

**Centrum för folkhälsa  
Psykisk hälsa - barn och unga**

# **Psykodynamisk psykoterapi för unga**

**Utvärdering av projektet  
Ungdomar och Unga Vuxna  
vid Ericastiftelsen**

**Madeleine Jeanneau  
Regina Winzer**

**Rapport  
2007:1**

 **Stockholms läns landsting**



# **Psykodynamisk psykoterapi för unga**

**Utvärdering av projektet  
Ungdomar och Unga vuxna  
vid Ericastiftelsen**

**Rapport 2007:1**

**Madeleine Jeanneau  
Regina Winzer**

Enheten för Psykisk hälsa – barn och unga är en del av Centrum för folkhälsa i Stockholms läns landsting. Vår uppgift är att vara en kunskapsresurs som verkar för en god och jämlik psykisk hälsa hos barn och unga i länets befolkning. Vi arbetar med kartläggning, metodutveckling, information och utbildning.

Psykisk hälsa – barn och unga  
Centrum för folkhälsa  
Stockholms läns landsting  
Box 17533  
118 91 Stockholm

© Alla rättigheter förbehållna Psykisk hälsa – barn och unga,  
Ericastiftelsen och författarna.

Rapport 2007:1  
ISSN: 1654-2347

## Förord

### Viktigt att utvärdera psykoterapi

Många talar i dag om hur kognitiv beteendeterapi, KBT, har god vetenskaplig förankring i utvärderingar. Få evidensbaserade studier finns däremot om psykodynamisk psykoterapi. Ibland ifrågasätts psykodynamiska psykoterapier och det finns ett behov av ytterligare forskning för att värdera effekterna av denna behandlingsform.

Denna utvärdering är ett viktigt bidrag och bekräftar dessutom hur mycket matchning med rätt metod och rätt terapeut betyder för behandlingsresultatet för den enskilde.

Att bli vuxen tycks ha blivit svårare. En vilshenhet och brist på tilltro till den egna förmågan att lösa kriser har blivit allt mer tydlig och pekar på ett behov av att få reflektera tillsammans med vuxna. För vissa finns inte eller räcker inte stödet från de närmaste. Behovet av samtalsstöd och psykoterapi är därför stort bland dagens unga.

I projektet "Ungdomar och unga vuxna" har många deltagare fått hjälp, med ökad insikt i och förmåga att hantera sina känslor.

Samhällets kostnader för psykisk ohälsa är hög. Psykoterapi fyller väl sin roll som en kostnadseffektiv behandling. Både kognitiva och psykodynamiska terapiformer behövs för att ge unga redskap att hantera ångest och depressioner.

Birgitta Rydberg (fp)

Landstingsråd för folkhälsa och psykiatri

## Förord från Ericastiftelsen

Flera rapporter talar i dag om att den psykiska ohälsan ökar bland ungdomar och unga vuxna. Detta måste mötas med olika insatser från samhällets sida. En del av dessa insatser handlar om att inom vården skapa möjligheter för ungdomar att få stöd och hjälp.

Sedan 2002 bedrivs vid Ericastiftelsen, med stöd av Timmermansorden, ett projekt "Ungdomar och Unga Vuxna" där sökande mellan 16 – 24 år erbjudits psykoterapeutisk behandling. I denna rapport beskrivs projektet och resultatet av den utvärdering som två från Ericastiftelsen oberoende forskare har genomfört. Utvärderingen har skett på initiativ av Ericastiftelsen med uppdraget att beskriva projektet och att utvärdera den behandling som har erbjudits.

De två utvärderarna, som också är författare till rapporten, var fil dr Madeleine Jeanneau och med mag Regina Winzer. Fil dr Lene Lindberg har gett stöd under arbetet och granskat texten.

Ett av studiens huvudresultat är att psykodynamisk psykoterapi, som den erbjöds på Ericastiftelsen, ofta visade sig ge ett gott resultat. Detta stöds av patienternas självskattningar liksom av terapeuternas bedömningar och skattningar före och efter behandlingarna. Några patienter, som intervjuades, beskriver speciellt betydelsen av relationen med terapeuten och att terapin gav tid för reflektion. Rapporten bör kunna komma till stor nytta för andra näraliggande verksamheter.

Vi vill också från Ericastiftelsen och de bägge författarna till denna utvärdering tacka de ungdomar som i intervjuer delat med sig av sina erfarenheter av psykoterapi.

Stockholm i januari 2007

Gunnar Carlberg  
Verksamhetschef  
vid Ericastiftelsen

Sari Granström  
Överläkare  
vid Ericastiftelsen

Anders Jacobsson  
Projektledare  
Ungdomar och  
Unga Vuxna

# Innehållsförteckning

Förord .....	3
Förord från Ericastiftelsen .....	4
Sammanfattning .....	6
Bakgrund .....	7
Psykisk ohälsa hos unga vuxna och behovet av psykoterapi.....	7
Tidigare forskning om effekter av psykoterapi för unga vuxna.....	10
Terapeutisk allians.....	12
Projektet Ungdomar och Unga Vuxna vid Ericastiftelsen .....	13
Syften och frågeställningar .....	15
Etiska överväganden .....	16
Metod .....	17
Deltagarna i undersökningen.....	17
Patienternas skattningar av sina egna symptom .....	19
Undersökningsinstrument.....	19
Jämförelsegrupper .....	20
Terapeuternas bedömningar av patienterna .....	21
Samband mellan patienternas självskattningar och terapeuternas bedömningar	21
Intervjuer med fyra patienter .....	21
Terapeuternas bild av terapierna: en intervjustudie med psykoterapeuterna.	22
Resultat.....	23
Patienternas skattningar av sina egna symptom .....	23
Terapeuternas bedömningar av patienterna .....	26
GAF-skattningar.....	26
Bedömningar av psykosociala påfrestningar hos patienterna.....	27
Medicinering.....	28
Samband mellan terapeuternas bedömningar och patienternas självskattningar	28
Samband mellan antalet sessioner i terapi och förändringar .....	30
Intervjuer med fyra patienter .....	30
Hur stämmer patienternas utsagor överens med övriga data? .....	34
Terapeuternas bild av terapierna: intervjuer med psykoterapeuterna.....	35
Diskussion.....	39
Referenser .....	49
Bilaga 1. Intervjufrågor .....	55

## Sammanfattning

I denna studie utvärderas projektet Ungdomar och Unga Vuxna som bedrivs vid Ericastiftelsen i Stockholm. Speciellt fokus läggs på effekten av behandling för 36 patienter som genomgått psykodynamiskt inriktad psykoterapi. Patienterna var mellan 15 och 24 år vid terapistart, de flesta kvinnor, och gick i terapi i upp till som mest 177 timmar med medianvärde 36 timmar. Utvärderingen skedde med hjälp av självskattade symptom enligt SCL-90 och GAF vid två mättillfällen, före och efter terapi. Resultaten visar att de patienter som genomgått psykoterapi uppvisar en positiv men varierande grad av förbättring mellan de två mättillfällena. Den psykiska hälsan som bedömdes enligt GAF höjdes väsentligt och de självskattade symptomen blev signifikant färre och mindre uttalade.

Slutsatsen av studien är att resultaten, som också får stöd av intervjuer med patienter, talar för att psykodynamisk psykoterapi i den form som bedrivs vid Ericastiftelsen har effekt på unga vuxna patienter. Fyra patienter beskriver i intervjuer att de positiva resultaten kan hänföras till att de i terapin fått egen tid för reflektion, att relationen med terapeuten blev en positiv upplevelse och att de bemöttes med intresse och flexibilitet. I studien diskuteras även en grupp patienter som inte fullföljde terapin och anledningar till detta. Dessutom redovisas intervjuer med terapeuter om deras arbete inom projektet.

Nyckelord: unga vuxna, psykodynamisk psykoterapi, effekt av behandling



## Bakgrund

### *Psykisk ohälsa hos unga vuxna och behovet av psykoterapi*

”Att känna ängslan och oro är vanligast bland unga kvinnor. Hela 30 procent av kvinnorna i åldrarna 16–24 år uppger att de har sådana besvär.” (SCB, 2006) Detta mönster med ökande psykisk ohälsa hos unga och unga vuxna finns dokumenterat i flera nya undersökningar. I nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" (FHI, 2006) finns uppgifter om att unga vuxna kvinnor i större utsträckning än jämnåriga män och äldre kvinnor har nedsatt psykiskt välbefinnande, känner sig stressade, har besvär av ängslan, oro eller ångest och rapporterar fler dagar med psykisk ohälsa. Nedstämdhet, nervositet och irritation ökar med åldern bland både pojkar och flickor, medan endast flickor får svårare att somna med åldern (Danielsson, 2006). Liknande uppgifter fanns redan 2004 i PART-studien (Forsell & Dahlman, 2004). I SOU-rapporten 2006:77 står att läsa att även om de flesta svenska ungdomar mår bra så ökar den psykiska ohälsan bland personer mellan 10 och 20 år. Symptomen är oftast nedstämdhet, oro, svårigheter att sova och värk. Problemen växer dessutom. Allt fler ungdomar mellan 20 och 28 år blir förtidspensionerade på grund av psykisk ohälsa (Försäkringskassan, 2006). Det verkar således som att många unga människor får en ogynnsam start i vuxenlivet, och att den psykiska ohälsan hos unga människor aldrig förr varit så stor. Det finns, vilket många experter konstaterar, all anledning till oro. Sven Bremberg, expert i barn- och ungdomsfrågor vid Statens Folkhälsoinstitut, FHI, (2006) menar att vi befinner oss i början av vår tids största, enskilda folkhälsoproblem: den psykiska ohälsan håller på att utgöra ett större hot än rökningen.

Denna ökning av psykiska symptom bör ses i ljuset av förändringar i samhället, där ekonomiska åtstramningar och sociala nedrustningar har slagit hårt mot ungdomsgruppen. Jämförelser mellan 11 europeiska länder visar att ökningen av psykiska symptom följs parallellt av utvecklingen på arbetsmarknaden och en bedömning som görs i jämförelsestudien är att utvecklingen i båda dessa avseenden har varit som sämst för ungdomar i Sverige under åren 1982-2003 (SOU

2006:77). Ungdomars anknytning till arbetslivet har blivit betydligt lösare sedan början av 1990-talet, då ca 200 000 arbetstillfällen permanent rationaliserades bort för ungdomar och 30 000 tidsbegränsade anställningar tillkommit. Sysselsättningsgraden i gruppen 20–24 år har minskat med mer än 25 procentenheter under 1990-talet, mer för kvinnor än för män. Unga kvinnor och män är den grupp som har haft svårast att etablera sig på arbetsmarknaden: Från år 1990–1999 steg etableringsåldern, det vill säga den tidpunkt då tre fjärdedelar av en årskull har sysselsättning, från 21 till 30 år. Ungdomars disponibla inkomster har också minskat och andelen relativt fattiga bland unga har ökat markant sedan 1990 enligt SCB (Lindkvist, 2003).

Nytt i sammanhanget är också att unga mår psykiskt mycket sämre än äldre över 65 år. Ett centralt begrepp i SCB-rapporten 2006 är stress i form av både vardaglig, psykologisk och medicinsk stress. Vardagsstressen kan handla om att känna sig pressad och frustrerad eftersom man inte hinner med det man tänkt sig, psykologisk stress är påfrestningar när kraven överstiger den egna förmågan. Den medicinska stressen visar sig i en mobilisering av kroppsliga och mentala resurser när man utsätts för påfrestning. En tanke i SCB-utredningen (2006) är att stress hänger samman med psykisk ohälsa för ungdomar och att det därför är nödvändigt att söka minska stressen i alla dess former, till exempel på samhällsnivå, men att det också behövs insatser riktade mot individen i syfte att förhindra en fortsatt ogynnsam utveckling för resten av livet. För många unga vuxna kan psykoterapi vara just den insats som skulle kunna vända en negativ utveckling till det bättre. Behovet av psykoterapi ökar därför.

Unga vuxna är en grupp som uppmärksammas på senare tid, bland annat därför att samhället i någon mån "tagits på sängen" av deras svårigheter. Unga vuxna är inte längre barn eftersom de är myndiga och antas kunna klara sig själva men har ändå speciella livsproblem att brottas med som varken barn eller vuxna har i samma utsträckning. Dit hör, på en existentiell nivå flera viktiga motsättningar: att både vara stadd i utveckling och anses färdigutvecklad, att både ha ansvar för sitt eget liv och börja ta ansvar för andras (kommande partner, barn), att ställa in sig på att vara vuxen och t.o.m. börja åldras etc. De existentiella frågeställningarna hopar sig i och med insikten om att man står ensam i

världen, från att till helt nyligen ha blivit omhändertagen har man nu ensam ansvar för sig själv. Det förefaller också finnas en ny trend som indirekt är beroende av samhällsförändringar under de senaste åren; en nymornad insikt om att man inte längre ges en plats i tillvaron utan att man själv måste kämpa sig till en. Samhället som försörjare och trygghetsfaktor finns inte längre utan man måste själv ordna med sin utkomst.

