

GÖTEBORGS UNIVERSITET  
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Att inte se sin plats bland andra – långvarigt socialt  
tillbakadragande hos unga vuxna**

Sofia Andersson

Examensarbete 30hp  
PM2519  
Psykologprogrammet  
Vårterminen 2016

Handledare: Per Magnus  
Johansson

# Att inte se sin plats bland andra – långvarigt socialt tillbakadragande hos unga vuxna

Sofia Andersson

*Sammanfattning.* Föreliggande studie syftade till att undersöka psykologers erfarenheter av och förståelse för långvarigt socialt tillbakadragande hos unga vuxna. Åtta psykologer verksamma inom den vuxenpsykiatriska öppenvården intervjuades och materialet analyserades genom en induktiv tematisk analys. Resultatet visar på att psykologerna uppfattar socialt tillbakadragande som en mångfacetterad problematik och den tänkta patientgruppen som heterogen. Samtidigt framträder i psykologernas tal en bild av den socialt tillbakadragna patienten som är relativt samstämmig, där tillståndet kopplas till svårigheter att hantera upplevda och reella krav i samband med vuxenblivandet – undvikandet förstås som ett skydd gentemot en otrygg omvärld. Tillståndet betraktas som allvarligt såtillvida att patienten hamnar allt längre från samhället samtidigt som risken för psykisk ohälsa ökar. Kopplat till den psykiatriska praktiken uttrycker psykologerna ett behov av att uppmärksamma socialt tillbakadragande för att bättre kunna anpassa insatser.

Genom mitt arbete på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning har jag både direkt och indirekt stött på patienter som under lång tid isolerat sig i hemmet, utan praktiskt taget någon interaktion med omvärlden. Det rör sig om unga vuxna som ofta bor kvar i föräldrahemmet och i hög utsträckning saknar kontakt med samhällets aktörer. Inte sällan talas det om dem under beteckningen *hemmasittare* eller *källarbarn* och ofta föreligger frågetecken rörande diagnos. I det kliniska arbetet framträder en bild av en patientgrupp där det sociala tillbakadragandet tycks vara den centrala problematiken, vilket på olika sätt leder till svårigheter gällande insatser, inte minst på grund av uteblivanden. I Sverige ökar antalet unga vuxna som varken arbetar eller studerar (SOU 2013:74). Huruvida det rör sig om ett växande antal hemmasittande individer finns det ingen kartläggning av men i en rapport från arbetsförmedlingen (2013) spekuleras om att så troligtvis är fallet. Även en ökad medial rapportering om ungdomar och unga vuxna som isolerar sig i hemmet talar för att fenomenet breder ut sig (Lagerblad, 2013, 18 september; von Sivers, 2014, 4 december). Gällande yngre barn och tonåringar som drar sig undan, dvs. som har en lång ogiltig skolfrånvaro på grund av hemmasittande, används i forskningssammanhang begreppet *skolvägran* – en problematik som fått mycket uppmärksamhet i Sverige de senaste åren. Det finns omfattande studier på området, liksom samordnade insatser där föräldrar, skola, socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri involveras för att återföra minderåriga barn och unga till skolan (Färnkvist, 2010). Motsvarande satsningar för unga vuxna är inte lika utbredda, vilket eventuellt kan förstås utifrån att samhällets skyldighet att ingripa ser annorlunda ut när någon inte längre har skolplikt. Liksom hemmasittande barn och ungdomar, riskerar de unga vuxna som saknar kontakt med samhället att hämmas i utvecklingen, kunskapsmässigt såväl som personlighetsmässigt (Arbetsförmedlingen, 2013) och liksom förståelsen för ogiltig skolfrånvaro är angelägen, behövs kunskap kring socialt tillbakadragande hos unga vuxna, som utan insatser riskerar att hamna i ett permanent utanförskap (Finn, Ingard & Jöreskog, 2015). Ambitionen med den här studien är att belysa fenomenet socialt tillbakadragande hos unga vuxna patienter

inom psykiatrin. Genom att undersöka hur verksamma psykologer talar om och förstår problematiken kring unga vuxna hemmasittande patienter, samt hur behandlingsinsatser ser ut och fungerar hoppas jag även bidra till en ökad förståelse för fenomenet, vilket skulle kunna vara av intresse för såväl behandlare, som patienterna själva och deras anhöriga. Resultatet kan komma att skapa ett underlag för vidare studier, samt öka uppmärksamheten kring en potentiellt växande problematik. Forskning rörande socialt tillbakadragande hos unga vuxna är globalt sett begränsad och mig veterligen finns inga studier som undersökt socialt tillbakadragande som det kommer till uttryck hos unga vuxna i Sverige. Däremot finns sedan 2010 respektive 2013, två projekt som riktar sig till personer som dragit sig undan samhället, ett i Uppsala och ett i Umeå. Utvärderingar av projektet i Uppsala, samt intervjuer med ansvariga för båda projekten, kommer att användas för att ge en bild av fenomenet i en svensk kontext. I övrigt utgörs min referensram av internationell forskning, främst japansk, där fenomenet socialt tillbakadragande – *hikikomori* – de senaste 20 åren, med växande intensitet, studerats och analyserats. Även rapporter och teorier kring ungdomsarbetslöshet och samhällsutveckling lägger en fond för analys och diskussion av resultatet.

## **Hikikomori – begreppets framväxt, utbredning och innebörd**

Det japanska begreppet *hikikomori* (ひきこもり) beskriver ett psykosocialt fenomen där unga vuxna, i stället för att studera vidare eller ta klivet ut i arbetslivet, drar sig tillbaka och bryter kontakten med samhället under en längre tid. Fenomenet har sedan 90-talet väckt stor uppmärksamhet i Japan och *the Ministry of Health, Labor and Welfare (MHLW)* har erkänt hikikomori som ett epidemiskt fenomen (Tajan, 2015). Initialt bedömdes upp emot 1 miljon individer befinna sig i detta tillstånd i Japan (Saitō, 2013), men den siffran har kommit att ifrågasättas och idag rör sig de officiella siffrorna mellan 260 000 och 696 000 (Tajan, 2015) med en livstidsprevalens på 1,2% (Koyama et al., 2010). Hikikomori användes ursprungligen som en generell term för socialt tillbakadragande och inom psykiatrin betecknade det ett symptom hos patienter med autism, schizofreni och depression. Då *MHLW* 1991 utförde ett pilotprojekt för att stötta ungdomar som led av socialt tillbakadragande, började betydelsen av hikikomori förskjutas. I samband med publikationen av psykiatern Tamaki Saitōs bok *Shakaiteki Hikikomori: Owaranai Shishunki*<sup>1</sup> 1998 fick begreppet *hikikomori* fäste i den allmänna diskursen i Japan och etablerades som en term som indikerar ett socialt tillbakadraget tillstånd hos den yngre generationen (Suwa & Suzuki, 2013). De unga vuxna som Saitō, utifrån forskning och klinisk erfarenhet behandlar i sin bok, tycktes inte lida av något identifierbart medicinskt eller psykiatriskt tillstånd möjligt att diagnosticera utifrån rådande diagnossystem, DSM-IV. Snarare framträdde en specifik symptombild där det utmärkande och centrala var den sociala isoleringen. Individerna upplevdes inte sträva efter ett självständigt liv utan bodde kvar hemma och försörjdes av sina föräldrar. Saitō framhåller att många av de socialt tillbakadragna ungdomarna inte heller led av någon annan primär psykisk störning och argumenterade därför för att socialt tillbakadragande – *hikikomori* – skulle betraktas som ett distinkt fenomen:

---

<sup>1</sup> I engelsk översättning 2007: *Hikikomori – Adolescence without End*

A state that has become a problem by the late twenties, that involves cooping oneself up in one's own home and not participating in society for six months or longer, but that does not seem to have another psychological problem as its principal source. (Saitō, 2007, s. 24)

Genom att skapa ett begrepp för socialt tillbakadragande som primär problematik hos unga vuxna, blev det möjligt att börja tala om gruppen, att öka förståelsen för fenomenet och därmed att utveckla behandlingsmetoder (Angels, 2007). Idag är hikikomori ett vedertaget begrepp som spridits världen över och används både om den berörda personen och om fenomenet (Teo & Gaw, 2010). I litteraturen används flertalet begrepp för att referera till hikikomori, vanligt förekommande är *socialt tillbakadragande* (Suwa & Suzuki, 2013) *akut socialt tillbakadragande* (Koyama et al., 2010), *långvarigt socialt tillbakadragande* (Kondo et al., 2013), *allvarligt socialt tillbakadragande* (Tateno et al., 2012) och *social isolering* (Teo & Gaw, 2010). I föreliggande uppsats används dessa begrepp synonymt. Även *hemmasittande* och *hemmasittare*, som förekommer i Sverige (Finn et al., 2015) tillämpas och betecknar socialt tillbakadragande hos unga vuxna<sup>2</sup>.

Det finns ännu ingen fastställd definition av hikikomori, men de grundkriterier som används i forskning är samstämmiga och utgår från Saitōs (2013) beskrivning. Personen i fråga ska under minst sex månader isolerat sig i hemmet utan att delta i någon samhällelig verksamhet såsom skola eller jobb, samt sakna kontakt med människor utöver närmsta familjen. Många hänvisar till MHLW's operationalisering från 2010 som Tajan (2013) översätter till engelska enligt följande:

Hikikomori is a psychosociological phenomenon, one of its characteristic features being withdrawal from social activities and staying at home almost each day for more than half a year. This occurs among children, adolescents, and adults under 30 years old. Although hikikomori is defined as non-psychotic state, it is better to think that patients of schizophrenia may be mixed into this grouping until they've received the diagnosis of psychosis. (Tajan, 2013, s. 326)

Sedan 2010 finns hikikomori i Oxford English Dictionary:

In Japan: abnormal avoidance of social contact; acute social withdrawal; (also) a person, typically an adolescent male, engaging in this; a recluse, a shut-in.

I Sverige finns hikikomori med på Språkrådets Nyordslista 2013 där det bedöms öka i användning och definieras som ”ung person som isolerar sig i föräldrahemmet”. En hänvisning görs till en artikel i Svenska dagbladet från 18 september 2013: ”De kallas hikikomoris, unga japaner som i stället för att ta steget ut i vuxenlivet drar sig undan yttervärlden, klipper banden till sina vänner och isolerar sig i hemmet månadsvis eller

---

<sup>2</sup> Problemet med ökande antal unga vuxna som inte deltar i samhället har även gett upphov till andra begrepp, vars konceptualiseringar liknar och ibland överlappar innebörden i begreppet hikikomori. I Storbritannien används *NEET* (not in employment, education or training) för att beskriva unga som varken arbetar eller studerar och i USA finns begreppet ”adultolescent” som betecknar unga vuxna, som i stället för att bryta sig loss från beroendet av föräldrarna och ta sig an vuxenblivandet, bor kvar hos sina föräldrar. Dock är dessa begrepp betydligt mer inkluderande, till exempel ingår personer som är ute och reser eller av annan anledning har ett frivilligt uppehåll från studier/arbete (Li & Wong, 2015).

åratat. Vissa lämnar inte ens sina rum för att äta.” (Institutionen för språk och folkminne, 2013).

