

HVB-placerade flickors erfarenheter av samtalsbehandling

Åsa Sandstedt Eriksson

Handledare: Rolf Holmqvist
Examinator: Gerhard Andersson

Sammanfattning

Studiens syfte var att beskriva HVB-placerade flickors erfarenheter av samtalsbehandling. Studien genomfördes utifrån en fenomenologisk, kvalitativ metod. Åtta flickor intervjuades. Resultatbearbetningen utmynnade i tre teman: Ständigt föränderlig vuxenkontext, Svårigheter att få rätt hjälp och Samtalsbehandlarens förhållningssätt.

Studien visade att vuxenkontexten kring dessa flickor återkommande hade bytts ut. Flickorna upplevde att vårdpersonal alltför mycket lyssnade till mer eller mindre tillfälliga vuxna i barnens liv. Barnen gav uttryck för att de kände sig åsidosatta, att de hade svårt att göra sin röst hörd och att de hade svårt att få ”rätt” hjälp för psykisk ohälsa.

Alla flickor hade erfarenhet av samtalsbehandling och de var samstämmiga i bilden av att behandlare ställde för många frågor och gick för fort fram i processen. Flickorna önskade mer tid och utrymme för att hinna beskriva sin problematik, lära känna behandlaren och skapa tillit. Därtill fanns en önskan om att samtalsbehandlare gav akt på egna reaktioner och var lyhörda för barnets, för att undvika missförstånd.

En slutsats som kan dras utifrån resultaten i studien är att samtalsbehandlare behöver beakta barnets behov genom att göra barnet delaktig i behandlingsprocessen och återkommande lyfta frågor om behandlingsmål, arbetssätt och arbetsrelation, då dessa barn har erfarenheter av att inte bli lyssnade på.

Förord

Intresset för HVB-placerade flickors erfarenhet av samtalsbehandling har sin grund i att jag under många år har träffat dessa barn i mitt arbete som psykolog. De har en likartad bakgrund. Alla har varit med om att separeras från föräldrar och de flesta har flyttat mellan olika former av boenden. En del har också flyttat mellan olika länder. Skolgången har blivit lidande, ofta med stor frånvaro och svaga skolprestationer som följd. För många har uppväxten kantats av traumatiska erfarenheter. Flickorna har levt med psykisk ohälsa i en problematisk social situation.

En del barn har haft kontakter inom den psykiatriska vården, men kontakterna tycks ofta ha blivit korta och/eller avbrutna. Inte så sällan ger flickan uttryck för en misstro mot samtalsbehandling och vårdpersonal i stort. Kommunikationen kan vara återhållsam och ibland avvisande. En del flickor vill inte komma på ett inledande besök, trots en ofta komplex och svår psykologisk problematik. Samtalsbehandling med den här målgruppen kan vara en stor utmaning.

I den här uppsatsen vill jag utforska flickornas erfarenheter av samtalsbehandling utifrån deras egna berättelser. Min utgångspunkt är alltså ett patientperspektiv.

Tack till alla deltagare och tack till Rolf Holmqvist för värdefull handledning.

Innehållsförteckning

HVB-placerade flickors erfarenheter av samtalsbehandling	1
<i>Teori och tidigare forskning</i>	1
Syfte.....	4
Metod.....	4
<i>Deltagare</i>	4
<i>Insamlingsmetod</i>	5
<i>Bearbetning och analys av data</i>	6
<i>Etiska överväganden</i>	7
<i>Förförståelse</i>	7
Resultat.....	8
<i>Ständigt föränderlig vuxenkontext</i>	8
<i>Svårigheter att få rätt hjälp</i>	10
<i>Samtalsbehandlarens förhållningssätt</i>	13
Diskussion.....	16
<i>Resultatdiskussion</i>	16
<i>Metoddiskussion</i>	19
<i>Slutsatser</i>	20
<i>Vidare forskning</i>	21
Referenser.....	22
Bilaga 1 Informationsblad.....	25
Bilaga 2 Samtyckesblankett.....	26
Bilaga 3 Intervjuguide.....	27

HVB-placerade flickors erfarenheter av samtalsbehandling

Närmare 39 000 barn (personer under 18 år) och unga (personer mellan 18 och 21 år) var placerade utanför hemmet år 2018 (Socialstyrelsen, 2020). Statistik från Socialstyrelsen (2022) visar att det är fler pojkar/unga män som är placerade än flickor/unga kvinnor. De flesta är i åldrarna 15 till 20 år och den vanligaste placeringsformen är familjehem.

När barn och unga placeras utanför hemmet tar samhället över ansvaret och ikläder sig rollen som ställföreträdande förälder (Socialstyrelsen, 2022). Barn och unga kan placeras i jourhem, familjehem, stödboenden eller på hem för vård eller boende, så kallade HVB. I begreppet HVB ingår även de särskilda ungdomshem som Statens Institutionsstyrelse, SiS, ansvarar för. Barn och unga kan vara placerade på frivillig grund enligt socialtjänstlagen, SoL, eller på tvingande grund, enligt lag med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. Det är vanligt att barn och unga flyttar mellan olika former av placeringar och att laggrunden ändras (Socialstyrelsen, 2022).

Barn och unga som bor på HVB har ofta psykiatriska vårdbehov som behöver tillgodoses samtidigt med de sociala vårdbehoven. En undersökning som Socialstyrelsen (2019) genomförde vid SiS särskilda ungdomshem, visade att 71 procent av barn och unga hade minst en konstaterad psykiatrisk diagnos, 45 procent hade minst två diagnoser och 20 procent hade minst tre samtidiga diagnoser. Attention-deficit/hyperactivity disorder, ADHD, var den vanligaste diagnosen. Den näst vanligaste diagnosen bland flickor var posttraumatisk stress disorder, PTSD, följt av autism och missbruk. Den näst vanligaste diagnosen bland pojkar var missbruk följt av uppförandestörning och PTSD.

Mot bakgrund av HVB-placerade barns ålder, svåra erfarenheter, låga funktionsnivå och psykiska ohälsa, så borde gruppen vara prioriterad av samhällets institutioner, såsom socialtjänsten, skolan och vården.

Teori och tidigare forskning

För att förstå dessa barns och ungas sociala sammanhang, tillitsbrist och psykiska ohälsa utifrån ett holistiskt perspektiv, kan teoretiska förklaringsmodeller om epistemisk tillit vara hjälpsamma (Fonagy et al., 2021). Författarna beskriver hur teorier om barns tidiga utveckling, framför allt avseende anknytningsmönster och mentaliseringsutveckling, behöver integreras med andra faktorer såsom socioekonomiska förhållanden och kulturell miljö, för att förstå utvecklingen av psykopatologi. Luyten, Campbell, Allison och Fonagy (2020) har utvecklat en kommunikationsmodell för hur epistemisk tillit kan uppnås i terapirummet. Författarna menar att för att patienten ska kunna ta till

sig terapin, behöver behandlaren uppfattas som trovärdig nog att bli lyssnad till. Genom att behandlaren intresserat lyssnar, anpassar sina interventioner efter patientens behov och på ett genuint sätt försöker se världen ur patientens perspektiv, minskar vaksamheten och social inlärning möjliggörs. Först när epistemisk tillit finns, kan patienten förvärva nya kunskaper och färdigheter, som sedan kan användas utanför terapirummet.

Hur behandlare kan hjälpa barn och unga med psykisk ohälsa beskrivs i en mängd utbildningslitteratur, ofta utifrån olika terapeutiska perspektiv. I den psykodynamiska terapin har leken alltså en stor betydelse, men idag betonas den terapeutiska relationen mer än insikt och tolkning (Blake, 2008). I den kognitiva beteendeterapin för barn och unga används i grunden samma tekniker som vid behandling av vuxna, men behandlingen anpassas till barnets utvecklingsnivå och interpersonella sammanhang (Reinecke, Dattilio & Freeman, 2003). I den familjeterapeutiska terapin riktar sig den funktionella grenen särskilt till barn och unga med beteendeproblem, såsom utagerande beteenden, drogberoende och kriminalitet. Vikt läggs vid att involvera och motivera hela familjen liksom att förändra samtalsklimatet (Alexander, Waldron, Robbins & Neeb, 2016).

