

Lunds Universitet
Institutionen för psykologi
Psykodynamisk psykoterapiutbildning
Examensuppsats

Vad gör Du när Du mår dåligt? **- Psykisk ohälsa eller ändå inte -**

En lägesbeskrivning över ungdomsmottagningarna i Malmö-Trelleborg hösten 2006.

Av Christina Fredlund
och
Maria Skogsberg

Handledare Mats Fridell

2008

Abstract

En central frågeställning i denna studie var att få svar på vilka olika copingstrategier som ungdomar som kommer till Ungdomsmottagningarna Malmö/Trelleborg använder . Ungdomarna har fått svara på vad de gör när de mår dåligt i kombination med ett självskattningstest för att mäta psykiska och kroppsliga symptom. I studien har standardiserade mått i SCL-90 använts i jämförelsen mellan kön och ålder. Svarefrekvens har varit hög 90,4 %. De vanligaste strategierna uppges vara att de lyssnar på musik, dagdrömmer, fastnar framför datorn, sover mer, fastnar framför tv, shoppar, skriver ner sina tankar, fantiserar om att förändra sitt utseende. Efter faktoranalys av 521 besvarade enkäter grupperades materialet in i följande variabler: Självdestruktivt lidande, Fantiserande reflekterande, Introvert sexualiserande, Utseendefixerade högpresterande kontrollerande, Passivt konsumerande, Missbrukande undanlidande, Normalt reflekterande. Det fanns ingen större skillnad mellan könen. Det är endast i två grupper (10 % av variansen) där kön spelar roll. Flickor spelar inte lika mycket om pengar men dagdrömmer i större utsträckning, medan det är främst pojkar som tittar på porr och onanerar när de mår dåligt (denna grupp är liten, 3,6 %). I avseende på symptom enligt SCL-90 finns det ingen signifikativ skillnad mellan könen. När symptom med T-värde förs in i faktoranalysen visar det sig att det inte fanns något samband mellan självdestruktiva strategier som ”att skära sig, att svälta sig”, ”att kräkas” osv. med höga symptomvärde. En slutsats av studien är att faktorn Självdestruktivt lidande och tillhörande copingstrategier inte förekommer samtidigt med höga symptom. Detta kan tolkas som att ungdomar som gör något för att må bättre, om än destruktiva saker, inte upplever sina psykiska symptom på samma påtagliga sätt som de som inte gör något alls. Enligt föreliggande studie är en konsekvens av detta att ungdomarna främst behöver hjälp med affektreglering för att våga släppa taget om destruktiva beteenden. Det innebär hjälp med att våga uppleva och hantera sin ångest, ledsnad eller andra affekter för att kunna utveckla en psykisk mognad och ett bättre välbefinnande. För detta behövs hopp och framtidstro. En ensidig medial fokusering på enbart psykisk ohälsa utan några djupare analyser befaras i studien snarast minska ungdomarnas självskattade hälsa.

Sökord: youth*, coping*, symptom*
ungdomsundersökningar, psykiska symptom

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	sid. 1
Ungdomars hälsa idag	sid. 1
Ungdomsmottagningen	sid. 2
Forskningsöversikt	sid. 3
Syfte	sid. 4
Hypoteser	sid. 5
METOD	sid. 5
Urval	sid. 5
Förberedelse och implementering	sid. 6
Genomförande	sid. 7
Instrument	sid. 8
<i>statistik</i>	sid. 8
Etik	sid. 8
RESULTAT	sid. 9
Faktoranalys av copingstrategier.	sid.12
Faktoranalys av copingstrategier med tillägg av T-värde för symptom enligt SCL-90	sid.14
DISKUSSION	sid.17
Psykisk ohälsa	sid.17
<i>Könsskillnader</i>	sid.18
<i>Samband mellan brist på copingstrategier och symptom</i>	sid.19
<i>Brister i undersökningen</i>	sid.19
<i>Undersökningens användbarhet</i>	sid.20
<i>Filosofiska funderingar</i>	sid.20
REFERENSER	sid.21
BILAGOR	sid.22
Bilaga 1.	sid.22
Bilaga 2.	sid.23
Bilaga 3.	sid.24

Vi vill TACKA våra arbetskamrater på Ungdomsmottagningarna Malmö/Trelleborg för deras delaktighet, alla ungdomar som har deltagit i studien samt vår handledare Mats Fridell för sin kompetens och allt tålamod han har haft med oss.

Ett speciellt och varmt TACK till vår frontlinpersonal; Katarina, Berit, Susanne och Britt-Marie som bidragit med engagemang och stor inspiration, utan er hade vi inte kunnat genomföra denna studie!

INLEDNING

Ungdomars hälsa idag

Det finns ett stort intresse i samhället i dag av ungdomars hälsa. Larmrapporter har under de senaste åren figurerat i media om att ungdomars framför allt psykiska ohälsa har ökat. I socialstyrelsens rapport "Ungdomar, stress och psykisk ohälsa" (SOU 2006:77) fokuserar man på att allt fler unga beskriver psykisk ohälsa framför allt i form av nedstämdhet, ångest, sömnsvårigheter och psykosomatiska symptom. Det talas om att ungdomar är en grupp i samhället som har fått det svårare under de senaste 15 åren. Bland annat talas det om att många unga har missbruksproblem och att det inte är ovanligt med ätstörningar och självskaedehandlingar. Man påtalar även att självmordstalen i totalbefolkningen har gått ner men inte bland de unga. Socialbidragsberoendet är också större och andelen unga med förtidspension har ökat. Som en orsak ses bl. a den ekonomiska krisen på 1990-talet som har drabbat de unga hårt och även om arbetslösheten nu minskar är en stor andel av gruppen under 25 år arbetslösa. Unga med psykisk ohälsa, lättare eller svårare, har enligt rapporten ofta problem även inom andra områden av det dagliga livet som t.ex. med sysselsättning, boende, försörjning och relationer. Studien menar att allt fler unga inte orkar med "vuxenblivandets" krav utan drar sig undan, hoppar av skolan eller inte kommer igång med jobb eller studier.

Det finns de som ifrågasätter att man med säkerhet kan fastställa att det skett en dramatisk ökning av ungdomars psykiska ohälsa. Jonsland (2004) menar att ökningen av rapporterad försämrad psykisk hälsa bland ungdomar delvis kan vara påverkad av kulturella faktorer och en attitydförändring i samhället. Det innebär att ungdomarna via all lättillgänglig och vardaglig information och diskussion kring psykisk hälsa, lättare kan/vill beskriva och erkänna sig må psykiskt dåligt. Begrepp som "ångest, deprimerad och psykosomatiska besvär" ligger närmare till hands att använda idag än för några år sedan. Detta skulle kunna påverka de mätinstrument som används i form av enkätfrågor där man får skatta sin hälsa (vilka används ex av socialstyrelsen i epidemiologiska studier). Det skulle även kunna förklara ökningen av nyttjandet av psykosocialt stöd/vård och läkemedelsanvändning. Det finns i dag enligt Jonsland (2004) även en ökad tillgänglighet av stöd och hjälp för ungdomar och tar upp Bris och ungdomsmottagningarna som exempel.

Idén till denna uppsats kom i samband med att socialstyrelsen våren 2005 kom ut med rapporten "Ungdomars behov av samhällets stöd" (SOU 2005:131-18). Utredningen fokuserar på ungdomars hjälpbehov. En slutsats i rapporten är att det är viktigt att ungdomarna får hjälp i rätt tid. Man lyfter fram vikten av att få möta behandlare som kan hjälpa till med det de själva ber om och som också är beredda att lyssna på det som *inte* sägs och som eventuellt döljer andra och svårare problem. En annan slutsats var att det idag är upp till ungdomarna själva ska ha insikter om deras problem är psykiska, sociala eller somatiska för att få sina behov tillgodosedda. I "Ungdomars behov av samhällets stöd" påstås att det saknas någonstans att gå för ungdomarna där man har en helhetssyn på ungdomarnas psykiska och fysiska hälsa och med en mer förebyggande inriktning. I socialstyrelsens sammanställning talar man om att det idag finns ett "tomrum". Ungdomsmottagningarnas verksamhet lyfts fram som något positivt för ungdomarna, men då endast som någonstans man kan få hjälp med frågor kring sexuell och reproduktiv hälsa. Att det finns psykosocial kompetens, dvs. att man kan få samtalshjälp av psykolog, kurator eller träffa psykiater på

Ungdomsmottagningen, var inget som fanns med i rapporten. Ungdomsmottagningarna har antagligen varit dåliga på att synliggöra att de just har en helhetssyn på ungdomars psykiska och fysiska hälsa.

Ungdomsmottagningen

Det övergripande uppdraget för landets ungdomsmottagningar är att främja fysisk och psykisk hälsa, stärka ungdomars identitetsutveckling så att de kan hantera sin sexualitet samt förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara infektioner.

Den vanligaste besökaren på ungdomsmottagningen är en flicka i övre tonåren som träffar en barnmorska för recept på p-piller. Allt fler killar än tidigare söker i dag hjälp på mottagningarna och utgör numera drygt 20 % av besökarna. Man kan uppsöka UM för sexologisk rådgivning eller rådgivning kring frågor om kroppen. Allt fler söker dock för eller fångas upp pga. psykiska/psykologiska och existentiella problem. Enligt Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar policyprogram (Elmerstig et al., 2004) skall ungdomsmottagningarnas arbetsmetoder innebära att vad än ungdomar söker för så skall deras hela situation beaktas. Denna helhetssyn innebär samarbete mellan olika professioner.