Ungdomars hjälpsökande inom barn- och ungdomspsykiatri och verksamheter för unga vuxna har ökat under samma tidsperiod men fortfarande motsvarar inte utbudet behoven och det är svårt att få samtalshjälp. Korta väntetider och lättillgänglig hjälp är ofta en förutsättning för att bryta en negativ psykisk hälsoutveckling.

Det förefaller som att unga individer idag saknar tilltro till sin egen förmåga att lösa kriser genom mognande, eller med hjälp från vänner och familj. I stället för att som förr se normala omställningar i livet som visserligen besvärliga, men nödvändiga steg framåt i livet vänder sig många till sjukvården och psykiatri för att få hjälp. Oftast består den hjälpen av medicinering, till exempel SSRI-preparat och mer sällan av samtalsterapi. Det finns hos många unga vuxna en vilshenhet och en osäkerhet inför de nya stegen framåt i livet. Samtidigt, vilket man kan se som en positiv förändring, finns det en ökande insikt om vikten av att förstå sig själv och ta itu med kriser och psykiska svårigheter på ett medvetet och reflekterat sätt, som i psykoterapi där patienten själv benar ut sina problem i samverkan med en terapeut. I psykoterapi är patienten huvudaktör i sitt eget liv och tvingas inse sitt eget ansvar i tillvaron. Sådan hjälp existerar inte när barnpsykiatri är stängd för personer över 18 år och vuxenpsykiatri inte passar; de unga vuxna utgör en grupp som så att säga "faller mellan stolarna". Under senare år har visserligen flera landsting inrättat mottagningar för unga vuxna, men ofta är deras resurser otillräckliga och väntetiderna därmed relativt långa.

Sammanfattningsvis finns en mängd problem förenade med att befinna sig i ungdomsåren. Utvecklingsfasen, som löper utan svårigheter för de flesta, kan för många vara förknippad med så svåra omställningar och existentiella funderingar att det finns risk för både sjukdom och

själv mordstankar. Detta pekar på ett behov för många att få möjlighet att ventiler sina problem med någon professionell person. Psykoterapi är en viktig behandlingsform och behovet växer; på den psykoterapimottagning som vi studerar i denna rapport har också efterfrågan ständigt ökat efter starten i augusti 2002 (Bernalt, 2004).

### ***Tidigare forskning om effekter av psykoterapi för unga vuxna***

Det finns numera väl över 1500 kontrollerade studier av psykoterapi med barn och ungdomar (Kazdin, 2004) och man är tämligen överens om att psykoterapi har effekt för en mängd kliniska problem. Det är emellertid inte alltid man vet varför psykoterapin fungerar och för vilka den fungerar bäst men forskningen är på frammarsch. Många av de terapier som utvecklats för ungdomar vänder sig till personer med olika allvarliga störningar och riskbeteenden (alkohol, missbruk, brottslighet, vandalism, sexuellt risktagande, suicidbenägenhet etc.) och med psykiska sjukdomar. Men det är också många unga som behöver hjälp för lindrigare tillstånd såsom kristillstånd i samband med existentiella funderingar, trauman, separationer, och problem med relationer.

I Stockholm studerade Bernalt (2004) 21 unga vuxna som var på väg att börja sin terapi på Ericastiftelsen. Enligt den studien sökte patienterna i första hand för symptom som ångest, oro och nedstämdhet och terapeuterna, som också tillfrågades, hade uppfattningen att många personers problem kunde härledas till traumatiska bakgrundsfaktorer. Speciellt vanligt var svårigheter med relationer till andra människor, både till närstående och till andra i gemen. Många gånger handlade det om svårigheter som kunde hänföras till vår tids samhällsutveckling med problem relaterade till arbetslöshet, utbildning, bostadssituation, ekonomi m.m.

I sista upplagan av Bergin & Garfields bok, *Handbook of psychotherapy and behavior change* (Lambert, 2004) finns ett avsnitt ägnat åt effekter av psykoterapi med barn och ungdomar, men inget speciellt kapitel om unga vuxna i åldern 16-24 år. En svårighet med psykoterapier med både barn, ungdomar och vuxna är problemet med drop-out. Mellan 40-60 % av dem som slutar sina terapier gör det mot behandlarens inrådan (Kazdin, 1996b). Motivationen kan vara vacklande, speciellt om den

unge inte själv tagit initiativet till behandlingen. Unga människors livssituation är också ofta sådan att andra saker än psykoterapi prioriteras: resor, studier, flytt till annan ort.

När det gäller effekter av terapier med barn och ungdomar liknar de i mycket resultaten för vuxna. Effektstorleksvärdet (ett mått på förbättringens storlek) är .70 om man jämför behandling mot icke-behandling (Kazdin, 2004). Metaanalyser har visat att behandling är bättre än icke-behandling för alla grupper (barn, unga vuxna), och resultaten brukar hålla i sig från eftermätning till uppföljningsmätningar vid olika tidpunkter. Terapier med ungdomar brukar vara något mer framgångsrika än terapier med barn och individualterapi har bättre effekt än gruppterapi (Kazdin, 2004).

Forskningsintresset för gruppen unga vuxna och deras speciella behov växer. Psykoterapiinstitutet i Stockholm genomför för närvarande flera studier inom området. En effekt av psykoterapi med unga vuxna visar på en väsentligt förbättrad självbild enligt SASB (Structural Analysis of Social Behavior, Benjamin, 1974) hos 75 personer som deltagit i YAPP-studien (Young Adult Psychotherapy Project) och som gått i individuell psykoterapi under ca 1, 5 år (Edenius & Sandberg Kempe, 2003). I samma studie berättar fyra unga kvinnor, som varit deprimerade men som gått från en negativ till en positiv självbild, om de förändringar de genomgått som en följd av psykoterapin. De vittnar om en bättre förmåga att formulera egna behov, om ett alternativt sätt att se på sig själva och andra, och om nya tankar och känslor som i sin tur lett till mer funktionella handlingsmönster som de kunnat pröva utanför terapirummet. En viktig faktor i denna förändringsprocess var att de med terapeutens hjälp kunnat förstå hur deras historia hänger ihop med hur de ser på sig själva (Edenius & Sandberg Kempe, 2003).

I en färsk studie beskrivs erfarenheterna hos nio unga kvinnor som genomgått psykoterapi inom Ericastiftelsens projekt Ungdomar och Unga Vuxna, hur förändringen gått till och vad i terapin som lett fram till den. Resultatet av en serie kvalitativa analyser pekar på fyra tematiska förändringskategorier: ökad insikt, ökad förmåga att förstå och hantera känslor, ökad känsla för gränser samt ökad förmåga att glädjas över egna prestationer. De faktorer som lett till de nyss nämnda förändringarna var

den terapeutiska relationen och terapeutens sätt att ställa frågor samt det faktum att det funnits utrymme för reflektion (Sundström, 2006). I de fall patienterna varit missnöjda med sin terapi berodde detta på att den terapeutiska alliansen fallerat.

En svårighet med psykoterapi för unga personer är att motivationen kan vara sviktande, ofta beroende på att den unge själv inte alltid förmår identifiera sina egna emotionella problem och inse konsekvensen av dem. Det är inte heller säkert att den unge håller med om föräldrars eller andra vuxnas syn på varför psykoterapi skulle behövas. Ungdomar har ofta inte den vuxnes benägenhet att inse allvaret i dysfunktioner eller svårigheter i förhållande till andra människor. Detta kan skapa problem för terapeuten: till vem skall terapin riktas? Till den unge eller till hans/hennes föräldrar?

### ***Terapeutisk allians***

Ett grundläggande begrepp inom psykoterapiforskningen är terapeutisk allians, även kallat arbetsallians (Greenson, 1965) av vissa författare. Begreppet är viktigt eftersom närvaron av terapeutisk allians anses vara en förutsättning för det psykoterapeutiska arbetet. Bland annat har man funnit att terapeutisk allians samvarierar med symptomreduktion mätt med SCL-90 (Horvath, 1993) och med andra instrument som mäter förbättring efter psykoterapi. I synnerhet den terapeutiska allians som uppmäts i början av en terapi anses kunna predicera gott resultat (Henry et al., 1994). Begreppet har använts i flera psykoterapiforskningssammanhang och beskrivs bland annat i "Psychodynamic Treatment Research" (Miller et al., 1993). Det sätter fokus på relationen patient-terapeut och i den gängse definitionen brukar tre speciella dimensioner framhållas som avgörande i relationen: 1) patient och terapeut är överens om målsättningen med terapin, 2) patient och terapeut är överens om uppgiften, och 3) förekomsten av ett speciellt känslomässigt band mellan patient och terapeut.

## ***Projektet Ungdomar och Unga Vuxna vid Ericastiftelsen***

Projektet Ungdomar och Unga Vuxna vid Ericastiftelsen i Stockholm startade i augusti 2002 och kom till stånd genom anslag från Timmermansorden. Utgångspunkten var ett omvittnat stort behov av psykoterapi hos ungdomar och unga vuxna, ett behov som kvarstår även nu under januari 2007. Patienterna söker själva, men ibland har initiativet kommit från någon vuxen i patientens närhet, en förälder eller någon representant för hälso- och sjukvården. För den som är omyndig fordras föräldrars medgivande men behovet kan variera mellan en kontinuerlig föräldrakontakt till att den unge berättar för sina föräldrar att terapi har inletts. Patientens kontakt med Ericastiftelsen inleds med 3-4 bedömningsamtal varefter ett beslut tas om huruvida patienten skall erbjudas behandling, som för övrigt är avgiftsfri för patienten. De exklusionskriterier som finns är uttalat missbruk och blommande psykos. I regel går patienterna mellan ett och två år, de flesta en gång i veckan.

Projektet Ungdomar och Unga Vuxna har ett behandlingsteam som träffas var fjortonde dag för konferens kring aktuella ärenden, bland annat för bedömningar av patienter. Teamet har psykiatrisk expertis knuten till projektet, en läkare som ansvarar för eventuell medicinering, fungerar som psykiatrisk konsult i enskilda ärenden och deltar i diagnostisering tillsammans med terapeuterna. Bland annat diskuteras användning av SSRI-preparat och medicinering över huvudtaget.

Den behandlande personalen består av legitimerade psykoterapeuter, varav flera med psykoanalytisk skolning. I december 2006 var sex psykologer och en sekreterare från Ericastiftelsens ordinarie personal knutna till projektet. Ytterligare sex externa psykoterapeuter, som har annan anställning eller är privatpraktiserande, är knutna till projektet. Graden av deltagande i projektet har varierat mellan två och tio veckotimmar och antalet patienttimmar per vecka som kunnat erbjudas har varit mellan tjugofem och trettio.

Alla terapeuter arbetar utifrån en psykodynamisk/psykoanalytisk teori. Arbetet går i mycket ut på att hjälpa patienten att se och förstå sin historia och kunna knyta ihop den med aktuella problem och

svårigheter. Dit hör exempelvis att klarlägga destruktiva familjemönster och trauman och bearbeta dem så att den unge kan förstå hur han/hon själv drabbats av dem. Men det handlar i hög grad också om vad den unge själv kan göra för att bryta ett dåligt handlingsmönster och se sitt eget ansvar, såväl i livsval som i relationer till andra människor. Det är en mödosam process som ofta kräver lång tid eftersom det kan handla om att både omvärdera sin uppväxt och börja se sina egna relaterandemönster i nytt ljus. Därför är terapierna ofta långa, några pågår i flera år. Men kortare terapier förekommer också, många gånger räcker det med en kortvarig kontakt med en terapeut för att den unge skall kunna gå vidare på egen hand. Utmärkande för Ericastiftelsen är flexibilitet och en blick för individens särskilda behov och att man vinnlägger sig om att anpassa behandlingen till varje individs förutsättningar. Det mångdimensionella och sammansatta i människans psyke kräver fantasi och öppenhet, menar man på Ericastiftelsen. Terapierna handlar också mycket om att hjälpa patienterna, unga vuxna, att finna sin plats och sin plattform i livet. En annan hörnsten i arbetet, också den sprungen ur den psykoanalytiska teorin, är den terapeutiska alliansen, eller relationen mellan patient och terapeut, som patienten kan utgå ifrån i sitt eget arbete med att utvecklas. Terapeuterna på Ericastiftelsen är aktiva i arbetet med patienterna, de gör sig tydliga och intar ett mer personligt förhållningssätt än man brukar ha i vuxenpsykoterapier. Terapeutens aktivitet innefattar både stöd och tolkningar och andra interventioner i syfte att hjälpa patienten att se sina inre sammanhang.



## Syften och frågeställningar

Syftet med denna rapport är att redovisa hur behandlingen fallit ut för de patienter som genomgått psykoterapi på Ericastiftelsens mottagning för Ungdomar och Unga Vuxna samt att få kunskap om i vilka avseenden terapin har bidragit till förbättrad psykisk hälsa hos patienterna.

Fenomenet studeras ur fyra olika vinklar, alla med fokus på patienten och med både patientens, terapeuternas och övriga bedömares blick. I fyra delstudier beskrivs psykoterapiprocessen och resultatet av den. Man kan kalla detta förfaringssätt en "triangulering" (Denzin, 1979), som är en metod att studera ett fenomen med beaktande av olika aktörers syn. De fyra delstudierna kommer att belysa

- patienternas egenskattade symptom
- terapeuternas bedömningar av patienternas psykiska hälsa
- intervjuer med patienterna om deras uppfattning om psykoterapiprocessen
- intervjuer med terapeuterna

Specifika frågor är hur patienterna skattar sina symptom med SCL-90 (Symptom Checklist. Derogatis, 1977) efter psykoterapi jämfört med före, liksom hur terapeuterna bedömer patienternas psykiska hälsa enligt GAF (The Global Assessment of Functioning Scale, Endicott et al., 1976) före och efter behandlingen.