Det finns gedigen kunskap som kan vägleda behandlare i hur samtalsbehandling med barn och unga kan bedrivas, men det förutsätter att de kommer till behandlingen och medverkar. Block och Greeno (2011) har i en litteraturöversikt närmare velat förstå varför så många tonåringar avbryter, eller väljer att avstå, psykologisk behandling. I översikten framträdde flera förklaringar såsom demografiska faktorer, missnöje med behandlingen och föräldrars påverkan, men författarna understryker att "To best conceptualize and address adolescent treatment drop out, future research should explore mental health treatment from the adolescent's perspective. This will be the most effective way to capture what is missing from the literature" (Block & Greeno, 2011, s. 416).

Kazdin (2000) som också granskat forskning av barn och ungdomsterapier, menar att studier av kvalitativ karaktär, kan vara hjälpsamma för att förstå klientens upplevelse av terapi, betydelsen av terapeutisk förändring och sekvenser av förändring genom terapiprocessen. Även von Below (2017) resonerar kring värdet av att utforska patientens perspektiv. Dels är patienten den kanske mest betydelsefulla prediktorn för psykoterapiutfallet, dels kan patient och terapeut ha olika bild av vad ett bra utfall är. von Below (2017) menar vidare att studier av patientens perspektiv kan bidra till minskad risk för missförstånd och avhopp samt att patienten far illa på grund av terapeutiska interventioner. Det ligger också i linje med samhällets intresse av att öka konsumenternas makt.

Flera studier har fokuserat på gruppen unga vuxnas erfarenheter av psykoterapi utifrån ett patientperspektiv. Hjeltnes, Moltu, Schanche, Jansen och Binder (2018) studerade unga vuxnas erfarenheter av mindfulnessbaserade gruppinterventioner vid social ångest. Författarna fann att de patienter vars symtombelastning hade minskat mest, var motiverade, engagerade i gruppen, hade tillit till metoden och kunde tillämpa ny kunskap i vardagen. De vars symtombild hade förändrats minst, rapporterade ambivalens inför behandlingen, osäkerhet kring metoden och ett undrandragande från gruppen. I en annan studie (Landström, Levander & Philips, 2019) undersöktes unga vuxnas erfarenheter av tidsbegränsad dynamisk interpersonell psykoterapi mot depression. Den visade att patienterna upplevde att de hade fått bättre förståelse för egna känslor och behov, vilket var hjälpsamt i interpersonella situationer t ex avseende gränssättning gentemot andra. Bury, Raval och Lyon (2007) fann i sin studie om unga vuxnas erfarenhet av psykoanalytisk psykoterapi, att relationen till terapeuten var betydelsefull, inte minst för att hantera ambivalenta känslor inför behandlingen. Patienterna värdesatte att bli lyssnade till, att bli accepterade och att få reflektera, men de hade svårt att våga ta upp kritiska synpunkter och frågor om den terapeutiska processen med terapeuten. Svårigheter att ta upp missnöje framkom även i von Belows (2017) avhandling. von Below studerade unga vuxnas erfarenheter av psykodynamisk/psykoanalytisk psykoterapi med särskilt fokus på svårigheter och på psykoterapi som inte ledde till förbättring. Förutom att patienterna hade svårt att ta upp kritik, så fann von Below att terapeuterna inte alltid var medvetna om patienternas missnöje och missnöjet avspeglade sig inte heller nödvändigtvis i utfallet. Utifrån dessa fynd betonar von Below vikten av att terapeuter metakommunicerar kring terapiprocessen med patienten, för att just lyfta patientens syn på relation, mål och medel.

Gruppen barn och ungdomars erfarenheter av samtalsbehandling förefaller emellertid sparsamt studerat utifrån ett patientperspektiv. I en studie utförd av Midgley et al. (2016) utforskades barns förväntningar på terapi. Barnen var 11 till 17 år och led av depression. Studien visade att dessa barn hade svårt att överhuvud taget föreställa sig en terapi, oavsett inriktning. Författarna drog slutsatsen att det är viktigt att uppmärksamma frågan om förväntningar tidigt i terapin, då det kan ha betydelse för barnets engagemang i behandlingen. I en annan studie (Binder, Moltu, Hummelsund, Sagen & Holgersen, 2011) undersöktes hur ungdomar i åldrarna 16 till 19 år, som gick i psykoterapi beskriver "as usual" önskade att terapeuten skulle vara för att det skulle uppstå en trygg arbetsrelation. Ungdomarna underströk vikten av att terapeuten visade respekt för deras autonomi och person, att terapeuten varsamt och balanserat utforskande känslor och upplevelser samt att terapeuten var trygg, genuin och ömsesidig i sitt förhållningssätt. Wilmots, Midgley, Thackeray, Reynolds och Loades (2020) fokuserade också på den terapeutiska relationen när de studerade vilka upplevelser flickor, 14 till 18 år, hade av den terapeutiska relationen.

Flickorna, som hade gått i kognitiv beteendeterapi mot depression med gott utfall, värdesatte samarbetsinriktade terapeuter som balanserade en omhändertagande hållning med expertkunskap. Det bidrog till att flickorna kände sig autonoma samtidigt som det fanns en känsla av närhet till terapeuten. Författarna (Wilmots et al., 2020) drog slutsatsen att en god terapeutisk relation kan motivera barn och unga att engagera sig i kognitivt och emotionellt utmanande uppgifter.

Trots att kvalitativa studier utifrån ett patientperspektiv betonas i psykoterapiforskning, så tycks studier kring barns och unga erfarenheter av samtalsbehandling vara relativt få och det saknas fördjupad kunskap om HVB-placerade barns erfarenheter av samtalsbehandling. Det är en liten, sårbar och utsatt patientgrupp med stort behov av hjälp, varför det är av vikt att förstå patientgruppens erfarenheter, som vägledning för hur behandlare kan skapa en god relation och ett fungerande terapeutiskt samarbete.

Syfte

Syftet med den här uppsatsen var att beskriva HVB-placerade flickors erfarenheter av samtalsbehandling och därmed öka kunskapen inom detta område.

Metod

Eftersom studiens syfte var att beskriva deltagarnas erfarenheter av samtalsbehandling valdes en kvalitativ forskningsmetod utifrån en fenomenologisk ansats.

Följande avsnitt innefattar beskrivning av deltagare, insamlingsmetod, bearbetning och analys av data, etiska överväganden samt förförståelse.

Deltagare

Deltagarna i den här studien var placerade på två HVB-hem med samma huvudman. Berörda HVB-hem tar emot flickor 12 till 16 år med psykosocial problematik, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, psykisk ohälsa t ex i form av självskadebeteende och ätstörningar och/eller med riskbeteende t ex kriminalitet, våld eller begynnande droganvändning. HVB-hemmen tar även emot flickor med hedersrelaterad problematik. Samtliga flickor som placeras på

de två HVB-hemmen får erbjudande om att träffa mig i rollen av psykolog på min privata mottagning. En del väljer att komma för inledande bedömningsamtal. Andra avstår helt kontakt. Efter bedömningsamtalen vill en del flickor fortsätta kontakten.

Verksamhetsansvarig och föreståndare informerades om studien och ställde sig positiva till att flickorna tillfrågades om medverkan. De önskade att samtycke skulle inhämtas av såväl föräldrar, som handläggare vid berörd socialtjänst, oavsett om barnet var över 15 år eller inte. Enligt Etikprovningsslagen (Utbildningspartementet, 2003) får barn från 15 års ålder själva bestämma över sin medverkan i forskningsstudier.

Samtliga flickor som besökte mottagningen under perioden juni till oktober 2022 fick muntlig information om studien och tillfrågades om de ville delta. Sammantaget tillfrågades nio flickor. Sju av flickorna fick frågan i samband med deras inledande bedömningsamtal. Två av flickorna hade redan en etablerad kontakt med mig.

De flickor som var intresserade av att delta, fick ta del av skriftlig information i form av ett informationsbrev (bilaga 1) så snart medgivande från föräldrar och socialtjänst hade inhämtats. Därefter bestämdes tid för intervju.

Av de nio tillfrågade flickorna, ville åtta bli intervjuade. Deltagarna var vid intervjutillfället 13 till 16 år gamla. Medelåldern var 14 år. Samtliga hade tidigare varit placerade utanför hemmet. I medeltal hade flickorna varit placerade fem gånger. Alla hade haft kontakt med Barn- och ungdomspsykiatri, BUP, och bytt mottagning flera gånger. Sju av flickorna hade varit inlagda på psykiatrisk vårdavdelning vid ett eller flera tillfällen.