Ungdomsmottagningarna har både medicinskt kunnig personal i form av läkare, manliga sjuksköterskor och barnmorskor och psykosocial personal såsom kuratorer och psykologer. Fors (2004) som har skrivit flertalet skrifter om ungas hälsa och som forskat om ungdomsmottagningens verksamhet, beskriver termen "psykosocial" som att "*begreppet representerar dels ett synsätt när det gäller orsaken till mänskligt lidande - att sociala och psykologiska problem samverkar med varandra, dels problemlösningsmetoder där såväl sociala som psykologiska aspekter beaktas och där man arbetar med dessa parallellt*" (sid.4 Fors 2004) Definitionen åskådliggör både ett psykosocialt synsätt som utgår från samspelet mellan individer och närmiljön samt ett psykosocialt arbetssätt, vilket förutsätter psykosocial kompetens. På ungdomsmottagningarna representeras denna oftast av kuratorer och psykologer men själva synsättet och grundläggande ideologin, där man möter och försöker förstå ungdomar mot bakgrund av de sociala och kulturella sammanhang de ingår i, ska enligt FSUM:s policyprogram genomsyra allt arbete.

Personalen på UM i Malmö-Trelleborg har upplevt ett ökat tryck från media att uttala sig om ungdomars hälsa och då oftast i termer av självdestruktiva beteende. Man vill veta hur vanligt det är att ungdomar skär sig och om det har ökat. Litteratur kring självskadebeteende hos ungdomar (Långberg&Söderlind, 2004), (Brock & Uppgården, 2005) pekar på att beteenden i sig kan ha många olika betydelser i ungdomarnas värld och att det inte finns några enkla samband. Självskadebeteende kan vara ett sätt att uttrycka och hantera psykisk smärta. Denna studie har därför valt att ha ett bredare fokus där begreppet copingstrategi används för att tydliggöra hur ungdomen kan hantera sitt liv.

Coping använts vanligtvis i dag inom sammanhang där man vill lära ut sätt att hantera all möjlig sorts problematik. Forskning om coping studerar människors resurser i situationer som upplevs som hotfulla och olika sätt att aktivt hantera dessa situationer.

Wrangsjö och Winberg (2006) använder begreppet copingstrategier (synonymt med handlingsstrategier) och psykiska försvar i mer psykodynamisk bemärkelse. De talar om två

nivåer: copingstrategier på lågnivåförsvaret för att hålla ihop kärnsjälvvet, och copingstrategier på högnivåförsvaret för att hålla uppe självkänslan. På ungdomsmottagningarna möter personalen ungdomar som använder sig av flertalet mer eller mindre destruktiva sätt att hantera inifrån- och utifrånkommande påfrestningar. Personalens upplevda erfarenhet kan listas utifrån ett antal handlingsbeteenden/copingstrategier, som vi anser är vanligt förekommande.

Forskningsöversikt

Man får många nationella och internationella träffar om man söker på ”ungdomars psykiska ohälsa”. Det finns ännu fler titlar under sökordet copingstrategier. Det har däremot varit svårt att finna någon mer vetenskaplig kvantitativ undersökning eller någon studie som har gjort någon liknande studie med tillgängliga jämförande statistik. En anledning kan vara att i denna studie används begreppet copingstrategier i ett bredare perspektiv än vad som vanligtvis är fallet. Till hjälp i sökandet har databaserna Elin och Lovisa använts.

Det finns ett antal enkätundersökningar gjorda under de senaste åren i Sverige, där ungdomar fått skatta sin hälsa. Exempelvis har man i totalundersökningar frågat om ungdomen dricker alkohol, tar droger, röker cigaretter (Rubenstein, Kruse & Swedenfeldt, 1999). Socialstyrelsen har flera år i rad fokuserat på ungdomshälsa (SOU 2005:131-18), (SOU 2006:77) samt den nyligen utkomna folkhälsorapporten (SOU:2008-131-8), där man utifrån epidemiologiska undersökningsresultat påtalar att den allmänna hälsan i Sverige har ökat men att samtidigt så har ungdomars självskattade psykiska hälsa försämrats. De unga kvinnorna är de som främst uppger att de känner ångslan, oro eller ångest.

Men bland dessa undersökningar har vi inte funnit att man efterfrågat vad ungdomar gör när de mår dåligt. Kompletterande frågor med något standardiserat och normerat mätinstrument för symtom avsett för åldersgruppen saknas också.

En studie av intresse för vår undersökning har varit en enkätundersökningen gjord av Jacobsson, Lindgren, Werbart och Boethius (2004) baserad på 611 ungdomar mellan 18-25 år i Stockholms län. Man ville ta reda på hur ungdomar hanterar påfrestningar i livet. Som ett första steg genomfördes en intervjustudie som visade att män och kvinnor skilde sig åt i sättet att förhålla sig till påfrestningar. Bland kvinnorna i studien så upplevde man att det fanns ett ”problemlösande varande” där man i relationer till andra pratade och funderade sig fram till en lösning. Framträdande bland kvinnorna var att dagdrömma, vilket tolkades som ett ”vegetativt varande”. Männens huvudsakliga förhållningsätt var att göra något - ett ”produktivt görande”, genom att tänka ut en lösning. Utifrån intervjuerna framkom två viktiga områden som var centrala för upplevda påfrestningar, benämnda som ”nära relationer” och ”viktiga val” i livet. Kring dessa två typer av påfrestningar konstruerades två skalor med frågor om förhållningsätt. Ytterligare en skala konstruerades för att ta reda på hur ungdomarna värderade förhållningsätt. Enkätstudien försöker på så vis fånga flera olika nivåer av förhållningsätt samt hur ungdomarna värderar dessa. Dessutom används SCL-90 (Symptom Check List) som mäter upplevda psykiska och kroppsliga symptom, samt anknytningstestet RQ, (Relations Questionnaire, se Bartholomew & Horowitz, 1991). I enkäten får ungdomarna svara på hur de reagerar i olika påfrestande situationer. Exempelvis får de skatta situationer som att ”när jag känner mig övergiven och när det blir bråk med någon som känns viktig”. Alternativa svar finns, som t.ex. ”så dagdrömmer jag” - aldrig, - ganska sällan, - ibland, - ganska ofta, - alltid”. Förutom att ”dagdrömma” finns 40 olika alternativ på reaktioner. Några av dem är; gör mig illa, skriver ner mina tankar, tröstäter eller svälter mig, tränar mer än vanligt, använder mig av droger eller tabletter. Flera av dessa

alternativ är sådant som vi känner igen och bedömer som vanliga copingstrategier hos ungdomar som kommer till ungdomsmottagningarna.

Enkätundersökningen genomfördes i Stockholmsområdet där enkäterna skickades hem till 1600 slumpmässigt utvalda ungdomar mellan 18-25 år. Av de tillfrågade svarade 611 ungdomar (32,2 %). 36 % av de som svarat var pojkar och 63,2 % var flickor. Utifrån faktoranalys med Varimax rotation framkommer 6 förhållningsstilar som man döpt till; Att uppleva hjälplöshet, Att tänka och våndas, Att tala med någon, Att känna tilltro, Att Kontrollera och Att distansera sig. Man fann inte några skillnader i avseende ålder. Däremot fann man könsskillnader. Faktorerna; Att uppleva hjälplöshet, Att tala med någon och Att leva ut ilska var vanligare bland de unga kvinnorna medan och Att distansera sig var vanligare bland killarna.

Resultatet visar på att skalorna samvarierar på ett sådant sätt att höga poäng på symptomskalan, GSI (Globalt svårighets index) sammanfaller med sådana förhållningssätt som skulle kunna tänkas innebära passivitet och brist på kontroll, som Att uppleva hjälplöshet. (Faktorn ”Att uppleva hjälplöshet” innefattar variablerna: *känner mig ganska hjälplös, gråter, känner mig som en bluff, får ont i kroppen, har svårt att sova, får dåligt samvete, känner mig orolig, tappar självförtroendet, vet inte vad jag skall ta mig till, tappar kontrollen, känner att det inte finns någon lösning.*)

Man kan tolka att dessa förhållningssätt är just förhållningssätt, och inte copingstrategier – utan snarare brist på strategier. Det kan förklara att samband finns med höga poäng på symptom (GSI). Däremot är exempelvis Att distansera sig (*spelar dataspel, chattar, tittar på film eller surfar*) mer tyliga som en form av copingstrategier.

Det framgår inte om man använt sig av T-poäng i SCL-90 som just är en korrigerig i normering för köns och ålders skillnader. Detta samt det stora bortfallet, framför allt av svarande killar, gör att man kan vara lite fundersam kring diskussionen om resultaten av könsskillnader, i alla fall om man avser diskutera psykisk ohälsa.

Syfte

Det huvudsakliga syftet med studien är att:

- beskriva vad ungdomarna som besöker ungdomsmottagningarna gör när de inte mår bra
- undersöka deras självskattade symtom.
- undersöka samband mellan det ungdomarna gör när de inte mår bra dvs. deras copingstrategier och självskattade symtom.

Ett delmål med denna studie är att föra en öppen diskussion på våra ungdomsmottagningar kring de resultat vi får fram och på detta sätt kunna vidga perspektivet på det rådande alarmerande synsätt som råder just nu kring ungdomars psykiska ohälsa.