En annan fråga är om det finns något samband mellan patienternas uppfattning om sina symptom och terapeuternas bedömning av deras hälsa. Har patienter och terapeuter samma uppfattning?

Ytterligare en fråga är huruvida det finns något samband mellan utfall och terapins längd. Kan man av undersökningen dra slutsatsen att ju längre terapi desto bättre resultat?

Övriga frågor gäller hur patienter och terapeuter med egna ord beskriver terapiprocessen i intervjuer. I vilka termer berättar patienterna om sin förändringsprocess? Och vilka är terapeuternas erfarenheter av terapiarbetet?

### ***Etiska överväganden***

Att studera psykoterapipatienter, med frågeformulär och i intervjuer, är en grannliga uppgift som kräver stor respekt för individens integritet. I den här undersökningen har vi lagt oss vinn om att inte avslöja personuppgifter och data som lämnats i förtroende. Inga identifierbara uppgifter (namn, personnummer etc.) förekommer, och i tveksamma fall har vi, för att undvika igenkänning ändrat uppgifter utan att meningsinnehållet förändras.

## Metod

### *Deltagarna i undersökningen*

I den här rapporten redovisas 76 patienter som kontaktat Ericastiftelsen mellan år 2002 och 2005. Det rör sig om 57 kvinnor och 19 män (Tabell 1).

Tabell 1. Sammanställning av ålder och kön hos de patienter som ingår i projektet.

Ålder	Kvinnor	Män	Totalt
15	2	0	2
16	3	4	7
17	8	3	11
18	9	1	10
19	4	2	6
20	6	3	9
21	8	3	11
22	6	3	9
23	7	0	7
24	4	0	4
Totalt	57	19	76

Genomsnittsåldern och medianåldern var 20 år, standardavvikelsen 2,5 år. Av de 76 patienterna har 36 genomgått och senast under december 2006 avslutat sin psykoterapi. Dessa utgör den "kärngrupp" som är vårt huvudfokus i denna rapport. Kärngruppen består av patienter som är helt klara med sin terapi och vars terapeuter också ser arbetet som avslutat. I kärngruppen har 31 patienter fyllt i SCL-90 före och efter terapin. 32 av dem har dessutom blivit bedömda vid två tillfällen – omedelbart före och efter avslutad psykoterapi – med avseende på GAF. I gruppen finns 29 kvinnor och 7 män.

### Sysselsättning, boende och bostadsort

De flesta av de 76 patienterna som kontaktade Ericamottagningen var upptagna med utbildning: tre gick ännu på högstadiet, 24 på gymnasiet, 21 på högskola, två på folkhögskola, tre på KomVux. Tretton personer uppgav att de förvärvsarbetade, tre personer att de sysslade med "annat" och för sju personer fanns ingen uppgift om sysselsättning. Åtta av ungdomarna och de unga vuxna bodde med bägge föräldrarna, 22 med en förälder, och 26 i egen lägenhet. För de övriga finns ingen uppgift. 58 av deltagarna i projektet kom från Stockholms innerstad, sex personer från Stockholms norra förorter och tolv från de södra.

### Diagnoser

De 76 patienterna diagnostiserades med avseende på funktionsnivå och symptom av Ericastiftelsens läkare i samråd med terapeuterna; bedömningarna gjordes enligt klassifikationssystemet DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Följande diagnosgrupper var aktuella:

1. Ångestsyndrom som avsåg paniksyndrom, tvångssyndrom, fobi, PTSD, generaliserat ångestsyndrom.
2. Uppmärksamhetsstörning som kunde omfatta utagerande stört beteende, ADHD, trotsreaktion, uppförandestörningar,
3. Förstämmningssyndrom: depression, dystymi, depression UNS (utan närmare specifikation), bipolär depression
4. Övriga störningar hos spädbarn, barn eller ungdomar såsom separationsångest, reaktiv kontaktstörning, störning UNS.
5. Andra diagnoser, till exempel identitetsstörning, ätstörning, sömnstörning eller somatiska besvär
8. Ingen diagnos, det vill säga patienten undersöktes, men bedömdes inte ha någon DSM-IV-diagnos.

Den oftast förekommande diagnosen var Förstämmningssyndrom där kvinnorna dominerade, 17 kvinnor och två män erhöll denna diagnos. Ångestsyndrom fanns hos åtta kvinnor och tre män. En grupp på 23 personer hade någon annan diagnos, till exempel identitetsstörning, sömnstörning eller ätstörning. I 23 fall saknas DSM-IV-diagnos. I elva fall tilldelades patienterna två diagnoser; detta gällde åtta kvinnor och tre män. I de fallen kan man tala om en komorbiditet, och i samtliga

dessa fall handlade det om att patienten led av både depression och någon annan diagnos. Sammanfattningsvis kan man konstatera att de inätgående diagnoserna helt dominerar denna patientgrupp.

### Behandlingen

Trettiosex patienter av 76 (48,7 %) hade gått igenom och avslutat sin behandling fram till december 2006, sju män och 29 kvinnor. En grupp på fjorton personer påbörjade terapi men avbröt av olika orsaker; i den gruppen hade tolv avbrutit men ändå med ett tydligt avslut, under det att två avbröt utan tydligt avslut, det vill säga patienterna "försvann". Elva personer hade varit med om bedömningsamtal men inte gått vidare. Femton terapier pågick fortfarande i december 2006.

### Tidigare psykologisk behandling eller psykiatrisk kontakt

37 av de 76 personer som ingår i projektet Ungdomar och Unga Vuxna hade tidigare haft någon form av psykologisk eller psykiatrisk kontakt under det att 28 patienter inte hade haft det. 21 ungdomar hade gått psykoterapi eller samtal som varat mer än några gånger eller sporadiskt. 16 personer hade gått en eller några gånger i rådgivning, kuratorssamtal, samtal på ungdomsmottagning eller studenthälsan. Av dessa 16 hade 12 personer haft kontakt med PBU/ BUP. För resterande 11 personer saknas uppgift.

## ***Patienternas skattningar av sina egna symptom***

### **Undersökningsinstrument**

SCL-90 (Symptom Checklist. Derogathis, 1977) är ett ofta använt skattningsformulär vars psykometriska egenskaper såsom reliabilitet och validitet har utvärderats i många sammanhang, bland annat i Sverige (Fridell et al., 2002). Frågorna i formuläret kan besvaras med ett värde mellan 0 och 4, där 0 betecknar inga besvär alls och 4 avser stora besvär respektive många symptom. I samband med bedömningsamtalen ombads patienterna fylla i SCL-90-formuläret. Det omfattar 90 frågor om olika symptom som sedan grupperas till nio olika symptomdimensioner: somatiska symptom, tvångsmässiga symptom, interpersonell känslighet, depression, ångest, aggressivitet, fobisk ångest, paranoida symptom, psykotiskt tänkande, samt en tilläggs skala

med övriga symptom som svårigen kan hänföras till någon av de nämnda dimensionerna. I denna undersökning räknar vi också fram ett globalt svårighetsindex, GSI, som är genomsnittet för alla 90 frågorna. När SCL-90-skattningarna genomfördes på Ericastiftelsen administrerades de av de terapeuter som gjorde de inledande bedömningarna. Terapeuterna kom också att använda sig av patienternas SCL-90-formulär i terapierna, bland annat för att klargöra vad patienterna hade för besvär. I samband med att formulären delades ut till patienterna informerades terapeuterna om sekretessfrågor.

## Jämförelsegrupper

I denna rapport jämför vi SCL-90-skattningar med två andra grupper som ingår i projekten YAPP (Young Adult Psychotherapy Project) och YOUTH (Young Adults Own Understanding and Thinking and Managing of Every Day Life) om unga vuxna vid Psykoterapiinstitutet i Stockholm (Jacobsson, 2003; 2005); deltagarna i dessa grupper är mellan 18 och 25 år:

1) Normalgrupp. 609 unga vuxna enligt ett randomiserat urval besvarade en enkät som per post skickades ut från Psykoterapiinstitutet i samarbete med Sifo åren 2000 – 2002. Genomsnittsåldern för denna grupp var 21 år. 218 män och 386 kvinnor medverkade; för fem personer finns ingen uppgift om könstillhörighet. Bortfallet var 61,8%. 36% av männen svarade på frågeformuläret och 63,2% av kvinnorna (Jacobsson et al., 2004; 2005).

2) En andra grupp, psykoterapigruppen, bestod av 132 unga vuxna som sökt psykoterapi, 35 män och 97 kvinnor; fem personer har inte uppgett könstillhörighet. Psykoterapigruppen består av personer mellan 18 – 25 år som sökte psykoterapi mellan åren 1998 och 1999 och genomsnittspatienten är en ogift kvinna i 23 – 24-årsåldern med postgymnasial utbildning som antingen studerar eller yrkesarbetar. YAPP-gruppen finns beskriven i Psykoterapiinstitutets rapporter nr 22 (Claesson & Werbart, 2002) och 23 (Wiman & Werbart, 2002) och hos Jacobsson (2005) och Philips (2006).

I analyserna (Tabell 2) hänvisar vi också till ett representativt ungdomsmaterial (n=2776) av 17 – 23-åringar från ett slumpmässigt urval som beskrivs i Fridell et al., (2002).

### ***Terapeuternas bedömningar av patienterna***

Terapeuterna gjorde GAF-skattningar (Global Assessment of Functioning Scale) av sina patienter före och efter behandlingen. GAF-skalan, ett standardinstrument som ingår som den femte axeln av en DSM-IV-bedömning, är en skala som på 100 skalsteg mäter patientens globala psykiska hälsa utifrån psykologisk/psykiatrisk, social och yrkesmässig funktionsförmåga (Endicott et al., 1976; American Psychiatric Association, 1994). Skalan har hög reliabilitet och anses kunna fungera väl som ett resultatmått i studier av behandlingseffekter (Söderberg et al., 2007). Gränsen för låg funktion brukar sättas vid GAF < 70. De terapeuter som verkade i projektet hade samtränat i att göra GAF-bedömningar.

Terapeuterna hade också som sin uppgift att göra en uppskattning av de psykosociala påfrestningar som patienterna påverkats av före och efter terapin, den fjärde axeln i DSM-IV-bedömningen.

### **Samband mellan patienternas självskattningar och terapeuternas bedömningar**

I syfte att undersöka om det finns något samband mellan patienternas självskattningar av sina symptom enligt SCL-90 och terapeuternas bedömningar av psykisk hälsa med GAF gjordes korrelationsanalyser mellan de två instrumenten.

### ***Intervjuer med fyra patienter***

En ursprunglig tanke i utvärderingen av projektet var att minst tio patienter skulle intervjuas. Elva av de patienter som gått igenom och avslutat sin terapi kallades till intervju per brev, ett brev där information om sekretess framgick. Fyra personer tackade ja och intervjuades. Sju patienter gick inte att få kontakt med, varken per brev eller per telefon.

Anledningen kan vara att många ungdomar flyttat eller bytt adress och bostadsort. En annan förklaring skulle kunna vara att det gått alltför lång tid efter det att terapin avslutats och att det kan ha känts inaktuellt och plågsamt att återigen börja tala om den processen och att man därför valt att inte svara på förfrågan om att delta i intervju.

Intervjuerna, som bandades, kom att ske enligt en halvstrukturerad intervjuguide (se Bilaga 1) där fokus kom att ligga på följande aspekter:

1. Patientens problem före terapin
2. Förändringsprocessen
3. Verksamma faktorer i terapin
4. Den terapeutiska alliansen med terapeuten

### ***Terapeuternas bild av terapierna: en intervjustudie med psykoterapeuterna***

Alla tio terapeuter som var involverade i projektet intervjuades; de tillfrågades om sin syn på projektet och sitt arbete med de unga vuxna patienterna, och i synnerhet hur de uppfattat sina terapier med avseende på terapeutisk allians. Vi ville också veta hur datainsamlingen (som de ansvarat för) gått till och särskilt hur man skall förstå det interna bortfall som fanns i data. Syftet var att få en bild av hur terapeuterna uppfattar gruppen unga vuxna och vad dessa patienter – till skillnad mot vuxna patienter – behöver hjälp med och vad som är specifikt för behandlingen av dem.