Insamlingsmetod

Som datainsamlingsmetod valdes den halvstrukturerade livsvärldsintervjun, såsom den beskrivs av Kvale och Brinkmann (2014). Den tillåter deltagaren att med egna ord förmedla erfarenheter och uppfattningar kring bestämda teman eller frågeområden. Syftet med den kvalitativa intervjun är att ”förstå världen från undersökningspersonernas synvinkel, utveckla mening ur deras erfarenheter, avslöja deras levda värld som den var före de vetenskapliga förklaringarna” (Kvale & Brinkmann, 2014, s 17).

Intervjuerna ägde rum under perioden juni till november 2022. Samtliga intervjuer genomfördes i ett lugnt samtalsrum på HVB-hemmet. Vid intervjutillfället fick flickan inledningsvis åter ta del av informationsbrevet (bilaga 1) och en samtyckesblankett (bilaga 2) lästes igenom och undertecknades. Ansträngningar gjordes för att det skriftliga materialet skulle vara så lätt att förstå för deltagarna som möjligt.

Inför intervjuerna utarbetades en intervjuguide (bilaga 3). Frågorna i guiden beskrevs även översiktligt i informationsbrevet. För att tydliggöra begreppet samtalsbehandling för deltagarna, visades före intervjun inledningen av en informationsfilm om samtalsbehandling från Barn- och ungdomspsykiatri i Stockholms hemsida (<https://www.bup.se/vard-hos-oss/vardprocessen/filmer-om-insatser/samtalsbehandling/>). Samtliga flickor sa att deras bild av samtalsbehandling överensstämde med beskrivningen i filmen. Före intervjun inhämtades också bakgrundsuppgifter. Dessa begränsades till flickans ålder, tidigare placeringar utanför hemmet samt typ av vårdkontakter för psykisk ohälsa.

Under själva intervjun eftersträvades ett följsamt och lyhört förhållningssätt inför det flickorna berättade kring sina erfarenheter av samtalsbehandling. Frågeområdena togs inte upp i någon förutbestämd ordning och har blivit något olika mycket belysta i olika intervjuer. Samtliga intervjuer varade ungefär i en halvtimme och spelades in på band. Materialet bedömdes mättat efter åtta intervjuer.

Bearbetning och analys av data

De bandinspelade intervjuerna transkriberades ordagrant. Pauser och intonationer noterades i texten. Dataanalysen följde sedan i stora drag den fenomenologiska analysmetoden, så som den beskrivits av Giorgi (1997).

För att få en helhetsbild av materialet lästes de transkriberade intervjuerna igenom flera gånger. Därefter identifierades utsagor i texten, så kallade meningsbärande enheter, som på olika sätt belyste studiens syfte. De meningsbärande enheterna granskades och jämfördes. De som innehållsmässigt liknade varandra sorterades i kategorier, vilka var rent beskrivande och skapade med stor närhet till materialet. Innehållet i varje kategori sammanfattades kort. De mest framträdande och relevanta kategorierna, med hänsyn tagen till studiens syfte, valdes därefter ut och bearbetades vidare. Vid bearbetningen beaktades Giorgis (1997) rekommendationer att de väsentligaste kategorierna inte enbart ska fånga essensen utan snarare essensen i relation till de olika variationer som den kan ta sig. Slutligen utkristalliserades tre teman som utifrån olika perspektiv belyste deltagarnas erfarenheter av samtalsbehandling.

I resultatkapitlet beskrivs och belyses varje tema med citat från intervjuerna. En del citat har försiktigt redigerats genom att hummanden och småord tagits bort för att göra dem mer läsvänliga. Tecknet /.../ betyder att ord eller meningar som inte är relevanta i sammanhanget, har utelämnats och ... betyder att det gjorts en paus. Ord inom parentes är min anmärkning för att förtydliga innehållet i texten. Av anonymitetsskäl har deltagarnas namn utelämnats och ersatts med fingerade.

En fenomenologisk studie syftar till att beskriva deltagarnas upplevelser, varför tolkningar har undvikits i resultatkapitlet.

Etiska överväganden

I studien har Vetenskapsrådets (2017) skrift "God forskningsset" och Vetenskapsrådets (2002) krav i "Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning" beaktats. Dessa syftar till att ge normer för förhållandet mellan forskare och deltagare. De fyra allmänna huvudkraven: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet har beaktats enligt följande.

Informationskravet innebär att deltagarna informeras om syfte och tillvägagångssätt. Flickorna informerades muntligt vid tre tillfällen och skriftligt vid två tillfällen.

Samtyckeskravet innebär att deltagarna har rätt att själva bestämma över sin medverkan och att de när som helst kan avbryta utan påföljder. Detta har framgått av såväl informationsbrevet som av samtyckesblanketten och var något som även poängterades före intervjun.

Konfidentialitetskravet innebär att uppgifter om deltagarna ska ges största möjliga anonymitet och att personuppgifterna ska förvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem. Hur forskningsdata och personuppgifter skulle hanteras framgick av informationsbrevet och samtyckesblanketten. Alla data har under processens gång hanterats med försiktighet och endast av mig.

Arbetsmaterialet kommer att förstöras när studien är granskad och godkänd. Deltagarnas identitet ska inte framgå i den färdiga studien.

Nyttjandekravet innebär att uppgifter insamlade om enskilda personer endast får användas för forskningsändamål. Av informationsbrevet och samtyckesblanketten framgick att datamaterialet endast skulle användas för denna studie.

Förförståelse

En fenomenologisk ansats innebär att forskaren närmar sig människans erfarenheter och upplevelser utan förutfattade meningar. Men, som både Kvale (1997) och Giorgi (1997) påpekar, innebär inte detta en absolut frånvaro av förutfattade meningar, utan snarare ett kritiskt förhållningssätt inför tidigare kunskaper och erfarenheter. Intentionen har varit att följa Langemars (2008) rekommendationer kring hur erfarenhet och förförståelse kan hanteras genom ett reflexivt förhållningssätt genom processen. Författaren skriver att "Förförståelsen ska skymma den nya kunskapen så lite som möjligt och vara till

så stor nytta som möjligt” (Langemar, 2008, s 97). Hur förförståelse och kunskap kan ha påverkat studien diskuteras i metoddiskussionen.

Resultat

Resultatbearbetningen utmynnade i tre teman: Ständigt föränderlig vuxenkontext, Svårigheter att få rätt hjälp och Samtalsbehandlarens förhållningssätt.

Ständigt föränderlig vuxenkontext

Runt varje flicka i studien har det funnits många vuxna som har haft uppfattningar om hennes psykiska mående och hjälpbehov. Förutom att barnen har behövt förhålla sig till sina egna föräldrar i dessa frågor, har de även behövt förhålla sig till ställföreträdande föräldrar såsom handläggare från socialtjänsten, tillfälliga jour- och familjehemsföräldrar samt till personal på HVB.

Att de vuxna kommunicerade mer med varandra än med barnet om barnets psykiska mående och vårdbehov var ett framträdande område i intervjuerna. Flickorna gav uttryck för att de kände sig förbigångna, som att deras röst var mindre värd än de vuxnas. Sarah kände sig tvingad att gå i samtalsbehandling av handläggare på socialtjänsten och hon upplevde att handläggare hade alltför stort inflytande på hennes samtalskontakt.

- *När jag har åkt till BUP och så och förklarat hur jag tänker och känner och så, då har dom hela tiden lyssnat på vad socialtjänsten har sagt i stället. Dom lyssnar inte på vad jag säger. Så dom [socialtjänsten] hade gått och trott att jag hade trauma och sen såg dom att jag inte hade något trauma alls och då sa socialtjänsten kolla ADHD-utredning och jag vet inte vad.*

Även Julia hade en uppfattning om att det pågick en dialog mellan hennes handläggare på socialtjänsten och samtalsbehandlare vid sidan av henne, vilket påverkade hennes tillit till samtalsbehandlaren.

