identitetsbildande period. Den processen blir naturligtvis annorlunda för den som definierar sig som patient och där hjälpen finns att vänta på utifrån, kanske i form av mediciner, jämfört med den som på egen hand eller i reflekterande samtal med någon annan kan komma fram till ett nytt sätt att lösa och förhålla sig till sina problem. Hon strök under vikten av att samhället bibehåller utvecklingspsykologiska, pedagogiska och sociala perspektiv på ungas emotionella yttringar och vikten av att ha rådgivningsmöjligheter utanför baspsykiatri för unga vuxna som behöver samtal till hjälp vid livets påfrestningar – utan att en självbild som sjuk skapas.

Andreas Murray valde att tala utifrån temat *Samhälle för mig*. Han tog upp att när en ung vuxen bryter ihop har det många anledningar. Det är summan av alla belastningar den unge utsätts för, inte bara den inre världen och den nära familjesituationen utan hela samhällsklimatet – om unga känner sig välkomna att växa vidare, bilda familj, kunna skaffa bostad, arbete och om samhället är jämlikt så att segregation och onödiga klassklyftor motarbetas. Han talade om vikten av att kunna få utveckla god självkänsla, god självbekräftelse – att tycka om sig själv och allt det som är jag, och att vi är flera som är bra. Han betonade den goda vuxna

Ömsesidig befruktning – eller hur?

gemenskapen där det inte är överläge eller underläge. Han reflekterade över de kliniska processerna, som vi fördjupat oss i under de kliniska mötesplatserna, och beskrev hur olika relationsscenarios konkurrerar med varandra. Där finns de destruktiva, tidiga och primitiva, som alltid bygger på underläge och överläge. Och så finns det de konstruktiva, mogna, integrerade, som alltid bygger på att de har införlivats och gjort att ett större mått av befruktande samvaro är möjlig. Han beskrev psykoterapi som en emancipatorisk process vid sidan av många andra emancipatoriska processer i samhället, som utbildning och överhuvudtaget den mognadsutveckling som varje individ genomgår så gott han eller hon kan, och som alla strävar emot – även om svårigheterna kommer. De destruktiva krafterna som måste komma fram i terapierna visar sig ofta leda fram till att den unge vuxne äntligen får kontakt med en viss känsla och det tycks vara längtan. Längtan verkar vara den grundkänsla som den unge vuxne måste arbeta sig fram till att kunna känna, för då har han eller hon erkänt sin delaktighet i en värld där beroende och autonomi finns samtidigt. Först då har man beträtt det möjliga goda vuxna området.

Siv Boalt Boëthius talade om den befruktning som det dagliga arbetet som kliniker kan ge forskning och vice versa. De frågor man ställer som kliniker inför de patienter man har och vad man gör i sitt dagliga arbete med dem är väsentliga att dokumentera. Om man kallar det forskning eller inte är av underordnat intresse men kontinuerlig dokumentation är mycket viktig. Förutsättningar för kliniskt verksamma att dokumentera för att utveckla arbetet och förmedla till andra är olika för olika personer. Livets villkor är att man växer något olika beroende på var man finns och hur gammal man är. Man kan bli avundsjuk och leta efter rätt och fel och det är inte så lätt att förstå de olika villkoren. Man får faktiskt acceptera att olikheter hos människor är en integrerad del av vårt liv och vårt tänkande. Det är alltså inte så lätt om ni eller jag eller någon politiker försöker få en bild av vad som är sant och inte sant. Det finns inte någon generell sanning och det finns inte någon bästa metod vare sig när det gäller terapi generellt eller forskning. Forskningen måste ske utifrån de frågeställningar man har och de förutsättningar som finns. Det viktiga är att man försöker se vad som är väsentliga frågor i det arbete man gör och vad det är man kan förmedla till andra, till kollegor men också till andra människor. En allmänhet som blir alltmer välorienterad och går in på internet och letar information på hemsidor behöver bra information om det vi gör. Finns ingenting skrivet så får man inte kunskap om det och står det som ett litet blad längst in i skymundan så går det inte att se. Dokumentation måste vara begriplig för människor, t.ex. för politiker, folk som sitter i kommunalfullmäktige och i landstinget eller finns i skolan. Om de

ska kunna läsa det så får det inte vara på vårt interkollegiala språk utan beskrivet så att det blir meningsfullt för andra.

Därefter fortsatte Siv med att tala om det arbete hon gjort på olika institutioner med att analysera vilka faktorer inom en klinisk institution som stimulerar utvecklingen av forskning och dokumentation.

Exempel på plusfaktorer: Intressant för den egna utvecklingen, utveckla nya sidor av verksamheten, en önskan att kunna sitta på sitt rum en förmiddag och skriva ihop saker, roligt att lära sig något speciellt, bli bättre terapeut, kliniker, lärare, få positivt stöd av chefer, god tillgång till biblioteksresurser, statushöjande, få erkännande för sitt arbete, kunna svara på omvärldens frågor, kunna tala om vad som är viktigt och mindre viktigt, vad man kan prioritera. Man vill kunna kommunicera med andra, bygga upp institutionens image, skapa en självkänsla – det här arbetet som vi gör är bra - hur kan vi fördjupa det och använda det här till att förbättra vårt jobb?

Exempel på minusfaktorer: Brist på tid, brist på pengar, kontorsresurser, apparater som inte fungerar, dataprogram som man inte kan, disketter som går sönder, tidigare negativa erfarenheter – varit med i projekt, skrivit en uppsats som blivit alltför arbetskrävande och inte blev så underbar som man tänkt sig. Här påminde Siv att Nalle Puh på ett ställe säger att "de underbara tankar jag har i mitt huvud blir inte lika fina när jag berättar för någon annan om dem". Det beskriver väl att man tänker så bra inne i sig och att just det är viktigt för kliniker. Man har inne i sig en bra ordlös dialog, men att översätta den i språk och i skrift som är begripliga för andra har många mellanled och det blir delvis förvanskat – och ändå vi måste öva oss i detta. Dessutom kommer en rädsla för ovetenskaplighet, rädsla för att inte klara det, önskan att värna om etiska aspekter – fast ibland verkar det som att vi skyddar oss själva mer än patienterna när vi talar om etik i de här frågorna. Det finns också konkurrens och rivalitet, "ska dom dokumentera, arbeta med mitt material och få fördelar av det", "ska jag bidra", avund, rädsla att undergräva den kliniska identiteten, att dokumentation kan ta över patientarbetet.

Siv visade sedan i bild en kraftfältsanalys med de stimulerande faktorerna som driver upp och de negativa faktorerna som driver ner och där det handlar om att ta bort så många minusfaktorer som möjligt, för då växer de positiva av sig själva. Att göra en sådan kraftfältsanalys på arbetsplatsen är ett sätt att tänka kring hur vi kan öka kapaciteten för en institution att arbeta med dokumentation på klinikers villkor, men med kunskap om forskningsmässiga resurser.

Ömsesidig befruktning – eller hur?

Leif Wahlquist började med en aforism av Tomas Tranströmer "Jag hade allt under kontroll. Så kom livet emellan. Förbannat!" Och det är väl så de unga vuxna kan ha det. Vi har våra föräldrar som hjälper oss att hålla kontrollen under uppväxten, ser till att vi får en god uppväxtmiljö och att vi får en förutsägbarhet som är viktig för oss. Sedan ska vi ta över alltihopa själva någon gång i den unga vuxna åldern och kommer till den uppgiften med olika typer av sårbarhet. Och här finns nog en samsyn om att sårbarhet inte enbart kan botas via det medicinska vårdssamhället utan måste tas om hand utanför detta.

Leif gick sedan igenom data om unga vuxnas psykiska hälsa och började med att man 1999 upptäckte att de unga vuxna ökade sin vårdkonsumtion av både öppen och slutenvård. Det följdes upp 2000 och 2001 och denna ökning fortsatte. Alla självskattningar gjorda för PART-studien i Stockholm och folkhälsorapporten visar detta. I debatten utanför det medicinska vårdssamhället togs upp att det här måste vara en slags paradox och inte enbart handla om det materiella i vårt samhälle. Man efterlyste en omprövning av hur vi väljer att prioritera våra resurser. En fråga var också hur mycket ökningen verkligen är en ökning – för det kan ju handla om ett större intresse att söka hjälp. Från Leifs perspektiv ser det inte ut som ett ökat intresse utan som en klar ökning av ohälsan eftersom de som är riktigt illa där och behöver slutenvård ökar, liksom antalet vård dagar. Ungefär samtidigt, efter 1992, kom en medicinsk teknisk uppfinning, nämligen de nya antidepressiva preparaten. Förskrivningen blev snabbt oerhört stor och relativt sett större för den yngre åldersgruppen för både män och kvinnor. Det var vårdssamhällets svar på de här problemen som också till stor del är existentiella problem. Fortfarande ökar förskrivningen för 15-24 åringar, men nu är ökningen inte större än för andra åldersgrupper. Det har nog att göra med att man idag inom psykiatri för en mer omfattande diskussion om patienten och situationen innan man sätter in SSRI-medicinerna. Majoriteten av dessa mediciner skrivs dock ut av allmänläkare, inte av specialister.

Leif fortsatte med att ökningen av unga vuxnas psykiska ohälsa ledde till att politikerna ville ha råd om hur problemet skulle lösas. Man beslutade att unga vuxna ska vara en prioriterad målgrupp inom vuxenpsykiatri och skrev in det i vårdöverenskommelserna. I Stockholm startade man ett projekt för hjälp till barn och unga med psykiskt sjuka föräldrar och dessutom tre projekt för 16-25-åringar där man slog ihop kompetenserna från barn- och vuxenpsykiatri för att öka kunskapen om kliniskt arbete med unga vuxna. Det har visat sig att en ändrad arbetsmetodik behövs. Vi måste lära oss att bli pedagoger i större utsträckning.

Det går inte att sitta och vänta utan man måste fånga motivationen i flykten och hålla fast den. Leif gick därefter in på vad som väntar oss. I Stockholm kommer de unga vuxna att öka i 7 år framåt enligt åldersfördelningen, men det skiljer en del mellan olika kommuner.

Leif tog också upp att studier visar att 56% av befolkningen har psykiska vårdbehov som de inte känner är tillgodosedda. Dessa personer finns inte i psykiatri – men ska de vara där eller är det några andra som ska arbeta med dem? Det kan ju inte vara sjukvårdens uppgift att lösa existentiella övergångar, som vid övergången mellan barn och vuxen. Men det vi måste medverka till är att skapa arenor för diskussioner med de unga vuxna kring de existentiella problemen och frågan är var de arenorna finns idag? Kommunerna har ju av besparingskäl lagt ner de flesta former av verksamhet för ungdomar. Men det kanske inte behövs särskilt mycket. I Holland har man erfarenhet av arbete med barn till psykiskt sjuka där man skapar arenor för olika åldersgrupper genom att barnet 5-6 gånger tillsammans med familjen får tala om sin situation i hemmet och var man befinner sig i livet. Det blev signifikanta skillnader i psykiskt hälsa fem år senare för dem som fått den interventionen jämfört med dem som inte fått den.

Slutligen tog Leif upp det stora problemet att såväl unga män som unga kvinnor dricker mycket mer idag än tidigare. Män och kvinnor mellan 16 och 29 år dricker också lika mycket nu, vilket innebär att kvinnor ökat sitt drickande. Och hög alkoholkonsumtion är i sig depressionsframkallande. Han slutade med att det är viktigt att öka samverkan, lära oss nya förhållningssätt och vad som är en normal och en patologisk utveckling. Kunskapen om hur man ska möta unga vuxna behöver öka.

Den efterföljande diskussionen blev livlig sedan de närvarande i tio minuter först fått tala fritt med varandra. Bristen på arenor för att tala om existentiella frågor poängterades av många och olika initiativ till lösningar togs upp. Likaså diskuterades vad man kunde göra för att påverka politiskt, gå med i de initiativ till samverkan mellan många organisationer för psykisk hälsa som nu görs och vad var och en kan göra från sin position. Möjligheten att bidra med synpunkter och kunskaper till det arbete för unga vuxna som pågår i regering och riksdag togs också upp, särskilt vikten av att bidra med psykologiska kunskaper, eftersom det annars kan stanna vid åtgärder alltför baserade på politiska ideologier om ungdomar och deras situation snarare än på gedigen kunskap.

Ömsesidig befruktning – eller hur?

Unga vuxna i psykoanalytisk psykoterapi

Matrix 2004; 4, s. 280-289

Björn Philips, Peter Wennberg, Andrzej Werbart

Denna studie syftar till att beskriva patientkarakteristika och utfallet efter avslutning hos unga vuxna som genomgått psykoanalytisk psykoterapi. Patienter (n=134) mellan 18-25 år inkluderades i projektet i såväl individual- (n=92) som gruppterapier (n=42). Patienternas psykologiska status före respektive efter terapi beskrivs i termer av symtombild (SCL-90), självskattad hälsa (SRH), globalt fungerande (GAF), interpersonella problem (IIP), självbild (SASB) samt själv- och objektrepresentationer (DRS). De största positiva förändringarna, från före terapin till efter terapin, framkom i patienternas globala fungerande samt självskattade hälsa. Stora effekter i dessa globala mått snarare än i de mer specifika måtten kan avspegla de mer globala målen med psykoanalytisk psykoterapi. Resultaten är i nivå med dem i tidigare studier av äldre patienter i psykoterapi.

Bakgrund

Den ökande psykiska ohälsan bland ungdomar och unga vuxna i Sverige har på senare tid uppmärksammats. Förekomsten av mental ohälsa bland ungdomar varierar mellan 5 och 30 procent i olika rapporter, beroende på definitioner och gränsvärden (1). Vidare ökar utskrivningen av antidepressiv medicin bland unga, liksom användandet av såväl psykiatrisk öppen- som slutenvård (2, 3). Från puberteten och framåt förefaller flickor uppleva mer psykiska problem än pojkarna och detta gäller särskilt psykosomatiska problem samt depressioner (4, 5).

Som ung vuxen går man igenom en rad viktiga livshändelser, till exempel att flytta hemifrån, välja utbildning och yrkesinriktning, flytta ihop med någon, kanske gifta sig och skaffa barn. Det är också en tid då mycket händer med ens

inre liv. Ur ett psykoanalytiskt perspektiv kan man beskriva utvecklingen som en konsolidering av de jagfunktioner som är nödvändiga för livs- och karriärval. Om denna konsolidering inte fungerar fullt ut kan resultatet bli en stor påfrestning för personen i fråga. Jacobs (6) menar att unga vuxna ofta är fokuserade på den yttre verkligheten och den rådande situationen och därför kan brista i motivation att reflektera över sig själva och sin historia. Ofta vill de inte fastna i överföringskänslor som drar dem tillbaka i riktning mot barndomens beroende och därför kan verka hotande.

Många personer "växer ifrån" sina problem från denna ålder och kan komma tillbaka till en mer normal utvecklingsgång. För en undergrupp av unga människor tycks problemen i stället bli allt gravare med åren. Det kan därför vara extra viktigt att kunna erbjuda adekvata behandlingsinsatser under denna period, för att öka chansen till en gynnsam vuxenutveckling. Fastän det fortfarande finns relativt lite forskning kring psykoterapi bland unga vuxna tyder några studier på att psykoanalytisk psykoterapi är en effektiv behandlingsform i denna åldersgrupp (7, 8).

Studien som presenteras här är en del av YAPP (*Young Adult Psychotherapy Project*)¹ som är en longitudinell, prospektiv, naturalistisk studie av unga vuxna i psykoanalytisk terapi. Syftet med studien är att beskriva patientkaraktistika samt utfallet efter avslutad terapi hos de unga vuxna i YAPP som avslutat sina terapier.

Metod

Behandlingen

YAPP omfattar en kartläggning av psykoanalytiska psykoterapier med unga vuxna så som de bedrivs vid Psykoterapiinstitutet i Stockholm. Majoriteten av de unga vuxna sökte behandling själva genom institutets telefonmottagning och erbjöds samtalstid i mån av plats. Ett fåtal patienter kom via remiss från psykiatriska kliniker. Psykoterapeuterna tog emot patienterna i terapi på basis av en bedömning på psykoanalytisk grund avseende motivation och lämplighet. Patienter med varierande typer och svårighetsgrad av psykisk problematik

1 YAPP bedrivs vid Psykoterapiinstitutet, Stockholms Läns Landsting samt Sektionen för psykoterapi, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet. Projektet har granskats och godkänts av den lokala etiska kommittén vid Karolinska Institutet. Projektet finansieras med medel från Riksbankens Jubileumsfond.

inkluderades i studien. Behandlingstid och terapifrekvens var inte fixerad utan varierade för varje patient beroende på hans/hennes behov. Behandlingarna var inte manualiserade. I stället arbetade terapeuterna självständigt och hade varierande preferenser beträffande teori och psykoterapeutisk teknik, dock alla inom en psykoanalytisk referensram. Gruppterapierna omfattade fem grupper, varav fyra var stängda och tidsbegränsade (ett eller ett och ett halvt år) och en grupp var halvöppen och utan tidsbegränsning.

Design och procedur

Inklusionen av patienter för projektet skedde mellan 1998 och 2002 och omfattade både patienter som påbörjade individuell och gruppterapi. Alla inkluderade patienter besvarade ett frågebatteri såväl före som efter terapin. Dessutom gjordes vissa expertbedömningar på basis av intervjuer.

Undersökningsgruppen

För att inkluderas i YAPP skulle en patient vara mellan 18 och 25 år gammal samt acceptera att komma på ett första besök. Totalt inkluderar projektet 134 patienter varav 92 i individuell terapi och 42 i gruppterapi.

Bortfall

De presenterade data i denna studie bygger på de 134 patienter som deltog i mätningen innan terapin samt 93 av dessa patienter som fullföljt terapin. Dessutom fanns en grupp på 12 patienter som avbröt terapin i förtid (inom tre månader). Denna grupp skilde sig inte signifikant från resten av gruppen med avseende på globalt fungerande (GAF), interpersonella problem (IIP) eller självskattade symtom (GSI).

Terapeuterna

Totalt inkluderade projektet 36 terapeuter, alla med en psykoanalytisk orientering. Femton av dessa var psykoanalytiker, 19 legitimerade psykoterapeuter och två var psykologer med basutbildning i psykoterapi. Terapeuterna hade olika professionell bakgrund – fem var läkare, 13 psykologer, 15 socionomer och tre hade någon annan bakgrund. Majoriteten hade mångårig erfarenhet av arbete med psykoterapi och arbetade dessutom som lärare eller handledare på Karolinska Institutets psykoterapiutbildning.

Instrument

Fem självskattningsinstrument och två expertbedömningar användes.

- *Personlighetsstörningar*. DIP-Q, *the DSM-IV and ICD-10 Personality Questionnaire* (9), användes för att beskriva prevalensen av personlighetsstörningar. Detta är ett självskattningsinstrument som kan användas för att uppskatta förekomsten av personlighetsstörningar på gruppnivå men som måste kompletteras med intervjuer eller observationer för att användas för diagnoser på enskilda personer.
- *Symtom*. Självskattade symtom mättes med en svensk version av SCL-90-R, *Symptom Checklist-90-Revised* (10). Genomsnittspoängen för hela testet (GSI, *Global Symptom Index*) användes som ett totalmått på symtombelastningen.
- *Självskattad hälsa*. Flera studier har visat att självskattad hälsa (SRH, *Self-Rated Health*) predicerar mortalitet och sjukdom (11). I detta fall syftar den aktuella självskattade hälsan på ett enda item ("Hur är Din hälsa totalt sett, dvs. både fysiskt och psykiskt, just nu?") mätt på en sjugradig skala från 1 "mycket dålig" till 7 "mycket bra".
- *Globalt fungerande*. GAF, *Global Assessment of Functioning* (12), användes som ett övergripande mått på patientens mentala hälsa. Skattningen gjordes i form av konsensuskattningar av en grupp tränade bedömare på basis av intervjudata eller en muntlig dragning av terapeuten.
- *Interpersonella problem*. Den totala genomsnittspoängen av en kortad version (64 items) av IIP, *Inventory of Interpersonal Problems* (13), användes för att beskriva interpersonella problem.
- *Självbild*. SASB, *the Structural Analysis of Social Behavior Intrex Questionnaire* (14), användes som ett mått på självbild. I stället för skalans vanliga åtta delskalor användes två övergripande mått: positiv självbild (kluster 2-4) och negativ självbild (kluster 6-8) (15).
- *Själv- och objektrepresentationer*. För att skatta själv- och objektrepresentation användes DRS, *Differentiation-Relatedness Scale* (16, 17). Denna skala baseras på patientens egna korta intervjubeskrivningar av sin far, sin mor och sig själv. Intervjuerna gjordes endast för hälften av individerna i individualterapi samt för patienterna i gruppterapi. En grupp tränade bedömare gjorde konsensuskattningar.

Dataanalys

Först beskrivs samplet med avseende på övergripande demografi, levnadsvillkor och psykisk status innan terapin. Patienter med mer än 10 procent bortfall i en skala exkluderades från analysen. I nästa steg presenteras förändringen i psykisk status från påbörjad till avslutad terapi. Som ett mått på förändringar över tid används effektstorlekar före kontra efter terapin. Effektstorlek är standardiserat mått som används ofta inom utfallsforskning för att antingen ange utfallet för en behandlingsgrupp i relation till en annan grupp (t.ex. kontrollgrupp eller alternativ behandling) eller, som i detta fall, ange utfallet vid avslutad behandling i relation till statusen före behandlingen. Effektstorlekarna beräknades i denna studie som medelvärdet efter terapin minus medelvärdet före terapin, delat med standardavvikelsen före terapin.

Resultat

Undersökningsgruppen innan terapin

Medelåldern i undersökningsgruppen var 22 år och 73 procent var kvinnor. Proportionen män var högre i gruppterapi (36 procent) jämfört med individuallterapi (23 procent) på grund av en medveten önskan om att hålla några av terapigrupperna i blandade med avseende på kön.

Av patienterna uppgav 31 procent att de levde ensamma, 25 procent bodde hos sina föräldrar, 25 procent bodde med en partner och 19 procent bodde med någon övrig person. En person var gift och en annan hade ett barn. Den vanligaste sysselsättningen var studier antingen heltid (47 procent) eller i kombination med arbete (19 procent). Totalt uppgav 19 procent arbete som sin huvudsakliga sysselsättning. Ingen definierade sig själv som arbetslös. De flesta (89 procent) var födda i Sverige och cirka 25 procent hade en förälder av utländsk härkomst. Vidare hade 69 procent minst en förälder med en universitetsutbildning.

Prevalensen av personlighetsstörningar baseras på DIP-Q (se tabell 1). De vanligaste personlighetsstörningarna var fobisk (19,5 procent; kluster C), tvångsmässig (13,0 procent; kluster C) och borderline personlighetsstörning (13,8 procent; kluster B). Totalt motsvarade en tredjedel (41 av 123) kriterierna för en personlighetsstörning (inklusive ospecificerad). Totalt hade 21,1 procent två eller fler personlighetsstörningar.

Tabell 1. Självrapporterade personlighetsstörningar enligt DIP-Q bland kvinnor och män (n=123).

Självrapporterade personlighetsstörningar (DIP-Q)	Kvinnor % (n=90)	Män % (n=33)	Totalt % (n=123)
<i>Kluster A</i>	12,2	24,2	15,4
Paranoid	6,7	6,1	6,5
Schizoid	0	3,0	0,8
Schizotyp	7,8	21,2	11,4
<i>Kluster B</i>	13,3	18,2	14,6
Antisocial	2,2	9,1	4,1
Borderline	12,2	18,2	13,8
Histrionisk	2,2	0	1,6
Narcissistisk	3,3	3,0	3,3
<i>Kluster C</i>	20,2	30,3	25,2
Fobisk	18,9	21,2	19,5
Osjälvständig	8,9	12,1	9,8
Tvångsmässig	14,4	9,1	13,0

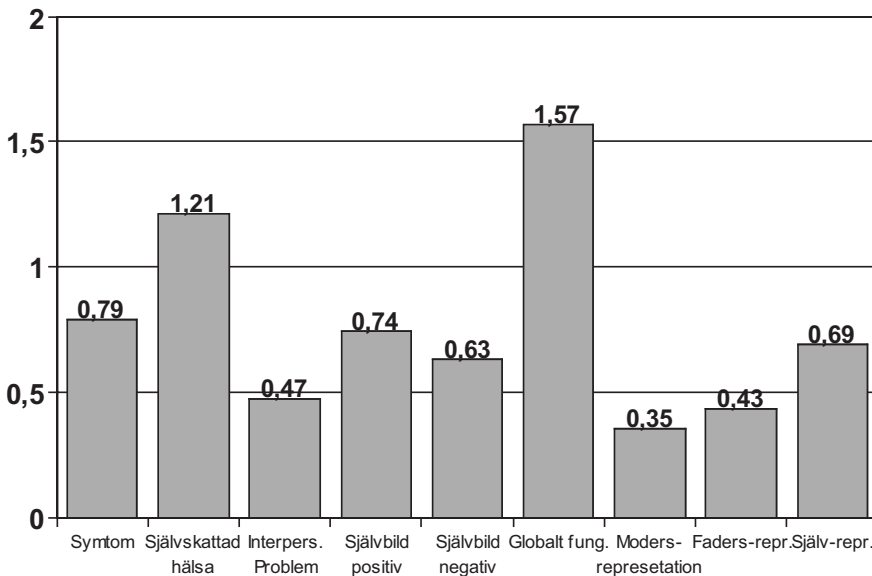
Olika aspekter av patienternas psykologiska status innan terapin finns sammanfattade i tabell 2. Det fanns inga substantiella skillnader mellan män och kvinnor med avseende på självrapporterade symtom, globalt fungerande och interpersonella problem. Jämfört med svenska normdata låg undersökningsgruppen avsevärt högre i symtombelastning (18) och interpersonella problem (19) och hade dessutom sämre självbild (20).