Fenomenet hikikomori har kommit att bli starkt förknippat med Japan, vilket kan ses i exemplen ovan. Saitō (2013) menar att detta är en olycklig utveckling, då han anser att hikikomori – även om det finns en tydlig koppling till samhälle och kultur – snarare är ett samtidsproblem som sträcker sig utanför Japans gränser än ett nationellt fenomen. Allt fler forskare intar idag denna hållning och ifrågasätter hikikomori som specifikt japanskt, då beskrivningar av fenomenet dyker upp runt om i världen (Kato et al., 2012; Teo et al., 2015). Studier har visat på förekomsten av hikikomori i länder som Australien, Bangladesh, Indien, Iran, Korea, Taiwan, Thailand, USA (Kato et al. 2012), Sydkorea (Lee, Lee, Choi & Choi, 2013) och Spanien (Ovejero, Caro-Cañizares, de León-Martínez & Baca-García, 2014) och forskare pekar på en potentiell, kommande ökning av socialt tillbakadragande globalt sett – i synnerhet i medel- och höginkomstländer (Furlong, 2008; Li & Wong, 2015). Li och Wong (2015) framhåller behovet av att fortsatt uppmärksamma och studera fenomenets förekomst internationellt, både för ökad förståelse och för att kunna förebygga problemet innan det når samma proportioner som i Japan. I Sverige har, som tidigare nämnts, inga studier gjorts för att kartlägga och undersöka socialt tillbakadragande hos unga vuxna. Dock finns två projekt som går under namnet Hikikomori, ett i Uppsala och ett i Umeå. I sina respektive verksamhetsbeskrivningar ringar de in en målgrupp, vilken i mycket överlappar med de etablerade definitionerna av hikikomori. I Uppsala, där projektet är ett samarbete mellan kommun och allmänpsykiatri i Uppsala läns landsting, riktar man sig till personer från 18 år och uppåt som har isolerat sig i hemmet, inte deltar i samhället och som saknar förmåga att på egen hand bryta utanförskapet. Ingen övre åldersgräns finns men tanken är att deltagarna ska utgöras av personer där svårigheterna framträtt eller förstärkts i samband med vuxenblivandet, dvs. personer som aldrig riktigt etablerat sig i samhället (Finn et al., 2015). Även i Umeå är projektet Hikikomori ett samarbete mellan kommun och landsting. Målgruppen skiljer sig något från den i Uppsala, här riktar man sig till personer som är mellan 16 och 25 år som ”är helt hemmasittande, saknar kontakter med myndigheter och varken studerar, arbetar eller söker jobb” (I. Hörnsten och T. Olofsson, personlig kommunikation, 2 december, 2015). Hörnsten, Olofsson och Gustafsson uppger att intresset för respektive verksamheter är stort, både avseende deltagare och andra yrkesverksamma som ser behov av insatser för målgruppen i andra delar av landet (personlig kommunikation, 1 och 2 december, 2015).

Trots begreppet hikikomoris utbredning och en enighet kring observerbara karakteristika, råder delade meningar kring hur fenomenet ska betraktas och förstås. De flesta är idag överens om att socialt tillbakadragande är en komplex problematik där utlösande faktorer samspelar med predisponerande faktorer på såväl individ-, som samhälls- och familjenivå. Däremot skiljer sig forskare åt när det kommer till var tonvikten läggs, en del betonar det sociologiska perspektivet medan andra framhåller det psykopatologiska eller medicinska perspektivet. Även inom det psykiatriska fältet råder olika uppfattningar om fenomenet (Li & Wong, 2015).

Den vetenskapliga debatten angående hikikomori är idag i första hand centrerad till frågan om hikikomori är att betrakta som en fristående psykiatrisk diagnos (Ovejero et al., 2013). Vissa forskare hävdar att hikikomori, i de allra flesta fall, är en manifestation av redan existerande syndrom i *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), såsom schizofreni, personlighetsstörning, autismspektrumstörning samt förstärknings- och ångestsyndrom (Li & Wong, 2015). I en studie som avsåg att

undersöka den psykiatriska bakgrunden hos patienter med hikikomori, fann Kondo et al. (2013) att drygt 80% kunde diagnosticeras enligt DSM-IV. Dock påpekar de att studien endast inkluderar individer som direkt eller indirekt – via föräldrar – sökt psykiatrisk vård och menar att detta skulle kunna påverka resultatet i båda riktningar – det är möjligt att de med mest omfattande problem inte kommer i kontakt med vården, men det skulle också kunna vara så att de som inte har en tydlig psykiatrisk problematik faller bort (Kondo et al., 2013). I en epidemiologisk studie fann Koyama et al. (2010) att ca 50% av dem som någon gång befunnit sig i ett hikikomori-tillstånd även hade upplevt psykiatriska problem. Således påvisas en tydlig komorbiditet, men samtidigt framkommer att det finns en stor grupp individer vars tillstånd kan beskrivas som hikikomori, utan att det finns en koppling till något psykiatriskt syndrom (Koyama et al., 2010). Suwa & Suzuki (2013) pekar i sin tur på svårigheten i att avgöra vad som föregår vad. I en granskning av tre japanska studier visar de till exempel på att många av de patienter som diagnosticerats med schizoid respektive undvikande personlighetsstörning, inte haft tillräckligt avvikande personlighet innan tillbakadragandet för att kunna klassificeras som personlighetsstörning (Suwa & Suzuki, 2013).

På grund av att forskare, liksom kliniskt verksamma psykiatriker, tycker sig kunna identifiera ett tillstånd där det sociala tillbakadragandet står i förgrunden, förespråkar många en uppdelning i primär och sekundär hikikomori. Socialt tillbakadragande utan underliggande psykiatrisk problematik – *primär hikikomori* – särskiljs då från socialt tillbakadragande som en följd av underliggande psykiatrisk problematik – *sekundär hikikomori* (Saitō, 2013; Teo & Gaw, 2010; Suwa & Suzuki, 2013; Ovejero et al., 2014). Bland dem som framhåller att denna distinktion görs, finns de som anser att primär hikikomori bör etableras som en ny diagnos i kommande DSM-upplagor (Teo & Gaw, 2010; Ovejero et al., 2014). Enligt Tajan (2015) är detta en något paradoxal hållning, där primär hikikomori i första ledet kännetecknas genom frånvaron av underliggande psykiatrisk problematik, för att i nästa led etableras som en psykiatrisk diagnos. Han menar att förtjänsten med en uppdelning delvis är att det sociala tillbakadragande får en framträdande plats utan att psykiatiseras, en poäng som går förlorad om primär hikikomori inkluderas i DSM eller ICD (Tajan, 2015). Tillsammans med flera andra forskare menar han istället att primär hikikomori bör behålla sin status som fenomen. Genom att inte reducera primärt socialt tillbakadragande till en psykopatologi kan fler aspekter av tillståndet uppmärksammas, varpå insatser kan utvecklas och anpassas på ett mer tillbörligt sätt (Tajan, 2015, Saitō, 2013, Li & Wong, 2015). För att stötta den kliniska verksamheten finns dock ett värde i att etablera en fast definition (Saitō, 2013), liksom att reliabla mätinstrument utvecklas (Li & Wong, 2015). Även om meningarna går isär rörande hikikomoris status som diagnos, finns en samstämmighet kring behovet av att tydligare definiera tillståndet för att underlätta såväl det kliniska arbetet som vidare forskning. Idag är de metoder som används för att undersöka både förekomst och förståelse bristfälliga, främst kopplat till den otydlighet som begreppet hikikomori är behäftat med (Suwa & Suzuki, 2013; Teo et al., 2015).

## Identifierade gemensamma faktorer

Att befinna sig i ett socialt tillbakadraget tillstånd innebär ett stort lidande och de allra flesta uttrycker oro eller irritation över sin situation (Koyama et al., 2010). Även upplevelser av hopplöshet, skuld och skam är vanligt (Saitō, 2013). Många patienter kan

redogöra för vad som utlöste det sociala tillbakadragandet men det är sällan något traumatiskt som inträffat. Snarare rör det sig om händelser som utifrån sett ter sig bagatellartade, mindre motgångar i den unges utveckling som kan betraktas som normala i utvecklingen, men som för individen blir avgörande (Suwa et al., 2003). Variationen mellan individer som befinner sig i ett isolerat tillstånd är stor, dock finns några återkommande faktorer i patienternas upplevelser och historia. I bakgrunden finns inte sällan svårigheter kopplade till skola och social samvaro (Saitō, 2013; Li & Wong, 2015). Många unga vuxna som hamnat i ett socialt tillbakadragande har haft hög skolfrånvaro. En stor andel har varit utsatta för mobbing och många saknar vänner, liksom erfarenheter av kärleksrelationer och sexuella möten. Det finns ofta en rädsla för interaktion som inte tycks korrespondera med patienternas verkliga kapacitet till socialt samspel. Dock blir förmågan att interagera ofta nedsatt i samband med en längre tids isolering (Wong, 2009; Saitō, 2013).

Enligt flera forskare (Saitō, 2013; Teo et al., 2015) utgörs gruppen av socialt tillbakadragna unga vuxna i Japan i första hand av män. Detta hänvisas till att det finns högre krav på män att prestera och positionera sig i sociala kontexter och att de därför i högre utsträckning drabbas av konkurrens-kulturen som råder i landet. Samtidigt ifrågasätts dessa siffror och antas påverkas av könsstereotyper där kvinnor som drar sig tillbaka socialt inte väcker samma uppmärksamhet då de förväntas tillbringa mer tid i hemmet (Furlong, 2007). I Sverige verkar det se annorlunda ut, i de projekt som riktar sig till unga vuxna som isolerar sig i Uppsala och Umeå är könsfördelningen jämn mellan deltagarna (Finn et al., 2015; I. Hörnsten och T. Olofsson, personlig kommunikation, 2 december, 2015). Avseende klass finns det studier som visar att förekomsten av socialt tillbakadragande ökar i grupper från medelklassen och uppåt. Detta förstås både utifrån värderingar kopplade till utbildning och karriär som skapar press och utifrån att familjer med en medelklassbakgrund har större möjligheter att fortsätta försörja sina vuxna barn. Samtidigt är det möjligt att benägenheten att söka hjälp är större hos medelklassen, vilket kan antas bidra till föreställningen om att hikikomori är mer förekommande där (Furlong, 2007). Saitō (2013) menar att hikikomori inte är kopplat till klass, utan att olika sociala förutsättningar kan bidra till socialt tillbakadragande – den gemensamma nämnaren utgörs av en sänkt förmåga att möta krav och ta sig igenom svårigheter. Överlag finns det anledning att vara försiktig när det gäller att dra slutsatser kring yttre karakteristika, då det kommer att påverka vilka individer som uppmärksammas och vilka som är benägna att söka hjälp. Därmed riskeras ett osynliggörande av de delar av populationen som inte stämmer överens med stereotypen (Furlong, 2007).

## **Familjedynamik och självständighetsutveckling**

Enligt flera forskare (Saitō, 2013; Suwa et al., 2003; Li & Wong, 2015) kan socialt tillbakadragande kopplas samman med svårigheter rörande vuxenblivande. Det som förenar den heterogena gruppen tycks vara en oförmåga att ta sig vidare, att hitta lösningar – konventionella eller okonventionella – som leder individen mot en ökad självständighet och emotionell mognad (Saitō, 2013). Patienter med den här problematiken har ofta inte löst de konflikter som hör hemma i tonåren, utan kan mentalt sägas befinna sig i en förlängd ungdomsperiod. Att växa, mogna och utvecklas innebär en process av upprepade förluster – att som barn bli medveten om sina begränsningar och därmed sitt beroende av samspel med andra människor, vilket i sin tur skapar en upplevelse av tillhörighet och

delaktighet (Saitō, 2013). Både familj och skola har stor betydelse i processen och flera forskare kopplar socialt tillbakadragande hos unga vuxna till problematiska familjerelationer (Saitō, 2013; Suwa et al., 2003; Li & Wong, 2015; Umeda et al., 2012) liksom brister i skolsystemet, där eleverna ställs emot varandra samtidigt som en föreställning om allas lika möjligheter upprätthålls (Saitō, 2013).

