

”Jag tror inte att jag förstod” Mötet med BUP som det upplevs av ungdomar med traumaerfarenheter

Hanna Hjort Wallentin, Anna Georgsson Staf, Ulf Axberg

Hanna Hjort Wallentin, leg psykolog, specialist i klinisk barn- och ungdomspsykologi, BUP Korttidsvårdsavdelning Slottis, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg.

E-post: hanna.hjort@vgregion.se

Anna Georgsson Staf, fil dr, leg psykolog, leg psykoterapeut. Vid studiens genomförande: BUP Barnahus, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg.

E-post: anna.georgsson.staf@vgregion.se

Ulf Axberg, professor, leg psykolog, leg psykoterapeut, Fakultet för socialfag, Familierapi og systemisk praksis, VID vitenskapelige høgskole.

E-post: ulf.axberg@vid.no

Kunskapen om hur ungdomar upplever kontakten med barn- och ungdomspsykiatri, BUP, är begränsad. I denna studie undersöks via djupintervjuer hur fem ungdomar (flickor, 16-19 år gamla) med traumaerfarenheter upplever och tolkar sitt möte med BUP. Genom tolkande fenomenologisk analys (IPA), identifierades tre centrala teman: Upplevelse av (o)begriplighet, Upplevelse av (o)trygghet, samt Upplevelse av (o)delaktighet. Erhållandet av diagnos utgör ett kritiskt moment i processen, medan en fungerande interaktion med en tydliggörande terapeut motverkar upplevelser av obegriplighet och otrygghet. Studien ger viktiga anvisningar till barnpsykiatri om behovet av att fokusera på bemötande och relation, och att arbeta för ungdomars ökade delaktighet.

Current knowledge of how young people experience contact with Child and Adolescent Psychiatric services, is limited. This study uses in-depth interviews to explore how five adolescents (girls aged 16-19) with a traumatic background, experience and perceive their encounter with psychiatric services. Using interpretative phenomenological analysis (IPA), three key-themes were identified: Experiencing (lack of) intelligibility, Experiencing (lack of) security, and Experiencing (lack of) participation. Receiving a diagnosis seems to be a critical element of the process, whilst a well-functioning interaction with a clarifying therapist counteracts experiences of incomprehension and insecurity. The study provides important instructions to child psychiatric services regarding the need to focus on interpersonal aspects and to enhance patient participation.

Inledning

Barnkonventionen slår fast att barnet har rätt att aktivt delta och bli lyssnad på i alla de frågor som berör det (UNICEF, 1989). Trots detta är mängden forskning där barn och ungdomar kommer till tals kring egna vårdupplevelser begränsad, inte minst vad gäller kontakten med psykiatri (Alexandra, 2016; Persson, Hagquist & Michelson, 2017; Stafford, Hutchby, Karim & Oreilly, 2016).

Vid genomgång av de relativt få studier som finns inom området, framkommer tydligt att interpersonella aspekter är centrala (Hartzell, Seikkula & von Knorring, 2009; Persson et al., 2017). De unga betonar vikten av tillit och av att verkligen bli hörd och tagen på allvar (Harper, Dickson & Bramwell, 2014; Jones, Hassett & Sclare, 2017). Terapeutens inlyssnande förmåga och förståelse bemötande är avgörande (Hartzell et al., 2009), liksom att bli bemött ”som en hel person” med fokus på mer än den specifika problematiken (Hartzell et al. 2009; Persson et al. 2017). Donnellan, Murray & Harrison (2012), konstaterar att det tycks viktigare för ungdomar ”hur” behandling ges, än ”vad” som ges. Att barn och ungdomar ofta känner oro vid uppstart av barnpsykiatrisk kontakt, kan kopplas samman med att de har bristfällig förståelse av sammanhanget liksom av syftet med kontakten (se t.ex. Bone, O’Reilly, Karim & Vostanis, 2014; Day et al., 2006; Stafford et al., 2016) samt med brister i medbestämmande och delaktighet (Donnellan, et al., 2012; Svirydzenka, Ronzoni & Dogra, 2017).

En majoritet av de ungdomar som söker barnpsykiatrisk vård, har erfarenheter av potentiellt traumatiserande händelser (Hultman & Broberg, 2016). Sådana erfarenheter utgör generellt en stark riskfaktor för psykisk ohälsa och i synnerhet när erfarenheten inbegriper interpersonellt våld från en närstående (Hoppen & Chalder, 2018; Toth & Manly, 2019; Price, Higa-McMillan, Kim & Frueh, 2013). Trots detta finns stor variation vad gäller såväl omedelbar reaktion som långsiktig återhämtning hos de drabbade. En av de salutogena faktorer som lyfts fram är Antonovskys konstrukt ”Känsla av sammanhang” (KASAM) (Antonovsky, 1993; Grevenstein, Aguilar-Raab, Schweitzer, & Bluemke, 2016; Länsimies, Pietilä, Hietosola-Husu & Kangasniemi, 2017; Zeidner & Aharoni-David, 2015). Forskning pekar mot att KASAM utgör en skyddsfaktor mot traumatisering, men också mot att traumaerfarenheter inverkar menligt på graden av KASAM (Fossion et al., 2013; Pham, Vinck, Kinkodi & Weinstein, 2010) vilket stämmer väl med modern traumateori där psykologisk traumatisering i sig ses som en fragmentering av upplevelsen av tid, själv och sammanhang (Nijenhuis, van der Hart & Steele, 2010; Wennerberg, 2010). KASAM:s tre komponenter meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet, har därmed relevans för traumatiserade barns och ungdomars upplevelse, såväl av tillvaron i stort som av mötet med barnpsykiatri.