Tabell 2. Patientkaraktistika före terapin för män och kvinnor samt uppdelat på individual- och gruppterapi (standardavvikelse inom parentes); n=124-128, utom för DRS där n=88.

	Kvinnor	Män	Individual- terapi	Grupp- terapi	Total
<i>Symtom och fungerande</i>					
GSI (SCL-90; medel)	1,4 (0,6)	1,2 (0,6)	1,4 (0,6)	1,1 (0,5)	1,3 (0,6)
Självskattad hälsa (SRH)	2,9 (1,3)	3,3 (1,5)	2,8 (1,3)	3,4 (1,4)	3,0 (1,3)
Globalt fungerande (GAF)	57,7 (6,1)	54,0 (10,8)	56,4 (7,7)	57,6 (8,2)	56,7 (7,8)
<i>Personlighetsmått</i>					
Interpersonella problem (IIP; medel)	1,4 (0,5)	1,3 (0,6)	1,4 (0,5)	1,3 (0,4)	1,3 (0,5)
Positiva kluster SASB	38,7 (15,7)	49,8 (17,1)	39,2 (16,2)	41,0 (15,8)	39,8 (16,1)
Negativa kluster SASB	34,2 (17,9)	28,8 (17,1)	36,0 (17,1)	33,2 (16,7)	35,1 (17,0)
DRS, Mor	6,7 (1,4)	6,5 (1,5)	6,6 (1,5)	6,7 (1,3)	6,6 (1,4)
DRS, Far	6,4 (1,5)	7,0 (1,4)	6,5 (1,4)	6,7 (1,5)	6,6 (1,5)
DRS, Själv	6,1 (1,5)	6,4 (1,6)	6,2 (1,5)	6,2 (1,6)	6,2 (1,5)

Utfallet vid avslutad terapi

Den genomsnittliga terapilängden var ett och ett halvt år och den längsta terapin varade i 38 månader. I figur 1 visas förändringen från terapistart till terapiavslut uttryckt som effektstorlekar. I alla ingående instrument skedde signifikanta förbättringar över tid. Den största förbättringen skedde i patienternas globala fungerande (GAF), men det var också en stor förändring till det bättre med avseende på patienternas självskattade hälsa (SRH). De minsta förbättringarna skedde i faders- och modersrepresentationen. Vid en jämförelse av individualterapi och gruppterapi framkom inga signifikanta skillnader i behandlingsutfall i något av de tidigare presenterade utfallsmåtten.



Figur 1. Effektstorlekar (före kontra efter terapin) för de ingående utfallsmåtten.

Diskussion

De största förbättringarna i psykisk status uppnådde patienterna i de två övergripande måtten – globalt fungerande och självskattad hälsa. Detta avspeglar kanske det faktum att psykoanalytisk terapi fokuserar just på att höja patientens globala fungerande snarare än att ta bort specifika symtom. Vidare är detta resultat i linje med Hill och Lamberts (21) observation att det brukar ske större förbättringar rörande globalt mått än på mer specifika mått.

På det hela taget ligger nivån på förändringarna över terapin i linje med flera tidigare studier som använt samma utfallsmått (se t.ex. 22, 23). En faktor som kan dra ner effektstorlekarna i föreliggande studie har att göra med studiens liberala inklusionskriterier, vilka omfattar även patienter med medelsvåra eller subkliniska problem. Om endast patienter med exempelvis svår psykiatrisk symtombild och interpersonella problem selekterats hade chansen varit högre att kunna visa större förbättringar i dessa specifika områden. Faktorer som vi tror stärker effekterna i denna studie är de behandlande terapeuternas långa erfarenhet samt den höga motivationen hos patienterna, som i de flesta fall aktivt sökt sin behandling.

Styrkor med denna studie är den longitudinella prospektiva designen samt det relativt stora patientantalet och att den naturalistiska designen ger hög extern validitet (24, 25). Vidare är psykoanalytisk psykoterapi med unga vuxna ett något förbiset forskningsfält. En begränsning är saknaden av kontrollgrupp, utan vilken det är svårt att klargöra i vilken utsträckning förändringarna rör sig om behandlingseffekter eller spontant tillfrisknande.

Det finns flera intressanta spår för fortsatta studier inom ramen för detta projekt, exempelvis skillnader i utfall mellan olika patientkategorier, olika aspekter av terapeutisk allians och olika former av kvalitativa bearbetningar av data. Framtida studier kan också fokusera på långtidsutfallet 1,5 och 3 år efter avslutad terapi. Många psykoterapistudier beskriver enbart utfallet direkt vid terapiavslut eller visar på sjunkande terapi effekter över tid (26). Det finns dock också forskning (27) som tyder på att psykoanalys och psykoanalytisk psykoterapi har långsiktigt stabila, eller till och med ökande effekter vid långtidsuppföljningar.

Referenser

1. Barnpsykiatrikommittén. Det gäller livet: Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem. SOU 1998:31. Stockholm: Fritzes; 1998.
2. Dalman C, Wicks S. Barns och vuxnas utnyttjande av psykiatrisk vård – i Stockholms län 1993-1999 – per sjukvårdsområde 1999. Rapport 2000:5. Stockholm: Samhällsmedicin, Enheten för Psykisk Hälsa; 2000.
3. Apoteket AB. Inhämtat den 29:e augusti 2003 från: www.apoteket.se/content/1/c4/48/02/VadStyrLakemedelsforsaljningen.pdf.
4. Cederblad M. Fifty years of epidemiologic studies in child and adolescent psychiatry in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry* 1996; 50:55-66.

5. Ivarsson T. Depression and depressive symptoms in adolescence: Clinical and epidemiological studies. Avdelningen för barn och ungdomspsykiatri, Göteborgs universitet; 1998. (Doktorsavhandling)
6. Jacobs TJ. Notes on the therapeutic process: Working with the young adult. In: A Rothstein, ed. How does treatment help? On the modes of therapeutic action of psychoanalytic psychotherapy. Workshop Series of the American Psychoanalytic Association, Monograph 4. Madison, Connecticut: International University Press; 1988; p. 61-80.
7. Baruch G, Fearon P. The evaluation of mental health outcome at a community-based psychodynamic psychotherapy service for young people: A 12-month follow-up based on self-report data. *Psychology and Psychotherapy* 2002; 75:261-78.
8. Blatt SJ, Stayner DA, Auerbach JS, Behrends RS. Change in object and self-representations in long-term, intensive treatment of seriously disturbed adolescents and young adults. *Psychiatry* 1996; 59:82-107.
9. Ottosson H, Bodlund O, Ekselius L, von Knorring L, Kullgren G, Lindström E, Söderberg S. The DSM-IV and ICD-10 Personality Questionnaire (DIP-Q): Construction and preliminary validation. *Nordic Journal of Psychiatry* 1995; 49:285-91.
10. Derogatis LR. Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring and procedures manual, 3rd ed., revised. Minneapolis: National Computer Systems; 1994.
11. Bjorner JB., Søndergaard Kristensen T, Orth-Gomér K, Tibblin G, Sullivan M, Westerholm P. Self-rated health: A useful concept in research, prevention and clinical medicine. Stockholm: Forskningsrådsnämnden 1996; Rapport 96:9.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington, DC: APA; 1994.
13. Horowitz LM, Rosenberg SE, Baer BA, Ureño G, Villaseñor VS. Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988; 56:885-92.
14. Benjamin LS. The INTREX user's manual, Part I and II. Madison, WI: Intrex Interpersonal Institute; 1983. (Computer program manual)
15. Adamson L, Lyxell B. Self-image and questions of life: Identity development during late adolescence. *Journal of Adolescence* 1996; 19:569-82.
16. Blatt SJ, Auerbach JS. Psychodynamic measures of therapeutic change. *Psychoanalytic Inquiry* 2003; 23:268-307.
17. Diamond D, Blatt SJ, Stayner D, Kaslow N. Differentiation-relatedness of self and object representations (revised scale; manuscript). New Haven, CT: Yale University; 1995.
18. Fridell M, Cesarec Z, Johansson M, Malling Thorsen S. Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan SCL-90. Västermik: Statens institutionsstyrelse (SiS); 2002.
19. Horowitz LM, Alden LE, Wiggins JS, Pincus AL. IIP – Inventory of Interpersonal Problems: Manual (svensk översättning av R Weinryb). Stockholm: Psykologiförlaget; 2002.
20. Armelius B-Å. The SASB Swedish Data Base. Institutionen för psykologi, Umeå universitet; 1999.

21. Hill CE, Lambert MJ. Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes. In: MJ Lambert, ed. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, fifth edition. New York: John Wiley; 2004. p. 84-135.
22. Leichsenring F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review* 2001; 21:401-19.
23. Leichsenring F, Leibing E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behaviour therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry* 2003; 160:1223-32.
24. Morrison KH, Bradley R, Westen D. The external validity of controlled clinical trials of psychotherapy for depression and anxiety: A naturalistic study. *Psychology and Psychotherapy* 2003; 76:109-32.
25. Seligman MEP. The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports study. *American Psychologist* 1995; 50:965-74.
26. Westen D, Morrison K. A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001; 69:875-99.
27. Blomberg J, Lazar A, Sandell R. Long-term outcome of long-term psychoanalytically oriented therapies: First findings of the Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis study. *Psychotherapy Research* 2001; 11:361-82.

Vilken psykoterapeut passar mig?

Hur unga vuxna patienter ser på sina terapeuter

Matrix 2004; 4, s. 290-304

Andrzej Werbart

Som en del i Young Adult Psychotherapy Project (YAPP) studerades 52 patienters beskrivningar av sina terapeuter vid psykoterapins avslutning. Med hjälp av "bildande av typer genom förståelse" konstruerades fyra prototypiska patientbilder av terapeuter. Hjälpande respektive hinderande faktorer i terapin identifierades. Så kallade ospecifika terapifaktorer, som t.ex. adekvat inlevelse, kravlös värme och äkthet, nämndes av de flesta patienter som var nöjda. Avgörande för den positiva bilden av psykoterapin var dock några specifika faktorer: terapeutens aktiva bidrag till skapande av mening, dennes professionalism, tekniska neutralitet och uppmaning till patienten att omsätta terapierfarenheter i det verkliga livet. Missnöjda patienter beskrev däremot sina terapeuter som passiva, anonyma, opersonliga och distanserade. För de flesta unga vuxna hade det varit påtagligt svårt att "bli en terapipatient" i en främmande och oroande situation som avvek från vardagliga möten. Några konkreta uppslag till terapeutisk hållning och teknik kunde formuleras utifrån patienternas berättelser.

Syftet med den aktuella undersökningen är att utveckla en kvalitativ och empiriskt grundad systematik av unga vuxna patienters bilder av sina terapeuter. Undersökningen ingår i projektet *Unga vuxna i psykoterapi*, YAPP¹. Det mesta vi idag vet om psykoanalytisk psykoterapi utgår från terapeutens, dvs. endast den ena av deltagarnas perspektiv. Bara ett begränsat antal studier har gjorts utifrån patienternas egna uppfattningar om psykoterapi. Både utveckling av teoretiska

1 Projektet genomförs vid Stockholms läns landstings Psykoterapiinstitut och Sektionen för psykoterapi, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, med anslag från Riksbankens Jubileumsfond. Projektet har godkänts av Forskningsetikkommittén vid Karolinska Institutet.

modeller och av klinisk praktik kan dock dra nytta av att vi sätter klinikernas perspektiv "inom parentes" för att studera patienternas syn. Forskarens uppgift blir då att göra patienternas "implicita kunskap" mer explicit och att systematisera den (1). Förhoppningsvis kan detta hjälpa oss att utveckla modeller och tekniker bortom den medicinska behandlingsmodellen och bortom föreställningen om specialisten som den som har tillgång till en privilegierad professionell kunskap.

Specifika frågeställningar i studien är:

- Vilka prototypiska bilder av psykoterapeuterna framträder i patienternas beskrivningar vid terapiavslutningen?
- Vilka positiva, hjälpande, och negativa, hindrande, egenskaper återkommer i dessa prototypiska bilder?
- Vilka aspekter av den terapeutiska relationen benämns av patienterna?
- Hur beskriver patienterna förändringar under psykoterapins gång i sina bilder av terapeuten?

Metod

Denna studie omfattar 52 unga vuxna patienter som intervjuades i samband med avslutningen av individualterapi (t.o.m. februari 2003), 43 kvinnor (83%) och 9 män (17%). Medelåldern vid starten av terapi var 22,3 år. Psykoterapins längd varierade mellan 2 och 35 månader (medelvärde 17,7; median 18,5) och frekvensen var en eller två gånger i veckan (28 resp. 24 fall).

Patienterna intervjuades en kort tid efter avslutningen med Objektrelationsintervjun (2). Denna studie bygger på patienternas svar på frågan "Beskriv kortfattat din terapeut". Intervjuerna gjordes av erfarna psykoterapeuter och psykologer som hade tränats i intervjuteknik, de spelades in på ljudband och skrevs ut ordagrant. Fördelen med intervjumetoden är att den inbjuder till spontana berättelser samtidigt som den begränsade längden av texterna (mellan en och två sidor i utskrift) underlättar bearbetningen av ett stort antal fall.

Analysen av innehållet låg nära den hermeneutiska och narrativa forskningstraditionen. Återkommande teman i beskrivningarna användes för att konstruera prototyper eller "idealtyper" av terapeuter, så som de framträdde som gestalter i patienternas berättelser. Begreppet "idealtyp" skapades för 100 år sedan av Max Weber och kan bäst sammanfattas som en hypotes om verkligheten. Den använda metoden för "bildande av typer genom förståelse" (*Verstehende Typenbildung*)

Vilken psykoterapeut passar mig?

har utvecklats av Gerhardt (3) och kallas ibland för "kvalitativ klusteranalys" (4). I Tyskland har denna metod användts inom psykoterapiforskningen för analys av uppföljningsintervjuer (5, 6).

I steg ett bearbetas patienternas beskrivningar i slumpmässig ordning och alla berättelser om positiva och negativa terapeutegenskaper tas ut som citat.

I steg två väljs enskilda beskrivningar av terapeuten som bäst representerar olika kombinationer av terapeutegenskaper. Dessa "optimala fall" antas representera en uppsättning av fall som tillhör samma prototyp. Varje prototyp illustreras här med kondenserade utskrifter från intervjuerna.

I steg tre jämförs de återstående fallen med "optimala fall" och de sorteras in i kluster. Sorteringen upprepas tills så många fall som möjligt kan inkluderas i uppsättningen av prototyper.

I steg fyra (som går bortom Gerhardts procedur) sorteras alla terapeutegenskaper framtagna i steg ett efter fördelningen av fallen i kluster av prototyp. Dessa egenskaper grupperas i subkluster som definieras i termer använda i utskrifter av optimala fall eller oftast förekommande bland andra fall inom samma kluster. Denna procedur ligger nära modellen för grundad teori (7).

Kluster av idealtyper undersöktes med sådana kvantitativa variabler som patienternas självrapporterade symptom (GSI från SCL-90-R) (8), forskarnas skattningar av globalt fungerande (GAF från DSM-IV) (9), och av differentiering-relaterande i självbeskrivningar och beskrivningar av terapeuten (DRS) (10, 11). Dessa skattningar gjordes före terapin och vid avslutning.

Resultat

1. Prototypiska bilder av terapeuter

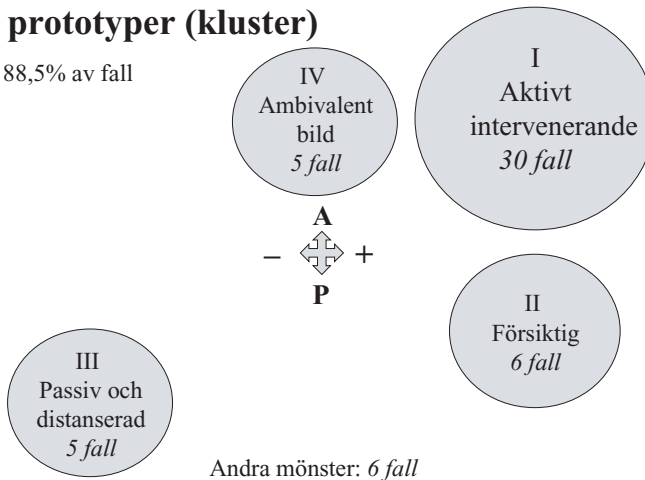
Vid avslutningen hade 41 av de 52 aktuella patienterna en positiv bild av sin terapeut (78,8%), sex var missnöjda (11,5%) och fem hade en ambivalent bild, där positiva och negativa aspekter hade samma vikt (9,6%). Fyra kluster av idealtyper kunde konstrueras (figur 1), som sammanlagt inkluderade 88,5% av beskrivningarna (46 av 52):

- I. Positiv bild av den aktivt intervenerande terapeuten (30 beskrivningar),
- II. Positiv bild av den försiktiga terapeuten (6 beskrivningar),
- III. Negativ bild av den passiva och distanserade terapeuten (5 beskrivningar),
- IV. Ambivalent bild av terapeuten (5 beskrivningar).

Ytterligare 6 beskrivningar visade avvikande mönster: positiv bild av terapeuten med vaga karakteristika (3 fall), positiv bild av terapeuten som beskrivs som en spegelbild av patienten (2 fall), och negativ bild av den aktivt intervenerande terapeuten (1 fall).

4 prototyper (kluster)

88,5% av fall



Figur 1. Fördelning av fallen i kluster av prototyper.

I. Positiv bild av den aktivt intervenerande psykoterapeuten

Det första klustret inkluderar flera allmänna positiva terapeutegenskaper, men också beskrivningar av terapeutens tolkningsaktivitet och exempel på terapeutens aktiva bidrag till etableringen av terapeutiskt samarbete. Kluster I-terapeuten är insiktsfull, förstående och lyhörd, respektfull och bryr sig. Han/hon är lugn, trygg och säker. Terapeuten lyssnar aktivt och skapar mening, förmedlar aktivt hopp, kan vända på saker och se dem från ett nytt perspektiv, önskar patienten väl och är hängiven den terapeutiska uppgiften. Dessutom ställer terapeuten krav och sätter gränser, är förtroendeingivande, professionell och kompetent, har bra distans och har humor. Patienten berättar att de är "på samma spår" och beskriver en rad positiva personliga egenskaper hos terapeuten. Känslan av att vara på

Vilken psykoterapeut passar mig?

samma spår finns oftast inte från början utan uppstår i ett intrikat samspel med terapeuten när ett mönster oväntat framträder ur till synes osammanhängande känslor och tankar. Några exempel på terapeutens tolkningsaktivitet:

”Nästan förvånande klarsynt, jag hade inte väntat mig... vi pratade ju bara om mig och sedan om han kom med en kommentar så var den ganska träffande och gav mig saker att tänka på ganska länge efteråt.”

”Han är känslig... snabb också för att han kopplar... han sitter och är så lugn och nästan mest bara lyssnar, men sedan så hör han ändå allting, för han säger ju inte så mycket. Men när han säger någonting så säger han väldigt bra saker... Jag kunde komma med saker som... för mig har varit helt ologiska och väldigt otäcka och sedan så kunde han säga, *men det kanske har att göra med det och det...* ja, det stämde jättebra och sedan efter det blev det inte lika skrämmande heller.”

”Jag sitter bara som en kulspruta och säger *åh det här och det här och det här* hela tiden och så säger hon helt plötsligt *jamen det kanske man skulle kunna knyta ihop med det här* och det har jag överhuvudtaget inte tänkt på.”

II. Positiv bild av den försiktiga terapeuten

Även det andra klustret inkluderar berättelser om ett antal allmänna positiva terapeutegenskaper, men till skillnad från kluster I betonas här terapeutens tystnad och försiktighet. Dessutom uppskattar patienterna terapeutens ”opersonliga” sätt. Kluster II-terapeuten beskrivs som lugn, trygg och säker; tålmodig och accepterande; varm, mjuk, god och snäll; försiktig och hänsynsfull; öppen, icke-styrande och icke-kländrande, och tyst. Terapeuten säger inte så mycket men är hjälpsfull genom att önska patienten väl. Han/hon kan vända på saker och se dem från ett nytt perspektiv, håller bra distans, förblir lugn och låter sig inte dras in i känslomässiga stormar. Vanligen nämner patienterna inga konkreta och unika personliga egenskaper hos sina terapeuter. Några exempel:

”Hon är väldigt tålmodig, imponerande... under första två åren var jag nog väldigt svår att ha att göra med... jag gav henne ingen blickkontakt utan jag satt och stirrade ner i mattan, men hon blev inte frustrerad av det utan hon försökte konstruktivt ta mig ur den isolation... min inslutenhet var någonting som hon lyckades tålmodigt gå in och knacka hål på... Hon ville

mig väl ... och inte på något snällt sätt ... utan på ett uppriktigt konstruktivt och inspirerande sätt."

"Hon lät saker och ting vänta, hon lyssnade... hon försökte inte styra på något sätt utan lät mig få vara och vi kunde hitta helt nya spår tillsammans. Det tycker jag krävs att man är öppen för att man ska kunna känna att det finns plats för det, och det fanns det med henne."

"Lite nonchalant som har varit på ett positivt sätt... Det var ... ingen som *jamen, jaa, hur är det nu då, och varför blir du så här*, utan han var cool, *ja nu är hon ledsen, nu är hon arg, nu är hon glad*, han lät mig få vara som jag var just då och det var skönt... slapp att göra mig till... nerkylande."

III. Negativ bild av den passiva och distanserade terapeuten

Patienterna i det tredje klustret brottas ofta med att inför sig själva och intervjuaren formulera sin besvikelse och sina kritiska synpunkter. I de flesta fallen har patienten inte fått ut vad han/hon förväntat sig. Kluster III-terapeuten beskrivs som tyst, passiv, kall, menlös, klumpig; osäker och defensiv. Dialogen upplevdes som seg och patienten tyckte inte att terapeuten förde dialogen framåt. Dessutom beskrevs terapeuten som anonym, opersonlig och distanserad på ett negativt sätt. Patienterna berättade att terapeuten var oprofessionell och väckte deras misstro. Parterna var inte på samma spår och patienten tyckte inte om terapeuten som person. Några exempel:

"Snäll, i mina ögon lite menlös faktiskt. Ganska tyst. Jag uppfattar nog henne lite osäker på sig själv faktiskt. Men hon är snäll, det känns som att hon i alla fall bryr sig om... lite så här tafatt... Jag fick känslan av att hon inte... jämt visste vad jag hade för mål med det eller med att samtala... Det kanske var min känsla, det kanske var jättestyrt, jag vet inte, men lite så där menlös, lite intetsägande för mig, jag kände inte att hon hade så stark karaktär, jag vet inte hur jag ska förklara riktigt, det är svårt. Jag fick den uppfattningen att... hon var lite osäker, men det är bara min uppfattning, det kanske är jättefel... Det var väl att hon lyssnade också, man kände att det var väldigt seg dialog, att det inte kändes som att hon förde dialogen framåt. ... Jag tyckte det var lite jobbigt, man kom in i rummet och vi satte oss och det kunde vara tyst ibland någon minut och det kan ju vara för att kolla liksom att jag skulle öva på det men jag tyckte det var skönt om man förde diskussionen mer framåt på något sätt."

Vilken psykoterapeut passar mig?

"Lite defensiv, kan man säga så? Ja, det är ungefär det... Jag tyckte ju hon var lite passiv. Nej, det här var det svåraste... och så ska det väl vara, men... jag kunde liksom ha varit där i 45 minuter och inte känt att vi riktigt kommit någon vart."

"...om man måste ställa samma frågor tio gånger, som bara är en valfråga. Det är oproffsig. Man ska ha koll på sina klienter och minns man inte får man föra anteckningar. ... Hon kunde inte hålla ögonen öppna. Hon blundade, nickade till så där. Det är inte förtroendegivande med en sån terapeut. Det känns, när man pratar om såna jobbiga ämnen."

IV. Ambivalent bild av terapeuten

Den ambivalenta bilden av terapeuten bestod av både positiva och negativa egenskaper som var för sig även ingick i de tre tidigare beskrivna klustren av prototyper. Konflikten mellan kritiska synpunkter och försök att försvara terapeutens hållning var särskilt tydlig i detta kluster. Patienterna hade påtagliga svårigheter att uttrycka sin kritik vid avslutningen och de försökte ofta att rättfärdiga terapeutens förhållningssätt. Den positiva delen kunde inkludera synen på terapeuten som aktivt meningsskapande. Terapeuten kunde också ställa krav och sätta gränser, vara förtroendegivande, professionell och kompetent. Parterna kunde delvis vara på samma spår. Utmärkande var dock att relationen till terapeuten beskrevs i både positiva och negativa termer. Terapeuten kunde t.ex. samtidigt vara "hjälpsam men ändå hjälplös – eller maktlös" eller "jättebetydelsefull för mig... jag kände mig nog aldrig riktigt avslappnad med honom." Den negativa delen omfattade ofta terapeutens passivitet och negativa distans, som ibland uppfattades som ointresse. Ytterligare ett exempel:

"Varm person, en förstående person, intelligent, och distanserad. Jag tycker att han har liksom en aura av värme... Jag tycker att vi har kommit en bra bit på vägen och att han är förstående beträffande mina problem. Det som är rätt roligt är att han sitter ofta väldigt tyst och kan ibland komma med värsta lysande teorierna kring scenarier och om mig som bara blir som en chock för att det ofta är väldigt träffande, och då tycker jag att han verkligen är intelligent... på det sättet att han förstår sig på mig som person. Det kan jag ibland bli en smula irriterad på... det är formen på den här typen av terapi, att man ska prata och terapeuten ska sitta tyst och mer komma med frågor... ja men hur ser du på det? Han bollar bara tillbaka och är distanserad, det

är som en icke-närvaro som jag kan ibland irritera mig en smula på... att jag känner... nästan tydligt ointresse också... att jag babblar på men jag vet inte... att han kanske inte riktigt är närvarande... och det antar jag är rollen som terapeuten ska ha men jag kan ifrågasätta den ibland."