Olika typer av familjestrukturer har identifierats, som antas försvåra den unges förutsättningar att ta sig an vuxenlivet och därmed verkar predisponerande för socialt tillbakadragande. Det rör sig dels om överbeskyddande föräldraskap, där den unges självständighetsutveckling hålls tillbaka genom uteblivna erfarenheter av att möta och ta sig igenom svårigheter (Li & Wong, 2015). En överbeskyddande föräldrastil kan skapa en osäkerhet inför den egna förmågan att klara av de krav som samhället ställer, liksom en mer allmän rädsla för omvärlden som leder till att man låter bli att utforska – både för att ens föräldrar hindrar en och för den internaliserade föreställningen om att livet är fyllt av faror (Suwa et al., 2003). Dels rör det sig om familjer med höga förväntningar avseende den unges utbildning och karriär. För ungdomar som växer upp i den här typen av familj är det ofta i samband med skolans slut som svårigheterna framträder, i mötet med verkligheten, där arbetslösheten är hög och bristen på möjligheter blir påtaglig, skapas frustration som blir utlösande för ett tillbakadragande (Umeda et al., 2012; Li & Wong, 2015). Även familjer med en dysfunktionell dynamik, där den unge inte lärt sig grundläggande interpersonella färdigheter utgör en risk för socialt tillbakadragande, då det försvårar interaktionen med jämnåriga och skapar en sårbarhet för mobbing och avvisande (Li & Wong, 2015). Ytterligare en riskfaktor som påträffats är panikångest hos mamman vilket man tänker beror på att panikångesten innebär ett tillstånd där det blir svårt för mamman att minska barnets undvikande och ångest. Barnets tendens att dra sig tillbaka från det som upplevs skrämmande förstärks av mammans egen oro. Utforskande och social aktivitet uppmuntras heller inte i den utsträckning som hade kunnat motverka barnets tendenser till undvikande (Umeda et al., 2012).

Suwa et al., (2003) liksom Saitō (2013) framhåller bristande kommunikation som en betydande faktor vid socialt tillbakadragande. Saitō (2013) pekar ut tre system – individ, familj och samhälle – där olika faktorer samverkar och menar att det vid socialt tillbakadragande har skapats en ond cirkel inom varje enskilt system som verkar kvarhållande och förvärrande avseende individens tillstånd. Till skillnad från hur det ser ut i ett sunt system, saknas i *hikikomorisystemet* ömsesidig kommunikation mellan respektive instanser, samtidigt som gränserna systemen emellan inte är tydliga. I stället har ofta en envägskommunikation utvecklats, där familjen liksom samhället riktar sig till individen med råd, krav, uppmaningar och även försök till samtal, som inte tas emot. Så länge individen inte förmår ta emot det som sägs, rör det sig inte om verklig kommunikation, utan omgivningen upplevs som påträngande och stressande. I ett sunt system är individen, familjen och samhället i kontakt med varandra och samverkar – de rör sig tillsammans men de är samtidigt avgränsade. Med kontakt avses här att individen kommunicerar med och har ett utbyte av familjen och samhället. Familjen i sin tur är en del av samhället genom de olika arenor där familjemedlemmarna lever sina liv. Trots eventuella svårigheter och tillfälliga brott, släpps inte kontaktytorna helt, vilket gör det möjligt att föra in positiva krafter i systemet igen. I hikikomorisystemet däremot är kontakten bruten mellan individen och familjen, liksom mellan individen och samhället. Inte sällan är också familjens kontakt med samhället begränsad, varpå individen befinner sig i en låst situation (Saitō, 2013). Saitō (2013) är pragmatisk i sin hållning och menar att denna schematiska framställning kan och bör betraktas som en förenkling, men säger



samtidigt att den i sin enkelhet är signifikant för socialt tillbakadragande och en utgångspunkt som möjliggör behandling (Saitō, 2013).

## **Ett förändrat samhälle**

I en analys av fenomenet hikikomori menar Furlong (2007) att socialt tillbakadragande och brist på engagemang hos unga vuxna, vid sidan av det psykologiska perspektivet, måste förstås utifrån strukturella förändringar på samhällsnivå, där individualiseringen och en ökande otrygghet avseende anställning skapar alienation hos unga vuxna. Även andra forskare associerar allvarligt socialt tillbakadragande till de socioekonomiska och kulturella förändringar som under de senaste tre decennierna ägt rum på både lokal och nationell nivå, liksom globalt och menar att ett ensidigt psykologiskt perspektiv riskerar att individualisera och medikalisera ett mångfacetterat fenomen (Saitō, 2007; Suwa & Suzuki, 2013).

I många västerländska samhällen förändrades arbetsmarknaden i början av 80-talet, i synnerhet för unga individer på väg in i arbetslivet. Ungdomsarbetslösheten steg drastiskt, konkurrensen ökade, visstidsanställningar blev vanligare liksom deltidsanställningar och kravbilden förändrades med en betoning på flexibilitet och interpersonella förmågor hos den anställde. Ökade krav på vidareutbildning och specialisering ledde även till att medelåldern avseende inträde på arbetsmarknaden steg (Furlong 2007; Olofsson, 2014). I samband med finanskrisen 2007-2008 förvärrades situationen ytterligare inom EU och utsikten för unga att etablera sig på arbetsmarknaden är idag sämre än på mycket länge. Sverige är ett av de länder som haft en mycket negativ utveckling avseende ungdomsarbetslöshet (Olofsson, 2014). Japan var relativt opåverkat av den förändring som ägde rum i väst under 80-talet men kom på 90-talet, tillsammans med flertalet andra östasiatiska samhällen, att drabbas av en ekonomisk kollaps med en påföljande lågkonjunktur som innebar en kraftig omställning avseende arbetsmarknaden. Detta ledde till att de ungas etableringsvillkor kraftigt förändrades även här (Suwa & Suzuki, 2013). Från att ha präglats av förutsägbarhet och trygghet har övergången från studier till arbete – från barndom till vuxenliv – kommit att förlängas och diversifieras i såväl Europa och USA som i Japan. Det tidigare mer kollektiva och linjära etableringsmönstret, där karriärvägen i högre grad definierades på förhand och därmed snabbare förde fram till fasta anställningar och en tryggad försörjningssituation, har idag ersatts av ett mer utdraget och individualiserat mönster. För en del ungdomar och unga vuxna innebär detta att frihetsgraderna utvidgats, men för många är följden en ökad utsatthet och social risk. Bland ungdomar varierar de sociala villkoren alltmer samtidigt som sociala resurser i form av nätverk, utbildning och ekonomiskt och kulturellt kapital kommit att bli alltmer avgörande för möjligheten att klara av arbetsmarknadens anpassningskrav. Framgång och möjligheter har kommit att handla mer om den egna förmågan och mindre om yttre omständigheter. (Furlong, 2007; Olofsson, 2014). I en svensk kontext kan detta kopplas till aktiveringspolitikens genomslag på 1990-talet, där det kollektiva ansvaret för sociala problem som präglade välfärdspolitikerna efter andra världskriget, alltmer förflyttades till individen själv. Aktiveringspolitiken bygger på konsekvenspedagogik och innebär att det samhälleliga stöd till individen som tidigare betraktats som en medborgerlig rättighet blivit villkorat med krav på motprestation (Olofsson, 2014). Olofsson (2014) framhåller att mycket talar för att de etablerade välfärdspolitiska systemens utformning inte är anpassade till de utmaningar och sociala

risker som ungdomar och unga vuxna ställs inför i dagens Sverige. Institutioner och välfärdspolitik som syftar till att underlätta ungas möjligheter till arbete och ekonomiskt oberoende verkar ha blivit mindre effektiva. Till exempel är det många arbetslösa ungdomar som inte uppfyller arbetslöshetsförsäkringens kvalificeringsvillkor<sup>3</sup>, vilket talar för en mycket utsatt ekonomisk situation (Olofsson, 2014). Både i Sverige och i Japan, där möjligheten till statligt stöd överlag är liten, innebär därmed den förändrade arbetsmarknaden ett ökat/förlängt beroende av försörjning via föräldrarna (Furlong, 2007; Olofsson, 2014).

Furlong (2007) menar att en naturlig följd av denna samhällsförändring är att fler unga människor drar sig tillbaka och framhåller att fenomenet hikikomori primärt behöver förstås utifrån förändringen i arbetsmarknaden och det ökade behovet av stöd från familj och stat som är följderna av densamma. Strukturellt finns stora likheter avseende den ekonomiska och samhälleliga utvecklingen mellan Japan och flera västerländska samhällen, dock betonar Furlong att förändringarna eventuellt blev mer omvälvande för den japanska befolkningen på grund av att den skedde snabbare och innebar en mer dramatisk kollaps av traditionella strukturer. Att socialt tillbakadragande blivit ett så omfattande problem i landet skulle kunna vara en följd av detta (Furlong, 2007). Även det japanska skolsystemet anses spela roll för det ökade antalet tillbakadragna unga vuxna. Det är ett oflexibelt system, där pressen att anpassa sig och prestera är stor från ung ålder. Den akademiska framgången är högt ansedd i Japan och lärarna har traditionellt stått i förbindelse med arbetsgivare och haft en avgörande roll i elevernas möjligheter till anställning och karriär. Även om detta förändrats något i och med att arbetsmarknaden har förändrats, lever den konkurrenspräglade kulturen kvar, vilket leder till en stratifiering där du antingen är vinnare eller förlorare. Självförtroende och självkänsla blir i en sådan miljö starkt kopplat till prestation och ett misslyckande kan bli en kris som triggar socialt tillbakadragande. En annan skillnad som delvis hänger samman med det rigida skolsystemet och som möjligtvis ökar pressen på japanska ungdomar har att göra med hur ”sökande” betraktas. Att ta en paus i samband med övergångsperioder för att omvärdera sin identitet är i relativt hög utsträckning accepterat i väst, ofta till och med socialt sanktionerat. Att resa, läsa en kurs, volontärarbeta eller ta en tillfällig anställning är, för den som har möjlighet, något som anses positivt – även om det finns en förväntan om att det är just en temporär lösning. I Japan däremot finns en annan skepsis mot ungdomar som väljer att avvika från den utstakade banan eller ta en paus från den. Det är viktigt att välja rätt från början, både för att inte avvika från normen och för att det rent faktiskt är en större risk för japanska ungdomar att ta en paus då det finns färre möjligheter att ta igen missade studier (Furlong, 2007).

---

<sup>3</sup> ”Det primära försörjningssystemet för arbetslösa, dvs. arbetslöshetsförsäkringen, omfattar i praktiken inte unga eftersom de inte uppfyller kvalificeringsvillkoren. Arbetsvillkoret, enligt huvudregeln, på minst 80 timmars förvärvsarbete per månad under en period på sex månader – beräknat under en ramtid på ett år – är svårt att uppfylla på en arbetsmarknad som kännetecknas av pendlande ut och in i jobb, perioder av utbildning, tidsbegränsade anställningar och deltidsarbetande.” (Olofsson, 2014)

## **Behandling, insatser och bemötande**

Givet att socialt tillbakadragande är en mångfacetterad problematik och att patientgruppen är heterogen, förespråkar forskare och kliniker insatser som är anpassade till den enskilda individens behov och framhåller vikten av en gedigen kartläggning. Samtidigt uppvisar individer som befinner sig i tillståndet vissa gemensamma nämnare som skapar specifika förutsättningar för behandling (Saitō, 2013; Finn et al., 2015; Suwa et al., 2003; Wong, 2009). Till att börja med utgör det sociala tillbakadragandet ett konkret hinder för behandling då många, trots en önskan om hjälp, inte förmår lämna hemmet. Vidare saknas ofta tron på att något skulle kunna förändras, vilket leder till en låg motivation. Ofta tar det lång tid innan professionella kontakter initieras och många gånger är det föräldrarna som söker hjälp för den unges räkning (Saitō, 2013; Kondo et al., 2013; Wong, 2009).