Hypoteser

- Att ungdomar använder sig av copingstrategier för att reducera obehagskänslor på en manifest och medveten nivå.
- Att dessa fungerar som mekanismer av affektreglering för att skydda den hotade självkänslan. Ungdomar behöver dessa copingstrategier när affekter blir omöjliga att stå ut med eller översköljer jaget och dess funktioner. Det är fördelaktigt att ha flera tillfälliga strategier som avlastar för stunden och som tillåter att man kan återkomma till full medvetenhet om det egna smärtfyllda livet, när jaget klarar av det utan att överbelastas. Utvecklandet av denna förmåga, affekttolerans (Krystal, 1982), är en livslång process. Mognad och utveckling sker successivt av jagets förmåga att hantera starka negativa affekter.
- Att förebygga och avvärja destruktiva copingstrategier innebär att hjälpa till att öka ungdomars förmåga att uppleva och uttrycka ångest. Ungdomarna kan därmed känna och klarar av att ”bära känslorna” i stället för att handla.
- Att skära sig är inte nödvändigtvis lika med upplevd psykisk ohälsa. Ett beteende i sig (en copingstrategi) är inte nödvändigtvis lika med psykisk ohälsa i form av upplevda psykiska och kroppsliga symptom.

METOD

Urval

Ungdomsmottagningarna i Malmö (Rooseum, Triangeln och Lönner), Trelleborg samt våra filialer i Vellinge och Svedala kom att delta i studien. Mottagningarna representerar både storstad, småstad och glesbygd. Ungefär hälften av ungdomarna i åldersgruppen besöker det sydvästra sjukvårdsdistriktet dvs. Malmö/Trelleborg samt våra filialer i Vellinge och Svedala.

Enligt Statistiska centralbyrån finns det 5 820 ungdomar i Trelleborgs kommun i åldersspannet 13-23 år (aktuellt åldersintervall för UM Trelleborg) varav 2841 är flickor och 2979 pojkar.

Enligt ungdomsmottagningarnas statistik hade man i Trelleborg år 2006; 3314 registrerade besök på mottagningen.

Malmö ungdomsmottagningar har en åldersgräns vid 20 år för flickor och 23 för pojkar. I Malmö finns det 31 082 ungdomar i denna ålderskategori. Av dessa är 18408 pojkar i ålder 13-23 år samt 12 676 är flickor i ålder 13-20 år. Under 2006 hade dessa mottagningar 14 464 besök.

Av de 521 ungdomar som deltagit i studien har 91 pojkar och 421 flickor uppgett kön, 9 ungdomar uppgav inte kön.

Tabell1. Sammanställning av ålder och kön hos de ungdomar som ingår i studien.

Ålder	Flickor	Pojkar	ej angett kön	Totalt
11	0	1	0	1
13	5	1	0	6
14	21	0	1	22
15	33	3	1	37
16	64	9	2	75
17	81	9	2	92
18	96	7	0	103
19	81	17	2	100
20	19	12	0	31
21	8	14	0	22
22	9	15	1	25
23	3	2	0	5
24	1	1	0	2

Genomsnittsåldern var 17.8 år, medianåldern 18 år, standardavvikelsen 2,1 år.

Bortfall

Enligt ungdomsmottagning datoriserad besöksstatistik under perioden 2006-11-05 t.o.m. 2006-11-17 besökte 599 individer mottagningarna. 586 ungdomar fick en enkät i handen. Några har inte fyllt i enkäten fullt ut. 536 ungdomar av 586 besvarade den vilket ger en och svarsfrekvens på 90,4 %. 490 ungdomar fyllde i SCL-90 fullständigt (84 %). Mindre missingdata fick vi på copingstrategier (som kom först i enkäten och hade färre frågor). 521 ungdomar, 89%, fyllde i denna på rätt sätt.

Förberedelse och implementering.

För att få ett så litet bortfall som möjligt lades mycket tid på att förbereda själva undersökningen. Implementeringen innebar först och främst att förankra studien hos de personer som skulle genomföra insamlandet av materialet. Möte med mottagningarnas undersköterskor samt en kanslist kom till stånd tidigt i processen. Undersökningens syfte redogjordes i termer av att försöka ta reda på hur de ungdomar som besöker våra mottagningar mår psykiskt, och om de verkligen skadar sig själva i den utsträckning som media vill göra gällande. Det fördes en diskussion kring vilka faktorer som kunde vara av intresse och hur man på bästa sätt skulle gå till väga. Dessa fyra personer skulle vara mycket viktiga för att få ett bra och tillförlitligt material. Detta skedde första gången i maj 2006. Det spekulerades också om huruvida de ungdomar som enbart bokade tid till medicinsk personal mår bättre/betydligt bättre än de som kom till kurator/psykolog.

Det som framkom var en gemensam önskan om att ta reda på vad ungdomarna gör när de mår dåligt. De fyra personerna har en bra överblick över vilka ungdomar som kommer till mottagningarna. Det är dessa personer som ungdomarna kommer i kontakt med i första hand och som de bokar tid hos samt redogör för vad de behöver hjälp med. De vet också om vissa återkommer ofta och om de uteblir eller dylikt. De namnges här i rapporten som frontlinjepersonal.

Vid detta första implementeringsmöte med frontlinjepersonalen analyserades ett antal olika typer av enkäter som skulle mäta både psykisk hälsa hos ungdomar samt enkäter som mäter ungdomars självskadebeteende. Alla var engagerade och nyfikna. Detta första möte resulterade i ett antal hypoteser samt att vi fick en ungefärlig bild av hur mycket material som frontlinjepersonalen trodde att ungdomarna skulle mäkta med att fylla i. Tanken var att om frontlinjepersonalen skulle dela ut och samla in enkäter med fler frågor än de trodde ungdomarna skulle mäkta med att fylla i så skulle det medföra ett större bortfall än önskvärt. Efter gemensam diskussion kom man fram till att två veckor var en lagom och möjlig period för att genomföra insamlandet.

Ytterligare två möten genomfördes i september och oktober med frontlinjepersonalen som under dessa har kommit med flera kloka råd kring själva genomförandet. Ett var att sätta upp affischer. Dessa var professionellt gjorda och uppsatta i väntrummen i anslutning till undersökningsperioden. De mottagningar som inte hade en låst brevlåda uppsatt i väntrummet satte upp en sådan.

Det diskuterades även hur själva insamlingen på våra filialer i Svedala och Vellinge skulle se ut. Där är endast öppet någon dag i veckan med lite personal. Det fastslogs att trots att de är mindre verksamheter så bör dessa vara med. Målet var att inte undanta någon mottagning. På filialerna blev det beslutat att den ordinarie personalen själv skulle dela ut och samla ihop enkäter.

Det har diskuterats kring tid avsatt före eller efter besök så att ungdomen i lugn och ro skulle få möjlighet att fylla i enkäten. Hur skulle detta göras rent praktiskt? Denna fråga har varit av så stor vikt för oss att det även har diskuterats ute i personalgrupperna och verksamhetschefen gav sitt godkännande till att man administrativt fick avsätta en kvart på den inbokade tiden som varje patient förfogade över under de två veckor som undersökningen genomfördes. Detta medförde minskad stress hos personalen samt en positiv anda kring undersökningen.

Innan själva genomförandet så drogs syftet med undersökningen, enkätens utformande och hur och när undersökningen skulle genomföras inför samtliga personal på ett gemensamt personalmöte. Det fanns då möjlighet att fråga och påverka undersökningen och därigenom fylldes våra kriterier för copingstrategier på med ytterligare en fråga i enkäten. Intresset har varit stort för framtida resultat.

Genomförande

Undersökningen genomfördes under perioden 061105- 061117.

Alla ungdomar som kom till en av mottagningarna för ett bokad besök oavsett kontaktorsak blev erbjudna att fylla i enkäten. Detta gällde under en period på 2 veckor. Det beräknades i inledningen att ca 500 ungdomar skulle bli tillfrågade. Bokningssystemet gick igenom och man räknade på hur många ungdomar som hade en bokad tid under en tvåveckorsperiod och drog ifrån hälften av de patienter som kommer en gång i veckan på samtal. I beräkningen ingick också att några procent kommer att falla bort pga. uteblivet besök och återbud. 586 ungdomar blev erbjudna att fylla i enkäten som de fick personligen tilldelade i handen. Besöksorsak har gällt allt från ett kortare besök för att få recept på p-piller till exempelvis ett bedömningsamtal hos en psykiatriker. Ungdomarna har varit mellan 11 år och 24 år. Inga exkluderingskriterier användes. Information i form av affischer sattes upp på mottagningarna. Alla ungdomar fick dessutom information av undersköterskorna i våra väntrum om studiens

syfte. Ungdomarna har kunnat ha en dialog med frontlinjepersonalen som varit tillgängliga i mottagningarnas väntrum ifall de har haft svårigheter att förstå någon av frågeställningarna. Varje mottagning har haft en låst brevlåda där ungdomen anonymt har kunnat lämna in sin enkät.

Instrument

För utformandet av den första enkäten svarar författarna. Enkäten innehåller frågor kring ålder, kön, vem de besöker och frågor kring vad de brukar göra när de mår dåligt samt vem de talar med i en sådan situation.