- *Ja, för ni [samtalsbehandlare] läser alltid journaler innan vi kommer och då tror ni massa saker som står där fast det inte ens är sant. Socialen ringer er ibland också och säger saker, och skriver dit saker i journalen och så, för dom får ju ha tillgång till journalen hela tiden /.../ För om man ska kunna ha en bra relation med en psykolog så är det viktigt att man [samtalsbehandlaren] frågar om man litar på den eller så. För även fast ni har tystnadsplikt, så är det inte säkert att barnen ändå tror på er.*

Förutom tankar om att samtalsbehandlare och handläggare kommunicerade över barnets huvud, så uttrycktes även erfarenheter av att föräldrar tilldelades ett alltför stort utrymme. Elsa sa:

- *Dom sa liksom att vi kommer att prata enskilt först med din pappa och enskilt med dig sen och sen tillsammans. Och så bad dom mig gå ut. Jag satt ute kanske i 30 minuter. Sen fick jag komma in. Pappa gick ut kanske 5 minuter. Och sen resten hade vi gemensamt.*
- *[Intervjuaren:] Hur blev det för dig?*
- *Det är klart det inte blev bra, eftersom det är ju ändå min tid. Och då behöver jag ju den hjälpen jag behöver.*

Sarah beskrev hur hon blev mycket arg när vårdpersonal lyssnade mer på jourhemsföräldrarna, än på henne.

- *Och grejen är den när jag gick till en annan psykolog, det var BUP-akuten, och då hade jag mina självskadande beteenden, vilket jag inte har nu. När jag berättade hur det gick till och så, dom lyssnade inte på mig. Dom gick och lyssnade på jourhemmet. Det där var inte ok. Så till slut så fick jag utbrott i hela själva BUP-akuten.*

Flera flickor problematiserade kring föräldrarnas närvaro under behandlande samtal. Lova och Elsa såg dilemman med att ha föräldrar med i rummet. Lova uttryckte:

- *Jag kan inte prata när folk är i rummet. Jag kan inte göra så. Jag gick i en barngrupp när jag bodde hemma och jag gick i samtal med dom som höll i den och då var mamma med i rummet. Jag kunde inte berätta hur jag mådde, hur jag kände för mamma, om jag var orolig för henne eller inte, för jag ville inte göra mamma ledsen.*

Elsa beskrev liknande tankar inför att behöva dela med sig av upplevelser inför sina föräldrar.

- *Vi HVB-barn, vi har gått igenom ganska destruktiva saker också. Och det kanske är svårt att prata om inför föräldrar. För man vet aldrig hur de känner för det. Jag personligen hade inte velat slänga ur mitt destruktiva beteende framför min pappa igen.*

Men det fanns även andra perspektiv i barnens svar. Lilly hade en positiv erfarenhet av förälders medverkan. Hon hade gärna fortsatt med det, men insatsen avbröts på grund av att hon placerades i familjehem.

- *Mamma och jag blev kanske lite osams. Men både jag och mamma fick prata ut, båda två tillsammans. Och det blev lättare efter att vi pratat och så... Men sen slutade det ändå med att jag blev placerad.*

Jenna beskrev BUP som en trygg plats, men hennes föräldrar var negativt inställda till att hon tog emot hjälp, vilket inledningsvis påverkade henne mycket och väckte frågor.

- *Det påverkar en så mycket. Liksom tänker ... nu kommer jag bli ... nu kommer folk döma mig, familjen och bla bla bla. Och jag kommer att må dåligare. Så vågar man liksom inte gå dit längre. Men alltså så kände jag förut, men... ja ... nu så är det liksom ... mig... är det... Jag orkar inte bry mig om vad dom [familjen] säger. Jag går ju dit för att få ordning på livet, kunna fortsätta mitt liv. Men om jag avbryter allt, så är det som att jag avbryter mitt liv och bara hamnar i all skit, som jag aldrig kommer ta mig upp tills jag dör.*

Svårigheter att få rätt hjälp

Alla flickor hade haft kontakt med BUP under uppväxten och kände igen samtalssituationen på filmen, som visades i början av intervjun. En del hade gått i enstaka samtal, andra i lite längre behandlingar. Samtliga hade bytt BUP-mottagning flera gånger på grund av beslut om ny placering på annan ort, vilket gjorde att pågående insatser avbröts.

Ett framträdande område i intervjuerna var upplevelser av att det var svårt för flickorna att få, det som de ansågs vara, ”rätt” hjälp på BUP. De gav uttryck för att de inte blev lyssnade till, att hjälpen inte överensstämde med deras behov och att det kunde vara svårt att tillgodogöra sig insatsen. En del tvivlade på om de överhuvudtaget kunde få hjälp, andra var mer hoppfulla.

Flera flickor, t ex Lilly, hade velat få mer hjälp i form av samtal, men de erbjöds andra insatser av vården.

- *Jag hade velat prata om mina känslor och hur jag mådde och försöka få hjälpen jag behövde i stället för en massa nya mediciner. För då kanske jag inte skulle ha varit på HVB-hem nu.*
- *[Intervjuaren:] Berätta, vad är det som får dig att tro att om du fått den hjälpen hade du kanske inte varit på HVB?*
- *För då hade jag fått rätt hjälp i stället för att få en massa nya mediciner som ändå inte hjälper mig, så hade jag kunnat få prata ut om mina känslor och hur jag mådde och så.*

Elsa delade Lillys erfarenhet, det vill säga att fokus låg på farmakologisk behandling.

- *Det enda de gjorde var att trycka i mediciner.*
- *[Intervjuaren:] Är det så du tänker på det, att du fick mediciner där?*
- *Ja.*

- *[Intervjuaren:] Fick du möjlighet att prata om det du tyckte var problematiskt eller jobbigt eller så?*
- *Nej det fick jag inte.*

Olivia berättade hur hon vaknade på sjukhus efter att ha tagit tabletter i suicidsyfte. Hon hade hoppats på mer stöd och hjälp i den situationen av en samtalsbehandlare.

- *Och så kom jag dit och så säger de att jag ska få prata med psykolog, dagen efter jag vaknar. Och då pratar jag med den där psykologen och jag säger att jag vill dö och allt sånt där och sen bara ... ja, och så lägger de mig på psyket.*
- *[Intervjuaren:] Vad hade du behövt av den här psykologen, vad hade hon eller han behövt säga?*
- *Peppat mig och säga att du vill leva och allt sån där skit. Att det finns hopp om saker och att det kommer att bli bättre.*

Alice var av en annan åsikt. Hon blev erbjuden samtal, men tyckte att det kändes obekvämt att prata om känslor. Hon hade föredragit medicin mot psykiskt dåligt mående.

- *Jag behövde ny medicin, eller nåt, för jag hade grovt självska debeteende och depression.*
- *[Intervjuaren:] Ja okey, så du behövde liksom mediciner där då?*
- *Ja något sånt i alla fall.*
- *[Intervjuaren:] Och då upplevde du inte att man lyssnade på det?*
- *Nej. Jag tyckte inte heller att jag fick så mycket hjälp, för jag gillar inte att prata med folk om mina känslor och så.*

Två flickor gav exempel på hur de hade svårt att tillgodogöra sig den hjälp som erbjöds i samtalsbehandlingen. Sarah önskade hjälp för bättre sömn, men upplevde övningarna som samtalsbehandlaren föreslog som alltför komplicerade.

- *Jag har haft jättesvårt att sova och jag kommer inte ta några sömntabletter och när psykologen visste om det ... hon började göra värsta yogasaken, ”gör så här, gör så här, så du kan sova”. Men om jag ska sitta och göra, jag vet inte vad ... jag kan inte sova. Vad blev det här till? Man kan tro att jag lever i lyx för att göra det där. Hon tror jag bor på hotell.*
- *[Intervjuaren:] Nu förstår jag inte... du sa till psykologen ”jag har svårt att sova” och då gjorde psykologen en massa yogaövningar?*
- *Ja, ”testa det, testa det”. Men tror hon jag kommer minnas det hon säger att jag ska göra?*

Även Jenna beskrev hur strategierna som samtalsbehandlaren gick igenom, var alltför krävande för henne.