På grund av problematikens komplexitet och patientens minimala kommunikation med omvärlden, krävs omfattande insatser för att det sociala tillbakadragandet ska kunna brytas (Saitō, 2013; Wong, 2009). Då socialt tillbakadragande kan kopplas till svårigheter avseende vuxenblivande, handlar behandlingsarbetet i mycket om att stötta patienten i sin psykologiska mognad och självständighetsutveckling. Det anses gynnsamt att involvera patientens föräldrar i behandlingen, då familjedynamiken och relationerna familjemedlemmarna emellan ofta underhåller problematiken. Föräldrarna behöver ges stöd i hur de på bästa sätt kan bemöta och kommunicera med sina vuxna barn för att hjälpa dem att ta sig an rollen som vuxen och den separation som det innebär (Suwa et al., 2003; Saitō, 2013). Utöver familjearbete är individuell psykoterapi viktig för att patienten utrymme att själv börja formulera sig kring sitt tillstånd och sin person, men det behövs även insatser som syftar till att öka interaktionen med andra människor och samhället i stort (Saitō, 2013; Wong, 2009).

Hikikomori-projekten i Uppsala och Umeå innebär både individuellt stöd och möjlighet till gruppaktiviteter flera gånger i veckan. I Umeå erbjuds deltagarna även individuella aktiviteter (Finn et al., 2015; I. Hörnsten och T. Olofsson, personlig kommunikation, 2 december, 2015). Projektet i Uppsala har utvärderats vid två tillfällen (Adolfsson, 2013; Finn et al., 2015) med goda resultat. Årsrapporten 2015 visar att 95 % av deltagarna brutit sin isolering – kriteriet var att deltagarna skulle kunna gå utanför sin dörr och att deltagarna skulle kunna ta kontakter utanför hemmet vid behov – och att 77 % hade planer för framtiden – vilket innebär att individen var motiverad att tänka på framtida studier eller arbete och att individen hade börjat ta reda på vad som krävs för att ta sig vidare i form av behörighetskrav, anmälan till arbetsrehabilitering etc. (Finn et al., 2015). En samhällsekonomisk utvärdering utförd av Payoff (refererad till i Finn et al., 2015) visar dessutom att projektet för samhället i stort återbetalar sig på 16 månader (Finn et al., 2015).

## **Syfte och frågeställning**

Internationellt ökar intresset för unga vuxna individer som bryter kontakten med samhället och isolerar sig i hemmet. Även i Sverige talas det alltmer om ”hemmasittarna”. I första hand avses då barn och ungdomar som inte går till skolan, men alltfler insatser runt om i landet riktas även till personer över 18 år, vilket tyder på att problematiken uppmärksammas, och i någon mån ringats in, även här. Det är inte självklart att socialt

tillbakadragande hänger samman med psykisk ohälsa och psykiatrisk problematik, men den låga funktionsnivån som isoleringen på ett generellt plan innebär, leder ofta till att frågan ställs. Följaktligen är det sannolikt att psykiatrin kommer i kontakt med personer som dragit sig tillbaka från samhället och därmed angeläget att undersöka hur problematiken förstås och bemöts inom den psykiatriska verksamheten. Föreliggande studie syftar till att undersöka hur psykologer verksamma inom vuxenpsykiatrin förstår och talar om socialt tillbakadragande hos unga vuxna, hur behandlingsinsatser ser ut för patienter med sådan problematik, samt hur psykologerna uppfattar att dessa fungerar. Genom att relatera resultatet till teoretiska ansatser och befintlig forskning kring socialt tillbakadragande, ämnar jag även undersöka huruvida psykologernas uppfattning om fenomenet, så som det tar sig uttryck hos unga vuxna patienter i psykiatrin, överlappar med den problematik som benämns hikikomori.

Studiens grundfrågeställning är: Hur förstår och bemöter psykologer verksamma inom vuxenpsykiatrin socialt tillbakadragande hos unga vuxna?

## **Metod**

### **Datainsamling**

För att undersöka hur socialt tillbakadragande förstås och bemöts av psykologer verksamma inom vuxenpsykiatrin, valdes en kvalitativ, induktiv metod med en explorativ ansats. Ett strategiskt urval gjordes där psykologer verksamma inom den vuxenpsykiatriska öppenvården vid Psykiatriska kliniken på Södra Älvsborgs Sjukhus tillfrågades. Totalt tillfrågades 12 psykologer via två bekanta som själva är verksamma inom kliniken. De tillfrågade fick ett informationsbrev (Bilaga 1) där en beskrivning gavs av studiens syfte liksom det fenomen som undersökningen avser belysa. Brevet innehöll även information rörande vilka som bjudits in att delta, deltagandets frivillighet, behandling av insamlat material, vilka som är ansvariga för studien, samt kontaktuppgifter. Efter förfrågan från några deltagare rörande vilka patienter som studien avser gjordes ett förtydligande tillägg (Bilaga 2) som antingen skickades via mail eller gavs muntligt i samband med att intervjuerna bokades in. De psykologer som tackade ja till medverkan fick intervjuguiden (Bilaga 3) skickad till sig för att få möjlighet till reflektion innan intervjun. Detta motiverades av att materialet antogs bli rikare om psykologerna på förhand begrundat frågorna. Risker med att få anpassade och socialt önskvärda svar bedömdes som liten i jämförelse med förtjänsten av detta förfarande. Bortsett från en av psykologerna uppgav samtliga att de tittat igenom intervjuguiden innan vi träffades.

En av de tillfrågade psykologerna tackade nej till deltagande på grund av en upplevelse av att ha för lite erfarenhet av patienter med den problematik som efterfrågades. En annan hade ej möjlighet att låta sig intervjuas i tillräcklig tid och ytterligare två av de tillfrågade lyckades jag inte komma i kontakt med. Således genomfördes intervjuer med sammanlagt 8 psykologer, varav 3 kvinnor och 5 män i åldersspannet 39 till 60 år. Antal år som psykologerna varit yrkesverksamma varierade mellan 7 och 25 år och antal år som psykologerna varit yrkesverksamma inom den vuxenpsykiatriska öppenvården varierade mellan 3 månader och 15 år. Intervjuerna ägde rum på psykologernas respektive arbetsplatser, samt vid ett tillfälle på psykologiska

institutionen efter deltagarnas egna önskemål. Intervjuernas längd varierade mellan 50 minuter och 80 minuter, beroende av såväl utrymme som av hur omfattande svar som gavs. Intervjun spelades in på digitalt ljudband.

Intervjuerna följde, med ett undantag, en semistrukturerad intervjuguide bestående av tre delar med rubrikerna: 1) Förståelse, 2) Praxis, samt 3) Gruppbenämning. Den första delen syftar till att utforska psykologernas förståelse för socialt tillbakadragande genom att dels fokusera på olika livsområden som antas vara av betydelse för patienter med den här problematiken (Saitō, 2007) och dels genom att mer öppna frågor ställs rörande psykologernas uppfattning om fenomenet. I den andra delen berör frågorna psykologernas, liksom mottagningens arbete med patienter där det sociala tillbakadragandet är framträdande. Att undersöka praxis syftar till att få ytterligare aspekter av psykologernas förståelse för problematiken att framträda, samt att få en bild av hur psykologerna anser att arbetet kring de här patienterna fungerar. I den tredje delen ges psykologerna utrymme att reflektera kring huruvida de patienter de talat om i de två föregående delarna utgör en grupp, samt vilka eventuella för- och nackdelar de ser med att identifiera en grupp. Samtliga frågor i intervjuguiden ställdes och de tre delarna togs i ordning. Dock följde frågorna inom varje del inte alltid samma ordning, utan anpassades efter de svar som gavs för att få ett mer flytande samtal. Ibland ställdes följdfrågor för att underlätta för ett fördjupat resonemang, samt för att tydliggöra att jag uppfattat det deltagaren sagt på rätt sätt.

En av psykologerna ansåg det inte vara möjligt att tala om socialt tillbakadragande utifrån mina frågor, varpå intervjun kom att bli mer av ett öppet samtal, där psykologens tankar om socialt tillbakadragande utforskades. Då min intervjuguide bygger på att det finns ett fenomen att tala om, blev den i detta fall obrukbar då psykologen inte uppfattade att det var möjligt att ringa in några patienter att tala utifrån. Detta i sig betraktades som värdefull information och som ett resultat i sig, vilket har inkluderats. Däremot har jag inte använt mig av materialet i tematiseringen, då en förutsättning för validitet är att intervjuerna följer samma struktur.

Då uppsatsen har en induktiv ansats, där syftet är att utforska psykologers förståelse och erfarenhet av socialt tillbakadragande hos unga vuxna, valde jag att inte använda mig av de kriterier som idag, i hög utsträckning, används vid forskning avseende hikikomori. Det är möjligt att en på förhand given definition, som på ett mer omfattande sätt ringar in vilka patienter vi ska tala om, hade underlättat vid datainsamlingen. En av svårigheterna vid intervjuerna bestod just i att psykologerna blev osäkra på vilka patienter de hänvisade till. Samtidigt hade studien med en sådan avgränsning fått en mer deduktiv karaktär där förekomst av en viss typ av socialt tillbakadragande, snarare än förståelse och fenomenologi, stått i centrum.

## **Databearbetning**

Intervjuerna transkriberades initialt i sin helhet, varpå ytterligare en genomlysning gjordes där transkriptet kontrollerades och vissa justeringar gjordes från talspråk i riktning mot skriftspråk för att öka läsbarheten. Till exempel togs upprepningar av ord bort och icke-semantiska uttryck och pauser uteslöts i de fall de inte ansågs meningsfulla för materialets innebörd (Langemar, 2008). Vid några tillfällen uttrycker psykologerna en osäkerhet kring vilka det är vi ska prata om i samband med intervjuerna,

varpå detta diskuteras innan själva intervjun börjar. Dessa inledande samtal har också transkriberats och inkluderats i materialet.

Transkripten bearbetades enligt tematisk analys, som den presenteras av Braun & Clark (2006). Initialt lästes materialet igenom flertalet gånger i syfte att skapa kännedom om innehållet och noteringar gjordes kring de idéer som väcktes. Därefter följde en kodningsprocess. Hela materialet delades in i koder, vilka, tillsammans med respektive tillhörande citat, sorterades in i möjliga teman och underteman. I nästa steg kontrollerades överensstämmelsen mellan koder/citat inom, liksom mellan, varje tema. Vissa omflyttningar gjordes och koder som inte passade in eller upplevdes sakna relevans för studiens syfte plockades bort.

På grund av att psykologernas arbetsuppgifter i viss mån skiljer sig åt, samt att några av dem arbetar nästan uteslutande med specifika diagnosgrupper, hände det emellanåt att deras svar snarare verkade gälla en viss diagnos än socialt tillbakadragande. I de fall jag blev osäker på vilka patienter som avsågs under intervjuerna bad jag psykologerna att förtydliga. I genomgången av materialet framträdde emellertid fler passager där det inte var helt självklart vilken patientgrupp psykologerna syftade på, dessa har uteslutits ur resultatet. Med detta sagt finns naturligtvis fortfarande en risk att jag missuppfattat psykologernas hänvisningar, som förmodligen förstärks på grund av de redan nämnda svårigheterna kring att prata om en icke-definierad grupp.