Kriterierna för frågor rörande copingstrategier är framför allt hämtade från personalens erfarenheter. Vi har 22 olika strategier att välja mellan. På en 4-gradig skala får ungdomarna skatta om de använder sig av copingstrategin; aldrig, sällan, ofta eller alltid. De fyra valen valdes för att på ett enkelt sätt dela upp resultatet i de som använder sig av beteendet (ofta eller alltid) och de som inte använder sig av beteendet (sällan eller aldrig), Bilaga 3.

Den andra enkäten är ett självskattningstest SCL-90 som mäter upplevda symptom senaste veckan. På symptomskalan ombeds ungdomarna besvara hur det varit den senaste veckan. Frågorna i formuläret kan besvaras med ett värde mellan 0-4, där 0 betecknar inga besvär alls och 4 avser antingen stora eller många symptom. Den omfattar 90 frågor med olika symptom som sedan grupperats till nio olika symptomdimensioner: somatiska symptom, tvångsmässiga symptom, interpersonell känslighet, depression, ångest, aggressivitet, fobisk ångest, paranoida symptom, psykotiskt tänkande. Dessutom finns ett snittvärde för alla 90 frågorna, ett globalt svårhetsindex, GSI, som är genomsnittet för alla 90 frågorna. Formuläret valdes för att ha ett screeninginstrument för att framför allt skilja mellan individer utan och med psykopatologi och möjligtvis få fram gruppjämförelser. I jämförelse med exempelvis Becks ungdomsskala upplever vi spontant att frågorna i SCL-90 både har ett tydligare språk som vi bedömer att våra ungdomar förstår och att det är ett mer heltäckande ”allt i ett- formulär”. Testet är dessutom normerat och standardiserat för åldersgruppen. T-poäng används för att korrigera köns och ålderskillnader. (Fridell, Cesarec, Johansson & Thorsen, 2002.) Reliabiliteten (Cronbach´Alpha) är mellan $r=0,75-0,91$. Standardiserat på 5000 personer varav 3000 ungdomar. Validerad på 1800 patienter med olika psykiska störningar.

Statistik

För att bearbeta materialet har det statistiska programmet SPSS använts. Materialet har bearbetats för att redovisa frekvenstabeller. För att belysa variablernas samband har faktoranalys med principalkomponentmetoden med varimaxrotering använts.

Etik

Det skulle kunna väcka olika känslor såsom obehag, ångest, oro, ilska och sorg när ungdomar blir tillfrågad om upplevda symtom. Framför allt de ungdomar som har eller upplever utsatthet. På UM kan vi erbjuda snabb hjälpkontakt utan längre väntetid. De flesta ungdomar vet att UM är en plats där det finns personal som både är vana att prata om svåra saker och lyssna på deras bekymmer.

Enkäterna numrerades för att ge information om bortfallet men var för övrigt anonyma. Alla ungdomar fick skriftlig och muntlig information om undersökningen. Om ungdomar inte

förstod innebörden eller upplevde oklarheter i enkäten och dess syfte så bedömdes risken öka att han eller hon inte deltog. Detta blev inget problem enligt frontlinjepersonalen som fanns till hands för att svara på frågor.

RESULTAT

För att undersöka om de olika mottagningarna skilde sig åt vad gäller ålders-, köns och symptomnivåer gjordes dels en χ^2 analys av könsfördelningen på mottagningarna och det visar sig att 20 % av de sökande är pojkar på samtliga mottagningar. χ^2 analysen är signifikant för kön ($\chi^2=11,793$, $p < .0098$ men inte mellan mottagningarna). En variansanalys av ålderssammansättningar visar inte heller några signifikanta skillnader ($F= 1,88$, n.s.).

Slutligen visar en variansanalys av symptomnivåerna på de olika mottagningarna att de inte skiljer sig åt. Vi har därför valt att behandla gruppen som ett enhetligt material i våra bedömningar.

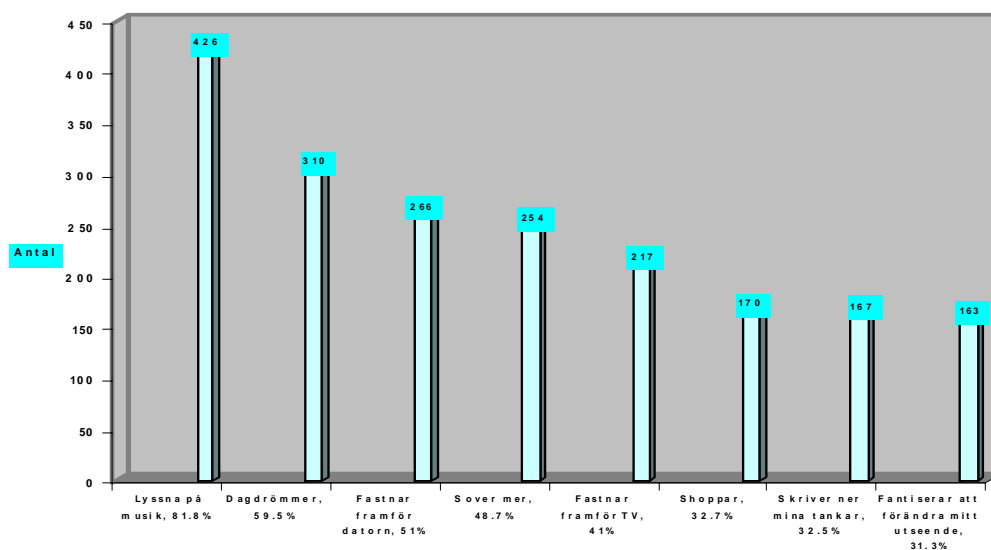
Tabell 2. Ålderssammansättning samt könsuppdelning för de olika mottagningarna.

	N	Medelv.	Std.	Pojkar	Flickor	Ej angivit kön
Lönnen/	105	17,7	1,10	23	81	1
Svedala	7	16,0	2,65	1	6	0
Rooseum	154	17,9	2,07	20	127	7
Trelleborg/	84	18,2	2,25	9	74	1
Vellinge	19	17,5	2,65	1	18	0
Triangeln	152	17,7	1,94	37	115	0
Total	521	17,8	2,09	91	421	9

Frekvensanalys av samtliga copingstrategier som ungdomarna använder sig av när de mår dåligt redovisas nedan i tabell 3-5, från vanligt förekommande till mindre vanligt förekommande.

Tabell 3. De mest vanligt förekommande copingstrategierna i antal ungdomar som använder sig av dessa ofta eller alltid utifrån en fyrgradig skala (alltid, ofta, sällan, aldrig).

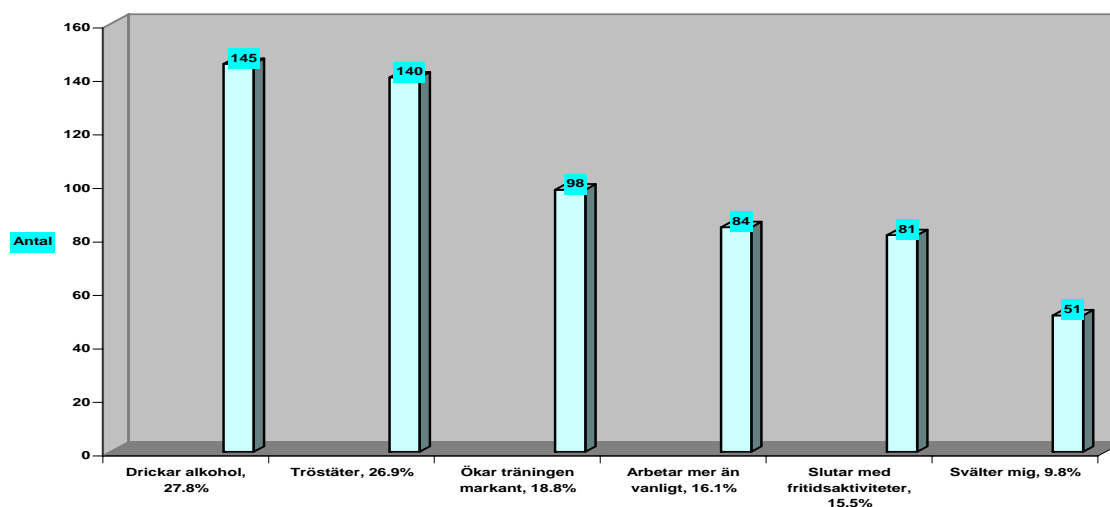
Copingstrategier	Frekvens		ofta/alltid procent	medelvärde	std.
	ofta	alltid			
Lyssna på musik	224	202	81,8	3,20	0,79
Dagdrömmar	199	111	58,5	2,69	0,98
Fastna framför datorn	210	56	51	2,49	0,88
Sover mer	182	72	48,7	2,46	0,95
Fastna framför tv:n	182	35	41,6	2,32	0,85
Shoppa	130	40	32,7	2,13	0,93
Skriver ner mina tankar	112	55	31,1	2,05	1,02
Fantisera om att förändra mitt utseende	110	53	31,3	2,08	1,00



Figur 1. Frekvensdiagram av de mest vanligt förekommande copingstrategierna.

Tabell 4. Ganska vanligt förekommande copingstrategier i antal ungdomar som använder sig av dem ofta eller alltid utifrån en fyrastigad skala.