Avvikande mönster

I tre fall gav patienterna ordknappa, vaga, men fortfarande positiva beskrivningar av sina terapeuter och i ytterligare två fall beskrevs terapeuten mestadels i termer av likhet eller olikhet med patienten. I ett fall framträdde en negativ bild av den aktivt intervenerande terapeuten. Denna patient uppfattade sin terapeuts interventioner som attacker och som uttryck för terapeutens patologi och dåliga gehör: "han kunde haka upp sig på... eller låsa sig fast vid bagateller som jag visste inte hade någon som helst betydelse, fast han fortsatte att söka nån sorts tes som jag visste inte stämde och jag kunde inte få honom att inse att det var fel." Denna patient avbröt sin terapi efter några månader och började om efter en tid med en ny terapeut.

2. Aspekter av den terapeutiska relationen

Det är svårt att bli en terapipatient. Flera unga vuxna beskrev sina svårigheter i början av psykoterapin. Det är en okänd, främmande och oroande situation. Ofta visste patienten inte vad det var som gällde i terapirummet när konventionella föreställningar om mellanmänskliga möten inte visade sig stämma. Sättet att tala i terapin kändes ofta som bisarrt och svårt att fatta. Egna föreställningar om vad som skulle kunna vara kurativt kunde kraftfullt kollidera med terapeutens bemötande som upplevdes som obegripligt. Ett exempel: "Det var otroligt jobbigt att börja här... Det var enda gången jag hade haft kontakt med terapi, när jag var sjuk. Och så började det kännas: *nej, inte igen...* På ett sätt är det ju en ganska stor grej att börja prata med en vilt främmande person... Man jämför när man pratar med kompisar... så reagerar ju dom hela tiden på det man säger... Och här är det som på nåt sätt allt är lika okej... Det är rätt märkligt egentligen." Dessa initiala svårigheter var temporära och kunde övervinnas av patienterna i kluster I. För patienter i de övriga klustren fortsatte svårigheterna ända till avslutningen.

Psykoterapi är krävande. Psykoterapi innebär också att konfronteras med obehagliga sidor hos sig själv som man kanske helst inte vill veta av och utsätta sig för att en annan person ställer en mot väggen. Terapeuten kunde uppfattas som "otroligt bestämd... utan förbarmande" eller "krävande... för att

Vilken psykoterapeut passar mig?

hon sätter in mig i de där situationerna som jag tycker är så fruktansvärt jobbiga och på något sätt kräver att jag ska säga vad jag tycker eller vad jag vill." Det kunde kännas konstigt och frustrerande "att man sitter där och vräker ut sina problem, och då sitter hon där... alldeles still och säger ingenting." Det kunde vara en lättnad att tillsammans skratta åt allvarliga saker men det kunde också vara "jobbigt ibland" när terapeuten "kanske inte såg det som så stor grej." Det kunde väcka en känsla av att inte bli helt accepterad eller inte få full sympati. Terapeuten kunde beskrivas som oförutsägbar när patienten inte visste "hur han skulle reagera... om han skulle ta det väldigt lättsamt eller seriöst, eller om han fortfarande skulle tycka helt annorlunda från mig".

Önskan om vägledning och råd. Patientens önskan om vägledning och råd kunde kraftfullt kollidera med terapeutens icke-styrande och tolkande hållning. I bilderna av kluster I-terapeuter kunde dock tolkningar uppfattas som råd. Patienter som beskrev kluster III-terapeuter tyckte att terapeuten inte hade hjälpt så mycket och de saknade "just kanske små konkreta råd om konkreta saker som händer. Allmänt i det stora, mitt mål med att lära känna mig själv bättre tycker jag inte jag har gjort med honom i alla fall."

Ålderskillnaden mellan patient och terapeut. Med några få undantag var den typiska terapeuten en kvinna i övre medelåldern. Man skulle kunna säga att patienterna mötte den egna föräldragenerationen i terapin. Endast i bilden av kluster I-terapeuten kommenterade patienterna spontant den stora ålderskillnaden. De såg generationsklyftan genomgående som en hjälpsam aspekt i terapin, även om den potentiellt kunde göra det svårt för terapeuten att förstå olika saker. Ett exempel: "Hon har positiva sidor... när jag blir lika gammal som hon, då vill jag vara som hon, för hon har en positiv inställning till livet. Det är så himla skönt tycker jag." Denna positiva syn på ålderskillnaden fanns dock inte där från början: "Det kan vara för att jag faktiskt kände att han kom från en annan tidsålder... jag tänkte då att han var ganska långt ifrån hur jag är och tänkte första gången att det inte alls skulle fungera. Men tvärtom så märkte jag att det fungerade väldigt bra just därför..."

Det är svårt att avsluta i psykoterapi. Intervjuerna med patienterna var gjorda i samband med avslutningen av terapin. Denna akuta separationskris har säkert på många sätt präglat patienternas bilder av sina terapeuter. Några patienter beskriver stressen över att behöva sluta i terapin trots att "allt inte blivit klart och tydligt" och att man inte hade "koll på allting", eller en känsla av att komma till en gräns som man inte förmått passera.

Förändringar under psykoterapins gång i patienternas beskrivningar av sina terapeuter

Positiva förändringar. Även om denna studie är begränsad till intervjuer vid avslutningen av terapier beskrev flera patienter spontant hur deras initiala bilder av terapeuten har förändrats. Patienterna som beskrev kluster I-terapeuten kopplade ihop positiva förändringar i deras bild av terapeuten med terapeutens aktiva bidrag till deras samarbete. Dessa patienter nämnde ofta terapeutens tidiga interventioner. Av patienternas beskrivningar framkommer att terapeuten kunde fokusera på sådana hinder för det gemensamma terapeutiska arbetet som negativ fadersöverföring, patientens tendens att förlägga problem hos någon annan eller försök att vara en "duktig patient". Terapeuten kunde tidigt uppmärksamma negativa reaktioner på en tolkning som patienten "försökte dölja så gott jag kunde". Patienten kunde "smälta det och fundera över det och insåg att hon [terapeuten] hade rätt som vanligt, så att det var bara positivt". Bilden av terapeuten kunde förändras när patienten upplevde att terapeuten "ville verkligen lösa de här problemen som jag hade" eller "gick in för att lösa det som jag inte förstod."

Patienterna som beskrev kluster II-terapeuten berättade att det tog tid att uppskatta terapeutens distanserade och neutrala hållning. Den initialt negativa bilden av terapeuten kunde förändras när patienten gjorde upprepade positiva erfarenheter i terapin, t.ex. av den avslappnade stämningen under terapitimmar eller terapeutens "coolande inverkan".

Negativa förändringar. Patienterna som beskrev kluster III-terapeuten hade en bestående negativ bild av terapeuterna och tidsdimensionen saknades i deras berättelser. Några av patienterna med en ambivalent bild av kluster IV-terapeuten beskrev hur deras bild blev mer kritisk i samband med avslutningen. En av patienterna hade mycket mer förtroende och tillit i början, men upplevde terapeuten som "hjälplos och maktlös" den sista perioden. Innan var terapeuten kraftfull och det fanns fler möjligheter, fler öppningar. Under sista halvåret tystnade kommunikationen dem emellan och patienten tyckte att det var svårt för terapeuten att gå vidare och hitta nya öppningar. En annan patient kände att terapeuten hade hjälpt honom att förstå "vad det är jag känner... och varför", men det har fattats något, "någon vägledning precis just nu... jag vet inte riktigt vad".

4. Kluster av idealtyper och skattningar

En statistisk prövning med Exacon test visade inga signifikanta skillnader mellan kluster av idealtyper i termer av patienternas kön, symptombelastning (GSI från SCL-90-R), global funktionsnivå (GAF) eller utvecklingsnivå av självrepresentationer (DRS) före terapin. Inte heller fanns det några signifikanta skillnader i förändringar av dessa variabler upp till terapins avslutning.

Begränsningar och fortsatta studier

Två invändningar kan resas mot användningen av patienternas bilder för en konstruktion av teoretiska modeller och utveckling av klinisk praktik. (a) Patienternas bilder av sina terapeuter, såväl som deras implicita teorier om vad som är kurativt, kan betraktas som symptom, dvs. som uttryck för deras problem och patologi. Nivåer före terapin och förändringar upp till avslutning i sådana variabler som symptombelastning, global funktionsnivå och utvecklingsnivå av självrepresentationer kunde dock inte diskriminera mellan de fyra klustren av idealtyper. (b) Patienternas bilder av sina terapeuter och deras implicita teorier om vad som är kurativt har härletts från deras manifesta berättelser och kan därför inte användas för att utvinna kunskap om omedvetna processer. Inte desto mindre innehåller dessa manifesta berättelser en implicit kunskap och det är en del i ett vetenskapligt förfaringsätt att göra sådan kunskap mer explicit och systematisk.

Andelen patienter med en negativ bild av terapeuten är i denna studie (11,5%) samma som i en tysk retrospektiv uppföljning av psykoanalys, som visade att 11% av patienter med alla slags diagnoser var missnöjda med sina terapier (6). Fyndet av tre grundläggande grupper av prototyper, nämligen positiva, negativa och ambivalenta bilder av terapeuten, rapporterades tidigare av Stuhr och Wachholz (4).

Denna undersökning fokuserar på patienternas subjektiva perspektiv. Samma terapeut kan troligen uppfattas olika av olika patienter och samma patient kan skildra samma terapeut på olika sätt vid olika tidpunkter. I en pågående studie jämförs patienternas bilder av sina terapeuter med terapeuternas beskrivningar av sig själva som just den aktuella patientens terapeut.

Patienternas bilder påverkas också av upplevelsen av terapins avslutning, troligen influerad av patienternas problematik och personlighetsegenskaper. Avslutningen i terapin är en akut separationskris, som även aktualiserar anknytningskrisen

från den inledande fasen i terapin. Patienternas bilder av terapeuterna präglas i varierande utsträckning av deras förmåga att hantera denna kris och att sörja. Detta har i sin tur samband dels med tidigare separationskriser i patientens liv, dels med graden av bearbetning i terapi av patientens beroende- och separationsproblematik, ett område som är särskilt aktuellt hos unga vuxna på tröskeln till vuxenlivet. En ytterligare fortsättning på denna studie är att följa upp förändringar i patienternas bilder av terapeuterna genom intervjuer ett och ett halvt och tre år efter avslutningen.

Ospecifika och specifika terapeutegenskaper

Så tidigt som 1936 beskrev Rosenzweig (12) gemensamma "faktiskt verksamma" faktorer, implicita i terapiformer med skilda "påstådda" teoretiska ideologier, sådana som psykoanalys, övertalningsterapi, Christian Science mm. Han var också den första som hänvisade till Dodo-fågeln berömda utslag från *Alice i Underlandet*: "Alla har vunnit, och alla måste få priser", senare vida spridd av Luborsky (13). Oftast studerar man gemensamma faktorer så som de formulerats på sextioalet inom Rogers' klientcentrerade psykoterapi: adekvat inlevelse, positiv uppmärksamhet, kravlös värme och äkthet (14). Senare psykoterapiforskning har gång på gång bekräftat att denna triad av ospecifika, relationella faktorer utgör det viktigaste inomterapeutiska bidraget till förändring (15). En del av de positiva terapeutiska egenskaper som framträder i patienternas beskrivningar sammanfaller med dessa terapifaktorer:

- adekvat inlevelse – terapeuten beskrivs som insiktsfull, tålmodig och accepterande, förstående och lyhörd, och är på samma spår;
- positiv uppmärksamhet och kravlös värme – respektfull och bryr sig, lugn, trygg och säker, försiktig och hänsynsfull;
- äkthet – förtroendeingivande, önskar patienten väl, har humor och en rad positiva personliga drag.

Utöver denna triad kunde dock tre andra subkluster av centrala egenskaper identifieras i de nöjda patienternas beskrivningar av sina terapeuter:

- terapeutisk tolkningsaktivitet,
- professionalism och teknisk neutralitet,
- uppmaning till patienten att omsätta terapierferenheter i det verkliga livet.

Terapeuternas tolkningsaktivitet beskrivs i termer av att höra undertexten, skapa sammanhang, koppla ihop, länka samman, dra paralleller, sätta finger på det bakomliggande, se saker från flera olika perspektiv och introducera nya tanke-

Vilken psykoterapeut passar mig?

sätt. Terapeuten förmedlar aktivt hopp, bidrar till etableringen av terapeutiskt samarbete och fokuserar tidigt på hinder för samarbetet.

Den terapeutiska aktiviteten att skapa en personlig mening är konkret och specifik, och den framträder mot bakgrund av *teknisk neutralitet*. Terapeuten är professionell, kompetent, värnar om terapins ramar, sätter gränser, har bra distans och är inte personligen in dragen i känslomässiga stormar.

Det som binder samman terapeutisk aktivitet och teknisk neutralitet är *uppmaning till patienten att omsätta terapierfarenheter i det verkliga livet*. Terapeuten förmedlar till patienten att denne är en aktiv agent i sitt liv och sin kur. Patienten känner terapeutens krav på sig på att utveckla en egen aktivitet för förändring. Patienten får utrymme för egen förståelse, tänkande och handlande, samt uppmanas att använda i det verkliga livet vad som förvärvats i terapin.

En del av de negativa terapeutiska egenskaper som beskrivs av missnöjda patienter kan ses som en *antonym av de gemensamma faktorernas triad*. Terapeuten beskrivs som menlös, tafatt, osäker, defensiv, saknar respekt, visar inte att hon bryr sig, är anonym och opersonlig. Parterna är inte på samma våglängd och patienten tycker inte om terapeuten som person. De centrala karakteristika som ingår i den negativa bilden av terapeuten verkar dock snarare motsvara *antonymer till specifika, psykoanalytiska faktorer*. Terapeuten beskrivs som passiv, distanserad på ett negativt sätt, oprofessionell och mistroendeingivande. Dessutom tycker inte patienten att terapeuten för dialogen framåt, stöttar och respekterar patientens egna aktiva bidrag till kuren. I vissa fall är patientens och terapeutens föreställningar om kuren troligen så skilda att terapiformen inte passar patienten. Utifrån denna undersökning framstår triaden av icke-specifika, gemensamma terapifaktorer som en gynnsam emotionell bakgrund för *specifika, psykoanalytiska faktorer*, så som de konstruerats från beskrivningar gjorda av nöjda patienter.

Vad kan psykoterapeuter lära sig av patienterna om terapeutisk hållning och teknik?

Flera patienter i denna undersökning gav slående beskrivningar av sina svårigheter att bli en psykoteraipatient och de upplevde att terapin över huvud taget hade varit krävande. Hos patienter med en positiv bild av den aktivt intervenande terapeuten kunde dessa initiala svårigheter övervinnas och de krävande aspekterna balanseras genom anammande av nya perspektiv och nya sätt att tänka. Hos patienter med en negativ bild av den passiva terapeuten bestod de

oförändrade eller förstärktes. Undersökningen visar tydligt att unga *patienter behöver lära sig att vara patienter i psykoanalytisk psykoterapi*. Terapeutens aktiva bidrag till denna inlärningsprocess tycks vara av avgörande betydelse. Terapeutiskt samarbete finns inte förhanden från första början utan förutsätter att patienten "uppfostas" till att bli en terapipatient.

Lika tydligt framstår i denna undersökning att *terapeuten behöver lära sig att vara den unga patientens terapeut*. Vad patienterna tycks uppskatta är en hållning hos en terapeut som aktivt skapar mening och intervenerar, där terapeuten tidigt fokuserar på föreställningar, fantasier, önskningar och rädslor hos patienten som kan utgöra ett hinder för det gemensamma terapeutiska arbetet. I patienternas ögon utgör detta det viktigaste bidraget till etableringen av en förtrolig relation och ett emotionellt band.

För att göra detta behöver terapeuten tidigt placera sig som en aktiv deltagare i dialogen. Terapeuten behöver tidigt *uppmärksamma och uppmuntra patientens berättelser om kuren och fokusera på skillnader mellan egna och patientens föreställningar*. Viktiga indicier kan troligen hittas inte bara i innehållet, utan även i den formella strukturen av patientens konstruktioner, som t.ex. slutna, frusna, oföränderliga och cirkulära berättelser, eller monologer som inte lämnar plats för den andre. Den specifikt psykoanalytiska meningsskapande tolkningsaktiviteten ska inte förväxlas med socialpsykiatrisk åtgärdsinriktning eller med aktiva behavioristiska eller kognitiva terapeutiska tekniker.

Som antiterapeutisk och kontraproduktiv framstår en hållning där terapeuten passivt lyssnar och tar emot patientens berättelse utan att ingripa i den. En sådan terapeut deltar inte aktivt och på ett personligt sätt i den gemensamma konstruktionen av mening. Denna förvrängda version av det psykoanalytiska terapeutidealet verkar bygga på en missuppfattning av teknisk neutralitet, härbärgerande och arbete i motöverföringen. Den upplevs också entydigt som hindrande och direkt skadlig av de unga patienterna. Denna typ av "som-om psykoanalys" har också visat sig leda till dåligt utfall (16). I ljuset av denna undersökning framstår terapeutens härbärgerande och hållande funktion som en aktiv process, nära kopplad till den terapeutiska meningsskapande aktiviteten.

Referenser

1. Frommer J, Langenbach M. The psychoanalytic case study as a source of epistemic knowledge. In: J Frommer, DL Rennie, eds. Qualitative psychotherapy research: Methods and methodology. Lengerich: Pabst; 2001. p. 50-68.
2. Auerbach J, Blatt SJ. Self-representation in severe pathology: The role of reflexive self-awareness. *Psychoanalytic Psychology* 1996; 13:297-341.
3. Gerhardt U. *Patientenkarrieren*. Frankfurt a M: Suhrkamp; 1986.
4. Stuhr U, Wachholz B. In search for a psychoanalytic research strategy: The concept of ideal types. In: J Frommer, DL Rennie, eds. Qualitative psychotherapy research: Methods and methodology. Lengerich: Pabst; 2001. p. 153-68.
5. Wachholz B, Stuhr U. The concept of ideal types in psychoanalytic follow-up research. *Psychotherapy Research* 1999; 9:327-41.
6. Leuzinger-Bohleber M. A follow-up study – critical inspiration for our clinical practice? In: M Leuzinger-Bohleber, M Target, eds. *Outcomes of psychoanalytic treatments: Perspectives for therapists and researchers*. London: Whurr; 2002. p. 143-73.
7. Rennie DL. Grounded theory methodology as methodical hermeneutics: Reconciling realism and relativism. In: J Frommer, DL Rennie, eds. Qualitative psychotherapy research: Methods and methodology. Lengerich: Pabst; 2001. p. 32-49.
8. Derogatis LR. *Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring and procedures manual*, 3rd ed, revised. Minneapolis: National Computer Systems; 1994.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition. Washington, DC: APA; 1994.
10. Diamond D, Blatt SJ, Stayner D, Kaslow N. Differentiation-relatedness of self and object representations (revised scale; manuscript). New Haven, CT: Yale University; 1995.
11. Blatt SJ, Auerbach JS. Psychodynamic measures of therapeutic change. *Psychoanalytic Inquiry* 2003; 23:268-307.
12. Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Ortho-Psychiatry* 1936; 6:412-415.
13. Luborsky L, Singer B, Luborsky L. Comparative studies of psychotherapies. Is it true that “everyone has won and all must have prizes”? *Archives of General Psychiatry* 1975; 32:995-1008.
14. Truax CB, Carkhuff RR. *Toward effective counseling and psychotherapy*. Chicago: Aldine Publishing; 1967.
15. Lambert MJ, ed. *Bergin and Garfield’s handbook of psychotherapy and behavior change*, 5th ed. New York: Wiley; 2004.
16. Grant J, Sandell R. Close family or mere neighbours? Some empirical data on the difference between psychoanalysis and psychotherapy. In: P Richardson, H Kächele, C Renlund, eds. *Research on psychoanalytic psychotherapy with adults*. London: Karnac; 2004. p. 81-108.

Desperat vid 23: En psykoanalytikers betraktelse

Matrix 2004; 4, s. 305-315

Andreas Murray

Erfarenheter och utmaningar har hämtats från kliniskt psykoterapeutiskt arbete vid Psykoterapiinstitutet i Stockholm. Den unge vuxne har byggt en psykologisk plattform utifrån vilken han/hon söker hjälp. Men plattformen kan ha svagheter. Till exempel kan den vara defensivt klichéfyllt eller omedvetet arrogant. Ram och kontinuitet är viktiga för att möjliggöra den terapeutiska processen med dess snart inkommande kriser. Den unge vuxnes behov återkommer i terapin och rädslan finns alltid närvarande. Galenskapens plats är viktig att hitta och förstå. Terapeutens psykologiska överlevnad förutsätter ett reflexionsutrymme utanför terapin.

Utgångspunkten för en ung vuxen som börjar i terapi är lidandet. Det kan manifestera sig i ångest och depression, men många unga vuxna har idag en klar upplevelse av att det är någonting under detta som man vill få kontakt med. Man vill veta vad det beror på egentligen. Det förhållningssätt som man har till sig själv när man presenterar sina symptom kanske inte upplevs som problematiskt. Man berättar om sitt lidande utifrån en plattform. Plattformen kan sägas vara grunden till det som kallas "arbetsallians" i terapिसammanhang. Den upplevs inte problemfylld i sig själv. Den ligger utanför symptomen. Men förhållningssättet – plattformen – kan i många fall också ha sviktat. Man kan inte längre lita på hur man tänker. Den kan bitvis utgöra ett hinder eller ett försvar mot att bättre förstå vad som ligger bakom symptomen. Då är man genast inne på det problem som varje terapi bjuder, nämligen att vissa delar av det som "jag" trots allt trodde att jag kunde lita på är kanske det som jag kan lita minst på. Då ökar ångesten och osäkerheten i terapin och man får den typen av reaktion som en ung vuxen hade efter ett halvår: "Nu när jag har berättat så mycket om mig själv då är jag räddare än någonsin att berätta mer."

Plattformen kan sägas vara den konventionella icke-lidande delen av den unga vuxnas sätt att vara och relatera. Jag vill speciellt peka ut två typer av ytterst problematiska plattformar: "De övertäckande klichéerna" och "Den skyddande överlägsenheten".

De övertäckande klichéerna

De övertäckande klichéerna är en typ av konventionalism som förnekar komplexiteten och motsägelsefullheten i människors motiv och existens. Konsekvensen är schablonartade uppfattningar som: "Människor har bara goda avsikter. Föräldrarna vill bara väl, saker och ting är egentligen enkla. Om man bara tänker och gör på lite annorlunda sätt än man just nu gör så kommer det att ordna sig. Om man bara tycker om sig själv så ordnar det sig." Det är en reducerad människosyn som den unge vuxne då lever under och som innebär att hon/han förnekar stora sidor av sin barndom och de drivkrafter som finns där: avund, rivalitet, vrede, sorg och längtan. Det här bildar ett nät där man anar individens rädsla för att det onda ska få det minsta tillträde. Det leder till ett slags torftighet, tråkighet och depression på sikt. Det blir en hämning i nyfikenheten mot andra och en viss inre utarmning. Svårigheten att hantera konflikter med andra blir stor. Beredskapen att lära av erfarenheter begränsas. Man bygger upp en psykologi kring sig själv och andra som bygger på ett förenklat system.

Den skyddande överlägsenheten

En man, 24 år, studerar på KTH, Kungliga Tekniska Högskolan. Han har gått i terapi sedan ett år. Allvarliga ångestsymptom hotar att stoppa honom i utbildningen och slussa över honom till ett handikappat liv. Terapin har gått bra så här långt och terapeuten och han har kunnat samarbeta och förstå en del av hans svårigheter. Men nu ökar problemen och terapeuten upptäcker att hon får allt sämre kontakt med honom och att hon börjat irritera sig på honom alltmer. Han har gradvis förändrat sig och tar emot vad terapeuten säger på ett pseudo-plan. Då och då smyger han in kommentarer om att det visste han för flera år sedan. Terapeuten upptäcker att också hon blivit alltmera arrogant mot honom. Relationen har mycket stillsamt försämrats så att ett krigstillstånd råder utan att någon av dem låtsas om det. I terapin har de tidigare kunnat konstatera att mannen använder sitt intellekt som skydd mot känslor. Han har många gånger intagit en arrogant och överlägsen hållning mot andra människor. Därigenom har han förnekat sitt beroende av andra, inte minst sitt behov av att vara omtyckt. Hans problem i yttervärlden har alltså flyttat in i terapirummet.

Ytterligare ett exempel: En ung kvinna, 19 år, har börjat på folkhögskola där man har en speciell linje som intresserar henne. I gymnasiet hade hon höga betyg men var ensam och hade inga "kompisar". På folkhögskolan intar hon en överlägsen attityd mot kamraterna. Hon får en "bästis" i en annan kvinna som också föraktar de andra. När den andra kvinnan plötsligt slutar på skolan och flyttar hem igen så bryter hon ihop totalt. Hon får psykosliknande föreställningar och hon måste uppsöka psykiatrisk akutmottagning. Hon får avbryta studierna och återvänder sjukskriven till sitt hem. En tid senare söker hon psykoterapi. Hon kan inte lämna hemmet och inte heller söka jobb eller utbildning. Hon är helt handikappad.

I de här två exemplen smyger sig fram en historiskt belastad idealbild, idén att man själv tillhör gruppen "övermänniskor". Det är idag, liksom alltid, ett skydd mot mindervärdeskänslor, ett förnekande av beroende av andra mera vuxna och mer kloka personer som man måste kunna etablera för att utvecklas. Att söka terapi är att i den stunden erkänna sitt behov av andra. Men man för med sig förhållningssättet smygande och omedvetet till terapirummet.

Ett annat sätt att försätta sig i överläge som inte så sällan framträder är att spela clown. En ung vuxen som gick i terapi sa efter två år: "Förr var jag alltid rolig, nu är jag alltid ledsen." Den här beskrivna reträtten till vad man kan kalla en narcissistisk skyddande enklav kan innebära att man låtsas relatera till andra på ett låtsas-jämställt sätt. Det leder ofelbart till depression och tomhet. Man känner förakt i stället för avund. Om man hade kontakt med avunden skulle den vara plågsam. Men när den förblir bortträngd så kan den inte bearbetas. Blir den medveten kan den ligga till grund för förändring mot att försöka bli sådan som man skulle vilja vara.