Givet studiens induktiva ansats har tematisering och kodningsförfarande haft en datadriven karaktär, där inga försök gjorts att passa in materialet i en viss teoretisk referensram. Vidare har materialet kodats på en semantisk nivå, det vill säga att kodningen utgått från psykologernas explicita uttalanden, inte utifrån antaganden om vad som uttrycks latent.

## Resultat

Flera av psykologerna är initialt osäkra på vilka patienter det är vi ska tala om och samtliga nämner att det sociala tillbakadragandet kan stå för många olika saker och att det inte går att generalisera. En av psykologerna menar att det inte är möjligt att besvara mina frågor då psykologen ser det sociala tillbakadragandet som ett symptom, vilket fyller olika funktion hos olika patienter och menar att det därför inte blir meningsfullt att tala på ett övergripande sätt. Under samtliga övriga intervjuer utkristalliserar sig så småningom en bild av den socialt tillbakadragna patienten vilken psykologerna talar utifrån, även om de flesta återkommer till svårigheter rörande avgränsningar. De är noga med att betona att beskrivningarna är schematiska, att det finns stora skillnader mellan individerna och pekar på den tänkta patientgruppens heterogenitet. Den generaliserade bild som framträder i psykologernas tal är dock förvånansvärt samstämmig. Detta trots att psykologerna skiljer sig åt gällande vilka kopplingar de gör till annan problematik – någon refererar främst till patienter med diagnoser inom autismspektrumet medan en annan tvärtom betonar att det inte rör sig om patienter med asperger syndrom eller autism. En av psykologerna talar utifrån patienter som har diagnostiserats med personlighetsstörning och andra menar att det är ett fenomen som går på tvärs med diagnossystemet. Någon talar inte alls om diagnoser.

Psykologerna ringar in en patientgrupp där det sociala tillbakadragandet blivit allvarligt och centralt, de individer som beskrivs är unga vuxna som aldrig etablerat sig i arbetslivet och som i de flesta fall bor kvar i föräldrahemmet. Samtliga framhåller att

internet och onlinespel tycks spela en viktig roll i patienternas liv både som tidsfördriv och belöningssystem, för vissa även som en källa till social interaktion. Sett till hela livssituationen lyfter psykologerna fram en torftighet avseende såväl sysselsättning och vardagliga rutiner som mänsklig samvaro. Även om patienterna bor med föräldrar och syskon tycks de inte delta i familjelivet i någon högre utsträckning, finns vänner är kontakten sparsam och aktiviteter utanför hemmet lyser med sin frånvaro. Många har vänt på dygnet, vilket skapar ytterligare distans till omgivningen. Patienterna skiljer ut sig genom det kraftiga undvikandet. Det sociala tillbakadragandet uppfattas som extremt och beskrivs som något utöver det vanliga.

Flera av psykologerna kommer spontant att tala om pojkar och män när de tar upp exempel eller gör svepande beskrivningar av patientgruppen. När vi stannar upp i frågan är de flesta dock överens om att det inte finns en tydlig koppling till kön även om de stött på färre kvinnor med problematiken.

Psykologerna gör en distinktion mellan de patienter som ännu inte upprättat en vuxen tillvaro (vilka är de som avses under intervjuerna) och de som en gång etablerat sig i samhället och sedan dragit sig tillbaka på grund av depression, kris eller andra svårigheter. För de senare verkar inte det sociala tillbakadragandet få samma konsekvenser – det blir inte lika allvarligt och det är lättare att komma tillbaka eftersom det just finns något att återvända till. För den som ännu inte inrättat en vuxen tillvaro tycks tillståndet vara mer jagsyntont, mer identitetsbärande och i högre utsträckning ha regressiva inslag. Psykologerna påtalar att det sällan händer att någon som klarat att lämna föräldrahemmet och byggt ett eget liv plötsligt stänger in sig på det sätt som de här patienterna gör.

Sammantaget verkar det finnas en upplevelse av att det existerar en patientgrupp att tala om, men än så länge är psykologerna själva osäkra på vilka de inkluderar. De uttrycker ett behov av att tala mer om de här patienterna för att kunna anpassa de insatser som erbjuds inom psykiatri och menar att det skulle vara hjälpsamt att på något sätt kunna benämna patientgruppen. I intervjumaterialet kunde ett antal teman identifieras som åskådliggör psykologernas förståelse för socialt tillbakadragande, samt deras erfarenhet av att arbeta med patienter med den här problematiken inom den vuxenpsykiatriska verksamheten. Dessa har delats in i tre teman, med sammanlagt 18 underteman:

## **1. Det sociala tillbakadragandet som ett skydd mot ökande krav i samband med vuxenblivande**

- 1.1. Att undvika det som skrämmer
- 1.2. En oförmåga att se sig själv på en annan plats
- 1.3. Ett lidande som är närvarande i sin frånvaro
- 1.4. Att vilja må bra men vara rädd för förändring
- 1.5. En ond cirkel
- 1.6. Ett symptom som debuterar vid olika tidpunkter
- 1.7. En osäkerhet kopplad till att bli vuxen
- 1.8. Ett fenomen i tiden?

## **2. Att arbeta terapeutiskt med unga vuxna patienter som lever isolerat**

- 2.1. Den terapeutiska relationen
- 2.2. Att väcka något i patienten och skapa en nyfikenhet kring den egna personen
- 2.3. Att driva på utan att vara tvingande, ge direktiv eller ställa för höga krav

- 2.4. Att inte ta över hopplösheten
- 2.5. Terapi är inte tillräckligt

### **3. Att verka inom psykiatrins ramar**

- 3.1. Att uppmärksamma patienter som inte själva tar plats
- 3.2. Att identifiera och benämna en potentiell grupp
- 3.3. Svårigheter kopplade till psykiatrins strukturer
- 3.4. Vikten av samverkan
- 3.5. Vems är ansvaret?

## **1. Det sociala tillbakadragandet som ett skydd mot ökande krav i samband med vuxenblivande**

I analysen av intervjuerna växer en bild fram där det sociala tillbakadragandet hos unga vuxna patienter uppfattas utgöra ett skydd mot en otrygg omvärld. Vad som tycks komplicera situationen för de här patienterna är en bristande motivation till att förändra sin tillvaro. Även om det finns ett märkbart lidande som patienterna önskar bli av med, uppfattar inte psykologerna att det nödvändigtvis är kopplat till att vilja skapa sig ett annat liv. Erfarenheter av tidigare misslyckanden, en låg självkänsla och svårigheter att se sig själv på en annan plats gör att patienternas drivkraft att pröva sig mot verkligheten är låg. En ond cirkel skapas där rädslan växer sig starkare i takt med att kontakten med omvärlden minskar. Patienternas upplevelse av att inte klara av social samvaro eller studie-/yrkesliv bekräftas genom deras sätt att leva.

*”Någon slags parallelltillvaro som man lever vid sidan av det här samhället, som är skrämmande och diffust.”*

**1.1 Att undvika det som skrämmer.** Psykologerna är eniga om att det sociala tillbakadragandet innebär ett skydd gentemot potentiella hot mot den egna personen. Genom att avskärma sig från andra människor och samhället i stort hålls eventuella nederlag och plågsamma erfarenheter borta. Undvikandet verkar inte bara gälla skrämmande situationer och möten, utan många av patienterna tycks även ha utvecklat en förmåga att hålla ifrån sig tankar som väcker obehag, vilket kan upplevas som en känslomässig avstängdhet. Vidare talar psykologerna om att undvikandet så småningom verkar bli det centrala livsvillkoret för patienterna och att undvikandet kommer att ske per automatik.

*”Det är som att de egentligen borde vara nedstämda men de är, det är som om de har blivit vana vid att leva ett sådant torftigt liv så att det bara rullar på och väldigt mycket handlar om att undvika jobbiga saker. Undvika det där mötet på arbetsförmedlingen, undvika den där släktmiddagen så att säga. Och det i sig gör att de får någon sorts livsinnehåll att ducka för livet.”*

*”Jag tror att det i stor grad, eller i stor utsträckning fyller en känsloreglerande funktion, det vill säga en avstängningsmekanism [...] man stänger av – jag stänger min dörr och jag stänger av, då behöver jag inte befatta mig med det där som jag är rädd för eller inte förstår eller inte kan eller inte vågar.”*



Genom att isolera sig slipper man konfronteras med en eventuell oförmåga att leva upp till såväl egna som andras förväntningar:

*”Rädsla för att misslyckas, rädsla för att inte duga – inte räcka till, vilket de har erfarenhet av [...] det har inte fungerat. Rädsla för att det de tänker ska vara sant... Jag tänker att det finns de som har så här orealistiska framtidsbilder nästan, liksom att 'jag ska bli professor' eller så, men de tar inga steg i den riktningen överhuvudtaget.”*

*”Slippa känna sig otillräcklig, slippa känna att man inte klarar av vad det nu kan vara, sociala kontakter eller konkurrens eller...”*

Psykologerna framhåller onlinespel som en viktig komponent i undvikandet, då dessa både verkar distraherande och belönande. Några av psykologerna nämner även den identitetsskapande effekt som spelen har, vilket gör att kostnaden för att bryta sig loss blir stor. På så vis tycks onlinespelen ha en kvarhållande effekt, där stimulansen och den sociala interaktion spelandet innebär förstärker undvikandet.

*”För att lyckas vara en sådan där hemmasittare så behöver man ha någonting som kan döva ångesten och stressen liksom. Och det är ju de här spelen väldigt bra på att göra, att man kan lägga timme efter timme och bli uppfylld av något så att man slipper känna ensamhet, ångest och stress.”*

**1.2 En oförmåga att se sig själv på en annan plats.** Psykologerna upplever att patienterna, trots missnöje med sin situation, saknar motivation att ta sig ut i livet. De verkar ha svårt att föreställa sig själva i ett annat sammanhang och det som finns utanför hemmet framstår inte som tillräckligt attraktivt för att det ska vara värt att sätta den trygghet det isolerade livet innebär på spel. Några av psykologerna framhåller att patienterna verkar sakna eller hålla ifrån sig drömmar, att de tycks ha gett upp om ett ”normalt” vuxenliv med arbete, vänner och familj.

*”Något som har slagit mig nu på sistone, en viktig komponent tänker jag handlar om det här... oförmågan att älska sig själv. Låter kanske lite klyschigt men...just så att man har svårt att se att det skulle kunna finnas så mycket mer i livet för en själv liksom [...] man har inte en föreställning om att det skulle finnas så mycket annat i livet. Man har inte de erfarenheterna man har inte den självkänslan, självkärleken liksom, för att se det.”*

*”För nånting måste det ju vara som gör att de undviker att gå in i sådana situationer som andra ändå kan hantera på något sätt då. För jag menar det är inte lätt att gå in, alltså på en ny arbetsplats eller börja på en ny utbildning eller så [...] och då får man ha en motivation och de här personerna kanske inte har det.”*

Kopplat till detta påtalar några av psykologerna att patienternas föräldrar ibland själva står lite utanför en social gemenskap och att patienterna därmed saknar förebilder och den självklara vägvisare som föräldrars förankring i samhället annars utgör.