I stort saknas studier av hur just traumatiserad ungdom upplever kontakten

med psykiatrin. Vid databassökning återfanns endast en studie avseende vårdupplevelse där deltagargruppen begränsas till traumatiserad ungdom (Dittman & Jensen, 2013), vilket påvisar behovet av att undersöka just detta. Vetskapen om att olika grupper upplever kontakten med vården olika (se bl. a. Harper, Dickson, & Bramwell, 2014; Summerhurst et. al., 2017), gör det ytterligare viktigt att fokusera en specifik och avgränsad grupp. Vi har därför valt att i vår studie fokusera på en avgränsad grupp – flickor i tonåren med traumaerfarenheter – och undersökt hur de upplevt att komma till och starta upp kontakt med barnpsykiatrin.

Syfte

Studiens syfte är att undersöka hur kontakten med barnpsykiatrin upplevts av ungdomar med traumaerfarenheter. Fokus ligger på uppstartsfasen av kontakten och på hur flickor i tonåren förstår och tolkar mötet med BUP.

Metod

Då syftet med studien var att utforska deltagarnas upplevelser valdes en kvalitativ metod där data inhämtades via semistrukturerade intervjuer (Schwab & Syed, 2015).

De fem deltagarna rekryterades ur ett större forskningsprojekt och valdes ut för att uppnå en hög grad av homogenitet i gruppen: samtliga var flickor i övre tonåren, vid intervjutillfället 16-19 år gamla, som upplevt familjevåld och utifrån detta fått BUP-kontakt där de bedömts uppfylla kriterier för en traumarelaterad diagnos. I journal kontrollerades att ingen av dem erhållit någon annan barnpsykiatrisk diagnos, och att ingen av dem hade haft någon annan barnpsykiatrisk kontakt än den som fokuseras i studien. Alla hade vid intervjutillfället slutfört traumafokuserad behandling och avslutat sin vårdkontakt sedan minst ett år, vilket innebär att intervjuerna genomfördes 2-3 år efter BUP-kontaktens uppstart.

För datainsamling användes semistrukturerade intervjuer med teman kring upplevelsen av att komma till mottagningen (minnen av det första mötet, förståelse av sammanhanget, upplevelse av bemötande och delaktighet). Kontextuella frågor ställdes också i syfte att förstå deltagarnas sammanhang (livssituation då och nu, erfarenhet av andra vårdkontakter och samhällsinsatser). Intervjuerna genomfördes av barnpsykologer (förstaförfattaren och en kollega) av vilka ingen haft behandlande eller annan tidigare kontakt med deltagarna. Intervjuerna som tog mellan 50 och 120 minuter, spelades in och transkriberades.

För analys valdes IPA (Interpretative Phenomenological Analysis), en metod som fokuserar på att förstå hur den enskilde individen upplever och skapar mening av sina personliga erfarenheter (Alase, 2017; Pietkiewicz & Smith, 2014). IPA söker komma så nära deltagarens subjektiva upplevelse som möjligt, genom

att omsorgsfullt lära känna berättelsen och i möjligaste mån låta deltagarens upplevelser komma till uttryck oförvanskade, dvs. utan att de förs in i på förhand definierade kategorier (Larkin, Watts, & Clifton, 2006; Smith, Flowers & Larkin, 2009). Samtidigt syftar IPA till att förstå hur deltagarens specifika upplevelse blir meningsfull och begriplig i sitt sammanhang (se bl. a. Alase, 2017), och ställer det enskilda i relation till berättelsen i sin helhet, till yttre kontextuella faktorer, samt till relevant teori och forskning. En viktig komponent i IPA, är det iterativa arbetssättet, där fokus aktivt flyttas fram och tillbaka mellan del och helhet för att på så sätt föra över insikter och kunskap och fördjupa förståelsen (Smith et al., 2009).

Följaktligen bearbetades transkripten noggrant ett efter ett och de enskilda upplevelser som uttrycktes sammanställdes i form av kluster per intervju. Dessa gav en första bild av återkommande teman som avspeglade för deltagaren viktiga upplevelser. En kontroll genomfördes där dessa preliminära teman stämades av mot enskilda uttalanden och därefter reviderades och utvecklades. När samtliga intervjuer var bearbetade på detta sätt, identifierades övergripande mönster och gemensamma teman för hela gruppen sammanställdes. Vid tre tillfällen under processen diskuterades sammanställda teman med andreförfattaren.