- *Nej alltså när man redan liksom är upptagen med andra grejor, vad man mår, vad man haft innan och så bla bla bla, så vill man inte tänka att nu kräver det mer jobb av mig själv. Jag är här. Jag får inte hjälp ... alltså jag får hjälp, men det kräver min egen styrka för det. Förstår du? Man har redan gett så mycket att man liksom inte vill ge mer av sin egen styrka på strategier, man vill få ett lättare val.*

Några barn gav uttryck för att de inte längre trodde sig kunna få någon hjälp för psykisk ohälsa genom samtalsbehandling. Elsa beskrev hur hon under de senaste fem åren träffat flera behandlare på BUP utan att uppleva att andra har kunnat hjälpa henne, varför hon hade gett upp.

- *Jag har väl inte fått hjälpen jag har behövt alls liksom. För det är ju väldigt svårt som sagt att se vad vi på HVB-hemsbarn behöver. För de flesta av oss har gått igenom ganska ... ja men svåra grejor. Och då blir det ju också svårt att hjälpa med det, för att det är svårt. Så jag har väl aldrig fått den hjälpen som jag har alltså behövt liksom. Det är ju inget jag måste ha, men det är något jag behöver liksom.*
- *[Intervjuaren:] Kan man säga att du väntar fortfarande på rätt hjälp?*
- *Nej, alltså just nu har jag ju bara gett upp på hjälp.*

Julia gav uttryck för att hon hellre tog hand om sig själv, eller vände sig till sin mamma, då det aldrig hade hjälpt henne att prata med någon annan.

- *Jag har inget problem som kan bli bättre. Jag har lärt mig att ta hand om mig själv. För mig har det aldrig hjälpt att prata med någon annan. Mamma kan hjälpa bättre. Hon är släkt, det känns på ett annat sätt. Vet vad som har hänt. Den som hjälper bäst är mamma.*

Sarah delade Julias uppfattning att hennes mamma lyssnade och förstod henne bättre än t ex samtalsbehandlare.

- *Jag brukar själv säga att mamma är som en psykolog. För min mamma är den enda som lyssnar på mig. Hon hjälper mig jättemycket hon säger vad som är bra för mig och allting. Och allt som min mamma säger stämmer ju, för min mamma känner mig mycket väl. Hon vet hur jag funkar och grejen är min mamma vet till hundra procent hur jag funkar för jag är hennes gener också. Jag fick hennes gener när jag tyvärr, nej inte tyvärr, föddes.*

Olivia, och i viss mån Lova, hade upplevelser som skilde sig från de övriga flickornas. De hade positiva erfarenheter av samtalsbehandling. I båda fallen blev insatserna emellertid avbrutna p g a placeringar på annan ort. Oliva beskrev hur hon till slut tog emot hjälp, när hon fick magkänslan att behandlaren ville hjälpa henne.

- *Det kändes som att alla hatade mig. Jag mådde riktigt dåligt och allt sånt där, dåligt självförtroende och allting. Sen när jag försökte ta emot hjälp. Det var då det hjälpte.*
- *[Intervjuaren:] Vad är det som gör att man vågar det i en del kontakter, att man bestämmer sig för att man tar emot hjälpen?*
- *Jag tror att det är viktigt alltså vilka människor man är, om dom vill hjälpa en. Att få magkänslan att dom vill hjälpa en och allt sånt där. Om man känner själv dom vill hjälpa, det är då det blir mycket enklare. Om det är någon man inte tycker om, då känner man själv att det här vill jag inte. Då struntar jag i det liksom.*

Samtalsbehandlarens förhållningssätt

Alla flickor hade uppfattningar om samtalsbehandlarens förhållningssätt. De reflekterade framför allt kring samtalsbehandlarens tempo och sätt att bemöta barnens känslor, men även kring hur samtalsbehandlaren uttryckte egna känslor och reaktioner.

Att tempot var alltför högt var en delad erfarenhet. Flickorna önskade att samtalsbehandlaren skulle ta det lugnare och ge större utrymme åt dem själva att prata. En aspekt av detta var att samtalsbehandlaren hade för bråttom under bedömningsamtalen. Jenna hann knappt ge sin bild av problematiken, förrän samtalsbehandlaren hade presenterat sin.

- *Om jag till exempel pratar med kuratorn, så berättar hon vad hon ser att jag har för fel. Förstår du? ... Inte fel, men för problem. Men oftast så liksom frågar dom inte, alltså man vet själv /.../ För jag vet att det finns PTSD, men jag tror inte att det är det som är hela problemet. Så förstår du liksom, att man ska få chansen att berätta vad man känner och vad man tror är problemet.*

Även Elsa upplevde att samtalsbehandlaren gick för fort fram i sin bedömning utan att vara lyhörd för Elsas beskrivning.

- *Alltså grejen var att det kändes liksom som att dom inte kände mig, utan pratade som att dom kände mig fast dom inte gjorde det. /... / Jag gillar inte när folk antar hur jag är liksom. /... / För det hade känts bra om någon frågar "vad vill du?" inte bara "det här ska vi göra".*

Sarah gav uttryck för att hon knappt hann lära känna samtalsbehandlaren, innan behandlingen påbörjades. Det gick för fort för henne.

- *Du vet de flesta psykologer när man går och pratar med dom, dom säger direkt vad de ska prata om. Dom flesta säger "jag heter så här, jag jobbar för det här" bla bla bla. Dom flesta säger "nu ska vi prata om det här". Det är det där alltså... Ska jag berätta vad du heter? Ska jag kalla*

dig människa hela tiden, eller vad? Om hon vill ... jag kan kalla henne [samtalsbehandlaren] djur också.

Även Lova önskade att samtalsbehandlaren hade haft mindre bråttom. Hon önskade mer tid för att hinna avgöra om hon trodde att samtalsbehandlaren kunde hjälpa henne, eller inte.

- *Låt mig ta min tid. Jag kanske behöver mer än typ tre... bedömningsamtal. Jag behöver kanske minst 10 för att jag ska känna att jag kanske kan gå till den här psykologen. Hon kanske kan hjälpa mig. Och sen när man blivit sårad jättemycket i ens barndom, så kanske man har svårt att lita på folk. Man är rädd att bli sårad igen.*

En annan aspekt av ett alltför högt tempo, var att samtalsbehandlaren upplevdes ställa alltför många frågor, vilket blev ansträngande och svårt för flera barn, t ex för Julia.

- *Det ska inte vara tjugo frågor på en gång. Den behöver vara försiktig i början, och inte för på. Den ska inte ställa för många frågor på en gång.*

Sarah berättade hur hon kunde bli överväldigad av frågor, vilket ställde alltför höga krav på hennes koncentration och minne.

- *När man ska prata om saker ... en i taget. Inte allt samtidigt. För de psykologerna jag var hos sa allt samtidigt. Och då, alltså jag är en sån person ... jag har jättesvårt att fokusera. Jättesvårt. Jag har svårt för min koncentration och allting. Och när de lägger till allting samtidigt då jag tröttnar, förstår du? Då tänker jag inte längre. /... / Jag tänker bara vara tyst eftersom den har pratat lika mycket som en radio. Jag minns ingenting vad personen kommer säga. Jag har glömt bort exakt allting.*

Även Alice önskade att samtalsbehandlaren hade varit mer återhållsam med frågor för att i stället lägga större vikt vid att lyssna på henne.

- *[Intervjuaren:] Hur skulle de gjort för att det skulle kännas lite lugnare för dig att träffa dom?*
- *Inte ställt så många frågor.*
- *[Intervjuaren:] Vad skulle de gjort i stället för att ställa frågor, tycker du?*
- *Lyssnat.*

Jenna betonade att det såväl kräver mod av barnet att våga berätta som kraft att sätta ord på erfarenheter, varför följdfrågor uppfattades som störande av henne.

- *Alltså ofta så samlar man ihop sig för att våga berätta och sen psykologen bara avbryter hela tiden och vill veta en massa saker så kommer den här bara... Så det man ska göra är att låta dom berättar klart, tyst, och sen så börjar man ställa frågor om det man undrade.*

Det framkom också en önskan om att frågorna skulle ställas med större försiktighet. Elsa hade erfarenhet av att alltför direkta frågor väckte obehag hos henne.

- *Att ta det försiktigt i början. För man vet ju inte vad den personen har gått igenom. Alltså det är sånt man måste tänka på om man ska jobba på ett sånt jobb. För jag har varit med om att vissa inte har tänkt på det... Vissa bara säger saker som gör så att man får, alltså, reaktioner.*

Jenna delade Elsas upplevelse och önskade större framförhållning av samtalsbehandlaren och mer omtanke om barnet.