*”Det är inte tillräckligt lockande för dem att ge sig ut i världen och det kan bero på ett antal saker, att de inte känner att de har en plats ute i världen, att*

*de på något sätt inte har några goda erfarenheter av att lämna hemmet. Det har befunnit sig i familjen och i hemmet och inte gjort så många andra erfarenheter ute på andra arenor. Och sen skulle jag nog se att rätt så ofta så är det familjemedlemmar, alltså föräldrarna till dem, det är inte sällan att de inte heller har någon självklar plats ute, alltså i samhälle. Så att det är som att samhället och det som finns utanför det lilla, det är inte tillräckligt lockande, det är inte tillräckligt på något sätt konkret för dem.”*

**1.3 Ett lidande som är närvarande i sin frånvaro.** Som nämnts tidigare pekar psykologerna ut en tendens hos patienterna att emotionellt ”stänga av”, vilket stundtals kan upplevas som en likgiltighet. Dock råder ingen tvekan om att de smärtsamma känslorna finns och att det sociala tillbakadragandet samtidigt representerar och reproducerar ett lidande. Även om patienterna har svårt att föreställa sig ett annat liv, plågar det dem att stå utanför.

*”Jag tror att många lägger rätt mycket skuld på sig själva för sin situation. Mer än vad de kan ge sken av liksom. Många kanske ter sig lite obekymrade, och kanske alltför obekymrade, men att det finns rätt mycket skuldbeläggande bakom. Så att, som sagt, jag tror att de är väldigt otillfredsställda med sin situation men de ser inte något alternativ så de tänker att det är så här det får vara.”*

*”Jag tror att det finns ett stort lidande, misslyckandeupplevelser är något jättestarkt tror jag, även om man försöker blocka så att säga intryck ifrån omvärlden så, det är ju svårt att inte bli påmind om att andra människor gör saker och går vidare och man möter folk och...får höra, nån berättar, säger liksom hemma att 'ja men jag träffade den här och den här och den har börjat på den här och den här utbildningen' eller 'ja men hörde du att han hade fått jobb där?' det är svårt att värja sig från den typen av information.”*

**1.4 Att vilja må bra men vara rädd för förändring.** Oftast finns en idé om att må bättre – att bli av med sin ångest, sin depression eller sina sömnproblem – men samtidigt är beredskapen inför att förändra sin situation låg och rädslan för vad en annan tillvaro skulle innebära stor. Psykologerna kopplar detta till ovan nämnda avsaknad av driv och oförmåga att se sig själv någon annanstans. I relation till behandling skapar denna ambivalens en utmaning, något som kommer tas upp mer ingående under tema 2.

*”De flesta lider ju av sin ensamhet, de vill inte ha det så. De efterfrågar terapi men det finns en ambivalens, en ganska tydlig ambivalens, en rädsla för att förändra sig.”*

*”Man är inte nöjd. Man har nån form av önskan om förändring. Och normalitet. Jag tänker nån slags önskan om att kunna klara sig själv och försörja sig själv och...det tror jag absolut finns, men att man tvivlar på sin förmåga och man tvivlar på hur det ska se ut att ta sig dit.”*

**1.5 En ond cirkel.** Det sociala tillbakadragandet bildar så småningom vad som beskrivs som en ond cirkel där rädslan för att ta sig ut ökar i takt med att kontakten med omvärlden minskar. Patienternas upplevda såväl som verkliga förutsättningar att upprätta ett självständigt liv blir dessutom mindre ju längre tid som går och deras liv skiljer sig alltmer från deras jämnårigas.

*”Så att det blir som att deras livssituation smalnas av mer och mer ju äldre de blir. Är du då upp emot 30 kan vi säga och lever det här livet, då har du ofta diskvalificerat dig, inte bara från arbetsmarknaden utan även från flera sociala sammanhang för det är inte lika ok, ju äldre du blir desto mer icke-ok är det att inte ha något att säga om vad du gör i ditt liv. Och då blir du lite exkluderad.”*

Det sociala tillbakadragandet får så en konserverande effekt, inte bara avseende en avstannad utveckling utan även i form av att den egna föreställningen om vem man är och hur man fungerar tillsammans med andra förblir oprövad:

*”Mycket osäkerhet naturligtvis [rörande att ta ett steg ut i världen], vad ska man göra? Kommer jag att kunna hantera det? Kommer jag att bemötas bra? Sen blir det ju som att själva hemmasittandet, det förstärker naturligtvis allt sånt. Osäkerhet, tvivel på sitt eget värde, på sin egen förmåga, eftersom man aldrig får de positiva erfarenheterna, aldrig får träna.”*

Ytterligare en aspekt som på ett paradoxalt sätt bidrar till ett fortsatt socialt tillbakadragande, är att patienten genom att bryta isoleringen skulle tvingas bli varse den tid som gått förlorad:

*”De har ju litegrann målat in sig i ett hörn av förlorade möjligheter. Om det så är skolgång eller att utveckla någon slags förmåga som det går att bygga en framtid på. Så när man vaknar upp och ska sluta med det där som har orsakat alla de här förlusterna så kommer den förlorade tiden i kapp en och det är fruktansvärt jobbigt. Det gör ju också att man undviker det där uppvaknandet.”*

Flera av psykologerna menar även att isoleringen utgör en grogrund för ytterligare svårigheter och psykisk ohälsa:

*”Sedan är det ofta att de får inte bara den sociala tillbakadragenheten, utan till slut, alltså det hänger ju ihop med en massa – de får dåligt självförtroende, de blir deprimerade, det är inte sällan de får lite tvångsgrejer [...] har du dragit dig tillbaka under lång tid så har du skaffat dig en del lite, du har skaffat dig många övriga problem skulle jag nog säga.”*

*”När det symptomet [socialt tillbakadragande] inträffar så leder det ju väldigt ofta och lätt, eller ofta, ja det är risk för att det leder till väldigt allvarlig psykiatrisk problematik. Man utvecklar bisymptom på isoleringen som blir svårarbetade. Extra svårarbetade på grund av undvikandet.”*

**1.6 Ett symptom som debuterar vid olika tidpunkter.** Många av de patienter som psykologerna refererar till har en historia av svårigheter kopplade till skolsituationen, där tendenser till socialt tillbakadragande och undvikande funnits med sedan unga år. För andra verkar det sociala tillbakadragandet vara tydligt kopplat till att skolan slutar – problematiken uppstår i övergången mellan grundskola och gymnasium eller i samband med att gymnasiet slutar. I det senare fallet kopplar psykologerna isoleringen till att strukturen som skolan utgör försvinner vilket ställer ökade krav på eget ansvar och på att själv ta ut en riktning för framtiden. Gällande många fall uttrycker psykologerna en

förvåning över att inget gjorts tidigare, i synnerhet gällande de patienter som redan under grundskolan hade hög frånvaro.

*”Skola...tänker att det är lite olika, en del har klarat det rätt så bra och har också haft en del sociala kontakter men inte haft så god förmåga liksom att skapa nya sen utanför när de inte haft det sammanhanget, den strukturen som skolan erbjuder... Och en del har inte klarat skolan så bra för att de har haft en del av tillbakadragenhet redan där liksom. Jag föreställer mig att den stora gruppen, att det blir problemet när de lämnar gymnasiet, det är klart för en del blir det övergången högstadiet-gymnasiet.”*

*”Min bild är att det är personer som har fungerat hyfsat, de har hankat sig fram eller kanske till och med fungerat ganska bra så länge strukturer runt omkring har varit någotsånär ordnade och tydliga. Så här gör man för att det gör alla. Och så i takt med att ansvaret ökar och strukturen minskar under gymnasietid och också...det är ju en mycket större diskussion men jag tänker på vilken bild man har av hur det ska vara att vara vuxen, hur ska man försörja sig och vad är det för krav som ställs egentligen.”*

**1.7 En osäkerhet kopplad till att bli vuxen.** Samtliga psykologer talar om det sociala tillbakadragandet i termer av en avstannad utveckling mot ett självständigt liv. Patienterna tycks motsätta sig eller sakna förmåga att ta sig an de krav som vuxenlivet innebär, vilket kan relateras till ovan beskrivna svårigheter att se sig själv på en annan plats.

*”Jag tror att det handlar om en rädsla för vuxenblivande, en svårighet i att ta det där steget, att frigöra sig och då menar jag kanske inte primärt att frigöra sig från föräldrar för det tror jag kanske att man många gånger kan ha gjort, men man har inte frigjort sig från sin roll som barn eller ungdom, i och med att man inte är beredd att ta de där stegen mot ett ökat ansvarstagande.”*

*”Kanske har en lite diffus bild av sig själva. Har ingen riktig bild av vad de skulle vara som vuxna [...] de tar inte de här stegen där andra, jämnåriga gör det. Så hamnar de ju mer och mer vid sidan av och då bekräftar det deras negativa bild av dem själv. Att de inte är som de andra.”*

Några av psykologerna drar paralleller till ätstörningsproblematik, och menar att det i båda fallen ofta finns en regressiv komponent – en svårighet kopplad till separation och vuxenblivande, där symptomet verkar skyddande men samtidigt hämmande.

*”Jag tror nog att det är ganska, alltså en förvirring i 'hur ska jag tackla det här vad förväntas av mig?' [...] om man tänker på ätstörningsproblematik som kan se ut lite på samma sätt, att det kan vara personer som fungerar alldeles utmärkt väl men där det av något skäl plötsligt inte funkar, där det inte funkar alls, på sätt och vis lite samma grej att man skär av, man skär av kopplingen med känslor och så gör man nånting annat i stället som blir tryggare eller som blir ett sätt att leva eller vara.”*

Flera av psykologerna nämner även föräldrarnas roll och menar att det ibland rör sig om en beroenderelation som båda parter underhåller. Många av patienterna är ekonomiskt beroende av sina föräldrar för att kunna leva som de gör då de står utan

inkomst. För andra tycks omhändertagandet vara det mest centrala, att det finns någon som ser till deras basala behov.

*”Sen är det ju klart, i gruppen ingår också ganska många skulle jag säga, har inte räknat men, men personer som på ett påtagligt sätt skolkar ifrån sitt vuxenblivande och har skapat något slags regressiv...ett regressivt claustrum på nåt sätt. Och där finns inte sällan en familj med, som på något sätt bidrar. Faktiskt.”*

Samtidigt framhåller flera av psykologerna den komplicerade situation som föräldrarna befinner sig i. Frustrationen är ofta stor, många har kämpat under en lång tid för att hjälpa sitt barn vidare i livet och det är svårt att agera på ett sätt som blir bra. Att sätta upp regler och ge direktiv i det här läget antas inte leda någonstans, samtidigt som det är viktigt med rimliga gränser. I många fall tycks föräldrarna ha slutat förvänta sig något av sitt vuxna barn, vilket kan botten i uppgivenhet, men även i en rädsla för att förvärra situationen – man vet inte riktigt vilka krav man kan ställa. Ett par av psykologerna upplever ett mönster av dålig kommunikation mellan föräldrarna och den unga vuxna, det tycks saknas sätt att tala med varandra och en oförmåga hos båda parter att nå fram till den andre. Psykologerna beskriver även en upplevelse hos vissa föräldrar av att inte ha fått något stöd från samhället, vilket kan förstås både som en adekvat reaktion då det, som vi ska se längre fram, är krångligt för de här patienterna att få den hjälp de behöver, men även som en eventuell tendens hos föräldrarna att lägga ansvaret utanför sig själv och sitt barn.