Här ovan har återgivits exempel på plattformar som havererar. Plattformens funktion är att försvara mot känslor av underlägsenhet och misslyckande, mot skam och kränkning. Det har fungerat under en period. Delar av samhällsideologin stödjer detta. Att så många söker psykoterapi efter att en kärleksrelation har havererat är inte konstigt: Det är kränkande och djupt skakande för självkänslan att uppleva att man inte har klarat en relation. Man blir låst i sin smärta och sina försök att fly den, och får svårt med förändring och utveckling. En ung man uttryckte sig så här: "Jag vill inte börja en ny relation efter att det sprack med min flickvän. Tänk om det leder till att jag skiljer mig när jag är 40!"

Desperationen

Den unga vuxna gör en känslomässig anknytning till terapeuten. Det bli i allmänhet inte särskilt uttalat hur anknytningen ser ut. Den utgör en tyst men viktig grund för att diskutera svårigheterna dvs. problemarbetet. Problemarbetet är huvudsakligen kognitivt. Tänkandet och tankeapparaten är en viktig del i vår förmåga att överleva. Men anknytningen i sig är emotionell. I anknytningen ligger, eller förmodas ligga, tilliten till terapeuten. Bristen i anknytningen är också emotionell. Det är först när det uppstår problem i kontakten eller dialogen som det blir anledning att diskutera anknytningen i det terapeutiska samtalet. I många terapier kommer frågan upp snabbt i och med att den unga vuxna öppet misstror terapeuten, och går till attack. Men ibland sker det inte på det sättet och det kan ta lång tid innan det blir synligt. Anknytningen har ägt rum, men den har skickligt byggt in misstron i sig själv. Den rimligt kritiska hållningen till relationen saknas.

Terapisessionen har en början, ett mitt och ett slut. Det måste den unga vuxna hantera på ett optimalt sätt i förhållande till den inre psykologin. Längre terapier har naturligtvis längre uppehåll såsom nyår och sommar. Allt det påverkar processen. Om det blir ett uppehåll så kan den unga vuxna hantera det genom att behålla länken till terapeuten inom sig eller attackera den och försöka utplåna den för att klara sig bättre. I det första fallet kan han eller hon känna mer smärta, ilska, längtan, sorg och ensamhet. Men om den unge vuxne attackerar länken känner hon eller han kanske ingenting. Det kan utvecklas till en desperat tomhet som tar sig uttryck på andra sätt. Här kommer uttrycket "Desperat vid 23" in. Desperationen tydliggörs bl.a. vid uppehåll och separationer. Många gånger kommer en kris efter någon månad av inledande psykoterapi.

Spanskans "*des esperado*" betyder "utan hopp". Desperationen väcks av att hoppet är borta, hoppet om en närande relation som berikar en själv och gör att man kan leva vidare och utvecklas. Från känslan av desperation kan det vara ett litet steg till att börja utföra destruktiva handlingar mot sig själv eller andra. Känslan är stark men diffus, och trycker på mot handling. Många gånger består känslan av vad jag vill kalla "förtvivlanshat". Ordet saknar bindestreck därför att det inte går att skilja ut vad som är det ena och andra. I vardagslivet säger man "jag blir både arg och ledsen". Men i desperationen är förtvivlanshatet en intensivt överväldigande affekt. Mycket av psykoterapi och psykoanalytisk psykoterapeutisk metod handlar förmodligen om att avskilja och se både hatet och förtvivlan, och att det finns en underliggande anknytning som har med stark kärlek att

göra. Det handlar också om upplevelsen av att inte båda känslorna kan finnas samtidigt. "Hatar jag mycket så utplånar jag den som jag är beroende av och då kan jag inte leva längre." I detta torde självmordets psykologi ligga förborgad. Avskiljandet av de två delarna, förtvivlan och hatet, och integrationen av dem på nytt, samt rörelserna mellan dessa positioner, är centrala delar i en psykoterapi där liv och död står på dagordningen. Det gör det alltid hos unga vuxna. Annars hade man inte sökt hjälp.

Ett exempel: En ung kvinna hade sitt första veckolånga uppehåll i terapin. Hon hade gått i två månader. Efter några dagar ringer hon till Psykoterapiinstitutet och säger att hon har kastat flaskor omkring sig och skadat andra människor. Hon har stark ångest. Psykoterapeuten som tar samtalet frågar om det möjligen kan vara så att hon saknar sin terapi under den här veckan. Hon uppmanas att ringa igen nästa dag om problemen fortsätter. Hon blir lugn, ringer inte nästa dag och återgår i terapin veckan efter.

Det är viktigt att beakta att den unga vuxna som går i terapi inte alltid själv är medveten om vilken betydelse hon eller han omedvetet har givit terapisamtalen. Den unge vuxne skyddar sig mot att inse det. Men det märks på andra sätt, vilket erfarna terapeuter känner igen.

Ett annat exempel: En mycket ung kvinna med svåra problem gick in i en period där hon sa mycket litet till sin terapeut överhuvudtaget. Hon satt där, hon kom noga, det var viktigt för henne att komma. Ibland uttalade hon välformulerade meningar om sig själv och tillvaron. Sedan var hon tyst igen. Under ett uppehåll gjorde hon ett allvarligt självmordsförsök och psykoterapeuten sökte upp henne på sjukhuset där hon låg. Hon försökte få kontakt med henne, men det var svårt. Flickan hade varit intresserad av poeten Karin Boye, och hon hade läst hennes dikter noga. Som vi vet så tog Karin Boye sitt liv. Men psykoterapeuten valde att läsa Tove Jansson, "Det osynliga barnet" för henne. Ett exempel på hur en psykoterapeut kan välja att fokusera på ena sidan av det suicidala förtvivlanshatet. Texten handlar ju om att ilska kan göra att man blir synlig och börjar finnas till.

Jag tror att konsten med god psykoterapi med unga vuxna är att kunna närma sig hatet på ett sådant sätt att inte den som går i terapi känner sig hatad. Klienten i terapi har ett starkt överjag och lätt att få skuldkänslor. Det finns ett behov hos den unge att förneka det därför att man också har en inre föreställning om att ens eget hat är förgörande. Skulle man släppa fram det så går världen under. Men

Desperat vid 23: En psykoanalytikens betraktelse

om terapeuten kan närma sig förtvivlanshatet, så att tragedin i båda aspekternas samtidighet blir kommunicerbar, då har man tagit ett steg framåt i processen.

Behovens återkomst och rädslans ständiga närvaro

Behov och rädsla är paradoxala samtidigheter. Där det finns ett behov där finns också en rädsla. Behov är oöverblickbara, dunkla, delvis omedvetna och obegripliga, men ändå existerande. Man söker psykoterapi för att man är rädd. Rädslan kanske försvinner, men efter ett tag kommer den tillbaka i en ny tappning, oväntat. Några exempel från terapirummen:

Gunilla, 22, har uteblivit från sin vanliga tid. Hon har ringt återbud till terapeutens röstbrevlåda tidigare på dagen. Det händer ibland att hon gör det. Det kan finnas goda skäl vid sådana tillfällen. På röstbrevlådan säger hon den här gången dagens datum. Hon är ordentlig, men denna gång lägger hon också till "år 2000". Terapeuten som får meddelandet reagerar: Det här är inte likt Gunilla. Det låter oroande, dramatiskt. Meddelandet får en formell klang med både distans och ironi. Vid nästa terapitimme visar det sig att Gunilla hade haft så mycket smärta och sorg att hon inte orkade komma med den till terapin. Genom att inte komma skapade hon balans mellan sitt behov att uttrycka sina känslor och ha kontroll över dem. Att komma till terapin innebär också att starka känslor kan stimuleras ytterligare och då kan det bli svårt att lämna terapitimmen och behöva vara ensam med sig själv till nästa timme.

Man kan säga att det finns en underliggande halvmedveten ångestfantasi. Den är diffus men kan vara kraftig. Om den kan struktureras kan man få kontakt med ett scenario, en fantasi som är kopplad till ångesten. Fantasin förklarar eller illustrerar ångesten. Den kan ofta också beskrivas som en föreställning att terapeuten inte ska kunna ta hand om, ingärda, härbärgera eller ge mening åt smärtan som den unga har. I stället förutses att en process mot kaos och undergång startar och att denna inte kan hållas under kontroll.

Vid ett annat tillfälle uteblir Gunilla därför att en kamrat till henne har brutit ihop och blivit inlagd på psykiatrisk klinik. Hon är rädd att samma utveckling ska ske om hon möter sin terapeut. En "förebyggande åtgärd" för att inte bryta ihop är att inte gå till psykoterapin just då.

Ytterligare ett exempel: En ung kvinna, Kerstin, 18, kommer in i terapirummet och brister genast i gråt. Hon säger att det handlar om pojkvännen. Från att han

har varit någon som hon har kunnat vila ut hos så har han nu blivit "ångestens kärna". Hennes pojkvän hade ringt på morgonen. Hon sa att hon mådde så dåligt att de kanske inte skulle träffas. Han sa: "Men vi behöver ju inte träffas varje dag!" Då bjuder hon hem honom. När han är hos henne avvisar hon honom. Han finner sig i det och säger att han bara vill dricka färdigt sitt té innan han går. Hon säger till terapeuten att hon förstår att det här inte har med honom att göra, det är hennes egna demoner. Hon tillägger: "Det är likadant med dig! Jag har gjort dig till en ångestfigur!" Så börjar hon gråta igen.

Vi ser i dessa exempel hur rädslan kommer in i terapirummet. Den har tidigare legat "därute", i kontakten med andra och med en själv. Arbetet har skett på en mer kognitiv nivå: "Hur det är därute, hur jag ska förstå och kanske försöka förändra det och mig själv där." Nu förändras fokus mot hur det är "härinne" och hur jag ska stå ut med och förstå det. Den ursprungliga känslomässiga anknytningen, tilliten eller arbetsalliansen, har alltså börjat infiltreras med rädsla. Det grekiska ordet för rädsla har skapat uttrycket fobi som vi använder och känner till i klaustrofobi, agorafobi, social fobi. Fobi är en form av strukturerad rädsla. Rädslan är fokuserad till vissa sammanhang och man har den samlad på en plats. Om jag undviker vissa miljöer eller situationer eller för all del vissa tankar så har jag rädslan under kontroll. I exemplet ser man en slags fobi mot hela terapituationen, fobin har liksom flyttat till terapin. Fobin handlar om att rädslan ska ta över helt och hållet så att man kastas ner i "svarta hålet". Det begreppet vill jag använda som en samlande beteckning för en ångest som är formlös och bortom allt och därför utan ett namn. Genom grubbel-tänkande, fysisk och psykisk träning, pseudoförnuft och rationalitet försöker den unge vuxne skapa sig ett eget hanterande av ångesten. Men man inskränker sin livsstil och det blir stopp i utvecklingen just när den är som mest högbehövlig. Unge vuxna har stora projekt framför sig, partnerskap och arbete. Tung vilar uppgiften att behöva välja, och att ställas inför konsekvenserna av sina val och icke-val.

Platsen för psykoterapin, huset man går in i och en timme senare ut ur, kan vara Psykoterapiinstitutet, en stor byggnad. Det kan vara en psykiatrisk mottagning, en terapimottagning. Platsen, huset, kan bli laddad negativt och fobiskt. Den unge vuxne blir mer rädd när han eller hon går in i huset. Men samtidigt har hon under processen blivit mindre rädd i andra sammanhang. Bland kamrater och i utbildningssammanhang börjar det gå riktigt bra. "Det" har flyttat till huset. Om den unge vuxna är tillräckligt introspektiv så kan man undersöka detta i terapin. Det måste ses som ett framsteg i processen. Känslomässiga laddningar förläggs nu till terapin medan frihetsgraderna i det övriga livet har ökat.

Desperat vid 23: En psykoanalytikens betraktelse

Behovens återinträde på den terapeutiska scenen kan ta sig starka uttryck. "Varför är du inte min mamma?" – kan en kvinnlig terapeut få höra. Eller mer dramatiskt: "Du är min mamma!" I det senare exemplet ser vi något som på en nivå är en vanföreställning. Samtidigt har den unge vuxne känt sig unikt bekräftad i personlig interaktion. Terapeuten har inte haft det som avsikt. Det har råkat bli så och terapeuten har inte heller förväntat sig repliken. Det går aldrig att skapa en sådan situation. Ett smärtsamt fortsättningsarbete kvarstår.

Behoven kan som tidigare påpekats bli alltför starka. En ung vuxen kan välja att avbryta en terapi därför att hon inte får veta tillräckligt mycket om terapeutens personliga livsförhållanden. Eller hon lämnar rummet efter 15 minuter för att – som en uttryckte det – "inte få hela veckan förstörd av alltför mycket sorg". Behoven och rädslan blir alltså i viss mån stötestenar och hinder i terapin men, paradoxalt nog, också grundbultar och garantier för dess framåtskridande.

Galenskapens plats

En ung vuxen säger till sin psykoterapeut: "Du, jag kommer att börja förfölja dig." Det är en ung kvinna som säger det till sin kvinnliga psykoterapeut. Många psykoterapeuter har varit med om att de som går i terapi ringer hem eller på annat sätt börjar närma sig terapeutens privatsfär. De klarar inte av det avstånd som är nödvändigt i det psykoterapeutiska kontraktet. Jag kallar detta avsnitt "galenskapens plats". Vad som är galet växlar naturligtvis i våra värderingar och är kulturellt betingat. Men det är något som är främmande för oss, samtidigt dock ofta intressant. Annars skulle vi inte se på alla filmer som skildrar detta. Det är delar av vårt inre. Man kan kalla det för driftslivet i vid mening eller fantasilivet i alla dess ohämmade former.

En ung kvinna talade om att hon skulle ta sitt liv men det var hemligt hur hon skulle gå till väga. Hon skulle inte berätta det för terapeuten. Hon var rädd för att antingen hon själv eller hennes föräldrar bar på galenskap och vansinniga impulser. Efter en tid lyckades den kvinnliga terapeuten sätta ord på något som kvinnan dolde men ändå antydde, nämligen tanken att även terapeuten skulle vara galen. Hon hade alltså en – av naturliga skäl hemlighållen – fantasi att terapeuten ville utnyttja henne mentalt, ta över hennes tänkande, hennes hjärna, ta hennes fria vilja ifrån henne. Detta skulle göra henne "besatt", eller vara ett uttryck för att terapeuten var "besatt". Terapeuten å sin sida hade från terapins början upplevt en intensiv motvilja att ta kvinnan i terapi. Hon tålde henne inte och hon hade tänkt säga nej. Men efter självrannsakan fann hon att den egna

upplevelsen förmodligen speglade kvinnans problem: att hon inte tålde delar av sig själv, och att hon hade med sig starka upplevelser av att inte ha varit accepterad. Därför bestämde terapeuten sig för att trots allt påbörja terapin. Kriserna i psykoterapin kom speciellt vid uppehållen. Små förändringar fick stor betydelse. Den unga kvinnan betedde sig destruktivt mot sin omgivning. Hon attackerade terapeuten med hat, stirranden, utfall. Terapeuten fick erfara att man inte kan förutsäga en terapiprocess ens från timme till timme.

En ung man med självmordstankar, 19 år gammal, säger att terapin inte ger något och inte kommer att ge något. Allt är egentligen mycket löjligt. Den kvinnliga terapeuten svarar att mannen i så fall på ett plan har bestämt sig för att terapi inte ska få ge något, eftersom han inte kan ha en sådan kunskap om framtiden. Med en viss samlad vrede i rösten tillägger hon: "Du föraktar det närmande som under sista halvåret har ägt rum mellan oss." Mannen svarar: "Är du arg eller spelar du?"

Exemplet visar hur svårt det kan vara för den som går i terapi att avgöra terapeutens känslöengagemang. Men hur man bedömer den andres känslöengagemang kan också spegla en egen inre oklarhet huruvida man spelar själv eller huruvida ens känslor är på riktigt. Föreställningen att terapeuten manipulerar för att få vissa känslor till stånd är inte ovanlig. "Du gör det där för att få mig arg", eller "Du gör det där för att du vill att jag ska säga det och det". Man kan ha svårt att omfatta en föreställning att terapeuten enbart säger något utifrån hur hon eller han förstår situationen. Man kan vara mycket bestämd på att det finns uträknade manipulativa drag hos terapeuten som liknar hjärntvätt. Förståelsen att terapeuten inom sig, i det vi kallar motöverföringen, kan rymma starka och motsägelsefyllda känslor av såväl positiv som negativ art mot den som går i terapi kan vara ytterst begränsad. Och att allt detta kan hållas ihop av nyfikenhet och respekt blir också svårt att förstå. Den unga vuxna själv har ju sökt hjälp pga. problem att hålla ihop olika delar av sitt känsloliv så att det går att komma vidare.

Hur ska man förstå aggressivitetens plats i terapeutiska sammanhang med unga vuxna? Hur sortera ut det kloka och det galna? En del unga som söker terapi kan ha ett specialintresse för filosofi. Frågan om livets mening är högaktuell. Hur hitta fram till ett Jag som upplever mening i att relatera konstruktivt? Hur äga sin historia?

En ung kvinna, 24 år, med långvariga depressiva symptom börjar i långtidsterapi. I en av de första sessionerna berättar hon en dröm som hon just haft: Hon slår in

Desperat vid 23: En psykoanalytikers betraktelse

huvudet på en man. Den unga vuxna i terapi önskar ta del av ett tänkande och en förmåga att sortera ut saker och ting som han eller hon hoppas att terapeuten ska besitta. Den kapaciteten skulle kunna oskadliggöra den galenskap som han eller hon känner att hon bär på. Det kan handla om impulser som har med det destruktiva att göra, men också skuld och sorg. Galenskap och sorg ligger psykologiskt nära varandra. Längtan och destruktivitet kommer därför också att ligga nära varandra i det psykiska livet.

En ung kvinna avbryter sin session efter 15 minuter. Hon är hungrig och ska äta lunch. Hon är 22 år. Hennes avbrott kan ses som en aggressiv handling mot terapeuten och minst sagt en markering av självständighet. Men man kan också tänka sig att den unga kvinnan på djupet åtrår sin terapeut och vill äta upp henne. Då skyddar hon henne från detta genom att istället gå och äta lunch. Antag att hon hade velat införliva terapeutens hjärna, bröst, psyke, mentala fungerande för att få näring för en egen utveckling och antag att hon tidigare lidit av bulimi. Då får vi grund för ett sätt att reflektera kring varför hon måste gå någon annanstans och inta lunchen: Terapeuten måste räddas.

Terapeutens överlevnad

En ung kvinna stirrade mycket på sin terapeut. Hon frågade plötsligt varför terapeuten tittade bort ibland. Terapeuten svarade: "För att tänka". Den inre tankeaktiviteten bygger på att man kan isolera sig, åtminstone delvis, från omvärlden och från den som man sitter med. Man gör det för att ägna sig åt en inre verksamhet som kan avsätta ett resultat som man kan ha nytta av. En sidoeffekt av psykoterapi kan vara att man ökar sin förmåga att tänka så att det blir ett användbart, näringsrikt resultat. När tänkandet inte längre är cirkulärt blir det fruktbart, med ökad förmåga till inläring, tålmod och träning. Om en terapeut ska kunna möta utmaningarna och hitta utrymme att tänka så måste han eller hon skaffa sig det. Det räcker i långa loppet inte med det tänkande man har under sessionerna.

Terapeutens bearbetning kan ske i en handledning eller reflekterande grupp av kollegor. Om det sker i en grupp kan gruppmedlemmarnas fria associerande kring terapin bidra till att ångestens centrala komponenter identifieras. Hur ser de ut egentligen, kan vi strukturera dem, kan vi ge dem ett ansikte? En sådan reflexionsgrupp skulle kunna liknas vid en avgiftningscentral där toxiska komponenter urskiljs och identifieras. Om en god process äger rum så kan komponenterna förädlas till ett slags medicin. I reflektionsutrymmet skapas ett klimat som i bästa

fall liknar det lekfulla, en slags lättsam rörlighet kring allvarliga saker. Leende och skratt ligger nära, men med smärtan som ständig gäst. Om arbetet blir lyckosamt kan terapeuten under engagerat avspända former förmedla sina tankar till den unge vuxne. Den unge vuxne kan då börja äga ångesten istället för att ångesten äger den unga vuxna.

Unge voksne som søgte gruppeanalytisk psykoterapi

Matrix 2004; 4, s. 316-333

Vivi Maar, Kathrine Egelund Christensen og Siv Boalt Boëthius

Denne undersøgelse, som indgår i et større projekt om gruppeanalytisk psykoterapi med unge voksne, beskriver de vanskeligheder og symptomer, 57 unge i alderen 18-26 år henvendte sig med, da de søgte psykoterapeutisk hjælp ved en universitetsklinik. Deres vanskeligheder kategoriseres i fem hovedområder: Vanskeligheder og symptomer, Baggrund for vanskelighedernes opståen, Egne strategier, Forestillinger om fremtiden og Forestillinger om gruppeterapi.

Udgangspunktet har været at beskrive gruppen af unge som helhed, illustreret med kliniske eksempler. Undersøgelsen bygger på visiterende samtaler med hver af deltagerne, samt på andet dokumenteret klinisk materiale. Undersøgelsesgruppen bestod af ca. lige mange mænd og kvinder, hvoraf hovedparten var studerende på længerevarende uddannelser. Undersøgelsens data blev analyseret kvalitativt og kvantitativt. Resultaterne viste, at de hyppigste vanskeligheder var relationsproblemer, identitetsproblemer, samt eksistentiel uro og angst. Vanskeligheder i familien i barndommen betragtedes som den almindeligste baggrund for den aktuelle livssituation. Almindelige strategier var ud over at søge behandling dels passiv opgiven eller benægtelsen, dels kontrollere. Forestillinger om fremtiden og om gruppeterapi var skiftende. Der kunne konstateres visse forskelle mellem de yngre og de ældre i gruppen, samt mellem mænd og kvinder.

INDLEDNING

I den for aldersgruppen af unge voksne mellem 18 – 25 år har man i de senere år kunnet iagttage et stigende behov for psykoterapeutisk behandling. Samtidig er behandlingstilbud til netop denne aldersgruppe fortsat sparsomme.

Mens man i en årrække har beskæftiget sig med adolescensperioden, er der endnu relativt få undersøgelser af udviklingen fra senadolescens til voksenlivet (1), selv om det er i denne periode, identitet, intime relationer, familie og karriere er under opbygning (2). Erikson (3) taler om identitetsudvikling og -forstyrrelse, intimitet og isolation som temaer, der i særlig grad berører de unge voksne. Han fremhæver, at psykiske vanskeligheder hos unge på vej ind i voksenlivet ofte kan have krisepræg og undertiden være mindre permanente end vanskeligheder, som opstår senere i livet. Den udtalte fysiske og kognitive udvikling hos de unge voksne medfører store psykologiske forandringer, som bevirker, at især sensitive unge kan opleve alvorlige kriser og miste deres psykologiske fodfæste. Dermed kan det tidvis blive vanskeligt at udvikle en voksenidentitet (4).

Perioden, hvor individualisering og identitetsdannelse skal finde sted, er blevet tiltagende kompleks og krævende. De unge må selv finde deres ståsted, træffe deres valg, etablere nye livsstilsformer i forsøg på at overvinde modsatrettede krav om at skulle være ung og voksen på samme tid (5). Ydermere vil unge voksnes livs- og relationsmønstre i dag hyppigt være præget af diskontinuitet på grund af tidligere eller nylige brud i kontakten til forældre, søskende, lærere, skolekammerater, venner og kærester. Dette kan medføre en oplevelse af rodløshed og ensomhed, ikke sjældent kombineret med forskellige sociale, eksistentielle og personlighedsmæssige problemer som for eksempel identitets- og kontaktforstyrrelser, angst, depression, usikkerhed og ringe selvværd (6).

For at få øget viden om hvilke alderstypiske fænomener, der karakteriserer gruppen af unge voksne, har man ved Psykoterapiinstituttet i Stockholm foretaget en kvalitativ interviewundersøgelse (YOUTH) af en ikke-klinisk population med 23 unge, som fortalte om belastninger og oplevet modgang, om baggrunden herfor, og om hvordan de søgte at klare det nu og i en tænkt fremtid. Centrale temaer var relationsproblemer i forhold til forældre, venner og partnere. Andre temaer drejede sig om vanskeligheder i forbindelse med studie- og arbejdsrelaterede valg, de mange valgmuligheder og valgenes betydning for identiteten. Baggrunden for belastningerne fandtes ofte i et svigtende selvbillede (7).

I et fortløbende projekt "Unga vuxna i psykoterapi" (Young Adult Psychotherapy Project: YAPP) fokuserer man på patienternes subjektive forklaringsystemer i forbindelse med egne vanskeligheder, på hvordan disse er opstået og på, hvad der kan være til hjælp. Gruppen af behandlingssøgende unge mellem 18 og 25 år beskrives blandt andet med hensyn til baggrunds- og personlighedsvariable, ud

Unge voksne som søgte gruppeanalytisk psykoterapi

fra data indsamlede inden behandlingens begyndelse. Det almindelige mønster var, at patienterne havde lav selvfølelse og symptomer som nedtrykthed, uro og angst samt problemer i relation til andre (8,9,10).

Projekt Unge voksne i gruppeanalytisk psykoterapi

I en årrække har man ved en universitetsklinik tilbudt unge voksne længerevarende gruppeanalytisk psykoterapi. I årene 1991 til 2003 har 57 unge i alderen 18 – 26 år deltaget i dette gruppebehandlingsforløb. I denne artikel undersøger vi denne gruppe af unge nærmere ved at belyse fænomener, som karakteriserer gruppen som helhed. Vi tager udgangspunkt i, hvorledes de unge selv præsenterede sig på henvendelsestidspunktet ved individuelle visitationsamtaler og ved andet materiale i visitationsfasen.