Copingstrategier	Frekvens		procent	medelvärde	std
	ofta	alltid			
Dricker alkohol	109	36	27,8	1,99	0,94
Tröstäter	110	30	26,9	1,90	0,95
Ökar träning markant	73	25	18,8	1,70	0,90
Arbeta mer än vanligt	60	24	16,1	1,68	0,86
Sluta med fritidsakt.	57	24	15,6	1,65	0,87
Svälta mig	48	3	9,8	1,50	0,69

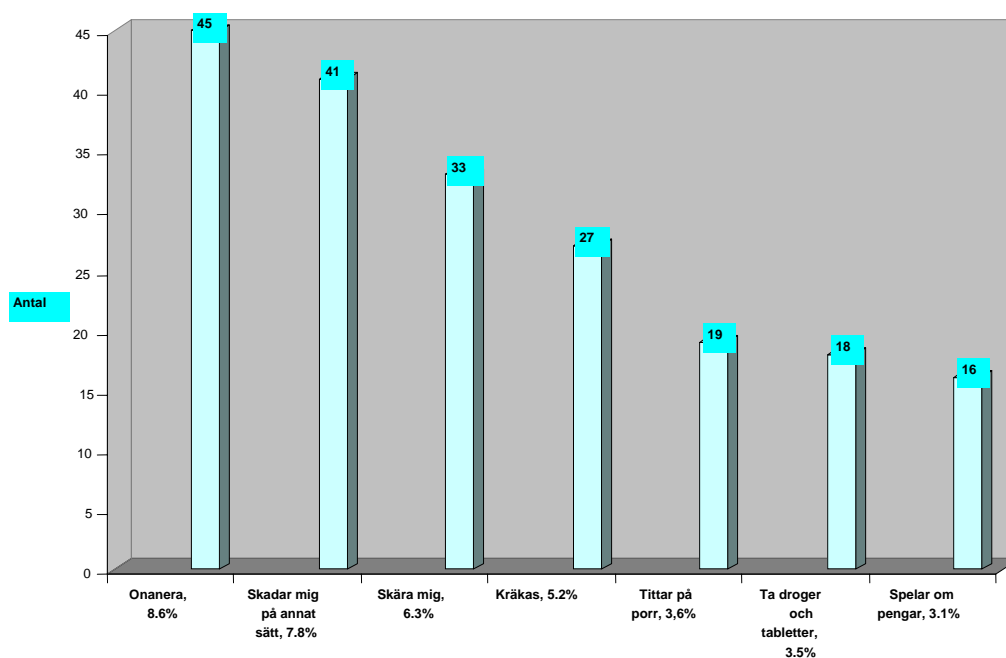


Figur 2. Frekvensdiagram av copingstrategier som är ganska vanligt förekommande hos ungdomar när de mår dåligt.

Enligt ovanstående tabell på de ganska vanligt förekommande strategierna så dricker 144 (27,8 %) ungdomar alkohol ofta eller alltid när de mår dåligt. Det är en stor del av gruppen.

Tabell 5. Mindre vanligt förekommande copingstrategier i antal ungdomar som använder sig av dem ofta eller alltid utifrån en fyrgradig skala.

Copingstrategier	Frekvens		ofta/alltid	medelvärde	std
	ofta	alltid	i procent		
Onanerar	33	12	8,6	1,43	0,73
Skada mig på annat (ej skära sig) sätt	33	8	7,8	1,32	0,67
Skära mig	23	10	6,3	1,26	0,63
Kräkas	24	3	5,2	1,26	0,57
Tittar på porr	12	7	3,6	1,23	0,56
Använder droger eller tabletter	13	5	3,5	1,16	0,50
Spelar om pengar	12	4	3,1	1,13	0,46



Figur 3. Frekvenstabell av copingstrategier som används av ett fåtal ungdomar.

Enligt tabellen ovan på de minst vanligt förekommande strategierna ser man att 33 ungdomar (6,3) uppger att de skär sig och 41 ungdomar (7,8%) att de skadar sig på annat sätt. En del av ungdomarna kan befinna sig i båda grupperna och/eller i fler grupper. En ungdom kan självfallet ha flera olika strategier.

Frekvensanalys av Symptom med på SCL-90 hos ungdomarna i undersökningen med T-värden redovisas i tabell 6.

Tabell 6. *Medelvärde och standardavvikelse av symptom för hela gruppen, N=490, Missing=22.*

Symptomvariabel	Medelvärde	Std.
T- Somatiserande	55,71	14,24
T- Obsk kompulsiv	55,13	13,49
T- Interpers. sens	53,96	13,88
T- Depression	55,37	14,12
T- Ångest	56,62	14,59
T- Vrede	55,63	14,18
T- Fobisk ångest	56,99	18,04
T- Paranoida tendens	57,04	15,13
T- Psykoticism	57,63	16,84
T- GSI	57,16	14,81

Detta betyder att medelvärdet på symptom för hela gruppen ligger på ett GSI på 57,16. dvs. på en normal nivå.

Tabell 7. *Frekvens av ungdomar som ligger över 70 (klinisk nivå) på T-poäng för symptom enligt SCL-90.*

Symptomvariabel	N	Procent
Hög T-Somatiserande	68	13,0%
Hög T-Obsk kompulsiv	66	12,7%
Hög T-Interpers.sens	60	11,5%
Hög T-Depression	76	14,6%
Hög T-Ångest	73	14,0%
Hög T-Vrede	70	13,4%
Hög T-Fobi	80	15,3%
Hög T-Paranoida tendens	100	19,2%
Hög T-Psykotism	96	18,4%
Hög T-GSI	85	16,3%

Tabellen ovan visar att 16,3 % av de 490 som har fyllt i enkäten fullständigt (22 missing data) ligger på ett GSI > 70, dvs. på en klinisk nivå.

Faktoranalys av copingstrategier

Faktoranalys 1.

Faktoranalysen enligt principalkomponentmetoden med varimaxrotering bestående av enbart copingstrategier resulterar i en sjufaktorslösning som förklarar 56 % av variansen.

Rotated Component Matrix(a)

	Component						
	1	2	3	4	5	6	7
5.1. lyssna på musik	,070	,150	,013	,199	,076	,048	,831
5.2. svälta_mig	,565	,103	-,145	,276	,099	,157	-,064
5.3 fastna framför tv	-,106	,189	,058	-,012	,704	-,042	-,079
5.4. fastna framf. dator	,118	-,015	,238	,057	,691	-,019	,231
5.5. shoppa	,048	-,079	-,137	,596	,328	,177	,012
5.6. spela om pengar	-,083	-,287	,066	,101	,124	,678	-,022
5.7. sluta med fritidsakt.	,272	,136	,133	-,085	,415	,357	-,153
5.8. öka träningen mark.	-,013	-,002	,020	,679	-,098	,038	,213
5.9. onanera	-,014	,112	,868	,065	,132	,130	,023
5.10. titta på porr	,068	-,093	,886	,034	,133	,064	-,014
5.11. skära mig	,811	,064	,063	-,224	-,031	,008	,195
5.12. skada mig på annat..	,834	,110	,081	-,103	,030	,067	,095
5.13. fantisera om att förändra mitt utse	,319	,537	,055	,309	,141	,097	-,165
5.14. dagdrömma	-,033	,710	,110	,066	,053	,116	,213
5.15. skriva ner mina tankar	,247	,586	-,069	-,021	-,114	-,092	,289
5.16. tröstäta	,153	,599	-,052	,011	,235	-,089	-,192
5.17. kräkas	,554	,149	,029	,304	,034	,068	-,309
5.18. arbeta mer än vanligt	-,056	,151	,220	,639	-,102	-,140	-,018
5.19. sova mer	-,007	,477	-,054	-,185	,356	,390	,039
5.20. dricka alkohol	,226	,354	,171	,079	-,118	,625	,109
5.21. använda droger eller tableter	,408	,132	,044	-,053	-,125	,525	,025

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 8 iterations.

När vi har exkluderat alla värden under 0,250 urskiljs 7 typer av grupperingar av variabler som vi känner igen från våra mottagningar. Vi har döpt dem och redovisar dem här i kombination med faktorpoäng. Kön har enbart betydelse i faktor 2 och 3 och förklarar 10 % av variansen med flickor i faktor 2; $r=0.411$ och pojkar i faktor 3; $r=-0,621$ (faktoranalys 3, bilaga 2).

1. Självdestruktivt, lidande.

Svälter sig
 Slutar med fritidsaktiviteter
 Skär sig
 Skadar sig
 Fantiserar om att förändra utseendet
 Kräks
 Tar droger

Faktorpoäng (varimax rotering)

$r=0,565$
 $r=0,272$
 $r=0,811$
 $r=0,834$
 $r=0,319$
 $r=0,554$
 $r=0,402$

2. Reflekterande, fantiserande.

Spelar <i>inte</i> om pengar	$r=-0,287$
Fantiserar om att förändra utseende	$r=0,537$
Dagdrömmer	$r=0,710$
Skriver ner mina tankar	$r=0,586$
Tröstäter	$r=0,599$
Sover mer	$r=0,477$
Dricker alkohol	$r=0,354$

3. Introvert, sexualiserande

Onanerar	$r=0,868$
Tittar på porr	$r=0,886$

4. Utseendefixerade, högpresterande, kontrollerande.

Fastna framför tv:n	$r=0,276$
Shoppa	$r=0,596$
Öka träning markant	$r=0,679$
Fantisera om att förändra utseende	$r=0,309$
Kräkas	$r=0,304$
Arbeta mer	$r=0,639$

5. Passivt, konsumerande.

Fastnar framför datorn	$r=0,691$
Fastnar framför tv:n	$r=0,704$
Shoppa	$r=0,328$
Sluta med fritidsaktiviteter	$r=0,415$
Sover mer	$r=0,356$

6. Missbrukande, undanlidande.

Spelar om pengar	$r=0,678$
Slutar med fritidsaktiviteter	$r=0,357$
Sover mer	$r=0,390$
Dricker alkohol	$r=0,625$
Använder droger	$r=0,525$

7. Normalt självreflekterande.

Lyssna på musik	$r=0,831$
Skriver ner mina tankar	$r=0,289$

Faktoranalys av copingstrategier med tillägg av T-poäng för symptom enligt SCL-90.