- *Så, om du ska ställa en fråga ... innan du ställer frågan ... du ska inte vara spontan. Du måste liksom tänka, kommer den här personen känna sig ok med att svara. Kommer det störa. Alltså du måste tänka fram några steg.*

En annan del av bemötandet handlade om hur samtalsbehandlaren bemötte barnets känslor. Flera barn bidrog med tips kring vad de upplevde som hjälpsamt när samtalet blev känsloladdat. Sarah beskrev en situation när hon blev arg över samtalsbehandlaren bemötande. Hon hade önskat en paus för att kunna bibehålla självkontrollen.

- *För när jag är sur ... man ska aldrig bete sig snällt mot mig. Lilla gumman du vet ... det där kommer aldrig funka. Jag hatar när folk kallar mig lilla gumman. /.../ Alltså jag tycker helt ärligt en psykolog borde i stället säga "vill du ta en paus?". För de flesta barnen kan kicka igång och bli mer uppkäftigare om man säger så där.*

Även andra flickor tog upp det hjälpsamma med en paus för att få distans till sina känslor. Jenna beskrev det så här:

- *Jag vill att någon ska prata om något annat. Alltså ... ja, den jag pratar med ska påminna mig om saker som är bättre /.../ Liksom om vi sitter så här och pratar och jag är ledsen och bla bla bla, så kommer vi till någonting, så säger du "Åh men min dotter har fått en son och jag ska bli mormor", så man kommer ur ringen lite. Liksom börja berätta någonting som inte har med konversationen att göra, något annat, så att man får vila sin själ lite.*

I intervjuerna framkom att flickorna var mycket observanta på samtalsbehandlaren egna reaktioner, framför allt på de icke verbala. Jenna gav tips på ickeverbal kommunikation som hon upplevde hjälpsamt.

- *Du ska använda händerna och prata som jag gör ibland, så där och sen ... liksom sitt bekvämt. När du hör något intressant så ställ dig så här ... närmare. Förstår du? Det där hjälper så mycket, jag fattar inte hur...*

Lilly föredrog lugna samtalsbehandlare, som tonade in sig fint till hennes berättelser.

- *Alltså låta bara lugn som sagt, för att om någon låter irriterad, arg eller är för glad, då blir det för jobbigt.*
- *[Intervjuaren:] Så det viktigaste är man är lugn och allvarlig när man pratar?*
- *Ja. Får inte vara så där glad och uppe, för det blir lite konstigt då*
- *[Intervjuaren:] Har du varit med om det?*
- *Ja, att dom varit glada när jag pratat med dom. Det känns lite konstigt faktiskt när man pratar om problem och dom är jätteglada.*

Lova var också observant på samtalsbehandlares kroppsspråk och menade att det krävs försiktighet även i den ickeverbala kommunikationen, för att inte väcka obehagliga reaktioner hos barnet.

- *Om man varit med om misshandel, så kanske psykologen tänker efter hur den rör sig. Så här... om jag höjer handen eller något ... dom [barnen] kanske varit med om misshandel där man höjt handen och slagit. Man kanske ska tänka till ... så. Jag har själv varit med om det.*

Julia lyfte det hjälpsamma med att bli vänligt och glatt bemött av samtalsbehandlaren, men också med att känna sig tillfreds och glad när samtalet är slut.

- *Ett tips är att om man är glad när man tar emot mig, så vill jag komma hit igen. Det blir en glad upplevelse. Man ska vara glad även när man lämnar.*

Diskussion

Resultatdiskussion

Studiens syfte var att beskriva HVB-placerade flickors erfarenheter av samtalsbehandling. Diskussionsavsnittet följer de teman som identifierats i resultatpresentationen. Även om varje tema behandlas var för sig, så finns beröringspunkter mellan dem. I diskussionen knyts utsagorna i de olika temana till teorier och forskning.

Ständigt föränderlig vuxenkontext. Vuxenkontextens inverkan på barnets vård var ett återkommande inslag i intervjuerna. I medeltal hade flickorna placerats fem gånger utanför hemmet. Förutom föräldrar, har det således funnits många vuxna i dessa barns liv. I litteratur om barn- och ungdomspsykiatri (Alexander, Waldron, Robbins & Neeb, 2016; Blake,

2008; Reinecke et al., 2003) understryks betydelsen av föräldrars medverkan och engagemang och vid vissa tillstånd bedöms ett tryggt och stabilt hållande utanför terapirummet vara en förutsättning för behandling.

Föräldradelaktigheten blir komplicerad i det terapeutiska arbetet med HVB-placerade barn. Barnen kan ha flyttat i tidig ålder från sin familj och vuxenkontexten har återkommande bytts ut. Professionella i vården behöver förlita sig på mer eller mindre tillfälliga föräldragestalter i barnens liv och i intervjuerna ger flickorna uttryck för att vuxnas information kan vara missvisande och felaktig. Flickorna gav enhälligt uttryck för att deras röster ”drunknade i vuxenkören”.

Möjligen kan barnens önskan om att bli lyssnade till vara ett uttryck för en åldersadekvat strävan efter autonomi och självständighet. Samtliga flickor var i tonåren, men takt och tid för separationen från föräldrarna hade bestämts av samhället och flera hade flyttat från sina ursprungsfamiljer långt före tonåren och bytt sammanhang många gånger sedan dess. Möjligen kan flickans önskan om större delaktighet i vårdbeslut även förstås som ett sätt att hantera en ständig utbytbar vuxenkontext, där barnet saknar vuxna med kännedom om dess psykiska mående över tid och med god insyn i aktuellt mående.

En ständigt föränderlig vuxenkontext liksom bristande tilltro till vuxna väcker också frågor om anknytningsmönster. I intervjuerna förekommer utsagor som framför allt för tankarna till ”nedaktiverade anknytningsstrategier” såsom Julias kommentar: *”Jag har inget problem som kan bli bättre. Jag har lärt mig att ta hand om mig själv”*. Wiwe (2021) beskriver hur barn med nedaktiverade anknytningsstrategier lätt förvärvat en uttalad självständighet i brist på tilltro till att andra kan hjälpa och förstå.

Mot bakgrund av i studien framkommen information framstår det som viktigt att utforska dessa barns behov av och förväntningar på vårdinsatser, för att undvika att förutfattade meningar ligger i vägen för ett gott samarbetet.

Svårigheter att få rätt hjälp. Ett närliggande tema var flickornas erfarenheter av svårigheter att få, vad de själva bedömde som, ”rätt” hjälp. HVB-placerade barn har ofta en komplex problematik och professionella tycks, enligt flickornas utsagor, göra en annan bedömning än flickorna själva, av vad som är mest funktionsnedsättande och/eller prioriterat. En del flickor önskade till exempel samtalsbehandling men blev erbjudna farmakologisk behandling och tvärtom. Flickornas preferenser av vårdinsatser skilde sig åt, men uppfattningen att inte bli erbjuden rätt hjälp, var samstämmig.

Vad gäller samtalsbehandlingar så hade flera flickor erfarenhet av avbrutna sådana på grund av beslut om nya placeringar och därmed nya BUP-

mottagningar. Däremot var avhopp på flickans initiativ inte en framträdande erfarenhet. Flickorna tycks snarare ha fortsatt att gå i samtal, trots att de inte alltid upplevde att de talade om meningsfulla ämnen, eller kunde ta till sig och förstå interventionerna. Detta överensstämmer med resultat från tidigare studier, som visar att unga vuxna kan ha svårt att våga ta upp missnöje och osäkerhet kring terapiprocessen med sina samtalsbehandlare (Bury, Raval & Lyon, 2007; von Below, 2017). Flera studier pekar därför på vikten av att samtalsbehandlaren metakommunicerar om terapiprocessen med unga (Hjeltnes et al., 2018; Midgley et al., 2016; von Below, 2017). von Below (2017) ger exempel på hur samtalsbehandlaren aktivt och återkommande behöver lyfta frågor om patientens förväntningar och vara uppmärksam på uttryck för missnöje genom att till exempel utforska vad som sker när patienten drar sig tillbaka eller blir tyst.