Projektet er udformet som et kombineret behandlings-, forsknings- og uddannelsesprojekt. Det er opbygget omkring en langsomt-åben gruppeanalytisk gruppe, som mødes 1½ time ugentligt (ca. 40 gange årligt). I gruppen deltager 7-9 unge voksne og to terapeuter, hvoraf den ene er en yngre psykolog i videreuddannelse, mens den anden er en seniorterapeut, som har været gennemgående i hele projektføreløbet.

I den gruppeanalytiske behandling tilstræber man at udnytte den terapeutiske effekt, der ligger i selve gruppeprocessen og i den setting, gruppen udgør. Gruppens faste tidsmæssige rammer og tilbuddet om deltagelse i gruppen i mindst et år, skaber en vis stabilitet, kontinuitet og regelmæssighed i kontakten. Dette står ikke sjældent i modsætning til de unges almindelige kontaktmønstre, som ofte er præget af skift.

Visitationsprocedure: Hvorvidt en klient egner sig til at indgå i en gruppeanalytisk gruppe på et givet tidspunkt i sin og gruppens udvikling afhænger af flere faktorer. Visse problemer synes på forhånd for vanskelige eller uegnede til behandling i gruppe. Det drejer sig for eksempel om klienter i akut krise, klienter med udtalte vanskeligheder med impuls kontrol, med alkohol- eller stofmisbrug eller med karakterologiske forsvar, som i alvorlig grad hindrer interpersonel relatering. Det kan ligeledes være klienter, som mangler evne eller vilje til at acceptere gruppens regler (10,11). Man må vurdere, om gruppebehandling vil være egnet for klienten, men derudover også om klienten vil være egnet til at indgå i behandlingsgruppen ud fra den sammensætning, den har på det givne tidspunkt. Det tilstræbes at have en nogenlunde ligelig fordeling af mænd og kvinder i gruppen.

Udvælgelse til gruppeterapi er en kompleks proces, som må foregå i flere tempi. Den unge voksne må have mulighed for at overveje behandlingstilbuddet, give udtryk for sine forventninger og betænkeligheder samt undersøge sine praktiske muligheder for at deltage. Vurderingen af, om den unge vil kunne profitere af gruppeanalytisk psykoterapi, baserer sig ikke kun på det, der berettes om, men også på de reaktioner og det samspil, der opstår i visitationssamtalerne. Oplysning om tidligere gruppeerfaringer af positiv eller negativ art, og om den unges forventninger og forestillinger om egen deltagelse i gruppeterapi kan ligeledes være væsentlige at indhente.

Den aktuelle undersøgelses spørgsmål

I den foreliggende artikel undersøger vi nærmere:

1. Hvilke vanskeligheder og symptomer de unge voksne beskriver ved henvendelsen til universitetsklinikken.
2. Hvilke baggrundsfaktorer de nævner som væsentlige.
3. Hvilke strategier de har anvendt for at klare vanskelighederne.
4. Hvilke forestillinger de har om fremtiden, og
5. Hvilket syn de har på deltagelse i gruppeterapi.

METODE

Valg af måleinstrumenter

To typer af data danner grundlag for undersøgelsen:

a) Henvendelseskema.

I henvendelseskemaet har ansøgeren dels angivet visse personoplysninger, dels beskrevet sine problemer og vanskeligheder, samt hvad der ønskedes hjælp til, hvorfor hjælpen blev søgt på det tidspunkt, og hvor længe vanskelighederne havde været aktuelle.

b) Visitationssamtale.

Ved visitationssamtalerne høres om aktuelle og tidligere psykiske, somatiske og sociale problemer, og der orienteres om gruppens rammer og regler og om den forskning, der foregår i forbindelse med behandlingen. Samtidig undersøges det, om den unge er motiveret og har mulighed for at indgå i et længere behandlingsforløb. Indholdet af disse samtaler blev skrevet ud hurtigst muligt, efter de havde fundet sted. Udover indholdet af de visiterende samtaler inkluderedes

Unge voksne som søgte gruppeanalytisk psykoterapi

indholdet af forskellige bilag, såsom personlige breve, information om tidligere behandlingskontakter samt notater om telefonsamtaler etc., i grundmaterialet for indsamlingen af data.

Kodning og kategorisering af udsagn

Samtlige klienter fik et kodenummer med individuel bogstavmarkering, markering af køn og år for gruppestart. Kategorisering og kodning af undersøgelsesdeltagernes udsagn blev gjort i fire trin. Med udgangspunkt i tilgængeligt materiale blev alle udsagn, som vedrørte de hovedområder, som undersøgelsen havde til hensigt at belyse, fremhævet. Udsagnene blev derefter organiseret i tematiske grupper og kondenseret med henblik på at fremhæve disse fænomener.

De fire led i kodningen og kategoriseringen af data indebar først en kodning af alle udsagn for den enkelte klient, kaldet *individuelle temaer*. I næste led tilstræbtes et mere overordnet billede af de fænomener, som de enkelte klienter havde beskrevet. Denne omformulering og kategorisering af indholdet i de individuelle temaer indebar, at temaer, som blev bedømt som ensartede, blev ført sammen under fælles rubrikker, kaldet *generelle temaer*. For at komprimere og systematisere mængden af data yderligere blev der udarbejdet forskellige *kategorier* som et tredje led. Gennem samkodning af generelle temaer og kategorier, som beskriver fænomener baseret på klienternes udsagn, blev *fem hovedkategorier* opstillet ud fra undersøgelsens spørgsmål. Disse var:

1. *Vanskeligheder* og symptomer
2. *Baggrund* for vanskeligheder og symptomer
3. *Egne Strategier* i forhold til vanskeligheder og symptomer
4. Forestillinger om *Fremtiden*, samt
5. Forestillinger om *Gruppeterapi*.

En manual til kodning af data blev udarbejdet med udgangspunkt i den manual, som anvendtes i YOUTH - projektet (7).

Analyse af data

For at skabe overblik og for at kunne besvare undersøgelsens spørgsmål blev det kvalitative materiale lagt ind i et sorteringsprogram (Excel). Den information som blev registreret var: hovedområde, kategori, personkode, køn, startår, alder og individuelle temaer. Gennem denne opstilling og sortering fik vi et godt overblik over de forskellige vanskeligheder, de enkelte klienter havde beskrevet.

For statistisk at efterprøve, hvor almindelige de undersøgte fænomener var, blev dataoplysningerne lagt ind i SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), hvorefter det blev undersøgt, om der var forskelle mellem mænd og kvinder, og mellem yngre og ældre klienter. Signifikansniveauet fastsattes til 5%.

Reliabilitet og validitet

Tre bedømmere har vurderet og kodet data, uafhængigt af hinanden. Graden af overensstemmelse mellem de uafhængige bedømmelser var god med hensyn til identificering af individuelle temaer. Når det gjaldt formuleringen af generelle temaer, blev den endelige formulering gjort som konsensusbedømmelser, da det primært handlede om at finde så gode og korte formuleringer som muligt.

For at undersøge validiteten blev yderligere to bedømmere bedt om, uafhængigt af hinanden, at læse et antal udsagn fra forskellige områder og tage stilling til, hvordan de blev præsenteret i rapporten. Resultatet viste god overensstemmelse i bedømmelsen af indhold i klienternes udsagn.

RESULTATER

Undersøgelingsgruppen

Alders- og kønsfordeling: I undersøgelingsgruppen indgik 57 klienter, 30 mænd og 27 kvinder. Den nogenlunde ligelige kønsfordeling var resultat af udvælgelsen til visitation, hvor en ligelig kønsfordeling har været tilstræbt af hensyn til behandlingsgruppens sammensætning. Målgruppen for behandlingstilbuddet var mænd og kvinder mellem 18 - 25 år. Nogle enkelte af deltagerne i gruppen var dog ældre, da de med deres særlige problemstillinger skønnedes velplaceret i gruppen. Gennemsnitsalderen var 23 år.

Beskæftigelse: Hvad angår deltageres primære beskæftigelse på visitationstidspunktet var 38 (67%) studerende på et bredt spektrum af længerevarende uddannelser. Seks af deltagerne var i gang med mellemlange uddannelser, fem var i gymnasiet og en var værnepligtig. Fem var ufaglærte, en arbejdsløs, mens beskæftigelse for seks af klienterne var uoplyst. At så mange af deltagerne var unge i længerevarende uddannelser skyldtes sandsynligvis, at hovedhenviser til behandlingsgruppen var Studenterrådgivningerne ved de højere læreanstalter.

Civilstatus: En opgørelse over deltageres civilstatus på visitationstidspunktet viste, at 21, heraf 13 mænd og 8 kvinder, var enlige, 27 havde en kæreste (hvilket anføres, da det synes at have særlig relevans for denne aldersgruppe), tre var samboende, og ingen var gift. Kun én af de 57 deltagere, en mand, havde et barn.

Unge voksne som søgte gruppeanalytisk psykoterapi

Boligform: Deltagerne boede overvejende i København og omegn. Syv boede stadig hos deres forældre, og det var, forventeligt nok, de yngre deltagere. Knapt halvdelen af de unge boede i egen lejlighed (n=20). Der var 10, som boede på lejet værelse eller kollegium, mens fire boede i kollektiv eller bofællesskab. En havde ikke fast bolig. For de resterende var det uoplyst, hvordan de boede.

De hyppigst forekommende vanskeligheder

Ved en indholdsanalyse af, hvordan deltagerne beskrev deres vanskeligheder og symptomer, udskilte der sig 60 generelle temaer, som kunne indordnes i 10 kategorier inden for nedennævnte områder (tabel 1).

Tabel 1. Kategorisering af vanskeligheder og symptomer (n=57)

Kategori	Procent/frekvens
Vanskeligheder i relation til andre	95% (54)
Vanskeligheder med identitet og selvbillede	79% (45)
Selv i forhold til omverdenen	74% (42)
Forsænket grundstemning	72% (41)
Angst og eksistentielle problemer	63% (36)
Studievanskeligheder	63% (36)
Problemer med følelsesmæssig forvaltning	60% (34)
Psykosomatiske vanskeligheder	42% (24)
Selvmodstanker og selvmordsforsøg	25% (14)
Misbrug og spiseproblemer	25% (14)

I det følgende præsenteres de hyppigst forekommende generelle temaer.

Problemer i relation til andre

Blandt de 57 deltagere beskrev 95% problemer, som oplevedes i *relation til andre*.

Der var tale om problemer i forhold til *familien* (60%), til *partnere/modsat køn* (56%) og i relation til *andre unge voksne* (79%). Inden for disse tre hovedområder fordelte udtalelserne sig i yderligere en række generelle temaer: I forhold til familien beskrev flere (30%) *dominerende og excentriske forældre* som belastende.

Kvinde 21 år med bulimi: *Beskriver moderen som dominerende, hun styrer familien og vil gerne bestemme. Moderen taler nedsættende om andres kroppe og fordømmer især tykke mennesker.*

Mand 20 år: *Prøver at overbevise moderen om, at det er godt, hvis han flytter hjemmefra, men det er endnu ikke lykkedes(...). Synes at hans mor behandler ham som et 12 års barn.*

En del (23%) nævnte vanskeligheder pga. *hemmeligholdelse af problemer i familien.*

Andre problemer i forhold til familien var *alkoholmisbrug hos forældrene, nære familiemedlemmer, der var syge* eller på anden måde udgjorde en ressourcerekrævende belastning samt *tab af nære eller tætte relationer i familien* (f.eks. ved dødsfald eller brud).

Vanskeligheder i forhold til det *modsatte køn* (eller samme hvis homoseksuel) fordelte sig i flere temaer, hvor særligt temaet *vanskeligheder ved at indgå i nære intime relationer* var tilbagevendende (44%).

Mand 23 år: *Han tænker, at når det har været så tæt med hans mor, så er han blevet skræmt af tætte relationer, og han har det sådan, at han synes, han må væk, når det bliver for tæt.*

En meget stor del af de unge (79%) oplevede vanskeligheder i relation til *andre unge voksne* (f.eks. venner, studiekammerater og kollegaer). Der kunne være tale om at føle sig *ensom* (33%), oplevelse af at have *vanskeligheder ved at tage kontakt og udvikle relationer til andre unge* (53%), have *vanskeligheder ved at gøre sig gældende* (26%), være *angst for at udskille sig fra andre* (19%), være *følsom overfor svigt* (25%) eller opleve *behov for at hævde sig i forhold til andre unge* (18%).

Mand 20 år: *Fortæller, at han aldrig har haft meget kontakt med andre. Det har mest været sådan, at han har siddet inde på sit værelse for sig selv, han tror ikke, de vurderer ham positivt, når man har det sådan, er det jo svært at få venner.*

Kvinde 25 år: *Hun har næsten ingen kontakt med medstuderende, tør ikke gå ind i cafeen, er bange for hvad de andre tænker om hende, hun græder meget, mens hun taler om det.*

Identitet, følelser og selvbillede

De fleste (79%) oplevede vanskeligheder omkring deres identitet og selvbillede. Nogle gav udtryk for *lav selvværdsfølelse* (44%), *usikker og svingende selvfølelse* (35%), at være meget *selvkritisk* eller ligefrem *foragte sig selv* (25%) og at være plaget af *skyldfølelse* (19%).

Kvinde 21 år: *Fortæller, at hun gennem mange år har været stærkt selvnedvurderende, fuldstændig mangler selvtillid (...) føler, at alle synes, at hun er fuldstændig uinteressant.*

Unge voksne som søgte gruppeanalytisk psykoterapi

Mand 24 år: *Han tænker og tænker over, hvem han selv er. Kan ikke rigtig mærke sig selv, siger at han er holdt op med at være i kontakt med sig selv og sine følelser.*

En stor gruppe talte om oplevelse af *disharmoni mellem dem selv og deres omverden* (63%) og enkelte andre om vanskeligheder ved at have *dobbelt kulturel baggrund* (9%). Oplevelsen af *tvivl om eget ståsted i forhold til omverdenen* nævntes af mange, ligesom det problematiske i at opleve sig *overtilpasset til omverdenen*, hvilket igen kunne medføre *for lidt kontakt* eller *manglende fornemmelse af sig selv*. En del af de unge (60%) omtalte vanskeligheder med følelsesmæssig forvaltning, især var oplevelse af *dårlig eller manglende kontakt med egne følelser* et tilbagevendende tema.

Mand 26 år: *Han prøver altid at finde rationelle forklaringer, i stedet for at lade følelserne overvælde ham.(...) han kunne være bange for, at han f.eks. ikke ville kunne styre sig selv, hvis han en dag fik børn og de provokerede ham.*

Symptomer

Flere unge følte sig plaget af angst. Der var tale om egentlige *angstanfald* (21%) og om oplevelse af *generel uro og angst* (26%). Nogle (18%) talte om at opleve sig *tom eller fremmedgjort*. Andre beskrev *angst for sammenbrud, dødsangst, angst for nærhed, for at være alene eller en angst for angsten*. Mange (72%) oplevede forsænket grundstemning i forskellig grad fra at føle sig *ked af det og trist* (30%), til at opleve sig selv som egentlig *deprimeret* (32%). En del (21%) havde tilbagevendende tanker om at *tage livet af sig selv*. Af disse havde 7% tidligere forsøgt selvmord.

Godt halvdelen omtalte *psykosomatiske vanskeligheder* (42%). Det var problemstillinger, som involverede både krop og psyke, som at føle sig stresset, være belastet af at have en somatisk sygdom, en usikker kropsoplevelse og angst for sygdom.

En stor del (63%) oplevede at have *studievanskeligheder*. Eftersom 82% af den samlede gruppe var studerende, må man antage, at omkring 70% af disse havde studievanskeligheder. Der var tale om at være i tvivl om eget studievalg, oplevelse af utilstrækkelighedsfølelse og præstationsangst på studiet, at have koncentrationsproblemer og at have sociale vanskeligheder på studiet.

Kvinde 24 år: *Mit studieliv er en ond cirkel, fordi jeg ikke kan få læst, ikke forstår noget i timerne, kun sidder og tænker på, at jeg ikke er god nok, kommer bagud og så faktisk ikke er god nok!*

Kønsmforskelle i oplevelsen af vanskeligheder og symptomer

Indenfor langt de fleste af de ovennævnte områder var mænd og kvinders oplevelse af egne vanskeligheder og symptomer ikke afgørende forskellige. Men der var områder eller temaer, hvor kønsmforskelle gjorde sig gældende. *Tvivl om eget ståsted i forhold til omverdenen* var noget mange beskrev, heraf 50% mænd og 30% kvinder.

En signifikant forskel mellem kvinder og mænd viste sig inden for området: *følelsesmæssig forvaltning*. Samlet beskrev 60% af deltagerne vanskeligheder inden for dette område, heraf 70% mænd og 48% kvinder. En statistisk signifikant overvægt af mænd, 47%, havde *generel oplevelse af dårlig eller manglende kontakt med egne følelser* mod 15% af kvinderne. Flere mænd end kvinder talte således om at have svært ved at styre vrede.

Kønsmforskelle viste sig ved, at flest kvinder henvendte sig med problemer, der havde at gøre med præstationer eller markering af sig selv (*vanskeligheder ved at gøre sig gældende, urealistiske krav til egen formåen*), hvorimod mændene overvejende henvendte sig med problemer i forbindelse med kontakt, intimitet og nærhed (*vanskeligheder ved at indgå i nært kærlighedsforhold, ensomhed, vanskeligheder ved at tage kontakt og med at udvikle relationer til andre unge, generel oplevelse af dårlig kontakt til egne følelser, angst for nærhed*).

Aldersvariation i oplevelsen af vanskeligheder og symptomer

Ved opdeling af de 57 deltagere i to aldersgrupper, henholdsvis en yngre gruppe (19-23 år) og en ældre (24-26 år) fordelte deltagerne sig med nogenlunde 50% i hver gruppe. Det samme gjorde sig gældende med hensyn til kønsfordelingen i de to aldersgrupper. De to gruppers oplevelse af vanskeligheder og symptomer var ikke afgørende forskellig. Der, hvor vi ved statistisk analyse ($p < 0,05$) fandt en forskel mellem de to aldersgrupper, var det gruppen af yngre, der beskrev de mest udtalte vanskeligheder. Flere af de yngre angiver at have vanskeligheder med *dominerende og excentriske forældre*. Samtidig giver flere af de yngre udtryk for en oplevelse af *ensomhed* og *følsomhed overfor svigt* i forhold til andre unge, ligesom de oftere beskriver sig som *konfliktsky*. Endelig udtrykker flere i gruppen af yngre *tvivl om studievalg*.

Baggrunden for vanskelighedernes og symptomernes opståen

De unges forestillinger om baggrunden for deres vanskeligheder og symptomers opståen viste sig ved en indholdsanalyse af de 57 visitationer at fordele sig i 31 generelle temaer, som igen kunne inddeles i 6 kategorier (tabel 2).

Tabel 2. Kategorisering af klienternes forestillinger om baggrunden for deres vanskeligheder og symptomers opståen (n= 57)

Kategori	Procent/frekvens Total
Vanskeligheder i familien i barndom og aktuelt	95% (54)
Tidligere vanskeligheder i forhold til andre børn	35% (20)
Aktuelle vanskeligheder i nære relationer	74% (42)
Psykosomatisk og somatisk sygdom	23% (13)
Udefrakommende belastning	5% (3)
Skolevanskeligheder under opvækst	18% (10)

Mange (74%), som aktuelt beskrev vanskeligheder i deres nære relationer, oplevede også disse som baggrunden for, at de havde andre vanskeligheder eller symptomer. Den overvejende del (95%) fandt, at forholdet til deres forældre gennem barndommen og/eller aktuelt havde en betydning for udviklingen af deres aktuelle vanskeligheder. En type vanskeligheder drejede sig om oplevet belastende forhold i familien af mere faktuel karakter, idet der var tale om konkrete begivenheder, som *forældrenes skilsmisse* (28%), *alkoholmisbrug i familien* (19%), *psykisk sygdom hos forældre* (21%) samt i noget mindre udstrækning *vold i familien* (12%) og *alvorlig somatisk sygdom i familien* (12%). Nogle angav, at der var vanskeligheder på flere af disse anførte områder.

En overvejende del af de unge (81%) beskrev forskellige former for *mangelfuld eller uhensigtsmæssig kontakt med deres forældre* som en medvirkende årsag til deres aktuelle vanskeligheder. Mange beskrev en *manglende oplevelse af stabil kontakt, forståelse eller støtte fra forældre* (61%). En del oplevede *udviskede generationsgrænser* (25%). Flere nævnte oplevelse af *svigt eller brud* (14%) med familiemedlemmer aktuelt eller i barndommen som en baggrund for deres vanskeligheder. Adskillige af de unge beskrev *vanskeligheder med at frigøre sig fra forældre* (39%) og havde en oplevelse af at have *svage forældre* eller *manglende identifikationsfigurer* (32%).

Vanskeligheder i forhold til andre børn under opvæksten blev ofte nævnt (35%). Der kunne være tale om mobning (16%), men også om oplevelse af isolation eller forekomst af negative livsbegivenheder i barndommen, som indirekte vanskeliggjorde relationen til andre børn (28%).

Kvinde 21 år: *Græder voldsomt, da hun skal fortælle om tiden i folkeskolen. Hun havde et kosmetisk problem, som hun siden er blevet opereret for, men under skolegangen blev hun drillet med dette, har set folk snakke i krogene og er blevet kaldt ved øgenavne.*

Mand 22 år: *Har altid følt sig isoleret og som en ener. Havde ingen venner det meste af skoletiden.(..) Det at han er blevet mobbet og isoleret så meget, truer ham fortsat. Det har været vanskeligt at vise følelser, det var dem, der kunne bruges imod ham.*

Som tidligere omtalt angav en stor del af de unge aktuelle vanskeligheder i nære relationer som årsag til de problemer eller symptomer, de havde. Disse relationsproblemer kunne dels være *tab eller brud i nære relationer* (32%) dels *problemer med nærhed* (61%), som kunne vise sig ved vanskeligheder ved at etablere kontakt, oplevelse af isolation, ængstelse for svigt og afvisning og overdreven afhængighed af kærester.

Mand 26 år: *Synes, han har svært ved at lære nye mennesker at kende på et plan, der går dybere end på small talk niveau, (...) han er klar over, at folk opfatter ham som lidt distanceret og umiddelbart svært tilgængelig(...) føler sig derfor i stigende grad ensom, har svært ved at se hvordan han skal forandre sin situation.*

Kvinde 21 år: *Tør ikke være alene af frygt for, hvordan hun vil blive hjulpet, hvis der sker hende noget(...) har en kæreste, og er med ham på hans arbejde, når hun ikke tør være alene hjemme.*

Knapt en fjerdedel (23%) af de unge oplevede, at *somatisk sygdom* eller *psykosomatiske symptomer* skabte vanskeligheder for dem.

Mand 24 år: *Har igennem en længere periode haft problemer med sin hjerterytme. har været ved lægen og fået konstateret, at han ikke fejler noget fysisk (..) det bevirker, at han det meste af tiden er opfyldt af angst.*

Udefrakommende belastning som for eksempel *trafikulykke* eller *krigsoplevelse* betragtedes i enkelte tilfælde som medvirkende og udløsende begivenhed for de aktuelle vanskeligheder (5%).

Skolevanskeligheder under opvækst var noget, som 18% oplevede som medvirkende årsag til, at de udviklede deres problemer. Der kunne være tale om såvel *faglige* som *sociale vanskeligheder*.

Kønsforskelle i oplevelsen af baggrund for vanskelighedernes opståen

Ved en opdeling af undersøgelsesgruppen efter køn viste det sig, at størstedelen af kvinderne (74%) havde en oplevelse af *manglende stabilitet, kontakt, forståelse eller støtte fra forældrene*, mens dette kun gjaldt 50% af mændene. Dette skal måske ses i sammenhæng med, at der i kvindernes familier oftere var psykisk sygdom i familien (37%), mens dette kun gjaldt 7% af mændene ($p < 0,05$). Ligeledes oplevede en større del af kvinderne (26%), upågtede problemer med *mobning fra andre børn under opvæksten*, for mændenes vedkommende var det 7% ($p < 0,05$). Størstedelen af mændene (80%) havde *aktuelle vanskeligheder i nære relationer*, mens dette var tilfældet for en noget mindre del af kvinderne (67%). Tilsvarende nævnte mændene oftere at have *vanskeligheder med nærhed i kontakten* (67%) og *ved at etablere kontakt* (40%), mens dette for kvindernes vedkommende drejede sig om henholdsvis 56 og 26%. Selv om der i de sidstnævnte tilfælde ikke er tale om signifikante forskelle, anes en tendens til, at kvinderne i højere grad oplever vanskeligheder i direkte relation til familie og jævnaldrende børn under opvækst, mens mændene i højere grad oplever vanskeligheder med selv at etablere nærhed og kontakt.

Aldersvariation i oplevelsen af baggrund for vanskelighedernes opståen

Ved tematisering af de unges forestillinger om baggrunden for deres vanskeligheder er der flere forhold, som den yngre aldersgruppe nævner oftere end den ældre. De yngre betragter i højere grad deres problemer som forårsaget af *mangelfuld eller uhensigtsmæssig kontakt med deres forældre* (90%), end tilfældet er for den ældre del (69%). De yngre oplever oftere *manglende stabilitet, kontakt, forståelse eller støtte fra forældre i barndommen eller aktuelt* (77%) og oplever oftere end de ældre *svigt fra søskende eller forældre*, som medvirkende til opståen af de aktuelle vanskeligheder. Over halvdelen af de yngre har problemer med at frigøre sig fra forældrene.

Egne strategier i forhold til vanskeligheder og symptomer

De måder, hvorpå de unge voksne selv havde forsøgt at håndtere deres vanskeligheder, kunne inddeles i otte kategorier. De to mest almindelige strategier var at *søge behandling* (68%), respektive *at give op, være undgående eller benægtende* i forhold til problemerne (68%). Almindeligt var det også at *skifte miljø* (47%), hvilket indeholdt både aktive og undgående aspekter.