*”Som förälder så vill det mycket till att kunna sparka ut sitt barn så länge som barnet inte är flygfärdigt, det gör man liksom inte om man har en hyfsad empati som förälder.”*

*”Om jag ska försöka mig på en generalisering så tycker jag mig ofta kunna se...faktiskt någon form av passivitet som jag sa tidigare, även hos föräldrarna. Alternativt en överbeskyddande miljö. Där man...där man på något vis inte riktigt har jobbat för en självständighet hos de här personerna, eller hos sina barn då, eller barnet. Där man betraktar den unge vuxne nästan, alltså när man träffar då i anhörigintervjuer... att de pratar om den unge vuxne som att det vore ett barn, lite så. Att det har normaliserats vilket i sig inte är så svårt att förstå, att det har normaliserats liksom att han eller hon... jamen en rädsla hos föräldrarna också liksom, att nämen den här personen behöver massivt stöd för att klara detta.”*

**1.8 Ett fenomen i tiden?** Även om psykologerna inte ser någon tydlig ökning av hemmasittande patienter under sina år som yrkesverksamma, ställer de sig frågor rörande strukturella förändringars inverkan på problematiken.

*”Alltså den stora gruppen jämnåriga på min tid då hade rätt så tydliga ideal att man skulle göra nånting av sitt liv och det var inbegripet att man skulle skaffa sig ett yrke det kunde vara snickare eller så här, det fanns vissa... ja att man skulle anstränga sig att man skulle tjäna pengar, att man skulle, ja det var, idag ser det inte riktigt likadant ut så [...] jag tror att det driver människor, att det finns en plats man vill ta sig till och där finns en belöning, att man vill vara en viss gestalt och så, det tycker jag ibland, jag hör människor som har väldigt, det är som att de är helt oberörda av det.”*

*”Det är på något sätt som att det finns två... som ett slags kontinuum där ena delen med någon slags extrem självständighet och individualistisk 'det går ju att göra allting, det är bara att åka till...vart som helst, världen är öppen och fri och man kan röra sig hur man vill, allt är möjligt och man kan bli känd och man kan bli vad som helst' om man har det som nån slags bild av den uppväxande generationen. Men jag tänker att det är inte alla som kan känna igen sig i det, utan som snarare blir, det blir för strukturlöst och för mycket ansvar som läggs på en själv och för stort. Så tänker jag nog.”*

## **2. Att arbeta terapeutiskt med unga vuxna patienter som lever isolerat**

Föreställningen om patienternas ambivalens inför att förändra sin situation avspeglas i hur psykologerna beskriver behandlingsarbetet. Betoningen ligger på att skapa ett intresse i patienten, både avseende behandling och det egna livet. Psykologerna framhåller att arbetet kan vara frustrerande och tungt, att det finns en överhängande risk att man som terapeut tar över patientens hopplöshet. Samtidigt är det ett kreativt och givande arbete när man väl lyckas nå fram till patienten. När en kontakt etablerats beskriver en av psykologerna det som att dessa patienter är lämpliga terapipatienter såtillvida att de ofta har talet bara de får hjälp att sätta igång det.

**2.1 Den terapeutiska relationen.** Att skapa en god relation – en arbetsallians, är en grundförutsättning i all form av psykoterapi. Trots det betonar de flesta av psykologerna vikten av att tidigt etablera ett tillitsfullt samarbete med patienter med den här problematiken. Många av dem reflekterar själva över att de lyfter fram detta självklara faktum och menar att det kanske gör det för att det är extra viktigt i de här fallen och för att det inte sker av sig självt. Många av patienterna saknar förtroende för samhällets institutioner, vilket kan tänkas böttna både i tidigare misslyckanden i samband med hjälpsökande och i en grundläggande misstro gentemot en omvärld som man inte upplever sig vara del av. Det finns en skepsis gentemot behandlingens möjligheter som, i samverkan med tidigare nämnda ambivalens inför förändring, skapar ett utgångsläge där man som terapeut, kanske på ett annat sätt än med många andra patienter, behöver arbeta aktivt med relationsskapandet. Vidare talar några av psykologerna om patienternas ovana att öga mot öga kommunicera med någon utanför familjen, ibland har få samtal förts även inom familjen. Orden kommer inte av sig själva – språket är kanske inte utvecklat men otränat och avstannat. Om patienterna får tid på sig och om en kontakt upprättas tycks däremot talet finnas där, och de här patienterna upplevs ofta ha en god förmåga att sätta ord på sitt liv och lidande, menar en av psykologerna. En annan aspekt som lyfts fram är att man inte får glömma bort att det rör sig om patienter som på olika sätt tagit avstånd från relationer. Att tala om sig själv med en annan människa upplevs för många som oerhört skrämmande och som psykolog blir en av ens viktigaste uppgifter att mildra det svåra i mötet.

*”Det är en grupp där man måste skapa en kontakt liksom, så att jag kan hjälpa till att väcka lite hopp och väcka lite självkärlek eller så hos patienten. Då kan det sen se lite olika ut vad som funkar.”*

*”Det handlar rätt så mycket om improvisation. Med den här gruppen så är min roll som psykolog framförallt att jag förstår mig på relationer och hur jag ska vara i rummet så att jag blir någon som de vill lyssna på.”*

**2.2 Att väcka något i patienterna och skapa en nyfikenhet kring den egna personen.** På sina olika sätt beskriver samtliga psykologer ett behandlingsarbete där fokus ligger på att väcka något i patienterna – att skapa ett intresse hos patienten för sig själva och sitt liv. Som tagits upp tidigare finns hos många ett kraftigt undvikande som även inkluderar de egna tankarna och känslorna, en ”avstängdhet” som skyddar mot nederlag och besvikelser. Patienterna har sällan själva några tydliga mål med behandlingen, det finns en önskan om att må bättre men samtidigt en rädsla för förändring vilket håller drömmar och fantasier borta. Patienterna har ofta svårt att uttrycka sig kring sin person, att säga något om hur deras liv sett ut, vad de vill eller vad de tycker om. Flera av psykologerna kopplar detta till ovana och rädsla, några uttrycker även en upplevd tomhet i patienterna som både kan ses som bidragande till och orsakad av det långvariga undvikandet. Oavsett anledning utgör detta en utmaning i behandlingen då det är lätt att gå för fort fram som terapeut och bli styrande i ett läge där delaktigheten är avgörande, vilket kommer att behandlas mer ingående längre fram. Psykologerna framhåller att arbetet med de här patienterna kräver tålamod, engagemang och fingertoppskänsla. Som terapeut behöver man vara motor och driva behandlingen framåt, men samtidigt styra med varsam hand – fiska efter ett frö av vilja, försöka få fatt i något som skulle kunna vara roligt eller intressant för att skapa hopp och bryta likgiltigheten men utan att pressa patienten.

*”På något sätt försöka att få igång patientens förmåga att välja saker och tycka om saker och avvisa saker och ge dem ett val. Stimulera någon slags glädje kring sitt eget inre liv på något sätt, eller glädje är inte rätt men [...] att man finner något bra i att agera själv och göra saker själv, i det lilla så. Att tycka det är kul eller meningsfullt.”*

Flera av psykologerna lyfter vikten av att möta patienten där patienten befinner sig:

*”Här skulle jag säga att det är väldigt viktigt att man träder in i deras värld, intresserar sig. Alltså det få inte bli sådär, jaha du spelar något datorspel, det funkar inte utan 'vad är det för datorspel du spelar, jaha det har jag hört talas om' sen behöver jag inte ha kunskap om det [...] men jag undrar, 'vad gör ni då?' och 'vad händer då?', alltså så att jag blir intresserad av, det är ju precis som allting, barnuppfostran, du måste möta upp där barnet är och intressera dig där barnet är innan du ska ändra nånting. Så där måste man börja nånstans, så det är rätt så... Ibland kan det i början inte riktigt likna terapi.”*

Som vi kunde se i föregående tema påpekar psykologerna relationens betydelse för att behandlingen överhuvudtaget ska ha en chans att leda någonstans. Mycket uppstår i mötet, framhåller flera av psykologerna. Många beskriver att de använder sig av relationen och sig själva för att nå fram till patientens känslor och för att sätta igång något i patientens inre. Några talar i termer av att ”känna åt” patienten och vara en spegel, medan någon annan pratar om att vara ett ”levande sällskap” – någon som både gör sig märkbar i stunden och agerar rollmodell.

*”Så om jag sitter med en sån patient så försöker jag nog påtagliggöra mig ganska mycket, jag behöver nog liksom 'Hej', ögonkontakt, vara ganska rörlig liksom och kanske notera saker patienten säger kursivt. Sätta interpunktioner. Ladda upp saker. Ladda upp liksom, för att skapa någon slags, för att undvika nivelleringen. Skapa mer ett landskap som är lite kuperat, när det gäller affekter och så för att om möjligt, för att om möjligt märka, notera att patienten kan ta efter, och pröva. Och det är ju för mig, för mig är det ganska Winnicottskt, det här att på något sätt, att vi har våran sandlåda och så, det är ju schysst om vi bygger på ett gemensamt projekt här. Det kanske vi inte gör i början men vi kanske kan börja göra det.”*

*”... att de får en ökad förståelse för sig själva och kan se sig lite grann via mina ögon så att säga. Eller omgivningens ögon. Och det är bra när inte de ögonen är dömande så att säga, krävande, utan mer bara ok, hur är du nu och hur har det varit för dig fram tills idag.”*

*”Jag får utgå från mig, mina reaktioner och dela det ganska mycket liksom. Att jag får se till att känna den, vad ska man säga, den sorg som de inte klarar av att känna liksom. Sorgen över vilka möjligheter som aldrig kommer fram liksom [...] och då kanske de själva kan känna lite, känna lite av den sorgen och ledsamheten som kan motivera, som kan få dem att vilja bryta, våga tro att de kan bryta.”*

Flera av psykologerna upplever att patienterna uppskattar när de får hjälp att strukturera upp sitt liv, att blottlägga betydelsefulla händelser och epoker, titta på vilka människor som varit närvarande och kartlägga mönster. En av psykologerna har funnit det hjälpsamt att på ett konkret sätt synliggöra patientens tillvaro genom att rita upp tidslinjer.

*”Om man erbjuder dem ett samtalsutrymme där man då inte har blåslampa på, att de måste prestera för att få inkomst eller sådär va, utan man mer bara vill höra hur de själva har det och hur de upplever vardagen, hur de har haft det fram tills idag och även då litegrann hur de tänker sig framtiden. Alltså att man hjälper dem på något sätt att... jag behöver ju få en bild av hur de har haft det fram tills idag och så du vet, sådär klassiskt att man återger, har jag förstått dig rätt att... så att man får en bild av hur det sett ut. Hur har självbilden varit, hur har relationerna till viktiga personer varit under uppväxten, hela den biten. Att man sätter ihop det till en helhet och hur det visar sig i dag [...] och sedan då också lite hur man kan tänka om framtiden. Alltså att lägga ett pussel så att säga med patientens liv, det brukar de ju uppskatta.”*

### **2.3 Att driva på utan att vara tvingande, ge direktiv eller ställa för höga krav.**

Liksom det inte är en lösning för föräldrar att kasta ut sina vuxna barn när de skärmat av sig från världen, är det inte möjligt att från vårdens sida ställa den typen av krav. Även om målet är att patienten så småningom ska ta sig vidare – flytta hemifrån (i de fall de fortfarande bor hos föräldrarna) och skaffa sig åldersadekvata vanor – så måste det ske stegvis. En för hög kravnivå riskerar ytterligare misslyckanden för en patientgrupp som ofta har en rad nederlag i bagaget, subjektiva såväl som objektiva – några av psykologerna beskriver det som att patienterna utvecklat en ”kravfobi”.