Enligt resultat från föreliggande studie och annan forskning, framstår det som viktigt att samtalsbehandlaren även metakommunicera med HVB-placerade barn om terapiprocessen, för att försäkra sig om att det finns en överensstämmelse kring mål och sätt att arbeta.

Samtalsbehandlarens förhållningssätt. Samtalsbehandlarens förhållningssätt var ett område som engagerade flickorna och åsikterna var samstämmiga. Att samtalsbehandlaren skulle ta det lugnt och inte ha alltför bråttom i processen poängterades, liksom att samtalsbehandlaren skulle vara sparsam med egna frågor och ge barnet utrymme att prata. Detta tangerar fynd i andra studier. I Wilmots et al. (2020) studie rapporterade exempelvis tonåringar att de uppskattade när terapeuter gav dem utrymme att dela med sig av information i sin egen takt och i Binders et al. (2011) studie föredrog ungdomarna ett "icke påträngande" förhållningssätt, vilket kännetecknades av terapeuter som balanserade genuint intresse för tonåringen med en lyhördhet för ungdomens gränser.

Kanske uppstår en handlingsiver hos samtalsbehandlare i möten med utsatta barn med komplex problematik, vilket står i kontrast till barnens behov av tid för att utveckla tillit och trygghet. Blake (2008) beskriver hur han alltmer kommit att ägna sig åt "småprat" i terapier med avvisande tonåringar, i stället för mer terapitypiska behandlingsinterventioner. Enligt Blake kan småprat fungera som utgångspunkt för samtal kring exempelvis relationer och känslor, utan att bli alltför påträngande, som ett slags "lekområde". Jenna beskrev just hur stunder av känslomässig intensitet behöver varvas med småprat om annat: "*så man kommer ur ringen lite /.../ så att man får vila sin själ lite*". Att barnen uppfattade samtalsbehandlaren som alltför intresserad och frågvis står i kontrast till von Belows (2017) fynd. Unga vuxna som intervjuades i en av hennes studier, uppfattade sina terapeuter som alltför distanserade och oengagerade.

Möjligen kan det förstås mot bakgrund av att terapeuterna i von Belows studie var analytiskt/dynamiskt orienterade och kanske mer återhållsamma i sin framtoning.

I studien framkom också att flickorna var mycket observanta på samtalsbehandlarens verbala och ickeverbala reaktioner, vilket överensstämmer med Binders et al. (2011) fynd. Flickorna underströk att samtalsbehandlaren behöver agera med försiktighet. Exempel gavs på situationer när samtalsbehandlarens reaktioner blivit obekväma exempelvis när behandlaren visade alltför mycket medkänsla. Wiwe (2021) problematiserar kring otryggt anknutna barns möjlighet att ta emot behandlarens reaktioner. Författaren menar att det inte alltid är belönande med andra människors stöd för dessa barn. Den välvilligt inställda behandlaren riskerar därför att överstimulera barnets anknytningssystem, vilket lätt väcker stress, som påverkar mentaliseringsförmågan och kan leda till missförstånd och avståndstagande (Wiwe, 2021).

Enligt flickornas utsagor behöver samtalsbehandlare i mötet med HVB-placerade barn ta det lugnt för att ge barnet utrymme att prata och utveckla tillit, särskilt i början av processen. Behandlaren behöver också vara medveten om sina egna reaktioner och observant på barnets, liksom beredd att lyfta och ta ansvar för eventuella missförstånd och felsteg.

Metoddiskussion

I denna studie valdes en kvalitativ forskningsmetod, vilket rekommenderas när fältet är relativt outforskat, eller när man önskar belysa ett komplext problem ur ett nytt perspektiv. Metoden bedöms som lämplig för studiens syfte. Nedan diskuteras studiens validitet utifrån begreppen: förankring i data, kvalitativ generaliserbarhet, användbarhet och reflexiv validitet, såsom de beskrivs av Langemar (2008).

Med förankring i data avses analysmetoden. I denna studie valdes en fenomenologisk analysmetod enligt Giorgis (1997) modell. Den kan med fördel användas när man vill utforska de väsentligaste beståndsdelarna av ett fenomen, den så kallade essensen, och i studier med en mindre omfattande datainsamling (Szklarski, 2019). I bearbetnings- och analysprocessen har de transkriberade intervjuerna lästs igenom ett flertal gånger och citaten har valts för att spegla mångfalden av utsagor inom respektive tema. Det finns en god representation av flickornas erfarenheter inom varje tema, men vissa flickors utsagor har fått större utrymme i citaten, då de hade lättare att beskriva sina svar. Möjligen hade fokusgrupper varit hjälpsamt för de flickor som hade svårare att uttrycka sina erfarenheter. En fördel med fokusgrupper är att deltagare inspirerar och hjälper varandra att minnas och berätta. Nackdelen är att gruppmomentet ställer krav på

social interaktion, vilket kan vara svårt för vissa. Det hade emellertid varit praktiskt svårt att genomföra fokusgruppsintervjuer inom ramen för den här studien. Intervjuerna har endast bearbetats och analyserats av mig. Det hade varit värdefullt med en medbedömare i analysprocessen. Det hade kunnat stärka studiens tillförlitlighet.

Urvalet har betydelse för studiens generaliserbarhet. Samtliga HVB-placerade flickor som besökte mottagningen under perioden juni till oktober 2022, fick frågan om medverkan. En av dessa tackade nej till att delta. Troligen hade resultaten förändrats om även de HVB-placerade flickor som helt avböjde besök på mottagningen, hade intervjuats. Vad gäller kvalitativ generaliserbarhet, så kan studiens resultat överföras till gruppen HVB-placerade flickor, åtminstone till flickor som inte värjer sig helt för samtalsbehandling. Studien kan bidra med ett kunskapsstillskott gällande HVB-placerade flickors erfarenheter av samtalsbehandling och kan vara till nytta för vårdpersonal som kommer i kontakt med patientgruppen. Kunskapen kan även vara användbar för andra professionella som träffar HVB-placerade barn, t ex för handläggare på socialtjänsten. Möjligen kan flickornas utsagor som gällde samtalsbehandlaren, exempelvis erfarenheter av att terapeuten gick för fort fram i processen, vara överförbara till andra grupper av barn med komplex psykiatrisk problematik.

Min erfarenhet av att ha arbetat som psykolog i olika sammanhang och under många år med gruppen HVB-placerade flickor har förhoppningsvis huvudsakligen varit till gagn i studien. Å ena sidan bidrog förförståelsen till val av ämne och frågeställning, å andra sidan kan förförståelsen ha påverkat vilka frågor som följdes upp under intervjuerna och vilka teman som uppmärksammades i analysförfarandet. Samtliga flickor hade träffat mig i rollen som psykolog före intervjutillfället. Att jag var bekant för flickorna kan ha bidragit till en känsla av trygghet i intervjusituationen, men kan också ha medfört ett överdrivet hänsynstagande. Ingen av flickorna avbröt intervjun och alla sa att det hade känts bra att bli intervjuade. Det kan ha varit svårt för flickorna att ge uttryck för motsatsen, men förhoppningsvis upplevde flickorna att de blev lyssnade på under intervjun.

Slutsatser

Syftet med den här studien var att beskriva HVB-placerade flickors erfarenheter av samtalsbehandling. Studien visade att vuxenkontexten kring dessa flickor återkommande hade bytts ut och flickorna upplevde att vårdpersonal alltför mycket lyssnade till mer eller mindre tillfälliga vuxna i barnens liv. Barnen gav uttryck för att de kände sig åsidosatta, att de hade svårt att göra sin röst hörd och att de hade svårt att få ”rätt” hjälp för psykisk ohälsa.

Alla flickor hade erfarenhet av samtalsbehandling och de var samstämmiga i bilden av att behandlare ställde för många frågor och gick för fort fram i processen. Flickorna önskade mer tid och utrymme för att hinna beskriva sin problematik, lära känna behandlaren och skapa tillit. Därtill fanns en önskan om att samtalsbehandlare gav akt på egna reaktioner och var lyhörd för barnets, för att undvika missförstånd.

Vidare forskning

Då fältet är sparsamt utforskat och det saknas fördjupad kunskap, behövs fler studier i ämnet. HVB-placerade barns situation och vårdbehov är ett angeläget forskningsområde.