I enlighet med godkänd etikprövning (Regionala etikprövningsnämnden Göteborg 2016; Dnr: 806-16) lämnades såväl muntlig som skriftlig information om studien till deltagarna, samt i de fall då deltagaren var under 18 år även till vårdnadshavare. Såväl vid initial telefonkontakt, som i skriftlig information som vid intervjutillfället, betonades frivillighet, anonymitet och möjligheten att när som helst avbryta deltagande. Skriftligt samtycke inhämtades vid intervjutillfället.

Resultat

Resultatet av genomförda intervjuer och analys visar att ungdomarnas upplevelse av att möta och starta upp kontakt med barnpsykiatrien rör sig runt tre centrala områden: *(O)begriplighet*, *(O)trygghet*, samt *(O)delaktighet*. Dessa tre teman utgör alla axlar med en utsträckning mellan en positiv ytterlighet där behovet är tillfredsställt, och en negativ ytterlighet där ungdomen upplever en brist. Olika individer placerar sig olika på de olika axlarna och en och samma individ kan i olika avseenden placera sig på olika positioner på en axel; det som är gemensamt är att temat är återkommande i alla deltagares berättelser och för samtliga framstår som avgörande i den totala upplevelsen av kontakten.

"Jag tror inte att jag förstod": Upplevelse av (o)begriplighet

En upplevelse som tydligt återfinns i alla deltagares berättelse, är svårigheten att förstå eller begripa olika aspekter av kontakten. Att komma till barnpsykiatrien

för första gången upplevs främmande och obekant, det är en ny situation som inte riktigt liknar något man tidigare varit med om och erfarenheten är därmed svårbegriplig eller till och med obegriplig. Upplevelsen av ”obegriplighet” färgar tydligt samtliga deltagares erfarenhet av barnpsykiatrin, och inbegriper ”obegriplighet” i olika grad och kopplat till olika aspekter av situationen:

Att inte förstå sammanhanget. Samtliga deltagare har före och/eller under sin kontakt med barnpsykiatrin, också kontakt med en eller flera andra instanser med liknande form och uppdrag (familjebehandlingsenheter inom socialtjänsten, frivilligorganisationer och projekt med fokus på familj, psykisk hälsa och relationer, skolkuratorer osv). I det här avseende blir upplevelsen av ”obegriplighet” mycket tydlig hos flera deltagare:

”Alltså, dels så här att vi gick ju på BUP, men sen så här att ibland så skulle jag till en annan tjej, och jag kommer inte ihåg vad hon hette, men hon var vid typ stan nånstans, och sen skulle jag till nån annan kille, så det blev ganska många såhär typ att prata med. Och det förstod väl inte riktigt jag.”

Deltagarna har alltså både svårt att förstå vilket sammanhang de befinner sig i, och hur de olika sammanhangen förhåller sig till varandra. Även om denna ”obegriplighet” avseende kontexten, i viss mån färgar ungdomarnas upplevelse av kontakten över tid, kopplas den allra tydligast till det första mötet med barnpsykiatrin, och uppstartsfasen.

Att inte förstå syfte och mening. En annan central del i känslan av obegriplighet, är upplevelsen av att inte egentligen förstå vad syftet eller meningen med kontakten är. Även detta tema färgar starkt upplevelsen av mötet med barnpsykiatrin. Flera deltagare beskriver hur de, i varierande grad, har fått förklaringar till syftet med kontakten, men hur de samtidigt saknar en djupare, meningsbärande förståelse:

”Jag förstod inte syftet alls, tror jag. Jag tänkte bara att ’det här är behandling’, eller ’det här är hjälp’ liksom... men jag tror inte jag förstod.”

Som framkommer i citatet ovan, finns en positiv förväntan och en idé om att man ska bli hjälpt, men samtidigt saknas en förståelse av vad som ligger i begreppet ”hjälp” och vilka konkreta, personliga förhållanden det kan relateras till.

Att inte veta vad som väntar. Trots att deltagarna alltså har positiva, om än vaga, förväntningar inför uppstart, finns hos flera en stark osäkerhet kring vad kontakten mer konkret ska komma att innebära, hur det rent praktiskt ska gå till

och vad som egentligen väntar. Denna osäkerhet dominerar upplevelsen av den allra första kontakten, och kopplas av deltagarna både till att inte veta *vem* man ska få träffa, och att inte veta *vad* man kommer att göra. Ungdomarna har ingen tidigare erfarenhet av barnpsykiatri, och har inga inre bilder av vad som kommer att ske, vilket helt förväntat genererar en osäkerhet och oro.

”Jag var i alla fall lite nervös. För just innan man träffade den personen som jag pratade med, så var det lite såhär hur är hon, kommer hon vara snäll och stötta liksom, för det finns ju alltid olika personer och hur de använder, liksom hur de jobbar.”