Søgt behandling. Kvinde 21 år: *Søger hjælp flere forskellige steder, har opsøgt en daghøjskole(...) Hun er også på venteliste hos en psykiater (...) har tidligere gået i tegnerapi, men det hjalp ikke på angsten.*

Opgivende, undgående, benægtende strategier. Mand 22 år: *Det er svært for ham at formulere sig, specielt i konflikter med andre. Han isolerer sig og bliver indadvendt. (...) Det er et klart brud med tidligere praksis, at han søger hjælp.*

Skifte miljø. Mand 22 år: *Kunne ikke begå sig i forhold til kammeraterne i gymnasiet følte sig hurtigt socialt isoleret(...) Havde tilbagevendende selvmordstanker. Han tog til udlandet, det blev en god oplevelse, han blev der en del af et socialt fællesskab.*

Resultaterne viste kun mindre forskelle mellem mænd og kvinder. Dog valgte mændene oftere strategier, som indebar at *undgå andre og at have overfladisk kontakt* ($p < 0,05$). Ved krydstabulering mellem alder og strategier, fandtes det, at strategierne *undgå andre, overfladisk kontakt og skifte miljø* skilte markant mellem ældre og yngre, idet gruppen af yngre langt oftere benyttede netop disse strategier ($p < 0,05$).

Forestillinger om fremtiden og behandlingen

For de unge voksne, som ved visitationssamtalerne nævnte deres forestillinger om fremtiden, ses det, at en tredjedel, lige mange mænd og kvinder, har et *håb om positiv udvikling*, mens en tredjedel, lige mange mænd og kvinder, har *manglende eller negative forestillinger om deres fremtid*. Ved krydstabulering mellem alder og forestillinger om fremtiden, fandtes det, at de fleste af de ældre havde *håb om positiv udvikling*, hvorimod *manglende eller negative forestillinger om fremtiden* oftere prægede den yngre gruppe ($p < 0,05$).

En tredjedel af de unge voksne havde erfaringer med tidligere terapiforløb, heraf flest kvinder. Knapt halvdelen (47%) af de unge voksne udtrykte en vis *tvivl eller ambivalens* i forhold til at skulle starte i gruppeterapi.

Kvinde 21 år: *Har ikke råd til anden behandling, føler, at hun ikke har andet valg, ønsker kombineret psykologisk og psykiatrisk behandling, siger at hun føler sig klemmt mellem to videnskaber.*

Mand 24 år: *Er bange for, at nogen i gruppen kender ham, bekymret for, hvor meget han vil kunne fortælle i gruppen. Vil de kunne forstå det, hvis han taler om sin angst for sindsyge.*

Unge voksne som søgte gruppeanalytisk psykoterapi

Godt halvdelen (51%) gav udtryk for at have generelt positive forventninger til deltagelse i gruppeterapi, til at dele deres problemer med andre, afprøve nye sider af sig selv og prøve at forstå sig selv bedre.

Mand 22 år: *Han virker lettet over at høre, at det er en lang proces, der tager minimum et år, har et ønske om at komme til at græde som tidligere.*

Mand 23 år: *Er interesseret i at starte gruppeterapi snarest muligt, i at forstå sig selv og sine vanskeligheder*

Når det drejede sig om erfaring med og forstillinger om terapi, viste der sig ingen markante forskelle mellem køn og alder.

SAMMENFATNING OG DISKUSSION

Artiklen belyser, hvilke vanskeligheder og symptomer 57 unge voksne, som fik tilbudt gruppeanalytisk psykoterapi i årene 1991-2003, henvendte sig med, hvilke baggrundsfaktorer, de nævnte som væsentlige for problemernes opståen, hvilke egne strategier, de hidtil havde anvendt, og hvilke forestillinger, de havde om fremtiden og om deltagelse i gruppeterapi.

Der var tale om en selekteret gruppe af unge voksne med en overrepræsentation af studerende på længerevarende uddannelser (67%). At majoriteten af deltagerne gik på længerevarende uddannelser er værd at bemærke. Dette kan naturligvis skyldes, at mange er blevet henvist fra Studenterrådgivningerne, men åbner mulighed for flere alternative tolkninger. Det synes, som om de lange uddannelser kan medvirke til at fastholde de unge i en forlænget ungdomsperiode, hvor de kan undgå at påtage sig en måske uønsket voksenrolle. Samtidig medfører dette, at de ofte kan opleve sig usikre, fastlåste og dependente, udsat for autoriteters udtalte eller oplevede forventninger og pres. En aldersadækvat stræben efter selvstændighed og frihed kan komme i konflikt med den afhængighed, som eksisterer både i forhold til forældre og lærere. Da det kan være vanskeligt at skabe relationer til andre unge i uddannelsen, føler mange sig ensomme og isolerede i uddannelsesmiljøet og bliver tiltagende ængstelige og selvusikre i forbindelse med det præstationspres, de oplever. Studerende med studievanskeligheder kan således ofte være præget af både dependens og perfektionisme i forhold til deres studium (13). En øget forståelse af dette dilemma er af vigtighed, ikke mindst med tanke på de bestræbelser, der i dag gøres for at få stadig flere unge voksne til at engagere sig i lange uddannelser.

Til trods for, at det på mange måder var en privilegeret gruppe af unge, der udadtil præsenterede sig som ret veletablerede og upåfaldende på en række områder, afslørede visitationsmaterialet, at de indadtil ikke sjældent sloges med svære problemer. Tilsvarende beskrev Szajnberg og Masie (14) i forbindelse med en longitudinel undersøgelse gruppen af unge voksne, som udadtil ret ensartet, men indadtil præget af stor heterogenitet med hensyn til indre forestillings- og oplevelsesverden.

Ved en ligelig opdeling af undersøgelsesgruppen i en yngre og en ældre aldersgruppe fremgik det, at de yngre markerede sig med nogle særlige problemstillinger. Flere yngre oplevede således at have dominerende og excentriske forældre og klagede over manglende kontakt, forståelse og støtte fra forældrene, ligesom de oftere nævnte svigt fra søskende som medvirkende årsag til deres problemer. Blandt de yngre, som blandt andre omfatter de hjemmeboende, blev vanskeligheder med at frigøre sig fra forældrene oftere nævnt, ikke sjældent forbundet med en udtalt ambivalens. Samtidig blev der i gruppen af yngre hyppigere givet udtryk for oplevelse af ensomhed og konfliktskyhed. Især blandt de yngre mænd sås en tendens til at undgå andre, have overfladisk kontakt og at have ønske om at skifte miljø. De yngres oplevelse af at have dominerende og excentriske forældre, kan måske ses som led i en naturlig udviklingsmæssig frigørelsesproces med forsøg på at undgå dependens og at opnå større autonomi. Samtidig peger flere undersøgelser dog på, at unge voksne, som bliver boende hjemme, ikke sjældent har usikker tilknytning eller et særligt dårligt forhold til deres forældre, præget af gensidig afhængighed, ambivalens og manglende autonomi (15,16).

Flest af de yngre, og især kvinderne, gav udtryk for stor følsomhed over for svigt i forhold til andre unge. Deres strategi i forhold til vanskelighederne var hyppigt at holde sig til overfladisk kontakt eller søge at skifte miljø, samtidig gav de oftere udtryk for manglende eller negative forestillinger om fremtiden.

En sammenligning mellem undersøgelsens mænd og kvinder viste, at mændene betydeligt oftere end kvinderne oplevede dårlig kontakt med egne følelser, vanskeligheder ved at styre vrede og angst for nærhed, mens kvinderne hyppigere end mændene gav udtryk for usikkerhed i forbindelse med egne præstationer og havde vanskeligheder ved at tage plads og gøre sig gældende.

Den udvikling som unge voksne forventes at gennemløbe indeholder en række vigtige opgaver. Perioden kan, som beskrevet af Jacobsson med flere (17) betragtes som afsluttet, når den unge voksne har opnået et relativt stabilt selvbillede og på

Unge voksne som søgte gruppeanalytisk psykoterapi

grundlag heraf kan finde sin plads i samfundet. Dette manifesterer sig først og fremmest ved materiel uafhængighed af forældrene, adækvat uddannelse eller erhverv, længerevarende venskabs- eller partnerrelationer, samt ved en evne til at tolerere ensomhed.

Resultaterne viser, at det netop er inden for disse områder, at de unge voksne i denne undersøgelse endnu ikke har fundet vej. De kæmper med individuations- og separationsproblemer både i relation til familie og til uddannelsesmiljøet. På henvendelsestidspunktet er de præget af omfattende vanskeligheder i relation til familie, kærester og til jævnaldrende. De lider af svingende selvfølelse, lavt selvværd og identitetsproblemer. Størstedelen har svært ved at skabe kontakt, mange føler sig ensomme og isolerede og har reageret med angst, separationsproblemer og forsænket grundstemning. De klager over manglende kontakt med egne følelser og behov, samtidig med at de udadtil ofte har bestræbt sig på at virke veltilpassede og velfungerende. Mange er ængstelige for at skille sig ud i forhold til jævnaldrende.

De unge voksnes vanskeligheder forekommer at være en afspejling af generelle tendenser i tiden. I det skiftende senmoderne samfund kan det være vanskeligt at skabe meningsfuld sammenhæng mellem fortid, nutid og fremtid. Ikke sjældent er værdier og normer, der var gældende under opvæksten, forældede, når man træder ind i voksenlivet (18). Den enkelte er overladt til selv at skabe sin identitet, at træffe sine valg og bære ansvaret herfor. Langt fra alle har de nødvendige forudsætninger herfor og kan derfor overvældes af usikkerhed, oplevelse af meningsløshed og længsel efter sammenhæng. Det er på denne baggrund undersøgelsens unge voksne blev tilbudt psykoterapi i gruppeanalytisk gruppe, hvor der blandt jævnaldrende gives mulighed for gensidig støtte og spejling, dialog og refleksion.

Referencer

1. Sherrod L.R., Haggerty R.J. & Featherman D.L.: Introduction: Late Adolescence and the Transition to Adulthood. *J. of Research on Adolescence*, 1993; 3(3): 217-226.
2. Waterman A.S. & Archer S.L.: A Life-Span Perspective on Identity Formation: Developments in Form, Function, and Process. In: Baltes P., Featherman D. & Lerner (eds.) *Life-Span Development and Behavior*, N.J.: Erlbaum, 1990.
3. Erikson E.H.: Identity and Totality: Psychoanalytic Observations on the Problems of Youth. *Human Development Bulletin*, Chicago, 1954: 50-82.
4. Hoare, C.H.: Erikson on Development in Adulthood. New insights from Unpublished Papers. Oxford Press, 2002.

5. Mørch S.: Young Adults. *Psychological Yearbook*, 1995; 2. University of Copenhagen.
6. Aagaard S.: Time, Youth and Analytic Group Psychotherapy. *Journal of Group-Analytic Psychotherapy* 1988; 21 (4).
7. Jacobsson G.: På tröskeln till vuxenvärden: Unga vuxna berättar om påfrestningar och svårigheter i livet. Karolinska Institutet: rapport 25, Stockholm, 2002.
8. Claesson M. & Werbart A.: Unga vuxna i psykoterapi I: Vilka är de? Karolinska Institutet: rapport 23, Stockholm, 2002.
9. Wiman M. & Werbart A.: Unga vuxna i psykoterapi II: Hur uppfattar de själva sina problem? Karolinska Institutet: rapport 23, Stockholm, 2002.
10. Werbart A., Levander S., Sahlberg B., Ginner H., Philips B. Jacobsson G. & Claesson, M.: The research programme on private theories of pathogenesis and cure. In: P. Fonagy (ed.) *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*, 2nd rev.ed. London: International Psychoanalytic Association, 2002; 211-214.
11. Haugaard Jacobsen C. "De måske egnede". Problemer ved selektion til gruppeanalytisk psykoterapi. *Matrix* 2001;1: 53-86.
12. Rutan S.J. & Stone W.N.: *Psychodynamic Group Psychotherapy*. Guilford Press. N.Y., London, 1993.
13. Fredtoft T., Poulsen S., Bauer M. & Malm M.: Perfection and Dependency. Short term Dynamic Group Psychotherapy for female students. In: *Psychodynamic Counselling*, Routledge, London, 1996.
14. Szajnberg N.M. & Massie H.: Transition to young adulthood: A prospective study. *Int. J. Psychoanal.*, 2003; 84: 1569-1586.
15. Sherrod L.R.: Leaving Home. The Role of Individual and Familial Factors. In: Graber J.A. & Semon Dubas J. (eds.): *Leaving Home: Understanding the Transition to Adulthood*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1996.
16. O'Conner, Allen, Bell & Hauser: Adolescent-Parent relationships and Leaving Home in Young Adulthood. In: Graber J.A. & Semon Dubas J.(eds.) *Leaving Home: Understanding the Transition to Adulthood*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1996.
17. Jacobsson G., Lindgren A., Werbart A. & Boalt Boëthius S.: Unga vuxnas förhållningssätt vid påfrestningar i livet: En enkätundersökning. Karolinska Institutet: rapport 27, Stockholm, 2004.
18. Jørgensen G.R.: *Psykologien i Senmoderniteten*, København: Hans Reitzels Forlag, 2002.

Identitet och självbild hos unga vuxna

Betydelsen av en sammanhållen självbild

Matrix 2004; 4, s. 334-345

Lena Adamson

I artikeln diskuteras betydelsen för unga vuxna av att ha en sammanhållen/konsistent respektive icke-sammanhållen/inkonsistent självbild. Resultaten från tre kvantitativa studier där Structural Analysis of Social Behavior (1) har använts som mått på självbildskonsistens presenteras tillsammans med kvalitativa data från en longitudinell fall studie. Kvantitativa data visar att självbildskonsistensen ligger lägre bland 16-18 åringar än i en icke-klinisk vuxengrupp, samt att självbildsinkonsistens är vanligare bland unga kvinnor än bland unga män. Vidare var självbilds-inkonsistens relaterad till en rad negativa faktorer exempelvis självmordsförsök. Fallstudien visade att en övergång från en inkonsistent till en konsistent självbild är möjlig och att en trolig bidragande faktor till en sådan förändring är en samtidig förändring i de interpersonella relationerna. Begreppet bridging significant other diskuteras i samband med detta, liksom vikten av ett ökat fokus på kontextuella förhållanden, som kan påverka strukturella förändringar vad gäller självbild och identitet, både i sociala och psykologiska behandlingssammanhang då det gäller gruppen unga vuxna.

Denna artikel rör ungdomars självbild och då i termer av konsistenta respektive inkonsistenta självbildsskattningar, dvs. huruvida man beskriver sig själv på ett logiskt sammanhållet sätt eller ej, och om detta i så fall har någon betydelse för individen i övrigt. Presentationen baserar sig på ett antal delvis publicerade studier (2, 3, 4) som inkluderar både kvantitativa och kvalitativa data. Undersökningsgrupperna bestod av 333 ungdomar från senare delen av adolescensen samt en jämförelsegrupp vuxna om 52 personer, som ombads skatta sin

självbild med hjälp av instrumentet Structural Analysis of Social Behavior (1). Från den kvalitativa studien rapporteras endast ett fall av tolv. Data kommer från de två forskningsprojekten "Självbild och vuxenvärld – om identitetsutveckling under senadolescensen" (Adamson, Hartman & Lyxell, 1996, finansierat av Humanistisk Samhällsvetenskapliga Forskningsrådet, HSFR, (5)) och "Identitet och framtid" (Adamson & Lyxell, 1999, finansierat av Humanistisk Samhällsvetenskapliga Forskningsrådet, HSFR och Vetenskapsrådet, VR, (6)).

Tanken om en sammanhållen identitet

Jag vill börja med att nämna något om begreppen *självbild* och *identitet*. Båda begreppen har en mängd definitioner i litteraturen och används ofta "like people treat money, highly important but spent carelessly" (7). Jag kommer dock inte att göra några längre definitioner på begreppen i denna presentation, ej heller kommer jag att problematisera skillnaden mellan begreppen, utan i stället behandla dem som relativt utbytbara. Detta till skillnad från begreppet *introjekt* som jag enbart kommer att använda i direkt anslutning till SASB modellen, och som där avser individens internaliserade självbild i meningen hennes introjerade relationsmönster med signifikanta andra, ofta föräldrarna.

SASB bygger på en cirkumplex modell baserad på de två dimensionerna kärlek och kontroll. Det underliggande grundantagandet är att människans självbild/självuppfattning och även hennes beteende kan beskrivas i termer av dessa två dimensioner (8, 9, 10). Det teoretiska ramverket för SASB står att finna i den interpersonella teoribildningen, som i sin tur har sina rötter i den symboliska interaktionismen (jfr. 11, 12). Sullivan menade att individens personlighet skapas i interaktionen mellan individen och hennes omgivning och, som en konsekvens därav, att personligheten aldrig kan studeras isolerat från den interpersonella kontexten. Vidare menar man inom den interpersonella teorin att tidiga upplevelser visserligen är viktiga, men att självbildsutvecklingen är en livslång process (13). Den interpersonella ansatsen placerar därmed SASB modellen alldeles i närheten av den forskningstradition som sedan sextioalet studerat identitetsutvecklingsprocesser hos tonåringar och unga vuxna (14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22) och som har sin grund i Eriksons teorier om människans psykosociala utveckling. Här poängterar man just att "identity development is a life-long process taking place in the interaction between the individual and context over time" (23, 24). Vad som ytterligare betonas i denna teoribildning är individens behov av en koherent och sammanhållen självbild, något som också kan beskrivas som en känsla av kontinuitet över tid och rum. Detta är

enligt Erikson grunden, eller kanske till och med själva definitionen på, vad en sund och välintegrerad identitet är. Denna identitet är sällan särskilt medveten för individen själv utan upplevs snarare helt enkelt som "a sense of psychosocial well-being" (24). Detta till skillnad från den individ som har problem med sin identitet och som då istället kan bli mycket upptagen med identitetsrelaterade frågor som "vem är jag, var hör jag hemma, duger jag egentligen, vad tycker andra människor om mig". Enligt Erikson är det alltså först då vi har problem med vår identitet som vi på allvar blir medvetna om den.

Vägen till en koherent och sammanhållen identitet skulle inom denna teori-bildning kunna beskrivas som en process där individen i samspel med sin om-givning ständigt utvidgar och omvärderar kunskapen om sig själv och där olika delar fogas samman till en växande och sammanhängande helhet. Ett exempel på en sådan koherent och sammanhållen självbild kan ses som förmågan att på ett differentierat men konsekvent och icke allt för motsägelsefullt sätt beskriva sig själv i ett frågeformulär av typen SASB. Avsaknad av denna förmåga skulle då kunna tolkas på två sätt, antingen som en omogen identitet (jfr. Eriksons moratoriefas) eller som en problemylld identitet (jfr. Eriksons identitetsdiffu-sion). Detta är resonemang som ifrågasatts inte minst inom den postmoderna teoribildningen där man i stället beskriver självet som multipelt, i avsaknad av någon egentlig kärna, och i ständig omvandling utifrån den kontext indi-viden befinner sig i (jfr. 25, 26, 27, 28, 29, 30). Föreliggande studier ger dock visst empiriskt stöd för motsatsen, det vill säga, att avsaknaden av någon form av upplevd kärna eller enhetlighet i den egna självbilden också är kopplat till faktorer av mer negativ natur.

SASB metoden

SASB modellen inkluderar en rad olika formulär där både interpersonella inter-aktioner och introjektskattningar kan göras (31). Ansatsen är fenomenologisk i den meningen att utfallet avser individens uppfattning om verkligheten snarare en någon form av objektiv verklighet i sig.

Introjektformuläret som använts i de studier som rapporteras här, består av 36 påståenden där respondenten ombeds skatta på en skala från 0-100 hur mycket påståendet stämmer överens med hur hon/han ser på sig själv. Resultaten kan sedan presenteras i form av två vektorsvärden, åtta klustervärden och/eller fyra koefficientvärden. I denna presentation kommer i huvudsak värden för en av dessa fyra koefficienter, den så kallade konsistens koefficienten, att presenteras

och diskuteras. Denna löper i likhet med en vanlig korrelationskoefficient, från -1 till $+1$ och bedömer hur väl individen skattar sig själv *i enlighet med modellen*. För att ta ett exempel, så förutsätter alltså modellen att, om man skattar högt på påstående som uttrycker självkärlek, så bör man också skatta lågt på de påstående som uttrycker självhat. Det finns två möjliga sätt att avvika från detta tänkta mönster. Antingen anger man systematiskt höga värden både på självkärlek och självhat (alternativt kontroll dimensionen) samtidigt, och har då vad man betecknar en inkonsistent/konfliktfylld självbild, eller, så skattar man helt osystematiskt så att inga mönster alls uppstår, detta betecknas som en inkonsistent/diffus självbild. För tolkningar av samtliga koefficienter se tabell 1.

Tabell 1. Tolkning av de fyra SASB-koefficienterna

Koefficient	Positiva värden	Negativa värden
attack	självhat	självkärlek
kontroll	självkontroll	spontanitet
konflikt	självkontroll/-spontanitet	självkärlek/- hat
konsistens	stabil	skattningar nära noll el. negativa; introjektet är ointegrerat/diffust el. ointegrerat/konfliktfyllt

Resultat

Om vi börjar med att titta på hur gruppen unga vuxna i detta material skattar i förhållande till en vuxen icke-klinisk grupp på SASB modellens samtliga fyra koefficienter (tabell 2).

Resultaten visar att det inte finns några skillnader mellan grupperna då det gäller kärleksdimensionen. Däremot visar de unga vuxna lägre kontroll, högre inre konflikt samt lägre konsistens än vuxengruppen. Då det gäller kontrolldimensionen finner vi till och med att denna skiljer mellan 16- och 18-åringarna i materialet, där 16-åringarna skattar lägst. Det finns alltså klara skillnader i hur man som ung vuxen skattar sig själv på detta instrument i förhållande till vuxengruppen, dock inte då det gäller självkärleken. En tentativ slutsats här är att självkärlek (alternativt självhat) är något som befästs mycket tidigt under uppväxten, medan frågor som rör autonomi och kontroll är områden där osäkerhet och utrymme för förändringar fortfarande existerar. Detta är ju för övrigt områden som brukar räknas som centrala just under tonårstiden, den period där barn-föräldrarelationens asymmetriska karaktär på områden

som gäller rättigheter och ansvar gradvis ska bytas ut till en mer symmetrisk vuxen-vuxen relation.

Tabell 2. SASB, koefficientvärden: Jämförelse mellan två ungdomsgrupper och en vuxengrupp.

Koefficient	Gruppjämförelse		z	p
attack	16 = 18 = vuxna			n.s
kontroll	16<18<vuxna	16 vs. vuxna	-6,1	p < 0,05
		18 vs. vuxna	-4,7	p < 0,05
		16 vs.18	-2,3	p < 0,05
konflikt	16&18>vuxna	16 vs. vuxna	-2,6	p < 0,05
		18 vs. vuxna	2,8	p < 0,05
konsistens	16&18<vuxna	16 vs. vuxna	-2,5	p < 0,05
		18 vs. vuxna	-2,5	p < 0,05

Grupper

medelålder 16,5 år: n=77 (kv=38, m=39)

medelålder 18,5 år: n=124 (kv=69, m=55)

medelålder 33 år: n=52 (kv=28, m=24 , range 20-56)

Om vi går vidare och tittar närmare just på (in)konsistensen hos de unga vuxna, dels hur den fördelar sig med avseende på kön och dels på de två tidigare nämnda typerna av inkonsistens (se tabell 3), finner vi att mellan 15 och 23 procent i materialet visar på en inkonsistent självbild.

Tabell 3. Självbildskonsistens vs inkonsistens fördelat på undersökningsgrupp och kön, frekvens och procent.

Study	n	Konsistent		Inkonsistent		Inkonsistent			
		F	%	f	%	kvinnor		män	
						f	%	f	%
I	44	34	(77)	10	(23)	6	(60)	4	(40)
II	157	132	(84)	25	(16)	16	(64)	9	(36)
III	132	112	(85)	20	(15)	14	(70)	6	(30)
Total	333	278	(83)	55	(17)	36*	(65)	19	(35)

*p < 0,05, kvinnor har signifikant mer inkonsistent självbild än män

Vidare ser vi att det är betydligt fler unga kvinnor än unga män som påvisar en inkonsistent självbild, samt att det är betydligt vanligare att ha en inkonsistent-diffus självbild än en inkonsistent-konfliktfylld självbild. Dessutom visar det sig att inkonsistens korrelerar med ett antal andra faktorer som kan betecknas som negativa till sin karaktär. En inkonsistent självbild har t.ex. samband med att man har lägre tilltro till vuxna personers intresse för ungdomars livsfrågor, lägre tilltro till den egna förmågan att påverka sitt liv, negativa framtidsföreställningar, att man är mindre nöjd med sig själv och i högre utsträckning svarar "ja" på frågan om man någon gång har försökt ta sitt liv, än de som har en konsistent självbild. Slutsatsen så här långt är att en inkonsistent självbild i denna åldersgrupp är något som kan vara tecken på att allt inte står väl till, och att detta är ett fenomen som bör studeras närmare.

Fallstudie Hugo: Intervju I

Som komplement till dessa kvantitativa data kommer nu delar av en fallstudie att presenteras. Fallet ingick i en studie där tolv ungdomar djupintervjuades om sin självbild, sina livsfrågor och sina vuxenkontakter. I samband med intervjuerna fick samtliga respondenter också fylla i SASB formuläret, data som analyserades först efter det andra intervjutillfället. Det visade sig att en av de manliga respondenterna vid första tillfället var mycket inkonsistent i sina skattningar och även tillhörde den tidigare nämnda gruppen med en inkonsistent/konfliktfylld självbild (konsistenskoefficient 0,04, konfliktkoefficient 0,74). Vid andra tillfället hade denne respondents självbild förändrats till att vara konsistent (konsistenskoefficient 0,64, konfliktkoefficient 0,42), och denna förändring tillsammans med hans berättelse utgör grunden för att just han blev utvald i detta sammanhang.