Faktoranalys 2.

Faktoranalys enligt principalkomponentmetoden med varimaxrotering visar att när symptomvariablerna enligt SCL-90 läggs till (inklusive GSI) så ökar förklarad varians från 56 % till 62 % även när kön och ålder exkluderas. Symptom är således en viktig förklaring till detta.

Rotated Component Matrix(a)

	Component						
	1	2	3	4	5	6	7
5.1. lyssna på mus	,086	-,063	,604	,102	-,183	,191	,107
5.2. svälta mig	,235	,543	-,004	-,125	,103	,268	,120
5.3 fastna framför tv	,002	-,081	-,073	,122	,705	,017	-,037
5.4. fastna framf. dator	,163	-,027	,030	,385	,420	,041	,060
5.5. shoppa	-,003	,047	-,043	-,078	,267	,588	,253
5.6. spela om pengar	,029	-,086	-,192	,103	,049	,099	,702
5.7. sluta med fritidsakt.	,123	,311	-,047	,129	,449	-,091	,294
5.8. öka träningen mark.	,016	,016	,126	,014	-,192	,682	,059
5.9. onanera	,070	,014	,120	,857	,123	,075	,083
5.10. titta på porr	,062	,068	-,079	,891	,026	,019	,065
5.11. skära mig	,229	,712	,151	,099	-,106	-,268	-,016
5.12. skada mig på annat..	,279	,760	,102	,097	-,005	-,144	,023
5.13. fantisera om att förändra mitt utse	,183	,411	,282	-,013	,362	,299	-,057
5.14. dagdrömma	,193	,005	,669	,022	,270	,082	-,022
5.15. skriva ner mina tankar	,166	,254	,578	-,090	,048	-,013	-,225
5.16. tröstäta	,190	,186	,299	-,094	,479	-,008	-,228
5.17. kräkas	,174	,608	-,088	-,009	,132	,281	,003
5.18. arbeta mer än vanligt	,077	-,028	,116	,186	-,047	,634	-,177
5.19. sova mer	,097	,054	,371	-,027	,507	-,183	,307
5.20. dricka alkohol	,117	,308	,422	,139	,043	,062	,528
5.21. använda droger eller tabletter	,205	,425	,180	-,003	-,085	-,094	,476
tsoma	,833	,080	,020	,035	,016	,070	,050
tobsko	,863	,084	,158	,005	,090	,032	,050
tmelse	,878	,161	,027	,037	,123	,022	-,065
tdepr	,883	,201	,116	,051	,103	-,004	-,037
tangst	,901	,157	,115	-,014	,027	,032	,025
tvrede	,723	,127	,209	,030	,029	-,013	,182
tfofi	,758	,086	-,057	,043	,030	,028	,051
tpartan	,846	,105	,140	,054	,080	,067	,036
tpsok	,859	,227	,086	,110	,042	-,023	,020
tgsi	,970	,179	,104	,042	,075	,024	,025

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization a
Rotation converged in 10 iterations.

Sex grupper av variabler kvarstår (de reflekterande/fantisera strategier slås ihop i en grupp) med vissa marginella skillnader. "De självdestruktiva" delar upp sig i två grupper. Symptomen hamnar för sig i en faktor, **faktor 1**, tillsammans med "skada sig själv" när alla värde under 0,250 exkluderats.

I **faktor 2** finns höga faktorvärden på självdestruktiva strategier men inte på symptom. Detta innebär att psykisk ohälsa, höga värden GSI på SCL-90, antyder få copingstrategier förutom att skada sig på annat sätt.

1. Självdestruktivt, lidande.

(med upplevda symptom på SCL-90)

skadar sig på annat sätt	r=0,279
tsoma (somatiserar)	r=0,833
tobsko (har tvångssymptom)	r=0,863
tmelse(mellanperson. sensitivitet)	r=0,878
tdepr (deprimerade)	r=0,883
tångest (har ångest)	r=0,901
tvrede (känner vrede)	r=0,758
tpartan (paranoida tendenser)	r=0,846
tpsyk (psykotism tendenser)	r=0,859
tgsi (sammanlagda symptomvärde)	r=0,970

2. Självdestruktiv, lidande

svälter sig	r=0,543
skär sig	r=0,712
skada sig på annat sätt	r=0,760
skriva ner mina tankar	r=0,254
kräkas	r=0,608
dricker alkohol	r=0,308
använder droger	r=0,425

3 Reflekterande, fantiserande

lyssnar på musik	r=0,604
fantiserar om att förändra utseende	r=0,282
dagdrömma	r=0,669
skriva ner mina tankar	r=0,578
tröstäta	r=0,299
dricka alkohol	r=0,422

4. Introvert, sexualiserande .

fastna framför datorn	r=0,385
tittar på porr	r=0,891
onanerar	r=0,857

5. Passivt, konsumerande.

fastnar framför tv:n	r=0,705
fastnar framför datorn	r=0,420
shoppar	r=0,267
fantiserar om att förändra sitt utseende	r=0,362
dagdrömmer	r=0,270
tröstäter	r=0,479
sover mer	r=0,507

6. Utseendefixerade, högpresterande, kontrollerande.

svälter sig	r=0,268
shoppar	r=0,588
ökar träning markant	r=0,682
fantiserar om att förändra utseende	r=0,299
arbetar mer än vanligt	r=0,634

Faktorpoäng (varimaxrotering)

7. Missbrukarna, undanglidande.

shoppar	r=0,253
spelar om pengar	r=0,702
slutar med fritidsaktiviteter	r=0,702
dricker alkohol	r=0,528
använder droger	r=0,476

I det stora kvarstår grupperingarna även när man lägger till symptomvärdena. Grupperingarna känns igen som ”typer av copingstrategistilar” vanligt förekommande bland ungdomar som man möter på ungdomsmottagningarna. De är variabler med höga interna korrelationer. De hör uppenbarligen ihop.

DISKUSSION

Psykisk ohälsa.

Syftet med undersökningen har varit att ta reda på vad ungdomarna som besöker ungdomsmottagningarna Malmö/Trelleborg gör när de mår dåligt. Detta för att det rapporteras allt oftare om att ungdomar i dag ger uttryck för psykisk ohälsa i större utsträckning än vad man gjorde för 15-20 år sedan. Många som arbetar med ungdomar upplever att den psykiska ohälsan har ökat. Unga kvinnors hälsa rapporteras vara mest hotad, fler unga kvinnor än män uppger att de upplever ångslan oro eller ångest enligt socialstyrelsens senaste folkhälsorapport (SOU 2008-131-8).

Vår undersökning jämför inte förändringar över tid och kan därför inte ge svar på om ungdomars psykiska ohälsa ökat. Frågan är om någon kan göra det. Detta är en tvärsnittsstudie och *ett* sätt att se på psykisk ohälsa i form av vad ungdomar gör när de mår dåligt samt självskattade symptom. Genom att använda faktorsanalys av resultaten framkommer att copingstrategierna tenderar att gruppera olika copingstilar. Dessa stilar stämmer väl överens med personalens upplevelse av ungdomar som söker hjälp på ungdomsmottagningarna (face validity). Man kan anta att varje typ av copingstrategi kräver sin behandlingsstrategi.

De bildar klart avgränsade faktorer med starka inbördes laddningar. Till mottagningarna kommer en stor del av ungdomspopulation i den aktuella åldern. Av dessa är fler flickor än pojkar men trenden är att för varje år så ökar andelen pojkar.

Studien visar på att 16,3 % av ungdomarna som besökte UM i sydvästra Skåne hösten 2006 har upplevt och skattat sina symptom relativt högt = ett GSI >70, det vill säga på en klinisk nivå. Detta kan jämföras med att ca: 5 % av Malmös barn och ungdomar har haft kontakt med BUP under året.

Studien visar också att 6,3 % uppger att de skär sig, 9,8 % svälter sig och att 5,2 % kräks ofta eller alltid när de mår dåligt. 7,8 % uppger att de skadar sig på ”annat sätt”. Det är dock inte samma ungdomar som uppger att de använder destruktiva copingstrategier som uppvisar kliniska värden på SCL-90 symptomskalan. Det innebär att det i denna studie finns statistiska samband mellan att ha tillgång till många strategier om än de är destruktiva och att inte uppleva psykiska och kroppsliga symptom.

Oroande är att frekvensen ungdomar som i undersökningen svarat att de ofta eller alltid dricker alkohol när de mår dåligt uppgår till 27,8 %. Det är även oroande att 3,5 % tar droger eller tabletter ofta eller alltid när de inte mår bra. Detta överensstämmer väl med många andra ungdomsundersökningar gjorda i Sverige de senaste åren. Socialstyrelsens folkhälsorapport (2008-131-8) redovisas att totalkonsumtionen har ökat i Sverige sedan 1990-talet. Det är alltså inte bara ungdomarnas dryckesvanor som har ökat. Man påtalar att svenskarna har anpassat sig till europeiska vanor.