Vart och ett av de tre teman som framkom skulle kunna inspirera till fortsatta studier. Det vore även intressant att ta del av HVB-placerade pojkars erfarenheter. För att ytterligare förstå komplexiteten, skulle det vara värdefullt att ta del av terapeuters upplevelser av samtalsbehandling med HVB-placerade barn.

Referenser

- Alexander, J. F., Waldron, H. B., Robbins, M. S., Neeb, A. A. (2016). *Funktionell familjeterapi för beteendeproblem hos ungdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Blake, P. (2008). *Child and adolescent psychotherapy. Making the conscious unconscious*. London: Karnac Books.
- Binder, P.-E., Moltu, C., Hummelsund, D., Sagen, S. H., & Holgersen, H. (2011). Meeting an adult ally on the way out into the world: Adolescent patients' experiences of useful psychotherapeutic ways of working at an age when independence really matters. *Psychotherapy Research*, 21(5), 554–566.
- Block, A. M., & Greeno, C. G. (2011). Examining outpatient treatment dropout in adolescents: A literature review. *Child and Adolescent Social Work*, 28, (5), 393–420.
- Bury, C., Raval, H., & Lyon, L. (2007). Young people's experiences of individual psychoanalytic psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(1), 79–96.
- Fonagy, P., Campbell, C., Constantinou, M., Higgitt, A., Allison, E., & Luyten, P. (2021). Culture and psychopathology: An attempt at reconsidering the role of social learning. *Development and Psychopathology*, 1-16.
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235-260.
- Hjeltnes, A., Moltu, C., Schanche, E., Jansen, Y., & Binder, P.-E. (2018). Both sides of the story: Exploring how improved and less-improved participants experience mindfulness-based stress reduction for social anxiety disorder. *Psychotherapy Research*, 28(1), 106–122.
- Kazdin, A. E. (2000). *Psychotherapy for Children and Adolescents. Directions for research and practice*. New York: Oxford Universitet Press.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Landström, C., Levander, L. & Philips, B. (2019). Dynamic interpersonal therapy as experienced by young adults. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 33(2), 99-116.

- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi – att låta en värld öppna sig*. Stockholm: Liber AB.
- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E. & Fonagy, P. (2020). The mentalization approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 297-325.
- Midgley, N., Holmes, J., Parkinson, S., Stapley, E., Eatough., & Target, M. (2016). "Just like talking to someone about like shit in your life and stuff, and they help you": Hopes and expectations for therapy among depressed adolescents. *Psychotherapy Research*, 26(1) 11-21.
- Reinecke, M. A., Dattilio, F. M., & Freeman, A. (2003). *Cognitive Therapy with Children and Adolescent. A Casebook for Clinical Practice*. New York: Guilford Press.
- Socialstyrelsen. (2019). *Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov. Förutsättningar och former för integrerad och annan specialiserad vård*. Hämtad 10 december, 2022 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-2-12.pdf>
- Socialstyrelsen. (2020). *Placerade barn och unga. Handbok för socialtjänsten*. Borås: Elanders Sverige AB.
- Socialstyrelsen. (2022). *Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2021*. Hämtad 10 december, 2022 från <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikammen/barn-och-ungdom/>
- Szklarski, A. (2019). Fenomenologi. A. Fejes & R. Thornberg (Red.), *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm: Liber.
- Utbildningsdepartementet. (2003). *Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad 10 december 2022, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- von Below, C. (2017). *When psychotherapy does not help: ...and when it does: Lessons from young adults' experience of psychoanalytic psychotherapy*. Stockholm University: Department of Psychology.
- Wilmots, E., Midgley, N., Thackeray, L., Reynolds, S., & Loades, M. (2020). The therapeutic relationship in Cognitive Behaviour Therapy with depressed

adolescents: A qualitative study of good-outcomes cases. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 93(2), 276-291.

Wiwe, M. (2021). *Vi måste prata om epistemisk tillit. Mentalisering och pålitliga relationer*. Stockholm: Gothia kompetens.

Bilaga 1

Information om intervjustudie av HVB-placerade flickors erfarenheter av samtalsbehandling

Jag heter Åsa Sandstedt Eriksson och går en utbildning till psykoterapeut vid Linköpings universitet. Jag gör en vetenskaplig studie om erfarenheter av samtalsbehandling bland flickor placerade på HVB. Det är ett viktigt ämne, då dessa ungdomar ofta har en komplex problematik, som samhället behöver förstå och bemöta utifrån olika perspektiv. Ett viktigt perspektiv är den psykiska ohälsan. Det är därför angeläget att utforska ungdomarnas egna tankar och erfarenheter av samtalsbehandling och synliggöra dessa.

Jag kommer att intervjua flickor i åldrarna 12 till 16 år om deras positiva och negativa erfarenheter av samtalsbehandling. Intervjuerna kommer att genomföras i ett samtalsrum på det HVB där flickan bor. Intervjuerna spelas in på band och transkriberas d v s skrivs ut ordagrant. Detta arbetsmaterial kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att ingen annan än jag själv kommer att lyssna på och läsa intervjuerna. De intervjuade flickornas namn och andra personuppgifter kommer inte att finnas med i den färdiga studien. Materialet kommer endast att användas för just den här studien och förstörs när studien är avslutad. Deltagandet är frivilligt. De som vill delta i studien behöver ge både muntligt och skriftligt samtycke, d v s godkännande, för att bli intervjuade. Etiska riktlinjer för humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning kommer att följas, vilket bland annat innebär att man har rätt att när som helst avbryta sitt deltagande.

Min handledare heter Rolf Holmqvist. Han är professor i klinisk psykologi vid Linköpings universitet.

Åsa Sandstedt Eriksson

Leg psykolog

Specialist i klinisk psykologi

asa@psykologhalsan.nu

Linköping, 220612

Bilaga 2

SAMTYCKE

Härmed ger jag mitt samtycke, det vill säga godkännande, till att bli intervjuad i en studie som handlar om erfarenheter som HVB-placerade flickor har av samtalsbehandling.

Jag har läst informationsbrevet och Åsa Sandstedt Eriksson har berättat för mig om vad som står i det.

Följande gäller för att jag ska delta:

1. I den färdiga studien kommer namn och annan information som skulle kunna göra det möjligt att känna igen mig som person, bytas ut eller tas bort.
2. Det jag har berättat kommer att behandlas konfidentiellt. Det betyder att ingen kommer att veta vad just jag har sagt.
3. De inspelade och utskrivna intervjuerna förvaras och hanteras endast av intervjuaren, Åsa Sandstedt Eriksson.
4. Informationen som jag ger i intervjun, ska endast användas för den här studien.
5. Jag kan när som helst avbryta om jag inte längre vill vara med i den här studien.

Namn

Ort

Datum

Åsa Sandstedt Eriksson

Leg psykolog

Student på psykoterapeutprogrammet, relationell inriktning

Linköpings universitet

Bilaga 3

Intervjuguide

Inledning

Presentera mig
Presentera studien med hjälp av informationsbrevet
Genomläsning av samtyckesblankett och påskrift

Inhämta bakgrundsuppgifter

Namn och ålder
HVB-placeringar t ex antal och längd
Vårdkontakter för psykisk ohälsa

Definiera samtalsbehandling

Beskrivning av behandlande samtal med hjälp av informationsfilm (de första 37 s) <https://www.bup.se/vard-hos-oss/vardprocessen/filmer-om-insatser/samtalsbehandling/>
Stämmer filmen med din bild av samtalsbehandling?

Erfarenheter av samtalsbehandling

Erfarenheter av samtalsbehandling under uppväxten - när? var? hur? med vem?/vilka? hur ofta? hur länge?
avhopp?
Positiva erfarenheter
Negativa erfarenheter
Fick du möjlighet att prata om det som du tyckte var viktigt/problematisk?
Fanns det frågor som du inte kunde ta upp?
Vilken betydelse hade samtalsbehandlingen för dig?
Hur hade samtalsbehandlingen kunnat bli bättre för dig?
Önskemål inför eventuell framtida samtalsbehandling

Om erfarenheter av samtalsbehandling saknas - varför inte/hur kommer det sig?
Vad skulle ha varit hjälpsamt?
När skulle det ha erbjudits?
Hur skulle det ha gått till?
Önskemål inför eventuell framtida samtalsbehandling

Avslut

Hur var det att prata om det här?
Frågor
Tack för din medverkan