Sammanfattningsvis framkommer hos deltagarna en hög grad av upplevd ”obegriplighet”, som starkt färgar upplevelsen av det första mötet och uppstartsfasen. Även den fortsatta upplevelsen påverkas i viss mån, men avtagande, av denna ”obegriplighet”.

”Jag kände mig jättejättebekvämt”: Upplevelse av (o)trygghet

Central i deltagarnas erfarenhet är också upplevelsen av trygghet och tillit. Det är ett tema som alla deltagare spontant lyfter fram i olika sammanhang och som återkommer i deras berättelser – både som avgörande positiv upplevelse när tryggheten och tilliten är stark, och som negativ påverkan när tilliten och tryggheten är svag. Upplevelsen av trygghet är avgörande för samtliga deltagare, samtidigt som det är olika i vilken mån och på vilket sätt trygghet och tillit upplevs:

Trygghet och tillit baserat på bemötande. Upplevelsen av tillit är för deltagarna starkt förknippat med den behandlande terapeutens bemötande. Det är dennes sätt att lyssna, att svara och att visa förståelse, som skapar upplevelsen av trygghet:

”Och hon kunde prata med mig och hon fick mig att känna mig jättejättebekvämt. [...] Hon lät mig prata och uttrycka mig och det kändes som hon förstod mig, typ så.”

Centralt i upplevelsen av att vara förstörd är både att få utrymme att uttrycka sig och att få tydlig respons. Även att få något rent fysiskt, fika eller klistermärken, är en viktig del i upplevelsen av att vara förstörd. Det framstår som avgörande för upplevelsen av en genuin interaktion, att terapeuten aktivt och tydligt växlar mellan dessa två: att ta emot och att ge.

En positiv del i kontakten med barnpsykiatrien, är upplevelsen av att verkligen bli hörd, vilket ställs i kontrast mot tidigare erfarenheter då vuxna haft tolkningsföreträdare. Upplevelsen att bli lyssnad på och tagen på allvar är därmed extra viktig och grundläggande för tilliten. Att ”bli hörd” innebär för deltagarna att ha fått lov att formulera sig, fått prata till punkt utan att bli avbruten, men

också att ha fått initierade och genuint intresserade frågor i respons. Ett aktivt och tydligt engagemang från terapeutens sida är avgörande för tilliten:

”Så kanske om hon hade frågat mera kring det så kanske man hade vågat berätta och om man visste att när man har varit med om sådana saker att det inte är ens fel och det är ingenting att skämmas för.”

Det blir via berättelserna tydligt, hur det är terapeutens interpersonella beteenden, såsom att aktivt visa ungdomen att hen är hörd, som bygger tillit, och att det är tillit som i sin tur ger trygghet. För denna grupp, som alla upplevt våld i hemmet och i många fall dröjt länge med att berätta om detta, är det också avgörande för tilliten att terapeuten tydligt adresserar skuldfrågan och tar aktiv ställning. För ungdomarna är det tillitsskapande när en vuxen klart och tydligt formulerat att barnet inte bär någon skuld.

Trygghet och tillit baserat på tid. Ett par deltagare upplever en omedelbar trygghet/tillit vid allra första kontakten med barnpsykiatrin. I denna upplevelse är platsen, själva ”stället BUP”, central såsom varande ett sammanhang som upplevs säkert och inger trygghet. Yttre markörer, som inbjudande lokaler och att det bjuds på fika, är viktiga förmedlare av omsorg och trygghet:

”För när vi kom dit så var det såhär jättebra och de var snälla och man fick mackor och det var liksom väldigt inbjudande.”

Huvudsakligen uttrycks dock upplevelsen av en process med växande tillit och trygghet över tid. I berättelserna framkommer hur trygghet och tillit växer fram med samlade erfarenheter och i relation till terapeuten. Deltagarna lyfter fram vikten av att få tid, att i samtal först få ha fokus på annat än problematiken. Upplevelsen är att först ha blivit bekväm i relationen, därefter kunnat känna tillit och öppna sig kring det svåra:

”Alltså från första början var jag, jag ville verkligen inte gå dit och jag var helt, jag kom med jättedålig attityd och jättedålig inställning rättare sagt och jag trodde inte alls att det skulle hjälpa mig och så. Men sen när jag hade gått några gånger så, vad heter det, började jag märka att jag började öppna mig mer och mer, för jag har haft ... med tiden så har jag fått mycket svarare att öppna mig för vem som helst så jag kunde inte öppna mig till henne och så. Men till slut så gick det efter ett par gånger och det blev jättebra.”

För de flesta är alltså otrygghet det som färgar den allra första fasen av den barnpsykiatriska kontakten; trygghet och tillit kommer först längre fram i kontakten och baseras på goda erfarenheter och relation.