## Resultat

### *Patienternas skattningar av sina egna symptom*

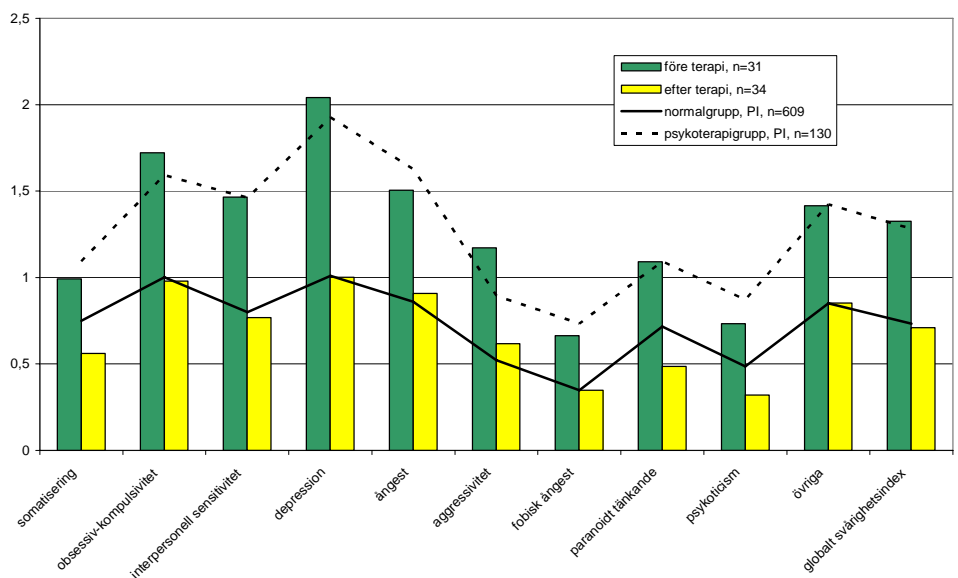
Data finns från 76 patienter. 63 personer hade fyllt i SCL-90 före terapin, men endast 34 personer hade fyllt i SCL-90 två gånger, före och efter terapierna. I Tabell 2 listas medelvärden och fördelning på symptomskalorna.

Tabell 2. SCL-90-skalar för de 63 deltagare som fyllt i formuläret en gång. Medelvärden. Medianvärden. Min-maxvärden.

	Min	Max	Median	Medelvärde	Standard- avvikelse	Medelvärde enligt Norrning n=2776
Somatisering	0	3,42	0,79	0,97	0,71	0,73
Tvång	0,1	3,9	1,70	1,59	0,82	1,04
Interpersonell sensitivitet	0	3,33	1,12	1,35	0,79	0,86
Depression	0,15	3,62	1,96	1,90	0,88	-
Ångest	0	3,7	1,30	1,44	0,85	1,04
Aggressivitet	0	3,33	0,67	0,98	0,90	0,67
Fobi	0	3,43	0,43	0,67	0,83	0,27
Paranoia	0	3,17	0,83	1,11	0,83	0,69
Psykoticism	0	2,7	0,60	0,75	0,58	0,37
Övriga	0	3,28	1,43	1,46	0,83	-
Globalt svårighetsindex	0,12	3,16	1,26	1,26	0,65	0,76

Medelvärdena för de Ericapatienter som vid förmätningen skattade sina symptom förefaller i allmänhet högre än för andra jämförbara grupper, till exempel Norrings stora studie över unga mellan 17 och 23 år (n=2776) som beskrivs i Fridell et al., (2002, sid. 29), och högre än Psykoterapiinstitutets normalgrupp (YOUTH) (Figur 1).

Figur 1 visar kärngruppens medelvärdeskillnader på SCL-90-skalorna före (n=31) och efter terapi (n=34) jämfört med Psykoterapiinstitutets normalgrupp YOUTH och psykoterapigrupp YAPP. SCL-90-värden för YAPP och YOUTH har erhållits från Andrzej Werbart, Psykoterapiinstitutet, Stockholm läns landsting. Alla skillnader mellan före- och eftermätning för Ericapatienterna, utom den för fobisk ångest, är statistiskt signifikanta på minst 1%-nivån.

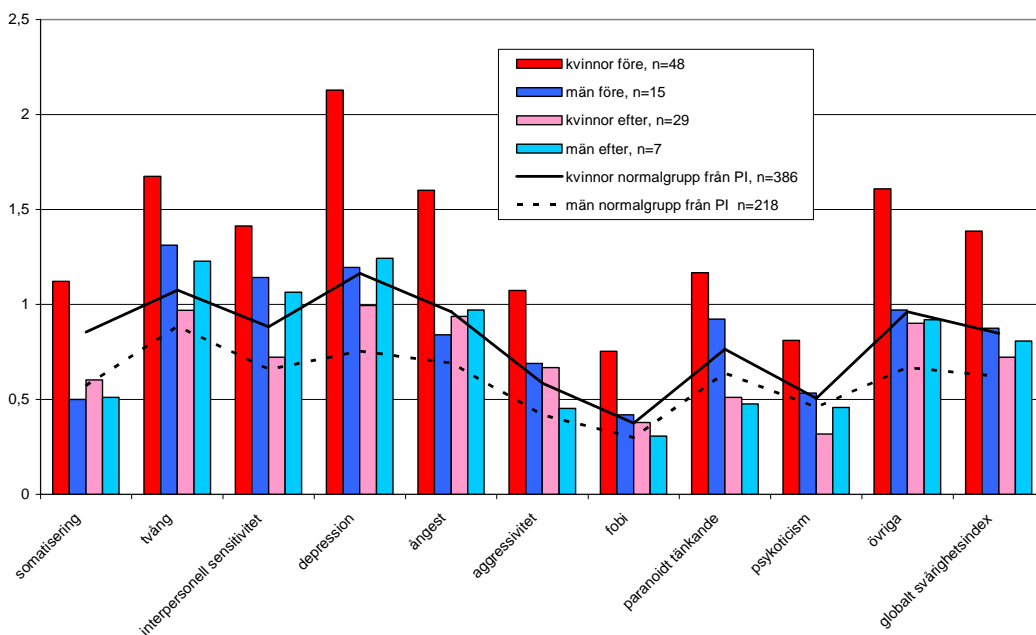


Figur 1. SCL-90 före och efter behandlingen för kärngruppen jämfört med två grupper från Psykoterapiinstitutet.

En översiktlig blick visar att på samtliga SCL-90 skalor hade kärngruppspatienterna skattat lägre symptom vid mätningen efter psykoterapi jämfört med den innan. De starkaste symptomförbättringarna återfinns på i tur och ordning skalorna depression, tvångssymptom och interpersonell känslighet. Minst skillnader mellan mätning före terapin och efter finner man på dimensionerna fobi, psykoticism och somatisering. Figur 1 visar också de två jämförelsegrupperna och att psykoterapigruppen YAPP och den första mätningen av Ericapatienterna i många avseenden liknar varandra med sina förhøjda värden på de flesta av symptomskalorna.

Som förväntat hade normalgruppen YOUTH skattat markant färre symptom än både psykoterapigruppen YAPP och förmätningen hos kärngruppen vid Ericastiftelsen; intressant är dock att notera att eftermätningen för Ericagrupperna i flera avseenden närmar sig normalgruppen från Psykoterapiinstitutet.

Det finns också väsentliga skillnader mellan kvinnor och män i båda materialen. I Figur 2 redovisas skillnader mellan kvinnor och män för normalgruppen YOUTH och för hela den unga-vuxna grupp vid Ericastiftelsen som skattat SCL-90; de var från början 63 personer. Ett tydligt resultat är att kvinnorna i båda grupperna i genomsnitt skattat fler symptom än männen.



Figur 2. Kvinnors och mäns skattningar av SCL-90 jämfört med normalmaterialet YOUTH.

Figur 2 vittnar emellertid om ett intressant undantag. Gruppen "män efter, n=7" har på vissa SCL-90-skalar högre skattade symptom än förväntat. En undersökning av den gruppen, som egentligen är för liten

för det statistiska sammanhanget, avslöjar en person, en ung man som med sina höga symptom (till exempel GSI=1,59) "drog iväg" medelvärdet osedvanligt mycket. Vi kontaktade den patientens terapeut och fick då veta att patienten, som led av en karaktärsstörning, var en av dem som det hade varit speciellt svårt att upprätta en allians med.

## ***Terapeuternas bedömningar av patienterna***

### **GAF-skattningar**

Terapeuterna skattade patienternas psykiska hälsa med GAF-skalan vid två tillfällen. 64 (av 76) patienter skattades i samband med de första bedömningssamtalen och deras medelvärde var då 55 med standardavvikelsen 7,38. Lägsta bedömning låg på 35, högsta på 71.

Tabell 3 visar GAF-värdena för fyra patientgrupper: 1) de patienter som avslutade sin terapi i förtid 2) de patienter som bara kom till bedömningssamtal men inte gick vidare i terapi, 3) de patienter som gått igenom psykoterapi (kärngruppen), och 4) de patienter som fortfarande går i terapi (december 2006).

Gruppen Avslutade/avbrutna (n=12) inbegriper två patienter som helt försvunnit från sin terapeut och som terapeuten inte har kunnat nå på telefon eller med brev. I åtta fall kunde terapeuterna göra en GAF-skattning av dessa patienter i samband med att terapin avslutades. Gruppen Bedömningssamtal utgjordes av de patienter som bara kom 3-4 gånger (i regel) och som aldrig påbörjade någon terapi. I tre av dessa fall finns GAF-skattningar. För den största gruppen, de 36 patienter som gått igenom och avslutat sin terapi finns GAF-skattningar för de flesta. För de femton terapier som fortfarande pågick i december 2006 finns GAF-skattningar för samtliga vid förmätningen. I Tabell 3 visas GAF-värden för patienterna i de fyra huvudgrupperna.

Tabell 3. GAF-värden före och efter terapi för fyra patientgrupper.

	Måttillfälle	Antal	Medelvärde	Standard- avvikelse
Avslutade/avbrutna	Förmätning	12	55	9,17
	Eftermätning	8	67	7,62
Bedömningssamtal	Förmätning	3	62	9,29
	Eftermätning	0	.	.
Genomgången psykoterapi (Kärngruppen)	Förmätning	34	56	6,69
	Eftermätning	32	73	10,29
Pågående terapier	Förmätning	15	53	6,50
	Eftermätning	0	.	.
Samtliga	Förmätning	64	55	7,38

Samtliga kärngruppens patienter som GAF-bedömts efter genomgången psykoterapi (n=32) uppvisade en bättre psykisk hälsa genom höjda GAF-värden. Detta gäller även patienterna inom gruppen Avslutade/avbrutna, som bedömdes med högre GAF-värden vid en andra mätning.

## Bedömningar av psykosociala påfrestningar hos patienterna

Terapeuterna gjorde också, utifrån sina kunskaper om patienterna, en uppskattning av vilka psykosociala påfrestningar som präglat deras patienter. Vanligast var olika typer av relationsproblem, och allra mest relationsproblem inom familjen, med de vuxna och med andra inom familjen, men även med kamrater. En annan viktig källa för påfrestningar var sjukdomar – både somatiska sjukdomar och psykiska störningar – inom familjen samt dödsfall i familjekretsen. Missbruk i familjen utgjorde en påfrestning för flera av patienterna, liksom misshandel inom familjen, och då även fysisk misshandel av patienten som litet barn. För andra åter fanns faktorer som upprepade flyttningar och att ha varit skild från sina föräldrar med i bilden. En patient led av

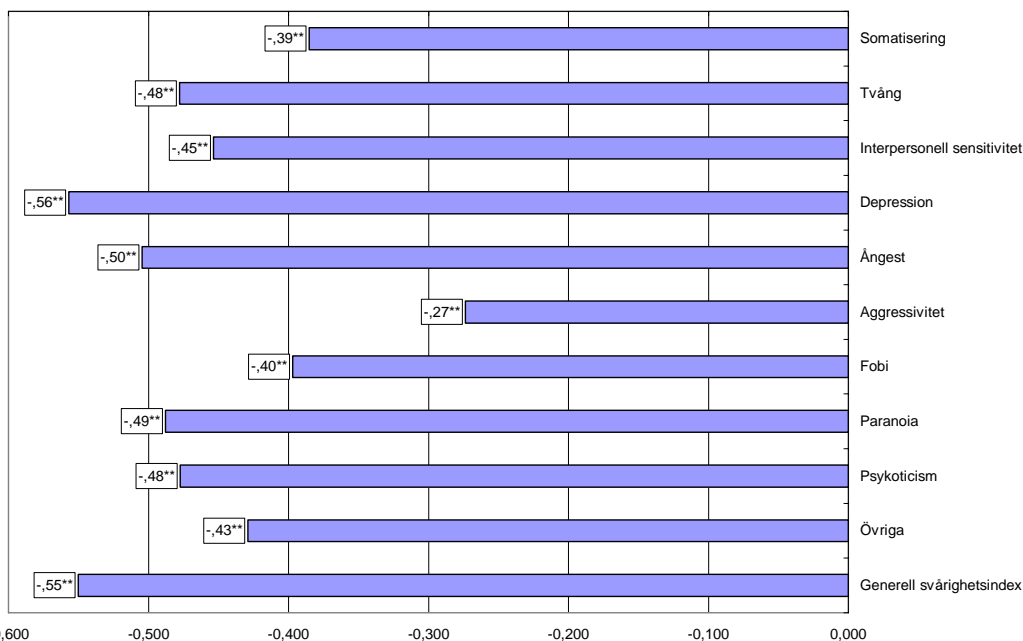
följderna av krigs- och katastrofupplevelser. Enligt en uppskattning av de psykosociala påfrestningarna efter terapin kunde man dock se en minskning av påfrestande faktorer, och i synnerhet av relationsproblematiken hos patienterna.