Könsskillnader.

Det som däremot inte stämmer med framför allt den senaste tidens larmrapporter så som SOU 2008-131-8, är att denna studie inte visar på några större könsskillnader i avseende på psykiskt mående utifrån studiens kriterier. När det gäller symptom enligt SCL-90 finns inga signifikanta skillnader med avseende på kön. Flickor och pojkar mår i stort sätt lika bra eller dåligt. Då har dock T-poäng används som just korrigerar könsskillnader utifrån normgruppen (Fridell et al., 2002).

I avseende på copingstrategier så finns inte heller stora skillnader mellan könen. Det är både flickor och pojkar som finns i grupperna (vi benämner grupperna utifrån hur copingstrategierna har bildat distinkta faktorer); De lidande självdestruktiva, De kontrollerande/utseendefixerade, Undanglidande/missbrukarna, De passivt konsumerande och De normalt självreflekterande (som lyssnar på musik, fastnar framför tv:n, datorn osv.). Det är bara i två grupper (10 % av variansen) där kön spelar roll. Flickor spelar ex inte lika mycket om pengar men dagdrömmer i större utsträckning, medan det är främst pojkar som tittar på porr och onanerar när de mår dåligt (denna grupp är liten, 3,6 %). För övrigt handlar flickor och pojkar på samma sätt i denna undersökning. Att flickor i större utsträckning söker vård och hjälp och att de skattar sin ohälsa högre, kan bero på att flickor och pojkar genom socialisation, har olika sätt att uttrycka och förhålla sig till sitt mående.

Varför skiljer sig denna studies resultat från andras i detta avseende? En styrka i denna undersökning är det relativt låga bortfallet. Att svarsfrekvensen varit hög bedöms bero på det stora engagemanget hos personalen och den väl genomförda implementeringen. Om vi jämför svarsfrekvensen gällande pojkar med ex Stockholmstudien (Jacobsson et al. 2004), så har killarna på ungdomsmottagningarna svarat i betydligt högre utsträckning. I Stockholmstudien gjordes en ambitiös bortfallsanalys (Edenius, Jacobsson & Werbat, 2005) genom telefonintervjuer i efterhand. Många unga män har inte svarat i deras studie för att de ansett enkäten för lång och att de inte haft tid samt att de inte hade något eget intresse av att fylla i den.

I denna ungdomsmottagningsstudie har 421 flickor och 91 pojkar samt 9 som inte uppgett kön, svarat. Det representerar väl hur det ser ut på ungdomsmottagningarna. Att det endast är 20 % pojkar kan ses som en brist om man avser att uttala sig om normgruppen, dvs. om alla ungdomar i populationen. Om undersökningen avser att uttala sig om de ungdomar som just besöker UM, så bedöms det selektiva bortfallet som försvinnande litet och utan betydelse. Man anta att det finns ett selektivt bortfall av pojkar i åldersgruppen som inte söker till ungdomsmottagningarna. Pojkar som kanske inte debuterat sexuellt, eftersom flertalet just söker för att testa sig för könssjukdomar. Trenden är dock att allt fler killar söker hjälp även för andra problem som psykisk ohälsa. Undersökningens fördel är möjligtvis att denna lyckats fånga in fler "vanliga killar" som annars är svårare att få med i statistiken. Man kan anta att

det i vår kultur fortfarande finns ett visst motstånd hos många unga män att erkänna att den psykiska hälsan sviktar och söka hjälp för detta.

Samband mellan brist på copingstrategier och symptom.

Resultaten i denna undersökning visar på att sambanden mellan psykisk ohälsa uttryckt i handling (som copingstrategier) och självskattad psykisk ohälsa i form av upplevda symptom, inte är enkla eller självklara. Efter att ha gjort en faktoranalys enligt principalkomponentmetoden med varimaxrotering av både symptom med T-poäng och copingstrategier, så hamnar alla höga värden på symptomskalet för sig, tillsammans med ”att skada sig själv på annat sätt”. Övriga självdestruktiva strategier som att skära sig, svälta sig, kräkas, ta droger, dricka alkohol i kombination med att skriva ner sina tankar grupperas i en faktor för sig. De självdestruktiva strategierna visade inga samband med symptom.

Detta skulle kunna betyda att hypotesen om att destruktiva beteende inte är samma som upplevd psykisk ohälsa i form av symptom, är bekräftad.

Ett försök att översätta faktoranalysens resultat till psykologiska fenomen kan vara att se dessa mer destruktiva strategier som tecken på att psyket, jagets funktioner, periodvis behöver avlastas just genom handling/copingstrategier, för att inte bli översköljt av affekter som ungdomen inte har resurser att hantera i den nuvarande situationen. Förmågan till affektreglering är en process i konstant utveckling (Krystal, 1983). Kombinationen av flera olika copingstrategier verkar vara effektivt för att hålla symptomen borta.

Detta stämmer ganska väl med Stockholmstudien (Jacobsson et al., 2004) om man ser deras gruppering ”Att vara hjälplös” som brist på handlingsstrategier. Denna faktor innehöll förhållningssätt av passivt varande, brist på kontroll som enligt deras resultat samvarierade med höga poäng på psykiska och kroppsliga symptom på SCL-90, dvs. att inte ha kontroll genom aktiv handlig, leder till symptom.

Brister i undersökningen.

För att visa om resultatet i föreliggande studien är bestående över tid, så skulle en ny undersökning behöva upprepades om ett antal år. Samtidigt skulle eventuella faktorer (nya variabler och mått som påverkar) som t.ex. förändringar i samhället då behöva analyseras. Och ändå skulle man inte med säkerhet veta om de unga verkligen mår annorlunda eller om kulturen för hur man uttrycker sig har förändrats. Förändringar i den omgivande kulturen kan förmodligen påverka både sättet att kommunicera hälsa och att uppleva den. Detta är en brist som är svår att kontrollera om man som i denna undersökning enbart använder sig av självskattningstest. Att exempelvis utöka undersökningen med intervjuer, möjligtvis strukturerade sådana, hade varit ett sätt för att fördjupa förståelsen.

En annan brist i denna undersökning är att skattningsinstrumentet för copingstrategier är nykonstruerat, varken normerat eller validerat och resultaten blir därför svåra att jämföra med andra studier. Att exempelvis jämföra resultaten med Stockholmstudien (Jacobsson et al., 2004) kan visa på likheter och väcka hypoteser. En brist är att det kan finnas ett antal andra saker som ungdomar gör när de mår dåligt och som denna studie inte belyser. Vidare är undersökningen genomförd på ungdomsmottagningar och det stora flertalet ungdomar som kommer till dessa är sexuellt aktiva. Om man skall generalisera från resultaten till

populationen i stort så kan man anta att det finns ett selektivt bortfall av ungdomar som inte har debuterat sexuellt.

Undersökningens användbarhet.

Vad kan då dessa resultat hjälpa oss med i det kliniska arbetet med ungdomar?

Den viktigaste frågeställningen i denna studie var att undersöka vad ungdomar egentligen gör när de mår dåligt och hur individuella copingstrategier relaterar till upplevda symptom. Destruktivt beteende kan inte med automatik anses vara densamma som ohälsa. Att förstå och tolka copingstrategier är komplicerat. Detta betyder inte att självdestruktiva beteende i sig är av godo eller att ungdomar inte upplever sig må dåligt. Men det kan visa på att de har en funktion. Det är viktigt att hjälpa ungdomar till bättre hälsa, vilket kan innebära att vara till hjälp med att utveckla en bättre, mer funktionell känslomässig självreglering och att successivt kunna lära ungdomar att "bära" sina känslor i stället för att förstöra för sig själv. Periodvis kan det vara av godo att klara av att våga uppleva ångest, våga vara ledsen och kunna känna psykisk smärta, för att så småningom utveckla mer mogna och konstruktiva strategier. Att möta ungdomarna utifrån ett helhetsperspektiv innebär att se de problem som ungdomarna ger uttryck för utifrån det sammanhang som de befinner sig i.

Wrangsjö och Winberg (2006) skriver om behandlarens roll i arbetet med ungdomar. Att rollen med tiden har "modifierats", terapeuten blir mer expert på att föra en dialog än på hur livet skall levas. Expertrollen tonas ner med fokus på samarbete. De skriver att man blir mer av en samtalspartner som ställer sin kunskap till förfogande. Som i all behandling blir alliansen av avgörande betydelse. Många studier visar just på alliansens betydande roll och man har funnit att terapeutisk allians samvarierar med symptomreduktion mätt med SCL-90 (Horvath, 1993).

Vuxna måste kunna erbjuda ett alternativ till den eller de copingstrategier som ungdomar väljer om dessa upplevs som destruktiva så att de ska våga släppa taget om dem och på det viset våga uppleva sin ångest, ledsnad eller andra affekter. Det kan vara viktigt att visa på att lidandet ibland kan vara en naturlig del av livet och att strävan efter att vara ständigt lycklig är en illusion. Massmedial uppmärksamhet fokuserad enbart på ohälsa eller enbart på destruktiva beteende utan någon djupare analys kan befaras kunna påverka själva måendet negativt.

Ungdomstiden är en period av utveckling och möjligheter, av förhoppning, vilja och förmåga till förändring. Att inge hopp och framtidstro är en viktig del av ungdomsmottagningarnas arbete.