Vid första intervjutillfället var Hugo 16 år och gick i årskurs 1 på gymnasiet, andra intervjutillfället skedde ca 18 månader senare. Hugo berättade en del om sin bakgrund vid första tillfället. Han hade lämnats på en tågstation i sitt ursprungsland av sina biologiska föräldrar då han var ungefär 3 år gammal, och blev senare adopterad av en svensk familj. Uppväxten i denna familj (där ytterligare ett adopterat barn fanns, samt senare även två biologiska barn till föräldrarna) inkluderade regelbunden misshandel av fadern med, enligt Hugo, moderns passiva medgivande. Familjen gav överhuvudtaget ett kaotiskt intryck där det förekom stora mängder alkohol och även skjutvapen. Hugo berättade också att han hade utsatts för kraftig mobbing under skoltiden. Han uppfattade själv att detta handlade om hans hudfärg och att han inte betraktades som

svensk trots att han tillbringat hela sin uppväxt i Sverige. När han skulle beskriva sig själv, vilket var en av intervjuens frågeställningar, tyckte han att detta var mycket svårt. Ena stunden sa han att han var en lugn person som gärna lyssnade mycket på andra, nästa berättade han om att han ofta var väldigt arg och kunde få kraftiga vredesutbrott.

Något som var utmärkande i intervjun med Hugo var att han pratade väldigt lite om sin framtid till skillnad från de övriga i studien. Vid de tillfällen som han gjorde det, var det i allmänhet i form av negationer: "jag ska inte bli som min pappa, min fru ska inte vara som min mamma". Vad han talade om var alltså framförallt framtida föräldraroller, till skillnad från saker om hade med utbildning och framtida sysselsättning att göra som är de frågor som ungdomar i denna ålder i allmänhet tar upp då den personliga framtiden diskuteras (32, 33, 34,). Hugos högsta dröm var att få leva i en familj där föräldrarna älskade och respekterade honom och, som han uttryckte det, kunde tala om för honom "vad som var rätt och vad som var fel". Detta sista återkom han till ett flertal gånger under intervjun. Han ville ha en ny familj helt enkelt. Utifrån den första intervjun med Hugo kan man säga att han bekräftar sina skattningar på SASB formuläret, det vill säga ett inkonsistent/konfliktfyllt introjekt. Även i intervjusituationen framträdde alltså hans självbild som osammanhängande och konfliktfylld. Dessutom bekräftade han några av de samband som de kvantitativa studierna påvisade, negativa framtidsföreställningar och även självmordsbenägenheten, han hade försökt ta livet av sig vid ett tillfälle.

Fallstudie Hugo: Intervju II

Hugo såg mycket annorlunda ut då vi möttes vid det andra intervjutillfället. Han var glad, betydligt lugnare än vid det första tillfället och verkade tillfreds med livet. Han berättade att han kort efter den första intervjun hade lämnat sina föräldrar, flyttat till en annan stad och börjat en ny utbildning som han själv valt denna gång. Han valde att helt klippa banden med föräldrarna som inte fick reda på vare sig vilken skola han gick på eller hans nya adress. En kort tid gick det bra för honom och inte minst hans lärare var mycket nöjda med honom, men ganska snart började han missköta skolan. Han använde också en hel del droger, blev dömd för misshandel och inbrott, blev slutligen av med studiebidraget och därmed också sin bostad.

När detta sista inträffade berättade Hugo att han verkligen hade bestämt sig för att han var tvungen att göra något åt sitt liv. På frågan hur detta gått till,

berättade han om en klasskamrat, vars föräldrar hade erbjudit honom att flytta hem till dem. Där hade han nu bott i ca. tio månader. Han använde inga droger, han trivdes i sin nya familj, han hade en flickvän, skolan fungerade bra och han hade positiva, detaljerade och realistiska planer för sin framtid.

Analys av Hugos självbildsförändring

Om vi återgår ett ögonblick till teorin som SASB grundar sig på, så framhäver den bland annat följande: Den bild vi har av oss själva är i mycket en spegel av den behandling vi varit utsatta för av signifikanta andra samt att tidiga upplevelser är viktiga men att självbilden också utvecklas och förändras under hela livet. Kan vi då förstå något av Hugos självbildsförändring utifrån detta? Hans historia kan delas upp i tre delar med avseende på signifikanta andra: (a) *Tiden med adoptivföräldrarna*. Människor som tycktes leva ett kaotiskt liv med både fysiskt och verbalt våld, en hel del alkohol, och som Hugo själv uttryckte det ingen känsla för "vad som var rätt och vad som var fel". (b) *Tiden då han bodde på egen hand*. Under denna tid verkar det inte ha funnits någon särskild person som han betraktade som speciellt viktig. Han berättade om en rad olika jämnåriga utan att benämna någon som särskilt viktig för honom. (c) *Tiden hos klasskamratens föräldrar* (som han nu kallade sina fosterföräldrar). Han har alltså gått från en kaotisk och destruktiv familjesituation via en period, som det verkar, utan någon/några särskilda signifikanta andra i närheten, till en trygg och positiv familjesituation.

Om sina nya "fosterföräldrar" berättar han så här: "...dom lyssnar på mig och dom säger att dom tycker om mig... och när jag gör någonting bra så tycker dom det är bra och sådär...och när jag gör något dumt så säger dom det i stället... det är så...det känns som dom är... ja det känns som dom bryr sig...". Beskrivningen av de nya föräldrarna är alltså radikalt annorlunda från den beskrivning han tidigare givit om sina adoptivföräldrar. Citaten ger också inblick i den process som Hugo gått igenom, från en kaotisk tillvaro där ingen berättat för honom "vad som var rätt och fel", till ett sammanhang där han uppenbarligen fick både tydligare och mer nyanserade bilder på sig själv av (signifikanta) andra i hans närhet.

Kroger (35) menar att för att en individ ska kunna ta steget från en identitetsposition till en ny, mer mogen sådan (16, 34), behöver hon/han först uppleva en konflikt eller diskrepans mellan tidigare rollidentifikationer och en personlig önskan om förändring. Detta kan underlättas av vad hon benämner en "bridging significant other". Med detta begrepp avses en person som kan

överbrygga den inre konflikten och så att säga stå på båda sidor om denna, dock med tyngdpunkten på den sida som stärker behoven från det nya framträdande självet. Förmågan att uppleva denna konflikt kräver dock ett mod att våga separera från tidigare internaliserade objekt. Detta utan att drabbas av t.ex. överväldigande skuldkänslor ("jag borde vara som andra tycker att jag är") eller av förintelseångest ("om jag inte är detta är jag ingen").

Vid tidpunkten då Hugo bestämde sig för att flytta hemifrån föraktade han i mycket hög grad både sina föräldrar och andra vuxna. Så här uttryckte han sig: *"...jag har aldrig kunnat prata med dom så jag hade bara respekt för dom som hade någon "högre makt" [dvs. de som med våld kunde bestämma över H.] ...då tyckte jag att dom vuxna var ingenting... när jag flyttade hemifrån hade jag ingen respekt för äldre alls... jag tyckte att om dom inte lyssnar på mig då skiter väl jag i att lyssna på dom..."*. Kanske var det detta förakt som initialt gav Hugo modet att rent fysiskt/geografiskt separera från sina adoptivföräldrar. Denna fysiska separation visade sig dock inte vara tillräcklig för att någon positiv förändring i hans liv skulle bli varaktig. Beskrivningen han gav av sig själv under tiden han gick på den nya skolan påminde i själva verket mycket om hans tidigare egna berättelser om fadern. En person som missbrukade både alkohol och andra droger, ofta hamnade i slagsmål och som överhuvudtaget inte gick att lita på. Kanske blev det yttersta beviset på detta sistnämnda att han blev, som han sa, "utslängd" från sitt boende. Han var helt enkelt en person som andra inte ville ha att göra med, lika lite som Hugo velat ha med sin adoptivpappa att göra. Återigen blev det klart för Hugo att en förändring måste till i hans liv. Lärarna på den nya skolan hade ju initialt varit mycket nöjda med honom, kanske hade detta sått ett hopp hos Hugo att han faktiskt hade både styrkor och resurser. Samtidigt fick han via en jämnårig klasskamrat ett erbjudande om att få flytta hem till dennes familj. Kanske denna kamrat kan ses som just en "bridging significant other". En person som just då stod på båda sidor om Hugos inre konflikt så till vida att han kände Hugo som den han var i stunden men också gav honom erbjudandet om att ta steget in i en värld där möjligheter till förändring fanns.

Sammanfattningsvis har både gruppdata och data från en fallbeskrivning visat att en inkonsistent självbild i denna ålder ofta är kopplat till faktorer av negativ karaktär. Resultaten stärker därmed de teorier som framhåller vikten av att ha en självbild som präglas av någon form av integrerad sammanhållighet, till skillnad från de postmoderna tankar som istället diskuterar självet som multipelt och i avsaknad av stabilitet och sammanhållighet. Utifrån fallbeskrivningen

har vi också sett att det är möjligt att gå från en inkonsistent till en konsistent självbild. Vad som stimulerar till förändring kan aldrig reduceras till någon enskild mekanism. I det redovisade fallet gick dock självbildsförändringen hand i hand med en radikal förändring på kvaliteten i relationerna med ett antal vuxna föräldrafigurer. Man kan alltså säga att Hugo gått igenom en samspelsprocess med sin omgivning som hjälpt honom att "utvidga och omvärdera kunskapen om sig själv och där hans olika delar nu har fogats till en växande och mer sammanhängande helhet" som nämndes i inledningen. Själv uttryckte han sig så här i slutet av den andra intervjun: "Jag har förändrat mig lite, det har jag gjort... jag ser mycket mer framåt... om jag vill göra någonting så gör jag det, förut var det inte så lätt att göra det...och vill jag säga någonting så gör jag det, det är lite mer så där rakt fram... jag är inte rädd inombords som jag var förr...". Kanske kan uttrycket "lite mer så där rakt fram" tolkas som Hugos egen upplevelse av konsistens och sammanhållenheter.

Förändringen inkluderade även andra faktorer: modet att separera från tidigare identifikationer, yttre händelser som tydliggjorde Hugos beteende för honom själv, och inte minst en person som kan liknas vid Kroger's begrepp "a bridging significant other". För att förstå hur vi kan påverka dessa förändringsprocesser i optimal riktning behövs alltså fokus både på kontextuella faktorer och på intrapsykiska processer. Frågan är till exempel om Hugo hade vågat eller kunnat ta erbjudandet om att flytta in i en ny familj om förslaget istället kommit via en för honom okänd vuxen, socialarbetare, kurator, psykolog eller liknande, i stället för en jämnåriga kamrat som så att säga stod med ena foten i Hugos nuvarande värld och med den andra i en annan och ny värld. En ökad inblick och ett ökat fokus på de kontextuella förhållanden som kan påverka strukturella förändringar vad gäller självbild och identitet, skulle sannolikt bära med sig en stor potential för interventioner då det gäller de unga individer på väg in i vuxenvärlden som vi möter både i sociala och psykologiska behandlings-sammanhang.

Referenser

1. Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81(5), 392-425.
2. Adamson, L. (2003, invited). Adolescents' self-concept consistency and the transition from inconsistency to consistency. *PSYCHOLOGY: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, Special Issue: *Issues on psychology of adolescence*, 10 (2).

3. Adamson, L. & Hill, T. (in prep.) *Självbild och framtidsföreställningar: En jämförande studie mellan en grupp tvångsomhändertagna unga män och en grupp gymnasieungdomar.*
4. Adamson, L., Ferrer-Wreder, L., & Kerpelman, J. (sub). *Self Concept Consistency and Future Orientation during the Transition to Adulthood.*
5. Adamson, L., Hartman, S., & Lyxell, B. (1996). *Självbild och vuxenvärld – om identitetsutveckling under senadolescensen.* Humanistisk Samhällsvetenskapliga Forskningsrådet, HSFR.
6. Adamson, L. & Lyxell, B. (1999). *Identitet och framtid.* Humanistisk Samhällsvetenskapliga Forskningsrådet, HSFR och Vetenskapsrådet, VR.
7. Bosma, H.A., Graafsma, T.L.G., Grotevant, H.D., de Levita, D.J. (Eds.). (1994). *Identity and development.* London: Sage Publications Inc. Sid.181.
8. Hartley, D. (1991). Assessing interpersonal behavior patterns using Structural Analysis of Social Behavior (SASB). In M. Horowitz (Ed.), *Person schemas and maladaptive*
9. Kiesler, D.J. (1983). The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90, 185-214.
10. Wiggins, J.S. (1982). Circumplex models of interpersonal behavior in clinical psychology. In P.C. Kendall & J.N. Butcher (Eds.) *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp. 183-221). New York: Wiley.
11. Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry.* New York: W. Norton.
12. Mead, G.H. (1934). *Mind, self and society.* Chicago: University of Chicago Press.
13. Henry, P.H., Schacht, T.H., & Strupp, H.H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(6), 768-774.
14. Erikson, E.H. (1968). *Identity: youth and crisis.* New York: W.W. Norton & Company, Inc.
15. Marcia, J.E. (1966). Development and validation of identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 551-558.
16. Marcia, J.E. (1993). The relational roots of identity. In J. Kroger (Ed.), *Discussions on ego identity.* Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
17. Adams; Adams, G. R., Bennion, L. & Huh, K. (1989). *Objective measure of ego identity status: A reference manual.* Canada: Guelph University.
18. Adams, G.R., & Marshall, S.K. (1996). A developmental social psychology of identity: understanding the person in context. *Journal of Adolescence*, 19, 429-442.
19. Kroger, J. (1996). *Identity in adolescence. The balance between self and other.* London: Routledge.
20. Kroger, J. (2000). *Identity development. Adolescence through adulthood.* London: Sage.
21. Berzonsky, M.D. (1993). A constructivist view on identity development: People as postpositivist self-theorists. In J. Kroger (Ed.), *Discussions on ego identity.* Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
22. Grotevant, H.D. (1986). Assessment of identity development: Current issues and future directions. *Journal of Adolescent Research*, 1, 175-182.
23. Adamson, L. (1999). *Like circles on the water. A study of adolescent identity.* Doktorsavhandling, Institutionen för Pedagogik och Psykologi, Linköpings Universitet, Linköping.
24. Erikson, E.H. (1959). *Identity and the life cycle.* New York: W.W. Norton & Company, Inc.

25. Horowitz, M.J. (1979). *States of mind*. New York: Plenum.
26. Markus, H., & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41, 954-969.
27. Rosenberg & Scara, 1985; Rosenberg, S., & Scara, M. A. (1985). The multiplicity of personal identity. *Review of Personality and Social Psychology*, 6, 87-114.
28. Sampson, E.E. (1985). The decentralization of identity: Toward a revised concept of personal and social order. *American Psychologist*, 40, 1203-1211.
29. Sampson, E.E. (1989). The deconstruction of the self. In J. Shotter & K. Gergen (Eds.), *Texts of identity* (pp. 1-9). London: Sage.
30. Shotter, J., & Gergen, K. (Eds.). (1989). *Texts of identity*. London: Sage.
31. Benjamin, L.S. (1983). *The INTREX user's manual. Part I and II* [Computer program manual]. Madison, WI: Intrex Interpersonal Institute.
32. Sundberg, N.D., Poole, M.E., & Tyler, L.E., (1983). Adolescents' expectations of future events – a crosscultural study of Australians, Americans and Indians. *International Journal of Psychology*, 18, 415-427.
33. Solantaus, T. (1987). Hopes and worries of young people in three European countries. *Health Promotion*, 2, 19-27.
34. Nurmi, J.-E. (1991). How do adolescents see their future? A review of the development of future orientation and planning. *Developmental Review*, 11, 1-59.
35. Kroger, J. (1993, p.218). Ego identity : An overview. In J. Kroger (Ed.), *Discussions on ego identity*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
36. Adamson, L. (2003, invited). Ungdom och identitet: Identitetsutvecklings-processen, en fråga om värderingar? Dokumentation från konferensen Gemensamma Värden, Lärarhögskolan, Stockholm, 2002. [http://www.google.se/search?q=Gemensamma+v%
E4rden+dokumentation&ie=ISO-8859-1&hl=sv&btnG=Google-s%F6kning&meta=](http://www.google.se/search?q=Gemensamma+v%E4rden+dokumentation&ie=ISO-8859-1&hl=sv&btnG=Google-s%F6kning&meta=)

Tystnaden som symptom

– en infallsvinkel till en ung kvinnas känsla av omöjlighet

Matrix 2004; 4, s. 346-355

Malou Warren

Artikeln handlar om en ung kvinnlig patient som under flera år av sin uppväxt blivit sexuellt utnyttjad av en manlig vän till familjen. Hon gör det som hänt till en hemlighet och utvecklar tystnaden som ett av flera symptom. Artikeln avser att spegla den utveckling patienten genomgår under ett par år i psykoterapi. Reflektioner utifrån den terapeutiska processen knyts till Ronald Fairbairns teori om det han kallar den schizoida positionen.

Jag kommer att fördjupa mig i min unga patients tystnad, reflektera omkring den som uttryck för vem hon är i förhållande till mig i vår gemensamma process under ett par års tid och jag kommer att ge ett förslag till teoretisk förståelse utifrån hennes tystnad sedd som ett symptom. Nina Coltart skriver: "Det magnifika med tystnad är dess tvetydighet". (1) Det svåraste vi har att leva med är vår ambivalens och den här texten kan sägas handla om när själva omöjligheten att härbärgera ambivalensen drivs till sin spets. Det har handlat om att överleva, att inte veta från dag till dag. Jag har valt att se tystnaden som det mest karaktäristiska för denna process.

Tystnad kan vara av olika slag. Tysta patienter håller oss på sträckbänken på ett särskilt sätt. Vi befinner oss i en sorts ständig beslutssituation: när ska vi prata och vad ska vi säga? Detta inträffar hela tiden i vårt arbete, men de tysta ger denna kvalitet ett extra eftertryck. Motarbetar jag mina syften om jag pratar? Kommer jag att uppfattas som invaderande? Kontrollerande? Förföljande? Frågorna är många. Jag blir utlämnad åt ett kvalificerat gissningsarbete. De utvecklingsmässiga rötterna till tystnaden kan ha förgreningar var som helst i alla fallgröpar som finns under uppväxten. Att vara "tyst och blyg" kan dölja genuina känslor som inte motsvarar den medvetna självbilden, såsom självupptagenhet, otack-

samhet, snålhet och förakt. Skammens tystnad färgas av ett envist fasthållande. Gemensamt i tystnaden som präglas av blyghet respektive skam finns en ofullständig, sträng, överjagsbyggnad och ett jagideal som är svårt att leva upp till. I kombination med detta finns möjligen en längtan att behaga men också en rädsla för att något ska bli fel.

En annan sida av att arbeta med en tyst patient är att båda deltagarna lyssnar. Det som patienten säger till mig lyssnar jag till – med förhöjd uppmärksamhet och närvaro. Likaså lyssnar patienten till det jag säger. Från patientens sida vägs varje ord på guldvåg innan det godkänns av den inre censuren. Det skapas en särskild intensitet i arbetet. I kraft av den skärpta uppmärksamheten kommer det som sker och sägs i rummet oftast att befinna sig just där, i rummet.

P kom till mig med sin skolkurator. Hon var en späd, spänd och tyst flicka som lät kuratorn tala för henne. Hon gav ett övertygande intryck av att visserligen vara tyst, men totalt närvarande i samtalet. Kuratorn introducerade mig i P's historia såsom hon uppfattat den. P hade blivit sexuellt utnyttjad av en manlig vän till familjen under några år av sin barndom. Hon lyckades själv sätta stopp för detta. När hon kom till mig var hon snart 18 år. Hon hade gått tyst med denna hemlighet i 7 år. Anledningen till att hon sökte sig till kuratorn var, att hon "höll på att spricka". Jag förstod det som att hon inte tyckte sig ha något val. Men valde gjorde hon ju – nämligen att vända sig till en annan människa.

När P och jag sågs först var det en bra bit in i maj och sommaren stod för dörren. Jag hade planerat att vara ledig från midsommar och flera veckor framöver. För P's egen del skulle terminen snart ta slut och den struktur i tillvaron som hon hade via skolan skulle vara borta. När vi träffades andra gången var P mycket tyst, liksom en lång tid framöver. Jag visste inte mycket om henne annat än att hon levde tillsammans med sin mamma och pappa och att hon gick på gymnasiet. Dessutom att hon hade varit utsatt för sexuella övergrepp under flera år. Jag kunde inte gärna fråga henne. Hon ville nog svara, men kunde oftast inte. Jag försökte tolka tystnaden som följde på en kommentar från mig som ett uttryck för att hon arbetade med att säga något. Tystnaden sade mig om hon tog till sig det jag sade eller inte. Detta märkte jag på spändheten i hennes ansikte, respektive den mjukhet som också kunde finnas där. Subtila reaktioner hos P styrde våra samtal. Oftast satt hon alldeles rak i stolen med armarna i knäet och båda benen bredvid varandra, aldrig det ena benet över det andra. (Detta, upplyste hon mig om långt senare, var inte bra för blodcirkulationen.) Så satt hon stilla, hela sessioner igenom. Det sätt hon talade med mig på var genom små skiftningar i

ansiktet, ett kort ögonkast, någon gång ett leende eller en huvudnickning. Ord kunde sägas, men aldrig som ett spontant uttryck för den individ hon tyckte sig vara. Innan orden uttalades granskades de mycket noga – efter en stund kanske, kanske inte alls.

Jag lämnades att associera fritt utifrån det lilla jag visste och från min fantasi om vad som kunde röra sig inom henne. Jag tvingades att vara mycket alert inför alla eventuella responser. Om jag exempelvis inte kunde upptäcka någon skiftning, ögonrörelse eller annat, kommenterade jag det med att säga: "jag märker att du inte är med mig i detta, jag kanske går för fort fram". Alltid försökte jag bekräfta mitt intryck av det tysta svarets betydelse. Om tystnaden från hennes sida blev mycket lång, kunde jag "rädda" henne genom att säga att hennes eventuella svar inte var så avgörande för mig som det var för henne. Jag kunde inte sitta tyst själv för länge i väntan på att hon skulle ta initiativ till kommunikation. En alltför lång tystnad blev ångestväckande för henne.

Det som P ändå uttalade de första gångerna innan sommaren, handlade om att hon inte tyckte att allt som hänt var så viktigt. Det viktiga skulle möjligen vara det som var "nu". När jag så försökte förstå hur det var "nu" kunde hon säga att det var alldeles svart inuti, att hon höll på att sprängas, att hon inte kände någonting eller att hon inte visste vad hon kände samt att det inte var någon mening med att leva. De ord som P använde under lång tid beskrev hennes inre tillstånd nästan fysiskt, som om hon inte hade andra ord. Några speciella känslor, såsom vrede eller ledsamhet, kunde inte urskiljas och jag tänker att dessa känslor var bortträngda, gömda och oigenkännliga för P. Jag har senare fått detta bekräftat. Hon hade inte ord, hon ville och försökte ofta men de fanns inte där. Därav kom mycket av intensiteten, känslan av omöjlighet.

Under de första veckorna bestod mitt arbete i att försöka få P med på att hon skulle lägga in sig på en vårdavdelning för att få känna att hon skyddades från sina egna impulser till självdestruktivitet. P var mycket klar över att hon inte ville att familjen skulle blandas in och jag kände att jag måste respektera hennes önskan. Om jag inte gjorde detta kände jag intuitivt att hon inte skulle komma tillbaka till mig. Jag informerade dock P om att jag tänkte skriva till hennes mamma och hålla henne informerad om de yttre skeendena: om P skulle skrivas in på en vårdavdelning eller inte, att P och jag planerade att fortsätta träffas, att jag trodde att det vore en bra sak om föräldrarna hade någonstans att vända sig för egen del. Jag informerade också mamman (som P föredrog att jag vände mig till) om att P inte önskade att jag skulle dra in familjen i vårt arbete och att detta

var den huvudsakliga anledningen till att jag inte var mer meddelsam än jag var. Jag fick aldrig något svar från föräldrarna.

Det svåraste inför sommaruppehållet var ambivalensen och vankelmodet från P's sida. Vi stod ju i en situation där vi skulle börja med ett långt uppehåll. Vi kanske hann träffas 10 gånger dessförinnan, så mycket att det totala främlingskapet hann suddas i kanten. Efter min semester tycktes avståndet vara ogenomträngligt igen. Jag träffade en övergiven flicka som inte hade mycket till övers när det gällde tilltro till vuxna. Hon uttryckte också att det var som att börja om från början igen. Hon trodde inte att det var någon idé att fortsätta träffas, att det inte var någon mening. Det tog ett bra tag innan hon tyckte sig kunna veta att hon skulle kunna komma nästa gång. Hon kunde säga "hej då", vända på huvudet och titta mig i ögonen i det att hon var på väg ut genom dörren. Vanligast var dock att hon inte sade någonting, utan bara gled ut genom dörrspringan. Men hon kom nästan alltid nästa gång. Hon har varit mycket noga med sina tider. Vi träffades två gånger i veckan ända tills hon skrevs in på ett behandlingshem efter två års arbete. Därefter har vi setts en gång i veckan under drygt ett år.

På anslagstavlan i mitt arbetsrum har jag ett citat: "Freud betonar att symptom har en mening och utgör ett särskilt språk. Den som lider vill säga något som den inte kan uttrycka med ord. Till detta språk ville Freud att vi skulle lära oss att lyssna." Jag läste vid något tillfälle de här raderna för P. Jag ville tala om för henne att jag såg att hon led och att det finns en mening med lidandet, tystnaden, skärandet. I detta har jag känt mig förstådd av P. Att det dessutom skulle finnas en avsikt tog det lång tid att kunna närma sig.