Diagnos som tillitsbrott. En del i den barnpsykiatriska kontakten som för deltagarna innebär att tilliten utmanas och kanske till och med bryts, är att få besked om att en diagnos har blivit satt. I samtliga fall handlar det om en traumarelaterad diagnos som blir presenterad efter ett par tre träffar. Deltagarna beskriver upplevelsen som både överraskande och förminskande:

”Och så skrev jag på papper och sen så liksom sätter de en diagnos och sen så utgår de från den diagnosen. [...] Alltså allting kändes som att ja, så fort man fick diagnosen så kändes det bara att, jag vet inte hur jag ska förklara ... Det kändes typ som att någon blev PTSD.”

Upplevelsen ungdomarna förmedlar, är att själva diagnosen upplevs skuldbeleggande och därmed står i diametral motsats till det budskap som samtidigt förmedlas om att det är den vuxna förövaren som bär skulden. I och med detta blir själva diagnosticerandet inte bara svårbegripligt i sig, utan också något av en kris med bäring på relation och tillit.

Sammanfattningsvis är upplevd (o)trygghet en central del i ungdomarnas upplevelse av kontakten, och i huvudsak beroende av bemötande. Tid är för många en viktig faktor, medan erhållandet av diagnos för flera deltagare utgjort ett hot mot tilliten. På så sätt är trygghet och tillit generellt, men inte alltid, något som ökar under kontaktens gång medan upplevelsen initialt främst färgas av otrygghet.

”Hur ska jag kunna veta hur man botar”: Upplevelse av (o)delaktighet

Det tredje och sista tema som genomsyrar ungdomarnas berättelser och framstår som en viktig del i deras upplevelse av mötet med barnpsykiatri, är upplevelsen av att få eller inte få vara delaktig i de beslut som fattas kring vården på olika nivåer. Tre aspekter på temat framträder:

Att inte få bestämma. Den upplevelse som är mest framträdande på temat (o)delaktighet, är erfarenheten och känslan av att *inte* ha fått vara med och bestämma. Man upplever att beslut fattades utan ens egen delaktighet i basala och konkreta frågor som var viktiga för en och där man hade en faktisk åsikt eller önskan. Hos samtliga handlar upplevelsen om att inte ha blivit tillfrågad (eller inte lyssnad på) i frågor kring vem som ska delta i kontakten, och huruvida samtal skulle föras enskilt eller tillsammans med familjemedlemmar. Någon hade önskat få bjuda in sina syskon, men i de flesta fall handlar det om att man önskat få sina samtal utan att föräldrar satt i rummet bredvid eller i samma rum:

”Mamma gick också på BUP, hon skulle börja där bar jag för mig... och innan vi började så hade vi nåt möte mellan oss två, att vi träffades. Och det var väl egentligen det minsta jag ville.”

Att få kontroll eller åtminstone medbestämmande över vem som deltar i samtal av så personlig och känslomässig karaktär som dessa, tycks grundläggande och självklart för ungdomarna. Det de upplever i mötet med en kontext där detta inte är självklart, är en känsla av bristande kontroll.

Att sakna förutsättningar för att bestämma. Det är dock inte bara frånvaro av medbestämmande som framkommer, utan också en i någon mån omvänd upplevelse av att bli tillfrågad om medbestämmande i frågor där man inte upplever att man har förutsättningar för detta. Ungdomarna beskriver hur de fick öppna frågor kring vad de ville prata om och hur de ville arbeta, men hur möjligheten att välja eller styra egentligen inte existerade då de inte hade den kunskap eller insikt som hade behövts för ett sant medbestämmande:

"Jag visste ju inte, folk frågade mig 'Ja, hur vill du göra då?' Jag har ingen aning, jag vet inte ens vad jag gör här. [Så då] tänkte jag, hur ska jag kunna veta hur man botar nån."

Deltagarna upplever att de får en frihet att styra eller bestämma, som inte är möjlig att använda så länge de inte har fått tillräcklig hjälp att orientera sig varken i sina egna behov eller i vårdkontexten. Alltför öppna frågor eller omöjliga val, innebär bara en skenbar möjlighet till delaktighet eller medbestämmande. Det de i den situationen behöver, är hjälp av terapeuten, att hen läser av det icke-uttalade och att hen lotsar en genom samtalet t ex med hjälpsamma frågor:

"Det var väl jag som fick säga vad jag hade, alltså om det var nåt speciellt jag tänkte på så fick jag ju ta upp det, men sen så är det ju så svårt för en ung person att veta liksom så jag fick ju väldigt bra såhär frågor."

För flera deltagare finns inslag av att samspelet med terapeuten har fungerat på detta sätt, och att ungdomen genom att få del av hens kunnande och förståelse, också fått en upplevelse av delaktighet och medbestämmande trots egna begränsningar. För de deltagare som har denna erfarenhet, utgör detta en starkt positiv upplevelse.

Att få bestämma i det lilla. När ungdomarna faktiskt upplevt en delaktighet, framstår detta som en viktig erfarenhet, som bidragit till trygghet och upplevelsen av att vara sedd. Det handlar ofta om till synes små detaljer, som att få välja färg på papper, att få bestämma i vilken ordning aktiviteter ska genomföras eller att få pilla med något/leka parallellt med samtalet. Samtidigt har de små valmöjligheterna haft stor betydelse:

”Jag fick välja lite hur mötena skulle se ut. Eftersom jag var ganska liten, eller jag var ju inte jättestor, så jag bestämde väl att jag ville leka typ samtidigt som jag hade mötena. Det kändes bra.”