Filosofiska funderingar

Redan 1930 skrev Freud (Freud 1983) om människans strävan efter lycka, att vi vill bli och förbli lyckliga. Han beskriver hur denna strävan har två sidor med ett positivt och ett negativt mål. Människan vill undvika smärta och olust å ena sidan och å andra sidan uppleva starka lustkänslor. Hur går då denna ekvation ihop i vår kultur idag sjuttio år senare? Man kan se det som att människan utvecklar handlande åt två håll, allteftersom det, övervägande eller uteslutande- söker förverkliga det ena eller det andra av dessa mål. Vad menas då med lycka i ordets egentliga betydelse? En tanke är att den uppstår ur ofta plötsliga tillfredsställanden av kraftigt uppdämda behov och kan genom sin art endast förkomma som episodiskt fenomen. Om vi försöker förlänga denna situation, som lustprincipen kräver, ger detta endast en känsla av ljum tillfredsställelse. Människan är skapt så att vi endast kan njuta av kontrasten intensivt, men i själva tillståndet njuter vi endast i obetydlig grad. Därför är våra möjligheter att nå lycka begränsade redan genom vår konstruktion. Det är denna vetenskap om människans sårbarhet som utnyttjas på alla områden i vårt informationssamhälle.

REFERENSER:

- Biterman, D., Hemström, Ö. & Berlin, M. (2008) *Folkhälsa och sociala förhållanden* Socialstyrelsen, artikel nr 2008-131-8, Folkhälsorapport 2007. Stockholm.
- Brock, K. & Uppgården, J. (2005) *Ungdomar, alkohol, självbild och psykiskt välmående*. Lund: Lunds Universitet, psykologiska institutionen.
- Carlberg, M., Jarneno Nordin, K. & Nordstrand, K. (2005) *Ungdomars behov av samhällets stöd*. Stockholm: Socialstyrelsen, rapport nr 2005-131-18.
- Elmerstig, E., Fält, T., Hansson, M., Johansson, G., Keanius, P., Mörndal, E., Parmhed, S., Sjöqvist, L. Virsen, B. & Wretman, F. (2004) *Policyprogram för Sveriges Ungdomsmottagningar*. Avesta: Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar.
- Fors, Z. (2004) *Kvalitetssäkring på ungdomsmottagningarna*. Göteborg: Statens folkhälsoinstitut.
- Freud, S. (1983) *Vi vantrivs i kulturen*. Stockholm: Bokförlaget Röda Rummet.
- Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M. & Malling Thorsen, S. (2002). *SCL-90 Svensk nominering, standardisering och validering av symtomskalan*. Stockholm: Statens Institutionsstyrelse SiS.
- Heaggman, U. & Lager, A. (2006) *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa*. Stockholm: Socialstyrelsen, rapport nr 2006:77.
- Hovarth, A., Gaston, L. & Lubrosky, L. (1993). The therapeutic alliance and measure. I Miller, N., Luborsky, L., Barber, J. & Docherty, J. (red) *Psychodynamic treatment research. A handbook for clinical practice*. New York: Basic Books
- Jacobsson, G., Lindgren, A., Werbart, A. & Boëthius, S. (2004) *Unga vuxnas förhållningssätt vid påfrestningar i livet: en enkätundersökning*. Stockholm: Stockholms läns landsting. Psykoaterapiinstitutet.
- Jonsland, T. (2004) *Psykisk ohälsa eller ändå inte. Om hur ungdomars psykiska ohälsa har förändrats i tid av välfärdsnedskärningar och kulturell modernisering*. Stockholm: Stockholms Universitet, institutionen för socialt arbete.
- Krystal, H. (1983) *Alexithymia and Effectiveness of Psychoanalytic Treatment*. International Journal of Psychoanalytic psychotherapy (9) 1982/83: s 353-378
- Långberg, B. & Söderlind, Y. (2004) *Unga som skadar sig själva, en belysning av forskningsläget*. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Rubenstein, B., Kruse, A. och Swedenfeldt, E. (1999) *Undersökning av psykosocial hälsa bland 6400 ungdomar i 14 kommuner i Västra Götaland våren 1998*. Göteborg: Västra Götalandsregionen. Hälso- och sjukvårdskansliet.
- Wrangsjö, B. & Winberg Salomonsson, M. (2006) *Tonårstid*. Falköping: Natur och Kultur.

BILAGOR

Bilaga 1. Faktoranalys 3 av copingstrategier med könsvariabler inkluderade. Kön har enbart betydelse i faktor 2 och 3 och förklarar 10 % av variansen med flickor i faktor 2; $r=0.411$ och pojkar i faktor 3; $r=-0,621$.

Rotated Component Matrix(a)

	Component						
	1	2	3	4	5	6	7
2. Kön	,124	,411	-,621	,048	,173	-,160	,118
5.1. lyssna på mus	,061	,140	-,009	,177	,094	,047	,847
5.2. svälta mig	,573	,080	-,175	,237	,081	,166	-,021
5.3 fastna framför tv	-,115	,205	,070	-,054	,662	-,020	-,089
5.4. fastna framför dator	,111	,021	,224	-,005	,673	-,009	,229
5.5. shoppa	,078	-,107	-,209	,556	,413	,150	,072
5.6. spela om pengar	-,070	-,315	,091	,105	,148	,664	-,026
5.7. sluta med fritidsakt.	,276	,141	,127	-,115	,396	,367	-,138
5.8. öka träningen mark.	-,009	,006	,020	,677	-,099	,054	,188
5.9. onanera	,012	,159	,789	,094	,202	,092	,060
5.10. titta på porr	,088	-,063	,862	,053	,176	,040	,004
5.11. skära mig	,801	,078	,061	-,236	-,041	,014	,194
5.12. skada mig på annat..sätt	,826	,115	,101	-,114	-,012	,079	,100
5.13. fantisera om att förändra mitt utse	,345	,520	-,001	,303	,152	,096	-,120
5.14. dagdrömma	-,021	,702	,092	,097	,070	,128	,206
5.15. skriva ner mina tankar	,249	,568	-,085	-,022	-,137	-,071	,283
5.16. tröstata	,161	,592	-,089	,003	,231	-,053	-,221
5.17. kräkas	,587	,118	-,013	,292	,103	,054	-,268
5.18. arbeta mer än vanligt	-,045	,153	,219	,662	-,111	-,116	-,048
5.19. sova mer	-,035	,489	-,056	-,202	,275	,436	,034
5.20. dricka alkohol	,240	,332	,131	,095	-,104	,618	,139
5.21. använda droger eller tabletter	,402	,131	,066	-,051	-,160	,537	,009

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 9 iterations.

Bilaga 2. Sambandsanalys av kön och symptom enligt SCL-90 med T-värde. Det finns inga signifikanta skillnader mellan könen i avseende på symptom enligt SCL-90 när T-värde används.

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
tsoma	Between Groups	47,715	1	47,715	,257	,612
	Within Groups	89496,170	482	185,677		
	Total	89543,884	483			
tobsko	Between Groups	417,594	1	417,594	2,542	,112
	Within Groups	79195,200	482	164,305		
	Total	79612,793	483			
tmelse	Between Groups	89,994	1	89,994	,511	,475
	Within Groups	84867,681	482	176,074		
	Total	84957,676	483			
tdepr	Between Groups	47,605	1	47,605	,261	,610
	Within Groups	87834,748	482	182,230		
	Total	87882,353	483			
tangst	Between Groups	351,558	1	351,558	1,804	,180
	Within Groups	93949,913	482	194,917		
	Total	94301,471	483			
tvrede	Between Groups	629,812	1	629,812	3,459	,064
	Within Groups	87767,800	482	182,091		
	Total	88397,612	483			
tfobi	Between Groups	127,101	1	127,101	,411	,522
	Within Groups	149076,948	482	309,288		
	Total	149204,050	483			
tpartan	Between Groups	41,901	1	41,901	,198	,656
	Within Groups	101924,148	482	211,461		
	Total	101966,050	483			
tpsyk	Between Groups	,273	1	,273	,001	,974
	Within Groups	128261,816	482	266,103		
	Total	128262,089	483			
tgsi	Between Groups	136,993	1	136,993	,681	,410
	Within Groups	96963,988	482	201,170		
	Total	97100,981	483			

Bilaga. 3

1. Ålder: _____

2. Kön: Man Kvinna

3. Vem besöker du idag

- Barnmorska
- Sjuksköterska
- Kurator
- Gynekolog
- Per Christensson,
Psykiatriker
- Peter Sjövall, Läkare
- Psykolog

4. Om jag mår dåligt brukar jag:

- Prata med mamma eller pappa
- Prata med annan vuxen
- Prata med professionell vuxen
(ex kurator eller psykolog)
- Prata med kompisar
- Prata med pojkvän eller flickvän
- Jag brukar inte prata med någon
- Annan, Vem

5. Om jag mår dåligt, brukar jag.....

Fyll i tabellen nedan	Aldrig	Sällan	Ofta	Alltid
... lyssna på musik				
... svälta mig				
... fastna framför TV'n				
... fastna framför datorn				
... shoppa				
... spela om pengar				
... sluta med fritidsaktiviteter				
... öka träningen markant				
... onanera				
... titta på porr				
... skära mig				
... skada mig på annat sätt				
... fantisera om att förändra mitt utseende				
... dagdrömma				
... skriva ner mina tankar				
... fröstäta				
... kråkas				
... arbeta mer än vanligt				
... sova mer				
... dricka alkohol				
... använda droger eller tabletter				
... annat, vadå?				