## **Medicinering**

Projektets psykiatriska konsult ordinerar medicinering när så krävs. Några patienter i projektet stod på psykofarmaka ordinerat av läkare utanför Ericastiftelsen. Sammanlagt tretton personer har fått antidepressiv medicin, så kallade SSRI-preparat, men bara en av patienterna i kärngruppen. Den patienten hade preparatet under ett år men slutade med medicineringen innan terapin avslutades, detta i enlighet med den policy i medicinfrågan som man har på Ericastiftelsen (Granström & Jacobsson, 2005), det vill säga att vara restriktiv med mediciner och att alltid se dem som en del i psykoterapin. En målsättning har också varit att avsluta medicineringen innan psykoterapin avslutas.

## **Samband mellan terapeuternas bedömningar och patienternas självskattningar**

En intressant fråga är huruvida terapeuter och patienter har likartad syn på patientens psykiska hälsa. Är de överens? Finns det något samband mellan patienternas självskattade symptom och hur terapeuterna bedömt deras psykiska hälsa? För att svara på den frågan genomfördes en korrelationsanalys över alla de mättillfällen där data fanns på både GAF och SCL-90; det kom att bli 99. Resultatet presenteras i Figur 3 som visar storleken på de samband som blev resultatet av analysen. Siffran -1 är det optimala värdet och 0 betyder att inget samband alls finns. Alla samband är negativa, det vill säga ju färre symptom patienterna tycker att de har, desto bättre är deras psykiska hälsa enligt terapeuterna.



Figur 3. Samband mellan terapeuternas GAF-bedömningar och patienternas självskattningar av sina symptom (SCL-90). Styrkan på sambanden illustreras av korrelationskoefficienterna som är inskrivna intill staplarna. \*\* betecknar signifikant samband på 5%-nivån.

Figur 3 visar på ganska rimliga samband; högst samband har GAF och depressionsskalan ( $r = -.56^{**}$ ) och skalan GSI (globalt svårighetsindex) ( $r = -.55^{**}$ ); lägst är sambandet GAF och Aggressivitet ( $r = -.27^{**}$ ). Det samlade resultatet indikerar att patienterna och terapeuternas syn på patientens psykiska hälsa stämmer ganska bra överens.

Ett alternativt sätt att illustrera relationen mellan GAF och symptomskattningarna är att använda det rekommenderade gränsvärdet, medianen för GAF = 69,78 (Fridell et al., sid 57) och dela in patienterna med avseende på om de ligger över eller under det värdet (Tabell 4).

Tabell 4. Medelvärden på GSI (globalt svårighetsindex) för de patienter som skattat SCL-90 och bedömts på GAF grupperade utifrån GAF-gränsvärdet=70 (69,78) (< = mindre än, > = mer än).

		GSI
Före terapi	GAF < 70	1,35
Före terapi	GAF > 70	1,10
Efter terapi	GAF < 70	1,33
Efter terapi	GAF > 70	0,47

I Tabell 4 kan man se hur patienter som i båda mätomgångarna erhållit ett GAF-värde över 70 skattat färre och/eller mindre grava symptom jämfört med dem som fått GAF-värde under 70 och detta gäller i synnerhet för mätningen efter terapi.

## **Samband mellan antalet sessioner i terapi och förändringar**

Frågan är huruvida det finns något samband mellan hur länge man går i terapi och hur bra resultatet blir, till exempel i termer av skattningar och bedömningar. För att få svar på den frågan beräknades först differenserna mellan de två mätningarna för varje patient på GSI-skalan och GAF. Medelvärden för dessa differenser var för hela gruppen 0.70 på GSI och 14.77 på GAF. Därefter korrelerades alla patienters differensvärden med antalet sessioner de gått i terapi. Resultatet av den analysen var att det totala antalet sessioner korrelerade signifikant med GSI med korrelationskoefficienten  $r = .514$  ( $p = .007$ ;  $n = 26$ ) och med GAF:  $r = .566$  ( $p = .000$ ;  $n = 37$ ). Resultatet betyder att det finns ett samband mellan längden på terapi och utfallet, i det här fallet så att ju längre terapi desto bättre resultat i termer av både mindre omfattande självskattade symptom och terapeutskattad psykisk hälsa.

## ***Intervjuer med fyra patienter***

De fyra patienter som intervjuades var de som svarat positivt på förfrågan om att komma och berätta om sina erfarenheter från



psykoterapi på Ericastiftelsen; de flesta patienter som tillfrågades svarade inte på kallelsen. I den här redovisningen har vi grupperat ihop de fyra patienternas berättelser under rubrikerna Patientens problem innan terapin, Förändringsprocessen, Verksamma faktorer i terapin och Den terapeutiska alliansen med terapeuten.

### 1. Patientens problem innan terapin

(patient 1) En kvinna som varit med om svåra traumatiska upplevelser, psykisk och fysisk misshandel. Lång period av ensamhet, isolering och utsatthet i en tortyrliknande situation. Sökte senare terapi på grund av depression. Sade sig må "jättedåligt" i samband med att hon började terapin.

(patient 2) Hade dåligt självförtroende ... "funderade över varför jag var som jag var" .... "trodde inte på mig själv utan sökte bekräftelse jättemycket, av alla i princip"  
"Jag tog på mig väldigt mycket, jag kunde inte vara elak mot andra, kunde inte säga ifrån"

(patient 3) En ung kvinna som blivit mycket misshandlad som barn, känt sig övergiven och sviken. Kände ensamhet: "Det kändes som att folk bara lämnar mig när jag börjar få en relation till dem".

(patient 4) " ... hade jag en uttalad depression, jag var konstant trött och sov 10 – 12 timmar per dag – även när jag gick i skolan. Jag umgicks inte med några människor. Jag hade ofta ångest – sällan i sociala sammanhang – utan när jag var ensam. Då kunde jag inte tänka klart, utan det blev en ond spiral, jag började skriva dagbok om hur jag upplevde det och det var så illa att jag inte alls kunde associera till det ens dagen efter att jag skrivit det. Jag kände en total meningslöshet med allt".

### 2. Förändringsprocessen

(patient 1) I början tungt och nervöst men det gick snart lättare...  
"...hade jag förväntningar på att terapeuten skulle analysera det jag sagt och ge mig råd. Men så var det ju inte ..." "Lärde mig att jag själv skulle analysera och reflektera" "Jag förstod ju att jag skulle göra jobbet"

"Jag fick så många nya tankar, insikter..." "Jag kände mig alltid glad och upplyft när jag gick därifrån" Mår efter terapin "jätte- jättebra". "De stora problem som jag hade haft tidigare stod inte i centrum längre. Jag kände att mitt liv hade gått vidare"

(patient 2) "I början var det jättejobbigt att börja berätta om allting men när det var klart så kändes det bra" .... (senare) fick "hjälp med att känna att jag inte behövde bekräftelse, att jag kan mycket mer än vad jag trodde". "Efter ett tag insåg jag att jag inte behövde ta på mig allt" "Jag värnar mer om mig själv, inser att mina känslor också är viktiga. Det blir bara bättre och bättre hela tiden" "nu vet jag hur jag skall handskas med dem (problemen). Jag låter dem inte längre stiga mig åt huvudet". "Jag har lärt mig att inte skylla ifrån mig. I början sade jag att det var mina föräldrars fel att jag hade det som jag hade ... men inser att de gjorde sitt bästa de kunde. På så sätt har jag växt och insett att det är upp till en själv vad man vill göra i livet". "Nu mår jag bra."

(patient 3) Säger att : "Jag har mognat mer som människa. Många "vänner" som jag hade innan jag kom till Erica hjälpte min terapeut mig att rensa bort. Vi pratade väldigt mycket om mina relationer till kompisar och killar. Hon visade mig att : "det här är inte rätt". Det var ingen som hade sagt till mig det förut. De på BUP gick inte in på nuet, utan pratade om det som hade hänt tidigare. Det var som frisk luft när jag började vädra mig inför terapeuten." Men den här patienten känner sig inte riktigt färdig med terapin: "Jag känner inte att jag har slutat. Jag känner fortfarande att jag måste prata och jag känner att det har kommit tillbaka vanor som jag själv inte kan hantera. Jag skall försöka kolla efter jul, nu när det har lugnat ner sig i skolan, kan jag börja igen. Jag måste växa mer som person och tror att jag behöver hjälp av dom på Erica."

(patient 4) "När han (terapeuten) sade något så satte han fingret på det onda och spänningen, både den fysiska och psykiska släppte" ..."Men sammantaget har jag ändå en bättre självinsikt än vad jag hade då".

### 3. Verksamma faktorer i terapin

(patient 1) "Jag fick egen tid, allt var "bara på mina premisser", jag fick "prata så mycket själv", "Genom att låta minnena och orden komma och låta dem sväva genom luften blev de bekanta och ofarliga". –

”Motivationen var väldigt hög”. ”Jag var själv målinriktad”. ”Terapin kom rätt i tiden. Om min mamma hade sagt åt mig att börja i terapi ...så hade jag nog inte varit där jag är i dag.”

(patient 2) ”Absolut är det terapeutens förtjänst ... jag hade ju aldrig kommit på de tankar som han fick mig att tänka”.

(patient 3) Den här patienten anser sig ha blivit hjälpt av terapeutens tydlighet och raka språk: ”Jag kan inte sätta fingret på det [vad som hjälpte mig i terapin]. Det var bara det att vi pratade om det som hände just då. Terapeuten ställde rätt frågor vid rätt tillfälle och, visst, skällde ut mig för mycket saker. På nåt sätt kändes det ändå rätt. Jag har aldrig fått en utskällning av nån på det sättet, istället har jag blivit slagen”. Och terapeuten ”gick rakt på sak, inte runt problemet, utan sa: ”Så här ligger det till, så här kan du inte göra, det här måste du tänka på.” Det skrämde mig först, men det var det som fick mig att växa. Jag hade inte en chans att babbla bort mig på något annat”. Och ”ofta kände jag mig väldigt glad när jag kom dit. Det var ju som en arbetsplats, men ändå så fint. Så jag kände mig trygg därinne”. Och ”Hon rättade mig när jag gjorde fel. Min terapeut har fått mig att ändra beteende mot andra människor. Jag har ju alltid varit alldeles för spontan och alltid sagt allt jag känner och tycker. Hon har fått mig att upprätta en spärr: ”Tänk först innan du säger det så att andra inte missuppfattar dig.”

(patient 4) ”Bara möjligheten att få prata ohämmat i 45 minuter var väldigt bra. Och så läste terapeuten mig väldigt bra, såg sammanhang som inte jag såg och som sagt hans ledande frågor som var så träffsäkra, som gjorde att jag kom på saker, som jag inte ens tänkt på förut.” ”Sedan var han jättetillmötesgående. Ibland hände det att jag behövde en akuttid och det löste sig alltid. Till och med på sin fritid kunde han ringa och hjälpa till. Han var jättebra som psykolog och terapin passade mig också.”

#### 4. Den terapeutiska alliansen med terapeuten

(patient 1) ”Jag fick förtroende för terapeuten”. – ”Han avbröt mig inte” ... ”Han var jätteuppmärksam, kom ihåg allting jag hade sagt flera månader innan. Och han antecknade ingenting” ”Terapeuten var snäll, lugn och ostressad ...väldigt intresserad och höll koll på vad jag berättat

tidigare ...ställde de rätta frågorna ". "Det var trevligt, tryggt, avslappnat."

(patient 2) "...han (terapeuten) var jättetrevlig .. jag gillade att han var väldigt rak .... (han) ifrågasatte mig och frågade "varför gör du så?" " (om relationen) den var ganska mysig, vänlig och avslappnad ... oavsett på vilket humör man var när man gick dit så var man alltid glad när man gick därifrån". "Hela grundmålsättningen var att jag skulle bli säkrare i mig själv och så anpassade vi problemen efter den". "Jag uppskattade att han inte behandlade mig som ett barn och att han inte tyckte synd om mig"... Vi kunde arbeta bra tillsammans och jag fick absolut stöd, "det kändes som att han tyckte att jag behandlade mig själv illa" . "Det fanns en 'vi-känsla' mellan oss (mig och terapeuten) ..." (min förändring) beror 50/50 på mig och terapeuten".

(patient 3) ... "terapeuten kom ju ihåg allt som vi hade pratat om så jag tror ju att hon ville mitt bästa. Det kändes som det. Jag uppskattade henne jättemycket." Och: "I början var det lite stelt, de två första gångerna. Men det var för att jag inte riktigt ville släppa in henne. Sen kändes det som att jag kunde prata med henne om allt". Och "Jag förstod henne och vad hon menade och vad hon försökte få fram. Vissa saker var svårare för mig att få fram, men då lät hon mig komma fram med det i min egen takt. Det som var svårt för mig att prata om kom alltid i små bitar".