Sammanfattningsvis framkommer således också att upplevelsen av (o)delaktighet och medbestämmande är central för de unga. Huvudsakligen uttrycks en avsaknad av delaktighet och medbestämmande, men det finns också upplevelser av att få vara delaktig i beslut och process vilket utgör viktiga erfarenheter för dessa ungdomar. Till skillnad mot tidigare teman framstår inte upplevelsen av (o)delaktighet som kopplad främst till det första mötet eller uppstartsfasen, utan är mer konstant över tid.

Diskussion

Det som i denna studie framstår som mest avgörande i deltagarnas möte med barnpsykiatrien, är upplevelsen av (o)begriplighet. Det är inte bara det tema som tydligast framkommer i samtliga deltagares berättelser och mest frekvent återkommer i olika skepnader; det är också det tema som tydligast samverkar med övriga teman, upplevelsen av (o)trygghet och upplevelsen av (o)delaktighet. Att inte fullt ut förstå kontaktens syfte och mening, att inte greppa sammanhanget, och att inte veta vad som väntar, ger sammantaget deltagarna en stark osäkerhet och en låg grad av upplevd kontroll, och påverkar således upplevelsen av (o)trygghet. Bristande begriplighet bidrar också till låg delaktighet, i och med att reellt medbestämmande förutsätter att situationen är begriplig.

Temat (o)begriplighet är inget som, enligt vår kännedom, lyfts fram i tidigare forskning. Kanske kan detta i viss mån förklaras av vårt fokus på uppstartsfasen i kontakten – vi kan anta att en studie med fokus på avslutningsfasen hade gett andra resultat – men sannolikt inte fullt ut, då inga tidigare studier som fokuserat på första kontakten (t.ex. Stafford, Hutchby, Karim, & O'Reilly, 2016) fått motsvarande resultat. En alternativ eller kompletterande förklaring ligger i urvalsgruppen. Tidigare studier har huvudsakligen använt blandade grupper vad gäller diagnos/problematik, medan denna studie genomfördes uteslutande med traumatiserade ungdomar. Dessa kan antas ha en mer fragmenterad uppfattning av sin tillvaro generellt (Cohen & Danielson, 2016), och sannolikt i än högre grad vid ökad stress såsom vid uppstart av en kontakt med traumafokus. I Antonovskys salutogena modell är ”Begriplighet” en av tre komponenter som tillsammans utgör en individs ”Känsla av sammanhang”. Begriplighet handlar enligt Antonovsky om ”i vilken utsträckning man upplever inre och yttre stimuli som förnuftsmässigt gripbara, som information som är ordnad, sammanhängande, strukturerad och tydlig” (Antonovsky, 1991, s. 39). Med den definitionen innebär traumatisering per definition en minskad begriplighet, och den traumatiserade kan förväntas

uppleva inte bara sina inre reaktioner utan också de yttre situationer hen möter som i högre grad obegripliga än de jämnåriga som inte är påverkade av trauma. Som ovan redovisats har forskning också kunnat påvisa samband mellan traumatisering och KASAM, såväl i form av att traumaerfarenheter inverkar menligt på KASAM som i att KASAM utgör en skyddsfaktor mot traumatisering. En rimlig tolkning blir därmed att (o)begriplighet får en framträdande roll i denna studies resultat, med anledning av deltagarnas våldserfarenheter och traumareaktioner.

Nära kopplat till temat (o)begriplighet är temat (o)trygghet. Resultaten under detta tema visar hur terapeutens interpersonella beteenden utgör grund för utveckling av tillit, som i sin tur är grunden för trygghet. Här bekräftas alltså tidigare forskning avseende relationella faktorer som helt centrala i psykiatrisk vård generellt och med ungdomar i synnerhet (se t. ex. Norcross & Wampold, 2018), i denna studie fångat i upplevelsen av (o)trygghet som varande central.

Liksom ungdomar i tidigare forskning, upplever också våra deltagare en stor brist vad gäller delaktighet och medbestämmande. Samtidigt framkommer att delaktighet i till synes små frågor är av stort värde för dem, och att upplevelsen av medbestämmande inte behöver vara svår att uppnå. Ungdomarna beskriver hur en fungerande relation till terapeuten utgör en grund för genuint medbestämmande. Det som framkommer, är hur det obegripliga blir begripligt genom klagörande frågor eller genom att terapeuten läser av tonfall och kroppsspråk. I ett komplext, och på många sätt de facto obegripligt, sammanhang, blir relationen och tilliten till terapeuten bryggan som gör det möjligt att trots allt begripa och därmed också vara delaktig.