P kom punktligt och gick lika punktligt. Hon höll fast en koncentrerad blick på klockan tills den var prick. Om hon inte kom någon gång meddelade hon sig alltid. Uteblev gjorde hon mycket få gånger. De gånger P inte kommit har jag också kunnat förstå den fysiska frånvaron som en förhöjd närvaro i det som skett mellan oss. Kanske har hon på så sätt vid dessa tillfällen kunnat rädda relationen till mig.

P's ord kom vartefter, i korta meningar med stor koncentration. Till att börja med handlade det om skolan, det yttre eller något i mitt rum, fortfarande utan vidare reflektioner. När det hänt att hon sagt något som jag inte uppfattat, har det inte funnits utrymme att upprepa. Kanske har det blivit för oredigerat för henne. Det icke pratbara har handlat om henne själv, hennes känslor och allt vad därtill hör, hennes familj, de som varit inblandade i det hon utsatts för sexuellt under

Tystnaden som symptom

flera år av sitt liv. Att säga något till mig om det jag gjorde skulle vara detsamma som att säga att hon var beroende av mig. Allt sådant närmade sig P med stor försiktighet. Någon gång, efter lång tid, frågade P mig om jag visste vad hon kom att tänka på när hon tänkte på mig. Jo, att jag vid ett par tillfällen läste högt för henne ur Tove Janssons "Det osynliga barnet". Detta hände vid några tillfällen då kommunikation inte var möjlig och jag inte fick kontakt med henne på annat sätt än genom detta symboliska hållande. När hon efteråt berättade detta hade hon fått kontakt med det regressiva, det farliga, det skamliga. Det var som om hon skulle sagt: "du gjorde något bra då, när du läste för mig. Nu när jag kan säga det, kan jag också låta det få finnas som inte fick finnas förut."

Det har varit mycket tal om flickor som skär sig. P har också skurit sig. Varför väljs ett symptom framför ett annat? Tystnaden kan förstås som en ytterligare åtstramning av försvaren, bortträngningen. I tystnaden har P inte vetat vad hon känt. Att obehaget i tystnaden för hennes del varit på gränsen till outhärdligt, har jag känt själv. Orden har försvunnit även för mig. P har i sitt tomhetstillstånd symboliskt dött inför mig. Vid dessa tillfällen har jag känt att det viktigaste har varit att jag själv överlevt, tagit mig vidare, för annars skulle hon inte göra det. Det enda jag kunnat hålla mig till har varit min egen motöverföring.

Jag har tyckt mig förstå P's problematik bättre utifrån Donald Fairbairns teori om det schizoida problemet (2). Han menade att libido i första hand söker objekt. Livsproblem utvecklas i samspelet mellan infantila önsknings och en ofullständig omvärld. Det är inte fråga om huruvida barnet eller omvärlden är upphov till problemen. Det är samspelet. Särskilt fördjupade sig Fairbairn i kraftspelet mellan jaget och överjaget. Det mest djupliggande handlar om ett intensivt beroende och frustrerad kärlek.

Utgångspunkten är att jaget är helt och orienterat mot goda relationer. De första införlivandena av objekt görs utifrån intensiteten i barnets behov av relationer, ställt mot föräldrarna som känslomässigt frånvarande, alltför påträngande eller kaotiska. Barnet har ingen möjlighet att klara sig på egen hand och är utelämnat åt en värld där föräldrarna utgör hela det interpersonella universum som barnet har tillgång till. Eftersom föräldrar är ofullkomliga inleds en rad internaliseringar, bortträngningar och klyvningar som är avsedda att behålla illusionen av föräldrarna som goda i yttervärlden. Barnet införlivar de "onda" sidorna av föräldrarna som därmed undgår att betraktas som "onda". Priset är emellertid att barnet självt blir "ont" i sin huvudsakligen omedvetna upplevelse av sig självt. Det onda finns nu inom barnet. Det "onda" ska här ses som föräldrarnas icke

önskvärda sidor: depressiva, sadistiska eller kaotiska. Dessa blir till inre objekt, som barnet identifierar sig med. Barnet försäkrar sig på detta sätt om en yttre trygg värld på bekostnad av den inre tryggheten. Om det onda finns inom barnet självt, går det att behålla illusionen av omnipotent kontroll. De internaliserade relationsaspekterna kommer att utgöra kärnan i det bortträngda. Minnen trängs också bort eftersom de kan påminna om längtan som inte får komma till medvetandets yta. Minnena är förbundna med överstimulerande eller avvisande aspekter av föräldrarna.

Fairbairn märkte att barn som utsatts för sexuella övergrepp av föräldrarna eller föräldraliknande gestalter har stora svårigheter att tala om sina erfarenheter och genom sitt beteende också faktiskt försvarar den som förgripit sig mot dem. Barnet har mött ett inre objekt i missdådaren. Vi vet att barnet tenderar att identifiera sig med objektet och att alternativet är att utelämnas åt en ond yttervärld. En mildare variant träffar vi på när vi hör någon säga: "Jag fick visserligen mycket stryk när jag var liten, men det var jag antagligen värd." En avspjälkad jagaspekt blir på det här sättet översvämmat av sin identifikation med ett straffande objekt. Nämda exempel beskriver den ena av två avspjälkade jagaspekter, det avvisande objektet, som paras med det antilibidinösa jaget.

Jag vill också nämna något om den andra avspjälkade jagaspekten, det libidinösa jaget, som paras med det exciterande objektet. Det är ursprungligen något som liknar relationen mellan det hungriga barnet och den mamma som potentiellt är kapabel att tillfredsställa denna hunger men som inte gör det. Det är alltså frågan om en längtan som är möjlig att tillfredsställa men som inte blir tillfredsställd. Det längtande och utsvultna jaget upplevs som ett ont objekt, men det exciterande, upphetsande objektet har formellt goda egenskaper och eftersom det är både upphetsande och icke tillfredsställande så ställer detta till med problem. En konsekvens blir t.ex. att tillåtna sexualobjekt blir ointressanta, endast de ouppnåeliga blir upphetsande. Fairbairns förslag på lösning av sådana problem är att man återtar de avspjälkade, aggressiva och libidinösa jagaspekterna och härbärgerar dem i det centrala jaget.

Det finns ytterligare en svårighet. Relationen mellan det libidinösa jaget och det exciterande objektet råkar nämligen ut för en dubbel bortträngning, dels av det centrala jaget, dels av det antilibidinösa jaget. Här finner vi i praktiken den nedlåtenhet mot svaghet som hunger och längtan skapar. Hos P har jag kunnat se detta i det att hon har projicerat sin längtan på alla andra som är svaga och behövande. Hon har projicerat och förskjutit denna längtan och har inte tyckt

Tystnaden som symptom

att det handlat om henne själv alls. Något som förstärkt detta är att P känt skuld. Fairbairn ser skulden som resultatet av ett moraliskt försvar och av aggressiva fantasier riktade mot objektet. Barnet betalar priset att se sig självt som moraliskt antastligt för att kunna bli del i gemenskapen med goda yttre objekt.

Efter ett års arbete kunde P börja närma sig avspjälkningen inom sig. Vid ett tillfälle fick jag ett återbud på en lapp genom receptionen. Lappen informerade mig om att P's mamma låtit hälsa att P lämnat återbud. Själv hade hon inte telefonpengar. Detta återbud väckte hos mig starka känslor av besvikelse och vrede. Jag förstod av meddelandet att P kastats mellan närhet och avstånd till mig. Kanske var det något jag sagt under förra samtalet. Men jag tror inte det. Jag tror att jag inom henne har dansat omkring mellan total närhet och förkastelse. Jag har varit den viktigaste människan i hennes liv. Hon gjorde något istället för att prata med mig om det. Det har känts som något gungande eller böljande till och från, ett kärleksförhållande, ett samlag, ett samtal. Ibland har rullgardinen dragits ned framför ögonen på mig och jag har blivit lämnad utan att jag anat någonting. Jag har känt mig utvald, speciell, uppfylld av detta, men lika snart kunnat bli utkörd ur paradiset. När vi åter setts har detta kunnat kommenteras av P. Hon kunde till exempel säga "jag behöver dig så mycket och du behöver mig så litet". Det fick henne att komma i kontakt med något av det tidigare bortträngda, "det svaga". Hon kunde uttala att hon var beroende av mig och att det skrämde henne.

Vid ett tillfälle två år efter vårt första möte, då hon bott på behandlingshemmet några månader, ringde hon och talade om för mig att det var så jobbigt att bo på behandlingshemmet att hon inte skulle komma att klara det. Det här var ett meddelande av samma dignitet som tystnaden tidigare varit. Skillnaden var att hon nu uttryckte något med ord. Här varnade hon innan hon agerade, men liksom tystnaden var meddelandet fyllt av omöjlighet. Risken för dramatiskt och självdestruktivt agerande snuddade ytan. Cirka 10 dagar före samtalet hade hon agerat ut sin ångest i tablettintag och blivit inlagd på akutavdelning. Det jag kallar "omöjlighet" kan förstås som en kollision inom P där härbärgeringsförmågan inte finns. Vid detta tillfälle, liksom vid många andra, hade något sagts som utlöst vrede inom P, som emellertid inte varit total utan i stället utlöst känslor av ambivalens. Det var vid sådana tillfällen hon kunde säga: "det blir för mycket känslor", vilket kan förstås som känslor av omöjlighet. Då – liksom vid flera andra tillfällen - slutade känslan av omöjlighet i ett agerande, tablettintag.

Kanske är det annorlunda den här gången? Vad ville hon mig när hon ringde? Hur skulle jag förstå det? Jag hade kommit att bli den som var mest pålitlig, tänker jag. Nu ringde hon och talade om att det som hon tyckte förväntades av henne på behandlingshemmet blev för mycket, rentav omöjligt. Det gick inte att leva upp till utan att förintas. Det jag kom på var att mitt samarbete med terapeuten på behandlingshemmet kanske kunde förstärka den symboliska härbärgeringen. Om föräldrarna samarbetar blir det tryggare för barnet. Jag sade: "gör inget dumt, vi har tid att prata". Jag sade åt henne att jag skulle ringa till terapeuten på behandlingshemmet, H, och tala om det hon just sagt till mig. Vi bestämde att ses dagen därpå. Hon lät sig lugnas något och vi lade på luren. Den tystnad som från början präglade våra möten är nu bruten. Den har delvis förvandlats till öppna ageranden som uttalas när hon står inför en självdestruktiv handling. Jag har tolkat detta som en ökad tilltro till en möjlig härbärgering av det omöjliga inom P. Vid det här tillfället höll inte hennes egen härbärgerande förmåga, men med hjälp av min gick det. Att vända sig till mig vid ett sådant tillfälle blir ett uttryck för något uttalbart i relation till mig. Men det är fortfarande ett agerande, ett tecken på ett lidande som ännu inte hittat sina ord.

Jag ringde upp terapeuten H och vi verkade båda förstå att vårt samarbete "över huvudet" på P skulle inverka betryggande på henne. När P kom till mig var hon missmodig och sade att hon blivit bannad av H för att hon ringt till mig. Hur var detta möjligt? Jag tyckte att H och jag förstod varandra. Det här är ett exempel av många på alla de gånger jag blivit tveksam om mitt eget agerande är ett agerande eller om det finns någon "verklighet" att hålla sig till. Splittrades P mellan H och mig så att hon uppfattade honom som en som bannar och mig som en som förstår? Var det så enkelt? Antagligen. Mina reflektioner nu är att det jag sade inte var så viktigt. Det var inga märkvärdiga ord. Det viktiga var att jag genom att ringa till terapeuten på behandlingshemmet prövade om samarbete var möjligt inom P, om hon måste hålla isär eller om hon kunde känna att samarbete mellan hennes avspjälkade jag var möjligt. Eftersom hon uppfattade att H bannade henne och jag var den som förstod fick jag ett tecken på att detta ännu inte var möjligt för P. Här hade hon dock blivit en "vanlig" utagerande patient, nu utagerande med ord.

Vid ett senare tillfälle var P tyst största delen av samtalet. Jag kände igen henne som hon var i början. Mot slutet av detta samtal berättade hon att hon tagit kontakt med den man som förgripit sig på henne när hon var barn. Hon berättade att hon varit arg och att det antagligen varit orsaken till att hon ringde. Mannen

hade dock "varit snäll" i telefon och han hade varit förstående för P's vrede och tillstått att han insett hur mycket han skadat henne. Detta var mer än P kunde bära. Svårigheterna hopade sig inom henne och hon fylldes med självvransakan som så ofta annars. P förmådde inte hålla fast vid att ha "rätt" att anklaga mannen för det han gjort om han inte var alltigenom ond. Jag sade något om att det svåra för henne kanske var att hon inte bara blivit utnyttjad utan att hon också fått ut något av det. Här blev det svårt och tystnaden djupnade. P kunde dock säga att hon inte kunde vara kvar i rummet, att hon måste gå.

Senare kommenterade hon det som hänt genom att säga att jag haft rätt i det där med att få ut något av de sexuella övergreppen. Hon hade dock blivit så rasande på mig att hon tyckt sig vara tvungen att lämna rummet. Vi har här ett exempel på att P i sin förövre mött ett inre objekt som hon identifierat sig med, i stället för att behöva känna sig utlämnad till en ond yttervärld. Det framgår också att P nu har tillgång till sina känslor och att hon kan identifiera dem.

En annan händelse utlöste en kraftig reaktion hos P. Hon ringde mig och berättade att hon hade sålt sig. Hennes främsta avsikt med att berätta för mig var, som vi sedan förstod det, att hon tyckte det var mycket viktigt för henne att veta vad jag tyckte, främst om jag tyckte att hon var dålig. Hon skämdes oerhört och hade tvekat länge innan hon berättade. Hennes ageranden har bytt skepnad. Liksom tidigare har känslan av litenhet väckt starka skamkänslor. Att sälja sig sexuellt kan förstås som ett uttryck för två saker, dels att sexualitet representerar värme, hållande, kärlek och dels att dessa känslors uppvaknande inte var tillgängliga för formulering utan fortfarande föremål för agerande. Tänk på Freudcitaten ovan, att symptom är ett slags språk när det inte finns ord, ett språk som det är min uppgift som psykoterapeut att lyssna till. P har fått kontakt med sin regressiva gråt. Det hon skäms för är inte det sexuella utan för det regressiva. Det blir som om hon skulle ha sagt "jag längtar och därför är jag dålig". Det "dåliga" här är hennes mammalängtan, som måste ses som något fruktbart i den terapeutiska processen. Det var oförmågan att härbärgera denna mammalängtan som tidigare karakteriserade vårt förhållande. Grundkonflikten inom P som hade att göra med mamman, karaktäriserades av behovet av ett härbärgerande objekt. Om inget härbärgerande objekt finns att tillgå, förblir föräldrafigurerna stränga. Detta blir ett hinder i överjagsbildningen. Här har vi den starka moralen, det ouppnåeliga jagidealet samt den nästan allestädes närvarande känslan av att vara dålig. De stränga inre föräldrafigurerna hindrar den egna självhävdelsen. Den smulas sönder innan den når medvetandet.

Det P och jag arbetat för, kan också uttryckas i termer av "mellanområde" i Winnicott's mening. I vårt fall har det handlat om att skapa ett område mellan oss där möjlighet till skapande kunde få finnas. Jag fick bekräftelse på att vi skapat ett sådant utrymme under en session då hon talade om att det var lätt att komma till mig den gången. Hon kände ingen press. Vi kunde gemensamt titta på hur hon upplevde den första tiden. Hon har fått viss distans till sig själv och kunde tillsammans med mig till och med le åt hur det var då. Om man vill se det så, skulle vi vid detta tillfälle kunnat påbörja en psykoterapi där symboliken fungerar, där mellanområde finns.

Slutligen skulle jag vilja bringa klarhet i eventuella etiska frågor. På ett tidigt stadium bestämde jag mig för att berätta för P att jag skrivit en artikel och att den eventuellt skulle komma att publiceras. Jag bestämde mig också för att om hon skulle vara det minsta emot en publicering av materialet så skulle det inte bli någon. När jag ringde till henne och berättade, uttryckte hon överraskning och hon ville läsa artikeln. Jag skickade den till henne och hon tog därefter kontakt med mig. "Det var jobbigt men bra" var hennes första reaktion. Därefter träffades vi en gång. Mitt sätt att förstå att det var viktigt att träffa mig då var att hon ville "uppdatera" vår relation inom sig. Hon hade ju läst det jag skrivit om henne – och inte minst – om mig. Hon hade vid detta tillfälle ingenting emot en publicering.

Referenser

1. Coltart N. Slouching towards Jerusalem. London: Free Association Books; 1992.
2. Fairbairn WRD. Psychoanalytic studies of the personality. London: Routledge; 1952.

Abstracts

Grebo, U. (2004): Panel discussion with clinicians and researchers: Mutual fertilization—right? Matrix 21;4, 272-279

Young Adult Days for psychotherapists and researchers was arranged for the third time in December, 2003, by the Stockholm County Council's Institute of Psychotherapy. A panel discussion illuminated perspectives from both directions. *Andrzej Werbart* began with a meta-perspective of knowledge and research, and emphasized the importance of the subjective patient's perspective in psychotherapy research. *Gunnel Jacobsson* talked about how states resembling depression were a part of the normal development of young adults. She said diagnosed conditions are perhaps in part "disease mongering" and recommended counseling options for youths outside of primary psychiatric care. *Andreas Murray* spoke about societal influences on how youths can develop sound self-esteem and a sense of participation in a adult world where dependence and autonomy exist simultaneously. *Siv Boalt Boëthius* spoke about the fertilization that daily clinical work can provide research and vice versa. She addressed which factors within a clinical institution either stimulate or hinder documentation and research. *Leif Wahlquist* presented statistics on young adults' mental health. In 1999, they increased their consumption of mental health care more than other groups, which has since continued. SSRI drugs prescriptions increased most for this age group. Psychiatry prioritized therefore young adults in projects that combined resources from child psychiatry and adult psychiatry. Problems include increased youth alcohol consumption, and that young women and young men now drink similar amounts. The lively discussion that followed focused on arenas for youths to discuss their existential problems, and on thoughts about how we can apply psychological knowledge to youth programs in the political realm.

Key words: Young adults – psychotherapy – psychotherapy research – mental health

Philips, B., Wennberg, P. & Werbart, A. (2004): Young adults in psychoanalytic psychotherapy. Matrix 21;4, 280-289

The aims of this naturalistic study are to present patient characteristics and analyse various outcome measures at termination for psychoanalytic psychotherapies with young adults. Patients (n=134) between 18-25 years were included, whereof 92 in individual and 42 in group therapy. One third had a personality

disorder. Outcome measures were psychiatric symptoms (SCL-90), self rated health (SRH), global functioning (GAF), interpersonal problems (IIP-C), self concept (SASB), and developmental levels of self and object representations (DRS). The largest positive changes (pre- versus post-therapy) were with respect to the patients' overall health and functioning. There were moderate changes on self-reported symptoms, self-concept, and self-representation while changes in interpersonal problems and object representations were small. Large effects on the global measures rather than the more specific ones might reflect the global goals in psychoanalytic psychotherapy. The results of the study support the notion that psychoanalytic psychotherapy is an effective treatment for young adults with psychological problems.

Key words: young adults – psychoanalytic psychotherapy – outcome

Werbart, A. (2004): Which therapist suits me? Young adult patients view their psychotherapists. Matrix 21;4, 290-304

As a part of the Young Adult Psychotherapy Project 52 patients' descriptions of their therapists were studied at termination of the therapy. The aim was to develop a qualitative taxonomy of therapists, empirically grounded in the young adult patients' views of positive, helpful, and negative, obstructive characteristics of their therapists. Distinct prototypes of the therapists were constructed by means of "forming types by understanding" and helpful as well as obstructive factors within each cluster of cases were categorised. Four ideal type clusters could be formed: positive picture of the actively intervening therapist, positive picture of the cautious therapist, negative picture of the passive and distanced therapist, and ambivalent picture of the actively intervening therapist. Almost all contented patients mentioned non-specific therapeutic factors, such as accurate empathy, non-possessive warmth and genuineness. However, decisive for the positive picture of the therapy were some specific therapeutic factors: the therapist's active contribution to creation of meaning, professionalism, technical neutrality, and request to the patient to shoulder some responsibility for the cure. Displeased patients described their therapists as passive, anonymous, impersonal and distanced. For most of the young adults it has been clearly difficult to become a therapy patient in a strange and disquieting situation, straying from ordinary interpersonal meetings. The four ideal type clusters were not related to the patients' pre-treatment characteristics or to the outcome at termination. Some specific suggestions for suitable psychoanalytical therapeutic attitude and technique could be formulated starting from the patients' implicit knowledge.

Keywords: Patients'view – Therapists' characteristics – Ideal types – Psychoanalytic psychotherapy

Murray, A. (2004): *Desperate at 23: A psychoanalysts view. Matrix 21;4, 305-315*

Clinical challenges and experiences are collected from the work at the Psychotherapy Institute in Stockholm. The young adult has built a psychological platform. It could be partly defensive and therefore vulnerable. Examples are the cliché filled narrative or taking too much the superior position. Frame and continuity are important in psychoanalytical psychotherapy, and examples are given from crises within therapies in these respects. The needs come back, and fright is always present. The place and content of the central "madness" could be important to locate, and always important to contemplate. The psychotherapist needs a reflective area outside the therapy itself.

Key words: Young adults – psychotherapy with young adults

Maar, V., Egelund Christensen, K. & Boalt Boëthius, S. (2004): *Young Adults applying for Group Analytic Psychotherapy, Matrix 21;4, 316-333*

This study, which is part of a larger project on group-analytic psychotherapy with young adults, describes the problems, difficulties and symptoms that 57 young adults, 18-26 years of age, mentioned when they applied for psychotherapy at a university clinic.

Their problems were categorised in five main areas: 1) Problems, difficulties and symptoms, 2) Background experienced as causing the problems, 3) Strategies used, 4) Ideas about the Future, 5) Thoughts about participation in Group Psychotherapy.

The study is built on two to three initial interviews with each participant and on other available clinical material. The intention has been to describe the phenomenon on a group level. The data have been analysed quantitatively and qualitatively. The participants of the study consisted of an almost equal number of women and men, most of them being students in higher education.

The results show that the most common and frequent problems were relational problems, problems of identity, and existential fear and anxiety. Problems in the family during childhood were considered as the most common background for the present life situation. Common strategies were passivity, denial and avoidance, or attempts at controlling. There were varied ideas about the future and about participation in group psychotherapy. However, some differences between younger and older participants, and between men and women were found. Areas of interest for future studies are discussed.

Key words: Young adults – group psychotherapy – group analytic psychotherapy – Visitation / In-take

Adamson, L. (2004): Identity and self-concept in young adults - does self-concept (in)consistency matter? Matrix 21;4, 334-345

In this article the significance of having a consistent vs. an inconsistent self-concept (as measured by Structural Analysis of Social Behaviour, SASB) during late adolescence and young adulthood is discussed. Data from three quantitative studies combined with qualitative data from a longitudinal case study are reported. The results show that self-concept consistency is lower among 16-18 year olds as compared to a non-clinical adult group, and also that this is more common among young women than among young men. Further, self-concept inconsistency was linked to a number of negative factors (e.g., suicide attempts). Qualitative data indicate that it is possible to move from an inconsistent to a consistent self-concept and that that quality of interpersonal relationships may acts as one promoting factor in this process. The concept of *bridging significant others* is discussed, together with the need for incorporating a stronger focus on contextual components, both in social and psychological intervention work, when meeting late adolescents and young adults.

Key words: Self-concept – (in)consistency – SASB – qualitative data – quantitative data

Warren, M. (2004): Silence as symptom: A perspective on a young woman's feeling of impossibility. Matrix 21;4, 346-355

A young female patient has been sexually abused by a friend of the family during several years of her childhood. She makes what has happened to her a secret. Furthermore she develops the symptom of silence. The article aims to mirror the development of the process she goes through in therapy for a couple of years. Reflections are being made by connecting the therapeutic process with the theory of the schizoid position, as seen by Ronald Fairbairn.

Key words: psychotherapy with young adults – suicide attempts – silence as symptom – schizoid position

Författerliste

Ulla Grebo, leg. psykoterapeut, Psykoterapiinstitutet,
Stockholms läns landsting. ulla.grebo@spo.sll.se

Björn Philips, leg. psykolog, doktorand,
Psykoterapiinstitutet, Stockholms läns landsting.
bjorn.philips@spo.sll.se

Peter Wennberg, psykolog, fil. dr, Psykoterapiinstitutet,
Stockholms läns landsting. peter.wennberg@spo.sll.se

Andrzej Werbart, leg. psykolog, leg. psykoterapeut, docent,
fil. dr, psykoanalytiker, Psykoterapiinstitutet, Stockholms
läns landsting. andrzej.werbart@spo.sll.se

Andreas Murray, leg. psykolog, leg. psykoterapeut, psyko-
analytiker, Psykoterapiinstitutet, Stockholms läns landsting.
andreas.murray@spo.sll.se

Vivi Maar, cand.psych., specialist og supervisor i psyko-
terapi, gruppeanalytiker (IGA, København). Lektor ved
Universitetsklinikken, Institut for Psykologi, Københavns
Universitet. vivi.maar@psy.ku.dk

Kathrine Egelund Christensen, cand.psych., klinisk psyko-
log, Revacentret, København. KCH@revacentret.kk.dk

Siv Boalt Boëthius, leg. psykolog, psykoanalytiker, profes-
sor ved Pedagogiska Institutionen, Stockholms Universitet,
2002-03 gæsteprofessor ved Universitetsklinikken, Institut
for Psykologi, Københavns Universitet. Siv@ped.su.se

Lena Adamson, psykolog, fil. dr, Universitetspedagogiskt
centrum UPC, Stockholms Universitet.
lena.adamson@upc.su.se

Malou Warren, leg. psykolog, leg. psykoterapeut,
Nynäshamn Öppenvårdsmottagning, Stockholms läns
landsting. malou.warren@slpo.sll.se