(patient 4) "Hans bemötande var väldigt bra. Det kändes som att han förstod mig väldigt bra. Han var så professionell och ändå fick jag en personlig relation till honom. Jag var jättenöjd." Och "jag har tänkt att jag skulle behöva kontakta terapeuten igen för att gå i terapi". Och "Jag har inget ont att säga om honom. Bara det han att han bara var sjuk en gång under hela perioden betyder mycket. "

### ***Hur stämmer patienternas utsagor överens med övriga data?***

En spännande fråga är om man kan "återfinna" patienternas muntliga intervjuutsagor i förändringar enligt GAF och SCL-90? I viss mån kan man det. Tre av de intervjuade patienterna (patient 1, patient 2 och

patient 4) berättade för intervjuaren att terapin hjälpt dem på flera sätt och att de mätte bättre efter terapin än innan de började. Dessa tre patienter hade också höjt sina GSI (och för övrigt alla SCL-90-värden) och GAF-värden, patient 1 med 1,19 enheter på GSI och 25 på GAF, patient 2 med 1,19 resp. 5, patient 4 med 1.04 resp 25 enheter på GAF.

Patient 3 var den enda av de fyra intervjuade patienterna som skattat fler symptom vid eftermätningen än före, med en skillnad på GSI på -0.48. Skillnaden på GAF var (+) 5. Den försämring av symptomen som märks på SCL-90 är begriplig utifrån det patienten berättar i intervjun; hon beskriver där att hon inte anser sig färdig utan vill börja om i terapi: "jag skulle helst vilja fortsätta. Det känns som att jag har en hel del kvar som jag inte är klar med...". Samtidigt är denna patient väldigt nöjd med sin terapi i den meningen att hon tycker att hon har lärt sig mycket och mognat som människa.

### ***Terapeuternas bild av terapierna: intervjuer med psykoterapeuterna***

Tio terapeuter intervjuades, var och en under 45-60 minuter. Intervjuerna ägnades åt några olikartade frågor såsom begreppet terapeutisk allians i förhållande till de patienter de haft, och hur de såg på gruppen unga vuxna och varför dessa går i psykoterapi, deras speciella livssituationer och svårigheter. Dessutom tillfrågades terapeuterna om det interna bortfallet av data (SCL-90 och GAF), det vill säga om varför data saknas för flera patienter. Externa terapeuter fick några frågor om sin arbetssituation i förhållande till Ericastiftelsen. Intervjusvaren grupperas under rubrikerna nedan.

Terapeuterna hade en ganska homogen syn på sitt arbete och förefaller eniga när det gäller basen för arbetet, såsom betydelsen av den teoretiska basen i psykodynamiken, men uttrycker sin syn på arbetet utifrån lite olika fokus. Några av terapeuterna ser mycket av bakgrunden till patienternas problem i de samhällliga strukturerna och den ekonomiska utvecklingen under senare år: arbetslöshet, svårighet att ta sig in på arbetsmarknaden och bostadsbrist pressar fram psykologiska problem hos unga vuxna. Andra terapeuter framhåller snarare tidiga

psykiska trauman i patienternas liv: missbrukande föräldrar, misshandel och incest.

### Den terapeutiska alliansen

Samtliga terapeuter vittnade om betydelsen av god terapeutisk allians med sina patienter och såg också detta som basen och förutsättningen för att terapierna blev framgångsrika. De flesta sade också att de haft en god allians med sina patienter. Patienterna har i allmänhet varit väl motiverade, positiva och visat att det vill något med sina liv, vilket bidrar till att det blir "spännande" terapier, enligt terapeuterna. I några fall dock, där terapierna avslutats abrupt och patienten avvikit eller "försvunnit", kunde terapeuten vittna om att alliansen inte infunnit sig eller varit vacklande. Eller, som en terapeut uttrycker det: "vi fick inte till det". De flesta terapeuter menar också att god allians måste finnas från början och det är bland annat det man undersöker vid bedömningsamtalen.

### Vad utmärker de unga vuxna som går i terapi?

Här följer några utsagor från de intervjuade terapeuterna som visar hur de vill beskriva gruppen unga vuxna. Det som skiljer de unga vuxna som kommer till Ericastiftelsen från tonåringar är att de är myndiga och klarar sig själva i tillvaron. De delar inte de yngres förvirring och kan söka hjälp själva om de behöver det. Men många upplever att de står och stampar och kan känna sig ledsna och ångestfyllda. En terapeut menar att unga vuxna skiljer sig från tonåringar genom att de har en väl fungerande social struktur (jobb, egen bostad, inne i studier) men utan att helt ha uppnått den vuxnes "insikt" om att de själva är ansvariga för sina liv. De har ofta inte akuta problem, men deras svårigheter kretsar kring en dålig självkänsla, osäkerhet och bristande framtidstro. Existentiella funderingar finns med i bilden: Vad skall jag göra, hur skall jag bli?

Flera terapeuter pekar på att det är svårt för denna patientgrupp att hitta hjälp i krissituationer eftersom de är för gamla för BUP och eftersom vuxenpsykiatri brister i kompetens när det gäller unga vuxna; det finns där en benägenhet att dels medicinera som enda åtgärd, dels betrakta normala livskriser som psykopatologi. Många unga vuxnas livssituation präglas fortfarande av en motstridighet mellan att vara barn/tonåring

och vuxen som gör att man som terapeut bör veta en hel del om barn- och ungdomspsykoterapi för att hjälpa patienterna. Många unga vuxna brottas med en frigörelseproblematik (från föräldrarna) vilket är en kris och inte en sjukdom, samtidigt som det finns ett brett spann i den här patientgruppen: man bör skilja på 16-åringar och 26-åringar. Kanske skall man inte ens betrakta unga vuxna som en homogen grupp?

Andra terapeuter pekar på de samhällsförändringar som sedan några decennier har försvärat livsvillkoren för ungdomar och unga vuxna: att inte, som förr, ha en given plats i tillvaron ("man blir inte längre det pappa blev") utan man var tvungen att kämpa hårdare själv för att hitta sin plats. Det skydd man tidigare hade av sin familjekrets finns knappast längre, och det blir allt svårare att ta sig in på arbetsmarknaden och orientera sig bland utbildningsvägar och andra framtidsmöjligheter. Samtidigt blir stressen och hetsen i samhället allt mer påtaglig, till exempel i gymnasieskolan.

De tillfrågade terapeuterna menar att de unga vuxna är en spännande och tacksam grupp att arbeta med eftersom de ofta är öppna och formbara; de flesta är starkt motiverade och söker själva hjälp.

### Det interna bortfallet

Terapeuterna tillfrågades om det interna bortfallet av data (SCL-90 och GAF), om varför data saknas för en del patienter, både från mättillfället i samband med terapistart och terapislut. Terapeuternas syn på detta är att 1) en del patienter brydde sig inte om att fylla i SCL-90-formuläret, ville inte eller svarade inte vid påminnelse. Några patienter "försvann" och gick inte att nå i efterhand 2) vissa terapeuter kände sig ovana att bedöma patienter med GAF och att administrera SCL-90-formuläret, och 3) man fann det mer intressant att använda patienternas ifyllda SCL-90-formulär från det första mättillfället kliniskt som ledning inför den kommande terapin än som ett led i en framtida utvärdering.

### Att vara "extern terapeut"

Alla de så kallade externa terapeuterna intervjuades, det vill säga de som inte är anställda vid Ericastiftelsen utan har sitt arbete vid någon annan institution eller på egna psykoterapimottagningar. Frågan var hur de uppfattar sin anknytning till Ericastiftelsen och huruvida de är nöjda

med den. Samtliga intervjuade svarade att den anknytningen fungerar mycket bra och att de får bra stöd och tillräcklig hjälp med administration och praktiska saker. Dessutom uppskattar de organisationen som helhet och de konferenser som anordnas var fjortonde dag på Ericastiftelsen. De som tar emot sina patienter på den egna mottagningen tycker att det fungerar bra. Flera terapeuter menar att det faktum att de är så nöjda med kopplingen till Ericastiftelsen är att de har andra funktioner där förutom patientkontakterna, till exempel undervisning, handledning eller att de genomgått sin utbildning där.



## Diskussion

Huvudambitionen i denna studie var att besvara frågan hur behandling med psykodynamisk psykoterapi fallit ut inom projektet Ungdomar och Unga vuxna vid Ericastiftelsen i Stockholm. Ett första krav var att slå fast om det skett förändringar mellan mätningar före och efter terapi. Ett andra krav var att försöka förstå och förklara hur dessa eventuella förändringar kommit till stånd.

Den grupp patienter vi studerade för denna rapport hade, när de först kontaktade Ericastiftelsen, fler symptom än andra ungdomsgrupper. De vanligaste DSM-IV-diagnoserna i gruppen var förstämning (eller depression) samt ångestsyndrom, och vanligast hos kvinnorna var förstämning. En grupp hade olika typer av störningar såsom ätstörning, sömnstörning eller identitetsstörning. Det finns problem med att diagnostisera så unga personer som det rör sig om här. Personer mellan 16 och 24 år är inte färdigutvecklade och symptom som hos en äldre person skulle bedömas som till exempel en personlighetsstörning, kan hos en yngre bara vara uttryck för ett steg i en naturlig utveckling eller ett mer tillfälligt kristillstånd. Därför gjordes heller inga bedömningar på DSM-IV-axeln som avser personlighetsstörningar.

Resultatet av studien visade att de Ericapatienter som genomgått och avslutat sin terapi skattade färre symptom (enligt SCL-90) efter behandlingen jämfört med före. Detta gäller för alla symptomdimensionerna och mest för depressionsskalan samt på den globala skalan, GSI.

Skillnaderna var inte så stora mellan måttillfällena för skalorna fobisk ångest och psykoticism, möjligen därför att åtminstone psykoticism inte var relevant för den här patientgruppen. Psykoticism är en skala som beskriver "splittrat och förvirrat tänkande" (Fridell et al., 2002) med frågor om besvär med "Känslan av att någon annan kan kontrollera ens tankar", att man "...hör röster som andra människor inte hör", och "Känsla av att andra kan läsa ens tankar", det vill säga en skala som slår ut hos schizofrena patienter (Öhman, 1992). I vårt material fanns inte någon patient med den typen av diagnos. Att det inte skett några större

förändringar med avseende på den "fobiska ångesten" har sannolikt en liknande förklaring: fobi är inte något utmärkande för den här patientgruppen.

Utfallen för de nio symptomdimensionerna lyfte också fram skillnader mellan män och kvinnor. Kvinnorna (i samtliga grupper som omnämns i denna rapport) hade överlag fler och mer omfattande symptom än männen. Det resultatet är inte förvånande eftersom det finns gott om undersökningar som visar att kvinnor jämfört med män är mer deprimerade och rapporterar fler psykologiska svårigheter (jämför inledningen i denna rapport). I sammanhanget kan man också notera att de 57 kvinnor och bara 19 män som ingår i den grupp som sökte psykoterapi inom projektet avspeglar tendensen bland de hundratals ungdomar som ringt Ericastiftelsen under projekttiden – många fler kvinnor än män söker samtalsterapi. Det finns naturligtvis flera förklaringar till den saken men enligt en teori om mäns och kvinnors olika attityder till emotionella svårigheter (Jacobsson, 2005; YOUTH-studien, PI, Stockholm) är kvinnor mer benägna att *tala om* sina svårigheter under det att män i större utsträckning *agerar* (eng. "doers") eller avväjjer problem. Män gör hellre något för att distansera sig från svårigheter och undviker att diskutera dem, medan kvinnorna gärna vill ha någon att tala med om sina problem. Män väljer inte psykoterapi i första hand men det gör kvinnorna i större utsträckning. Sannolikt har vi här en tänkbar förklaring till att så relativt få män sökt psykoterapi på Ericastiftelsen.

Analysen av skillnaden på GAF-värden efter, jämfört med före terapi, visade på signifikant förhöjda värden, något som indikerar att patienterna i gemen förbättrats i sin psykiska hälsa enligt terapeuternas bedömningar. Genomsnittet innan terapi var 56 och efter terapi hade värdet gått upp till 73.

En intressant fråga är i vilken utsträckning patienters och terapeuters bedömningar av patienternas hälsa sammanfaller? Den sambandsanalys som skulle besvara den frågan visade att sambanden mellan GAF och de elva olika dimensionerna av SCL-90 var signifikanta. Detta betyder att terapeuternas bedömningar ganska väl sammanfaller med patienternas egna åsikter om hur de mår, i synnerhet för skalorna depression, ångest

och GSI-skalan. Att sambanden inte var helt perfekta utan låg under  $r = -.60$  har att göra med att de båda instrumenten, GAF och SCL-90, som båda mäter skilda aspekter av psykisk hälsa trots allt är ganska olikartade.

Hur kan man då förstå de positiva resultat som kom fram i undersökningen? Exakt vad som sker i terapierna och hur de eventuellt leder till goda effekter är svårt att ha en klar uppfattning om. Intervjuerna med patienter och terapeuter ger dock flera uppslag. Man kan till exempel sluta sig till att relationen mellan behandlare och behandlad har en starkt bidragande verkan: den emotionella närheten i relationen skapar mening, terapeuten skänker hopp inför framtiden, patientens eget uttryck och "benämning" av sig själv skapar en tydlighet som indirekt stärker identiteten. Patientens relation till terapeuten kan, via överföringen, också ses som en spegling av andra relationer utanför terapirummet där patienten både kan få bearbeta tidigare problematiska relationer och få "öva" sig i att förändra aktuella destruktiva mönster. Just arbete med relationer förefaller speciellt viktigt i denna grupp som har relationsproblem som de mest utmärkande psykosociala påfrestningarna.