Ett viktigt resultat, slutligen, är deltagarnas mycket negativa upplevelse av att erhålla en traumarelaterad diagnos. Det ungdomarna beskriver är att själva diagnosen upplevs skuldbeläggande, och att den därmed hamnar i motsats till budskapet om att barnet inte bär någon skuld i det upplevda våldet. Kletter, Veems & Carrion (2009) har visat på hur en majoritet av barn och ungdomar med trauma-symtom också kämpar med upplevelser av (oberättigad) skuld, och hur skuldupp-levelsen ofta blockerar möjligheten till integration av traumat och därmed står i motsatsförhållande till tillfrisknande. I förevarande studie blir den negativa reaktionen i samband med diagnostiken alltså begriplig i ljuset av en redan etablerad inre konflikt relaterad till traumat.

Konklusion och kliniska implikationer

Utgångspunkten i denna studie är upplevelsen hos ungdomar med traumaerfarenheter, men med vetskapen om att en majoritet av dem som kommer till våra mottagningar har potentiellt traumatiserande erfarenheter, som vi ofta inte har kännedom om, ger resultatet kunskap med implikationer för all barn- och ungdomspsykiatri:

1. *Vården behöver tydliggöras och begripliggöras.* Ökad tydlighet inte minst vid uppstart av kontakt skulle innebära minskad oro, ökad tillit och ökade möjligheter till delaktighet och behandlingsengagemang.
2. *Ungdomars medbestämmande och delaktighet i vården behöver stärkas.* Delaktighet även i små frågor är av stort värde och en upplevelse av medbestämmande inte nödvändigtvis svår att uppnå.
3. *Relationella faktorer får inte undervärderas.* En fungerande interaktion med terapeuten medför såväl trygghet som upplevelse av delaktighet och begriplighet.
4. *Traumadiagnos behöver presenteras med försiktighet* såtillvida att diagnosen bör återges i ett sammanhang präglad av trygghet, begriplighet och tydlig skuld-avlastning.

Studiens styrkor och begränsningar samt förslag till framtida forskning

Då kunskapen om ungdomars upplevelse av mötet med barnpsykiatri är begränsad, har denna studie en viktig plats att fylla. Studiens design har medfört god inblick i deltagarnas personliga upplevelser, och tillför välbehövlig kunskap om hur tonåriga flickor med traumaerfarenheter upplever mötet med barnpsykiatri. Studiens utformning med en liten och homogen grupp, medför samtidigt begränsningar vad gäller generaliserbarhet till grupper med andra åldrar, kön eller problematik. Det vore av stort värde att i framtida studier undersöka även andra gruppers upplevelse av mötet med barnpsykiatri. Möjliga frågeställningar inbegriper upplevelsen av (o)begriplighet i andra grupper, upplevelsen av att erhålla en diagnos, samt upplevelsen av medbestämmande genom interaktion med terapeuten. Även studier som studerar dessa frågor i icke-psykiatrisk kontext vore av värde.

Fenomenologiska studier av såväl barns och ungdomars som föräldrars upplevelse av vården har mycket att tillföra i en tid då fokus främst riktas mot metodik, effektivitet och produktion. Inte därför att dessa fokus står i motsats till varandra, utan därför att de berikar varandra och tillsammans ökar vår kunskap inom ett av de mest brännande kunskapsområdena idag.

Referenser

- Alase, A. (2017). The Interpretative Phenomenological Analysis (IPA): A Guide to a Good Qualitative Research Approach. *International Journal of Education & Literacy Studies*, 5(2), 9-19.
- Alexandra, D. (2016). *An exploration of adolescents' experiences of mental health*. Opublicerad doktorsavhandling, University of London: Institute of Education, London.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur.

- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the Sense of Coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36(6), 725-733.
- Bone, C., O'Reilly, K., Karim, K., & Vostanis, P. (2014). 'They're not witches...' Young children and their parents' perceptions and experiences of Child and Adolescent Mental Health Services. *Child: care, health and development*, 41(3), 450-458.
- Braun-Lewensohn, O., Sagy, S., & Roth, G. (2011). Brief report: Adolescents under missile attacks: Sense of coherence as a mediator between exposure and stress-related reactions. *Journal of Adolescence*, 34, 195-197.
- Cohen, J. R., Danielson, C. K. (2016). 'Effects of childhood traumatic event experiences. *Critical Issues in School-based Mental Health: Evidence-based research, practice, and interventions*'. New York, US: Routledge/Taylor & Francis Group. 164-176.
- Day, C., Carey, M, & Surgenor, T. (2006). Children's Key Concerns: Piloting a Qualitative Approach to Understanding Their Experience of Mental Health Care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(1), 139-155.
- Dittmann, I., & Jensen, T. K. (2013). Giving a voice to traumatized youth – Experiences with Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Child Abuse & Neglect*, 38, 1221-1230.
- Donnellan, D., Murray, C., & Harrison, J. (2012). An investigation into adolescents' experience of cognitive behavioural therapy within a child and adolescent mental health service. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18(2), 199-213.
- Fossion, P., Leys, C., Kempnaers, C., Braun, S., Verbanck, P., & Linkowski, P. (2013). Disentangling Sense of Coherence and Resilience in case of multiple traumas. *Journal of Affective Disorders*, 160, 21-26.
- Freake, H., Barley, V., & Kent, G. (2007). Adolescents' views of helping professionals: A review of literature. *Journal of Adolescence*, 30, 639-653.
- Grevenstein, D., Aguilar-Raab, C., Schweitzer, J., & Bluemke, M. (2016). Through the Tunnel, to the Light: Why Sense of Coherence Covers and Exceeds Resilience, Optimism, and Self-Compassion. *Personality and Individual Differences*, 98, 208-217.
- Harper, B., Dickson, J. M., Bramwell, R. (2014). Experiences of young people in a 16-18 Mental Health Service. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(2), 90-96.
- Hartzell, M., Seikkula, J., & von Knorring, A. (2009). What Children Feel About Their First Encounter with Child and Adolescent Psychiatry. *Contemporary Family Therapy*, 31, 177-192.
- Hoppen, T. H., & Chalder, T. (2018). Childhood adversity as a transdiagnostic risk factor for affective disorders in adulthood: A systematic review focusing on biopsychosocial moderating and mediating variables. *Clinical Psychology Review*, 65, 81-151.
- Hultman, O., & Broberg, A. G. (2016). Family Violence and Other Potentially Traumatic Interpersonal Events Among 9- to 17-Year-Old Children Attending an Outpatient Psychiatric Clinic. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(18), 2958-2986.
- Jones, S., Hassett, A., & Sclare, I. (2017). Experiences of Engaging With Mental Health Services in 16- to 18-Year-Olds: An Interpretative Phenomenological Analysis. *SAGE Open July-September 2017*, 1-14.
- Kletter, H., Veems, C. F., & Carrion, V. G. (2009). Guilt and Posttraumatic Stress Symptoms in Child Victims of Interpersonal Violence. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(1), 71-83.

- Larkin, M., Watts, S., & Clifton, E. (2006). Giving voice and making sense in interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology, 3*, 102-120.
- Länsimies, H., Pietilä, A., Hietosola-Husu, S., & Kangasniemi, M. (2017). A systematic review of adolescents' sense of coherence and health. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 31*, 651-661.
- Nijenhuis, E.R.S., van der Hart, O. & Steele, K. (2010) Trauma-related Structural Dissociation of the personality. *Activas Nervosa Superior, 52*, 1-23.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology, 74*(11), 1889-1906.
- Persson, S., Hagquist, C., & Michelson, D. (2017). Young voices in mental health care: Exploring children's and adolescents' service experiences and preferences. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 22*(1), 140-151.
- Pham, P. N., Vinck, P., Kaba Kinkodi, D., & Weinstein, H. M. (2010). Sense of Coherence and Its Association With Exposure to Traumatic Events, Posttraumatic Stress Disorder, and Depression in Eastern Democratic Republic of Congo. *Journal of Traumatic Stress, 23*(3), 313-321.
- Pietkewicz, I. & Smith, J. A. (2014). A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology. *Czasopismo Psychologiczne – Psychological Journal, 20*(1), 7-14.
- Price, M., Higa-McMillan, C., Kim, S., & Frueh, B. C. (2013). Trauma experience in children and adolescents: An assessment of the effects of trauma type and role of interpersonal proximity. *Journal of Anxiety Disorders, 27*, 652-660.
- Schwab, J. R., & Syed, M. (2015). Qualitative Inquiry and Emerging Adulthood: Meta-Theoretical and Methodological Issues. *Emerging Adulthood, 3*(6), 388-399.
- Smith, J. A, Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, method and research*. London, England: SAGE.
- Stafford, V., Hutchby, I., Karim, K., & Oreilly, M. (2016). "Why are you here?" Seeking children's accounts of their presentation to Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS). *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 21*(1), 3-18.
- Summerhurst, C., Wammes, M., Wrath, A., & Osuch, E. (2017). Youth perspectives on the mental health treatment process: What helps, what hinders? *Community Mental Health, 53*, 72-78.
- Svirydzienka, N., Ronzoni, P., & Dogra, N. (2017). Meaning and barriers to quality care service provision in Child and Adolescent Mental Health Services: Qualitative study of stakeholder perspective. *BMC Health Services Research, 17*:151, 1-10.
- Toth, S. L., & Manly, T. (2019). Developmental Consequences of Child Abuse and Neglect: Implications for Intervention. *Child Development Perspectives, 13*(1), 59-64.
- UNICEF (1989). *Barnkonventionen. FN:s konvention om barnets rättigheter*: UNICEF Sverige.
- Wennerberg, T. (2010) *Vi är våra relationer*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Zeidner, M., & Aharoni-David, E. (2015). Memories of Holocaust-related traumatic experiences, sense of coherence, and survivors' subjective well-being in late life. *Anxiety, Stress, & Coping, 28*(3), 254-271.