De intervjuer som gjordes med fyra patienter kom att utgöra ett intressant komplement till de kvantitativa analyserna och att bidra till förståelsen av resultaten. På så sätt kan man tala om patienternas narrativa utsagor som ett stöd för förändringar i SCL-90 och GAF-skattningarna. Det finns vissa inslag som går igen hos de fyra här intervjuade patienterna när de ser tillbaka på och berättar om sin terapi. Patienterna sökte psykoterapi för att de känt sig deprimerade eller ångestfyllda. Alla fyra kunde berätta om sina förändringar till det bättre på ett klarsynt och genomtänkt sätt. Bland annat vittnade de om en god terapeutisk allians med sina terapeuter, relationer präglade av empati, värme och intresse från terapeutens sida. På frågan om vad det var som hjälpt i terapin nämnde patienterna saker som att ha fått gott om tid, blivit bra bemötta och förstärkta (av sin terapeut): "terapeuten var så skicklig och kunde se mig och sätta fingret på mina problem". Patienterna verkar också ha uppskattat den flexibilitet som råder på Ericastiftelsen, till exempel att utan större svårigheter kunna få akut hjälp i speciella krislägen. Flera av dessa omdömen återfinns även i

Sundströms (2006) uppsats där nio kvinnor intervjuats. Sex av dessa var mycket nöjda med sina terapier och talar om god terapeutisk allians med gemensamt arbete med en terapeut som utstrålade lugn och gav patienten mycket utrymme.

Men även patientens eget arbete och förmåga att ta till sig nya tankar är viktiga ingredienser för en framgångsrik behandling. De fyra intervjuade patienterna var högt motiverade för att gå i terapi och de svarade också omgående när de ombads komma till intervju. Detta är kanske symptomatiskt, att de patienter som förbättrats också vill komma och vittna om det. Ingen av de patienter vars terapi slutade mindre lyckosamt ville komma på intervju, vilket är en svaghet i undersökningen. Här får vi i stället vända oss till Sundström (2006) som intervjuade nio kvinnor ur samma patientgrupp, av vilka tre var missnöjda med behandlingen. Det som utmärkte dessa var att de inte uppfattade någon terapeutisk allians med sina terapeuter i den meningen att de inte fick någon kontakt med terapeuten, att det inte fanns någon "personkemi" som stämde, eller att fokus och målsättning med arbetet inte var tydliga för dem. Obefintlig motivation hos patienten själv var också en anledning till att terapin inte var framgångsrik; vissa patienter var helt enkelt ointresserade av att gå i terapi.

De förbättrade värden som uppmättes med SCL-90 och GAF fick också stöd av terapeuternas uppskattningar av att flera av de psykosociala påfrestningar som tidigare påverkat patienterna försvunnit. Ett bestämt intryck är att de många och omfattande relationsproblem patienterna rapporterade i början av projektet blivit färre och minskat i styrka. Detta förhållande kommenteras också i intervjuerna med terapeuterna: bearbetning av destruktiva relationsmönster är ett av de mest centrala målen för psykoterapi och ett huvudstråk i den psykoanalytiska teoribildningen. Här kan man antaga att bearbetningen av tidiga svåra upplevelser åstadkommit en integrering hos patienterna som så småningom lett fram till att de "gamla" påfrestningarna inte känns lika aktuella efter terapin som före.

Både patienter och terapeuter nämner tidsfaktorn som väsentlig för en framgångsrik terapi. Resultatet av vår korrelationsanalys visade också att både GSI-skalan och GAF kan relateras till antalet timmar patienten

gått i terapi: ju fler terapitimmar desto bättre blev utfallet, det vill säga bättre psykisk hälsa i termer av GAF och färre symptom. Detta i sin tur ger stöd för tanken att för många patienter (med den typ av svårigheter som de på Ericastiftelsen har) är det av stor betydelse att terapin får ta tid. Enligt de intervjuer som gjordes med fyra patienter är just detta en sak man lyfter fram: det viktiga i terapin var att man hade fått egen tid, och tid att reflektera. Just att få tid är för många en nödvändig grund för att kunna skapa ett rum och en plattform från vilken man kan utvecklas emotionellt. Resultatet av korrelationsanalysen är på så vis uppmuntrande och ger en kraftig signal om det välgörande i långa terapier, något som för övrigt observerats i flera tidigare forskningsstudier (Sandell et al., 2000), och i amerikanska metastudier baserade på hundratals undersökningar (Orlinsky et al, 1994; Howard et al., 1986). Man har också undersökt hur många sessioner som krävs för att 50% av patienterna skall bli återställda (Kopta et al., 1994; Kadera et al., 1996). Kaderas forskarlag menar att 11 sessioner krävs för att 50% av patienterna skall tillfriskna under det att Hansen & Lambert (2003) talar om 16-18 sessioner för samma grad av tillfrisknande.

Men alla terapier på Ericastiftelsen var inte framgångsrika. Tolv patienter avbröt terapin i förtid, oftast mot terapeutens rekommendationer. Enligt samtal med terapeuterna avbröt patienterna på grund av förändrade livsomständigheter: några flyttade från Stockholm för studier eller arbete på annat håll, och en patient blev gravid; några åter slutade för att de inte var nöjda med terapin, två bara "försvann". Här kan man ha i åminnelse att drop-outs inte är ovanligt bland patienter i den här åldersgruppen när livet är fullt av omställningar och det hör till sökandet att flytta, göra resor och ändra uppfattning. Terapeuterna själva menade emellertid att dessa avbrutna fall ibland hade att göra med en bristande terapeutisk allians, att patient och terapeut inte var överens om hur arbetet skulle bedrivas. En terapeut uttryckte det som att "vi fick inte till det", en annan att "patienten var så arg på mig och detta gick inte att överbrygga". I några fall var patientens motivation låg eftersom initiativet till psykoterapi inte kom från dem själva utan från någon förälder. Andra tänkbara psykologiska förklaringar till avhoppet var, enligt några terapeuter, att en del patienter som har en historia av att ha blivit övergivna kan ha haft svårt att knyta an till en terapeut. Andra patienter kan ha varit för svårt

störda: Aspergers syndrom, autistiska drag och karaktärsstörning hos patienter gör att de har särskilt svårt att knyta an. Några terapeuter talar om rädsla för närhet hos sina patienter som en förklaring till att dessa inte ville fortsätta.

För åtta av dessa patienter som avbröt sin terapi i förtid finns GAF-skattningar, i det här fallet gjorda i samband med att patienten slutade. De visar att dessa patienter ändå, trots att de inte fullföljde, skattades högre på psykisk hälsa än innan de började genom att genomsnittsvärdet höjdes från 55 till 67. Man kan därför antaga att patienterna trots allt kunnat dra nytta av de samtal de ändå haft.

Sammanfattningsvis visar rapporten att alla de patienter som genomgått psykoterapi uppvisar en positiv men varierande grad av förbättring mellan de två mättillfällena. De positiva resultaten får dessutom stöd av (de fyra) patientintervjuerna och av sambandsanalyser som visar hur de använda instrumenten hänger ihop och hur antalet terapisesioner kan relateras till resultaten.

Dock finns det flera svagheter i utvärderingen av terapierna. Resultaten hade fått större genomslagskraft om patientbedömningarna hade gjorts av någon oberoende forskare, i stället för av patienternas egna terapeuter. En skeptisk kritiker skulle kunna invända att det kan finnas ett, i varje fall omedvetet intresse för terapeuter att "förhöja" sina patienters GAF-värden efter terapislut. En annan brist är att endast SCL-90 användes som självskattningsinstrument. Just mot detta varnar Fridell et al. (2002) och menar att "SCL-90 saknar den precision som krävs för god klinisk praxis" (sid 59). Ett batteri med fler bedömnings- och självskattningsinstrument hade gett en mer varierad, valid och intressant bild av patienternas tillstånd före och efter psykoterapi. Det som kanske talar mot ett sådant förfarande är att man inte vill besvåra patienter med för många formulär. Samtidigt finns det gott om forskningsstudier där man gjort just detta och haft goda erfarenheter. Det gäller bland andra Behandlingshemsprojektet i Umeå (Armelius, 2002), och YAPP/YOUTH-studierna (Jacobsson, 2005; Philips et al., 2006) där oberoende intervjuer gjordes vid flera nedslag i tiden.

En svaghet i undersökningen är också terapeuternas ovana vid att administrera skattningsformulär och att skatta patienter, något som har skapat svårtolkade data. Det förefaller också ha funnits en osäkerhet om hur formulären (SCL-90) skulle användas när de infördes. De kom att användas kliniskt som ett verktyg för att diskutera symptomen med patienterna själva i samband med bedömningssamtalen och detta förfaringssätt tycks i vissa fall ha tillmätts större betydelse än att använda skattningarna i utvärderingssyfte. Man kan därför diskutera hur man skulle kunna motivera patienter (och terapeuter) att delta i utvärdering och därmed låta utvärderingen få ha sitt eget värde.

Utvärderingen skulle också ha tjänat på en uppföljningsundersökning, exempelvis ett år efter den första mätningen, detta för att se om de uppnådda positiva effekterna håller i sig även efter en längre tid efter terapins avslutande. Detta i synnerhet eftersom ett känt fenomen är att effekten av terapi många gånger kommer i efterhand, så kallad "sleeper effect". Många forskare har funnit att fler sessioner med större intensitet ger denna effekt (till exempel Fonagy, 2003; Blomberg et al., 2001; Sandell et al., 2000).

Ytterligare en osäkerhet vid tolkningen av resultatet i den aktuella studien har att göra med att patientgruppen inte var randomiserad och att det inte fanns någon kontrollgrupp. Detta innebär att vi inte vet om en annan grupp patienter, som inte fått just Ericabehandlingen utan någon annan typ av terapi kanske hade uppnått lika positiva resultat. Dessa komplicerade frågor diskuteras nedan.



Utfallet talar för att Ericastiftelsens psykoterapier har god effekt för många patienter, och dessutom för att psykodynamiska psykoterapier fungerar väl. Resultaten tyder därmed på att denna form av psykoterapi är en kostnadseffektiv behandling när man beaktar de samhälleliga kostnader som kan bli följden av obehandlade psykiska problem i form av psykiska sjukdomar, sjukskrivningar, förtidspensioner, arbetslöshet etcetera. Resultatet stöds av andra utvärderingar i Stockholm av

psykoterapiinsatser för unga på psykodynamisk grund: den redan nämnda utvärderingen av Ericastiftelsens projekt Ungdomar och Unga vuxna (Sundström, 2006), undersökningar vid Psykoterapiinstitutet (Fyrö, 1999; Philips et al, 2006) och en utvärdering av S:t Lukas korttidssamtalsbehandling för unga (Winzer & Brucefors, 2006). Forskningsarbetet vid Psykoterapiinstitutet kring unga vuxna i åldersgruppen 18–25 år, där 132 patienter med olika problemområden har genomgått psykoanalytisk individual- respektive gruppsykoterapi, visar på en förbättring inom flera områden, framför allt global hälsa och självskattade symtom (Philips et al., 2006). Internationellt finns ett flertal studier av effekter av psykodynamiskt (psykoanalytiskt inriktade) psykoterapier för unga. Baruch & Fearon (2002) visade i en studie att framför allt internaliserade problem bland unga dämpades kontinuerligt under ett år i psykodynamisk psykoterapi. I en studie med 25 sessioner av psykodynamisk psykoterapi visades signifikanta förbättringar bland barn och tonåringar med ångeststörningar jämfört med kontrollgruppen, det vill säga patienter på väntelista (Kronmüller et al., 2005). Även vid beteendestörningar har psykodynamisk psykoterapi gett positiva resultat. Bland de barn och ungdomar som fick behandling 25 gånger uppnådde 31 procent klinisk signifikant förbättring jämfört med 8 procent i gruppen på väntelista. Vad gäller ångeststörningar har de flesta behandlingar, även kombinationer av olika samtalsbehandlingar, effekt enligt SBU. I Kennedys genomgång av studier (2004) redovisas också flera evidensbaserade (randomiserade och kontrollerade) studier med positiv effekt av psykodynamisk psykoterapi för barn och unga. Hennes slutsats är att psykoanalytisk terapi med barn och ungdomar har goda effekter enligt en lång rad utvärderingsmått. Svensk sjukvård rekommenderar företrädesvis kognitiv beteendeterapi, troligen av kostnadsskäl och med anledning av att SBU hävdar att *studier av psykodynamiskt inriktade behandlingar saknas nästan helt* (SBU, 2005). I Sverige anför Ankarberg (2006) att SBU inte har uppmärksammat flera randomiserade kontrollerade studier med god effekt på barn och ungdomar. En annan kontrollerad internationell studie visar att psykoterapi på psykodynamisk grund med unga har effekt: Barn och tonåringar med egentlig depression eller dystymi förbättrades signifikant genom en 25 sessioners psykodynamisk psykoterapi jämfört med en väntelistkontrollgrupp.



Inom den psykiatriska öppenvården i Stockholm sker allt färre satsningar på psykodynamisk terapi till förmån för kognitiv beteendeterapi. Ett skäl är kostnadsaspekten, då psykodynamiska terapier oftast är längre jämfört med KBT. Ett annat skäl är att KBT i utvärderingar har visat sig vara effektivare, framför allt gäller detta depressionsbehandlingar hos vuxna (SBU, 2004). Däremot konstateras i samma källa:

*Genomgående visar uppföljningsstudier att en stor del av de barn och ungdomar som förbättrats eller återställts av akutbehandlingen har fått återfall och behövt ytterligare behandling med psykoterapi eller antidepressiva läkemedel. Den skyddande effekt som framgångsrik kognitiv beteendeterapi visats ha hos vuxna har inte uppnåtts bland unga (sid 132).*

Evidensbaserade undersökningar av psykodynamisk psykoterapi är dock hittills fåtaliga; ett undantag är Kennedy, se ovan. Anledningen är mångfasetterad; bland annat etisk när forskare – i linje med den psykoanalytiska grundsynen om individen som unik (låter sig inte inlemmas i medelvården) - dragit sig för att slumpa patienter till olika behandlingar. Man har också ansett att enbart kvalitativa metoder lämpar sig för att beskriva människor i psykoanalys/psykoterapi. Många menar dock att tiden nu är mogen för att ändå undersöka psykodynamiska psykoterapibehandlingar mer systematiskt enligt det ideal som RCT utgör, det vill säga med slumpmässiga urval och kontrollgrupper (s.k. RCT-studier, eng. randomised-controlled-trials). Samtidigt ligger det en fara i att lägga alltför stor vikt vid enbart evidens (Carlberg, 2005). Det finns risk för att den kliniska expertisen kommer i skymundan och att erfarenheter från tidigare psykoterapiforskning inte får samma genomslagskraft i samhället. Många anser också att RCT-kraven är alltför stränga och riskerar att stänga dörren för nya kreativa försök att fördjupa den psykodynamiska psykoterapin.

Men det finns också argument för att beakta studier som inte är av RCT-slag och på lägre evidensnivå. Det finns ett flertal sådana även när det gäller psykoterapi för barn- och ungdomar. Studier som dem vi nämnt

ovan ger en öppning för att samtalsbehandlingar, såsom psykodynamisk psykoterapi, har en funktion att fylla.

Sammantaget visar denna korta genomgång och resultaten från utvärderingen av Ericastiftelsens projekt att psykodynamisk psykoterapi har sin givna plats bland samtalsbehandlingarna. Det vore att "kasta ut barnet med badvattnet" om denna form av längre behandling inte gavs utrymme.

## Referenser

- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> edition). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Ankarberg, P. (2006). Starkt vetenskapligt stöd för psykodynamisk psykoterapi. En kontinuerlig uppdaterad översikt av forskningsläget senast uppdaterad 06 12 08. Riksföreningen PsykoterapiCentrum; Stockholm.
- Armelius, B-Å. (2002). Effekter av vård på psykiatriska behandlingshem. *Slutrapport nr 25 från Behandlingshemsprojektet*. Institutionen för Psykologi, Umeå universitet.
- Baruch, G. & Fearon, P. (2002). 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. *Psychol Psychother.*, 75(3), 261-278.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural Analysis of Social Behavior. *Psychological Review*, 81, 392-425.
- Bernalt, V. (2004). Ungdomars och unga vuxnas behov av och motivation för samtalspsykoterapi. *Ericastiftelsen EPU 01/04*.
- Blomberg, J., Lazar, A. & Sandell, R. (2001). Long-term outcome of long-term psychoanalytically oriented therapies: first findings of the Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Study. *Psychotherapy Research* 11(4), 361- 382.
- Carlberg, G. (2005). Barnpsykoterapi och evidens. *Mellanrummet*, nr 13.
- Claesson, M. & Werbart, A. (2002). Unga vuxna i psykoterapi I: Vilka är de? *Psykoterapi: forskning och utveckling*, 22.
- Danielsson, M. (2006). *Svenska skolbarns hälsovanor 2005/2006*. Grundrapport. FHI, 2006:10.
- Denzin, N. K. (1979). *The research act*. Chicago: Aldine.
- Derogatis, L. (1977). *SCL-90. Administration, scoring and procedures manual for the revised version*. John Hopkins, University School of Medicine, Baltimore.
- Edenius, A. & Sandberg Kempe, K. (2003). Men vad vill jag då? Fyra unga kvinnors väg till förändrad självbild genom psykoterapi. *Psykisk Hälsa*, 3(2003), 205-222.

- Endicott, J., Spitzer, R., Fliess, J. & Cohen, J. (1976). The Global Assessment of Functioning Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- Fonagy, P. (2003). The research agenda: the vital need for empirical research in child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 29, 129-136.
- Forsell, Y. & Dahlman, C. (2004). Psykisk ohälsa hos unga. *Rapport 6, Epidemiologiska enheten*, Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting.
- Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M. & Thorsen, S. M. (2002). Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan SCL-90. *Statens Institutionsstyrelse*, 2.
- Fyrö, K. (1999). Räcker fyra samtal? [Are four sessions sufficient?]. *Psychotherapy: Research and Development*, 11. Stockholm: Sektionen för psykoterapi och Psykoterapiinstitutet.
- Socialförsäkringsboken 2006. Kapitel 4. På vuxenlivets tröskel. *Försäkringskassan*, 2006.
- Granström, S. & Jacobsson, A. (2005). Ungdomar, psykoterapi och antidepressiv medicinering. Risker och möjligheter. *Psykisk Hälsa*, 4, 18-29.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly*, 34, 151-181.
- Hansen, N. B. & Lambert, M. J. (2003). An evaluation of the dose-response relationship in naturalistic treatment settings using survival analysis. *Ment Health Serv Res*, 5(1), 1-12.
- Henry, W. P., Strupp, H. H., Schacht, T. E. & Gaston, L. Psychodynamic approaches. I Bergin & Garfield (red.) (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change. Fourth edition*. John Wiley & Sons, Inc.
- Horvath, A., Gaston, L. & Luborsky, L. The therapeutic alliance and its measures. Chapter 14 in Miller, N., Luborsky, L., Barber, J. & Docherty, J. (1993). *Psychodynamic treatment research. A handbook for clinical practice*. Basic Books: New York.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S. & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
- Jacobsson, G. (2003). På tröskeln till vuxenvärlden: Unga Vuxna berättar om påfrestningar och svårigheter i livet. *Psykoterapi: forskning och utveckling*, 25. Stockholm: Sektionen för psykoterapi och Psykoterapiinstitutet.

- Jacobsson, G., Lindgren, A., Werbart, A. & Boalt Boëthius, S. (2004) Unga vuxnas förhållningssätt vid påfrestningar i livet: en enkätundersökning. *Psykoterapi: forskning och utveckling*, 27. Stockholm: Sektionen för psykoterapi och Psykoterapiinstitutet.
- Jacobsson, G. (2005). *On the threshold of adulthood. Recurrent phenomena and developmental tasks during the period of young adulthood*. Akademisk avhandling. Pedagogiska institutionen. Stockholms universitet.
- Kadera, S., Lambert, PH. & Andrews, A. (1996) How Much Therapy Is Really Enough? A Session-by-Session Analysis of the Psychotherapy Dose-Effect Relationship. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5, 132-151.
- Kazdin, A. E. (1996 b). Dropping out of child therapy: Issues for research and implications for practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1, 133-156.
- Kazdin, A. E. (2004). Psychotherapy for children and adolescents. I Lambert M. J. (red). (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and behavior change. Fifth Edition*. John Wiley & Sons, Inc.
- Kennedy, E. (2004). *Child and adolescent psychotherapy: A systematic review of psychoanalytic approaches*. North Central London. Strategic Health Authority.
- Kopta, S. M., Howard, K. I., Lowry, J. L. & Beutler, L. E. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 1009-1016.
- Kronmüller, K. T., Postelnicu, I., Hartmann, M., Stefani, A., Geiser-Elze, A., Gerhold, M., et al. (2005). [Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with anxiety disorders]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 54(7), 559-77.
- Lambert M. J. (red). (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and behavior change. Fifth Edition*. John Wiley & Sons, Inc.
- Lindkvist, T. (2003). Young people's establishment during the 1990s. I: Good times and hard times in Sweden during the 1990s [Välfärd och ofärd på 90-talet: en temabok om: ekonomi, åldrande, inkomst, hälsa och omsorg, jämlikhet, sociala nätverk, demokrati, fritid, Sverige i världen.]. Stockholm: Statistics Sweden.

- Miller, N. E., Luborsky, L., Barber, J. P. & Docherty, J. P. (1993). *Psychodynamic treatment research, A handbook for clinical practice*. Basic Books.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. I A. E. Bergin och S. L. Garfield (Red.) *Handbook of psychotherapy and behavior change. Fourth edition*. New York: John Wiley.
- Philips, B., Wennberg, P., Werbart, A., & Schubert, J. (2006). Young adults in psychoanalytic psychotherapy: patient characteristics and therapy outcome. *Psychol Psychother*, 79(1), 89-106.
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J., & Schubert J. (2000). Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. A review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project. *Int J Psychoanal.*, 2000(8),921-42.
- SCB (2006). Ohälsa och sjukvård 1980–2005, Rapport nr 113 i SCB:s serie Undersökningar om levnadsförhållanden (ULF).
- SOU 2006:77. Ungdomar, stress och psykisk ohälsa. Analyser och förslag till åtgärder. Slutbetänkande av Utredningen om ungdomars psykiska hälsa. Stockholm 2006.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2004). Behandling av depressionssjukdomar : en systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2005). Behandling av ångestsyndrom en systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
- Sundström, N. (2006). Unga vuxna beskriver sina erfarenheter av att ha gått i psykoterapi. Ericastiftelsen, EPU 03/06.
- Söderberg, P., & Tungström, S. (2007). *Outcome in psychiatric outpatient services. Reliability, validity and outcome based on routine assessments with the GAF scale*. Akademisk avhandling. Institutionen för psykologi. Umeå universitet.
- Wiman, M. & Werbart, A. (2002). Unga vuxna i psykoterapi II: Hur uppfattar de själva sina problem? *Psykoterapi: forskning och utveckling*, 23. Stockholm: Sektionen för psykoterapi och Psykoterapiinstitutet.
- Winzer, R. & Bergsten Brucefors, A. (2006). Are four sessions of counselling enough for recovery? An evaluation of counselling intervention for young adults. BMC Public Health. Submitted 31 October 2006.

Öhman, K. (1992). *Selfimage, interpersonal interactions and psychopathology*.  
Akademisk avhandling. Institutionen för tillämpad psykologi, Umeå  
universitet.





# Bilaga 1. Intervjufrågor

## Före terapin

- Vad sökte du hjälp för? Vilka var Dina problem?
- Hur var det att börja i terapin?

## Förändringsprocessen

- På vilket sätt blev du hjälpt av terapin?
- Har det du uppnått kunnat bibehållas över tid? Om ja, på vilket sätt har Du kunnat använda Dig av de kunskaper och insikter som terapin gav?
- Om Du har förbättrats, var det något speciellt i terapin som hjälpte Dig?
- Har terapin försvårat eller försämrat din tillvaro? Om ja, så fall på vilket sätt?
- Om du tänker på hur du mårde när du slutade i terapin och jämför med hur du mår idag, hur skulle du vilja beskriva det?

## Terapeuten som person och den terapeutiska relationen

- Vad tyckte du om terapeuten?
- Hur upplevde du terapeutens intresse för Dig och Din situation?
- Upplevde du ett genuint intresse från terapeuten?
- Kände du att du kunde lita på terapeuten?
- Kunde ni arbeta bra tillsammans?
- Hade ni lätt eller svårt att förstå varandra?
- Om du skulle beskriva klimatet i er relation: var det en varm eller en mer kylig relation?
- Fick du stöd av terapeuten?
- Skulle du beskriva din relation till terapeuten lik eller olik andra relationer?
- Hur var det att avsluta kontakten?

## Terapeutens metoder

- Var du och terapeuten överens om målsättningen med terapin?
- Var ni överens om hur ni skulle arbeta ihop?
- Kändes det som att ni talade samma språk? Fanns det en 'vi-känsla' mellan er?
- Arbetade terapeuten efter en speciell metodik?

### **Klientens bidrag**

- Berodde den förändring/inte förändring som du beskrivit mest på dig eller på terapeuten?
- Hur upplevde du din egen arbetsinsats?
- Kan du beskriva din uppgift i terapin?
- Hur var din motivation - låg medel, hög? I början, och senare?

### **Utomterapeutisk påverkan**

- Var det något utanför terapin - exempelvis i familjen, i studie- eller arbetslivet - som hjälpte dig med dina svårigheter?
- Fanns det något i din vardag som försvårade?

### **Avslutande frågor**

- Skulle du kunna tänka dig att gå i terapi igen?
- Skulle du rekommendera denna form av terapi till en vän?
- Är det något du skulle vilja tillägga?





**Beställa rapporten:**

Centrum för folkhälsa

Psykisk hälsa - barn och unga

Box 17533

118 91 Stockholm

Tfn vx: 08 737 35 00

E-post: [magdalena.carlberg@sll.se](mailto:magdalena.carlberg@sll.se)

[www.folkhalsoguiden.se](http://www.folkhalsoguiden.se)