*”Det går inte att putta ut dem. Utan det är liksom steg de själva måste ta. Existentiellt sett så bör de själva vara med, annars blir det det motsatta. Det blir ångestframkallande och en nära på lite ptsd, om man puttar ut dem. Det blir en brutal interpunktion som inte leder till något bra. Så det tror jag inte på.”*

*”Risk med den här gruppen det är ju att de får mycket, de får mycket bemötande som bara gäcker skuld och, vad ska jag säga, nedvärdering och känsla av otillräcklighet för att de inte klarar av det liksom, det som förväntas eller de krav som ställs på dem. De bemöter dem på något sätt som blir liksom självförstärkande.”*

Samtidigt behöver patienterna så sakteliga börja utsätta sig för det som skrämmer. Relaterat till den känslomässiga avstängdhet som flera av psykologerna upplever hos patienterna, lyfter några av dem fram att det ibland kan vara svårt att arbeta med patienternas rädsla just för att de inte har kontakt med den. Att närma sig det som är ångestskapande blir viktigt både i syfte att bryta undvikandet och för att ha något konkret att arbeta med. Det är en hårfin balans, där det gäller att hitta en nivå där patienten drivs framåt och vågar utmana sig själv, utan att hotet om att misslyckas blir för stort. Som nämnts tidigare är en förtroendefull relation avgörande för att påbörja ett förändringsarbete. Det handlar om att få med sig patienten och tillsammans utforska vad som skulle kunna vara möjligt. Ett par av psykologerna talar i termer av att ta ut en riktning, något att röra sig emot, snarare än att sätta upp mål.

*”Där man har blivit för liksom instruerande för, vad ska man säga, att man ger goda råd i all välmening och tänker att det ska vara tillräckligt och så händer det ingenting, 'ja men jag sa ju till dig att du skulle göra såhär', men man har inte fått personen att känna att jag gör det här därför att jag tror på det eller för att jag vill det och då kommer de aldrig att göra det [...] så det är inte helt lätt, man kan inte vara alltför passiv heller utan man behöver liksom dra på ett annat sätt upplever jag. Man behöver ha den där fingertoppskänslan liksom.”*

*”Det svåra är att hitta rätt nivå där, att inte, det finns ju en kravfobisk attityd, det är liksom inbyggt i problemet och då är det ett himla tassande för att hitta rätt nivå. Man kan ju inte sitta här och inte ställa några krav överhuvudtaget, det blir totalt meningslöst, men det kanske är den grupp där det är allra svårast just att hamna rätt. Det blir så himla små steg som man är beredd att ta.”*

**2.4 Att inte ta över hopplösheten.** Att arbeta med patienter som inte själva vågar eller förmår tro att en annan tillvaro är möjlig innebär en risk för behandlaren att själv tappa engagemanget – att ta över patientens uppgivenhet. Psykologerna beskriver att det kan vara frustrerande, svårt och tungt att bedriva behandlingsarbete med de här patienterna just på grund av att de ofta saknar driv och motivation. Motsatsen till det som beskrivits i tidigare tema gällande att vara intresserad, aktiv och levande som terapeut med förhoppning om att patienten tar efter, är att som terapeut ta över patientens uppgivenhet. En positiv utgång är avhängig att behandlaren lyckas förmedla en potentiell förändring. För att motverka hopplösheten framhålls det som viktigt att ha en rimlig ambitionsnivå, liksom att inte förvänta sig några drastiska förändringar. Psykologerna

framhåller även betydelsen av att inte vara ensam i arbetet, vilket vi kommer att återkomma till under tema 3.

*”Och sitter jag med en sådan här patient så är det största hotet, det är att jag ger upp. Passar inte galoscherna så tack, det finns patienter som är mer motiverade och har mer vilja och så släpper man taget och så ger man upp för patienten har gett upp och då gör jag också... alltså man gör sig lik patienten.”*

*”Jag kan känna själv som behandlare att, ibland att nej men hur ska det här gå. Alltså det är, det är lätt att man själv tappar tron. Så där gäller det ju att, och gör, alltså gör man det så blir det väldigt väldigt svårt tycker jag. Alltså det märker ju klienten av nästan direkt, om inte jag tror på behandlingen liksom.”*

**2.5 Terapi är inte tillräckligt.** Individualterapi uppfattas som en viktig del i behandlingen, men psykologerna anser inte att det är en tillräcklig insats för att skapa förändring i patienternas liv. En timmes samtal i veckan på mottagningen leder sällan någonstans, i synnerhet inte eftersom uteblivanden och återbud är vanligt förekommande i patientgruppen. Psykologerna förespråkar en mer intensiv behandling och spekulerar kring möjligheten att träffa patienterna oftare, liksom att möta upp i patientens hem eller i annan miljö. Ytterligare upplever de ett behov av samtidig aktivering, där patienterna parallellt med ett terapeutiskt arbete deltar i någon form av anpassad aktivitet. Kopplat till tidigare nämnda behov av att utmana patienternas rädslor och komma i kontakt med ångesten, är det viktigt att patienterna får nya upplevelser, konkreta såväl som emotionella.

*”Överlag så tycker jag generellt med behandling att det ska hela tiden gå bredvid varandra, dels ska man förstå, man ska göra ett psykoterapeutiskt arbete samtidigt så måste det hela tiden prövas mot verklighet och särskilt med den här gruppen för att det är jättestort för dem att få göra erfarenheter och att det blir bra att vara där ute i livet. Då ser jag gärna att de börjar pröva från dag ett, dessutom så blir det mer ångest så då blir de mer motiverade att komma till behandlingen också. Det där med att man först ska få ordning på sitt liv och sen ska leva det tycker jag är dumheter. Man får ordning på sitt liv genom att leva.”*

*”Jag vet just nu att jag arbetar individuellt med en person och sliter mitt hår och tänker att det här fungerar inte, vi kan inte arbeta på ett traditionellt individualpsykoterapeutiskt sätt. Det räcker inte. Det gör det inte.”*

### **3. Att verka inom psykiatrins ramar**

Avseende behandling och bemötande av unga vuxna med socialt tillbakadragande framhåller psykologerna, som vi till viss del kom in på gällande individuell behandling, en otillräcklighet i fråga om insatser och menar att de här patienterna skulle behöva något mer än de i dagsläget erbjuds. Samtliga psykologer betonar vikten av samarbete med andra aktörer, men reflekterar även kring vad som skulle kunna göras annorlunda från mottagningarnas sida. Hemmasittande patienter pockar sällan själva på uppmärksamhet

och riskerar därför att hamna i skymundan trots deras låga funktionsnivå och i längden mycket destruktiva beteende. Det tar ofta lång tid innan en kontakt upprättas med psykiatrin och några av psykologerna föreställer sig även att många som är i stort behov av hjälp inte skrivs in i vården på grund av att det saknas tydlig psykiatrisk problematik. Psykologerna anser att det hade varit värdefullt att tala mer om de här patienterna för att få en ökad förståelse och för att kunna utveckla arbetet kring dem. De flesta psykologerna har bilden av att patienterna känns igen när de dyker upp på teamkonferenser och i remissammanhang, men att det saknas ett vedertaget sätt att tala om dem.

*”Jag tror att man kanske har olika namn för dem, men jag tror att de flesta som jobbar inom psykiatrin ändå, alltså man känner igen det, jamen 'här har vi en sådan här person, igen' som inte, som har det här, det är så fattigt, det finns ingenting liksom, det är bara tomt.”*

Majoriteten ser en fördel i någon form av benämning, men det råder delade meningar och osäkerhet kring hur det i praktiken skulle gå till. Den eventuella gruppen är heterogen och bestående av flera undergrupper, varpå en avgränsning anses svår att göra men eventuellt inte omöjlig. Psykologerna framhåller att en identifikation av en grupp skulle kunna ge både positiva och negativa effekter för berörda patienter, liksom ett grupperande gör på en mer generell basis. Behovet av en benämning kopplas vidare till psykiatrins uppbyggnad och dess praktik.

**3.1 Att uppmärksamma patienter som inte själva tar plats.** Till skillnad från många andra patientgrupper är unga vuxna som lever isolerat sällan pådrivande i sitt hjälpsökande, vilket kan sägas ligga i problematikens natur. Även om det finns ihärdiga föräldrar som upprepat hör av sig till mottagningarna och ber om hjälp å sina barns vägnar, så förblir patienterna lätt osynliga. Inte bara för att de inte ligger på för att få stöd, utan även på grund av att deras symptom är tyst till sitt väsen. Några av psykologerna påtalar att patienter med ett mer manifest lidande, där symptomen är av mer utagerande och dramatisk art, kanske lättare blir mottagna i psykiatrin. Detta menar de hänger ihop både med ett mer påtagligt hjälpsökande och med den ofta mer akuta situationen dessa patienter befinner sig i. Flera av psykologerna menar dock att allvarlighetsgraden avseende självdestruktivitet hos patienter som drar sig tillbaka är hög. I längden riskerar isoleringen att få svåra konsekvenser för patienternas möjligheter att skapa ett fungerande liv och det psykiska lidandet blir ofta värre ju längre tid som går.

*”De skulle kunna bemötas bättre. Och de behöver först vårt intresse och sedan behöver de oss som, att vi lockar ut dem i livet.”*

*”De här patienterna de gör ju inte så mycket väsen av sig och de har ju inget, vad ska vi säga, tydligt självskadande så. Och de patienterna som har tydligt självskadande, som har en ätstörning eller som skär sig, de får lättare uppmärksamhet. Det är lättare att förfasa sig över det, vilket gör att tillgångarna på de behandlingarna är större. Det finns avdelningar för ätstörningar och det finns borderlinebehandlingar för dem som skär sig och det är jättebra. Men det här är också någon form av självskadande i grund och botten, att inte vara ute i samhället, att inte träffa människor, men det är liksom inte, man reagerar inte på det på det sättet, det har inte den effekten på folk på mottagningen. Så det är väl en roll [för psykologen] att uppmärksamma att det här är ett ganska allvarligt självskadande i längden, det är inte dödshotande*

*men på längre sikt skulle jag nog säga att det är det faktiskt. Och att det, ju längre man väntar, ju längre man låter det pågå desto mer steltnar formen. Där finns väl en roll [för psykologen] att försöka få fram betydelsen av behandlingen, tillgänglighet av behandling för de här patienterna också.”*

**3.2 Att identifiera och benämna en potentiell grupp.** För att synliggöra unga vuxna patienter med ett socialt tillbakadragande och öppna upp för ett samtal kring problematiken, anser de flesta av psykologerna att det skulle vara behjälpligt med någon form av benämning. Genom att hitta ett sätt att tala om patienterna kan kunskap frambringas, vilket man ser ett behov av. Flertalet av psykologerna tror att det skulle vara möjligt att identifiera en grupp och anser att det skulle ha ett värde för den psykiatriska praktiken. Däremot finns, som tidigare nämnts, en osäkerhet kring vad som skulle definiera en potentiell grupp och vilken typ av gruppering det skulle handla om.

*”Det finns en poäng att urskilja en grupp här, sen hur lös i kanterna den gruppen ska vara och vilka kriterier som ska tillämpas för att avgöra vilka som är innanför och utanför det är osäkert fortfarande.”*

Psykologerna betonar att en eventuell grupp skulle utgöras av flera undergrupper, där den gemensamma nämnaren är det sociala tillbakadragandet:

*”Alltså det är ett fenomen och det fenomenet måste ju bestå av levande människor men det är ju ingen enhetlig grupp, det kan jag inte säga. Det blir ju, alltså på ett sätt är det en enhetlig grupp för beteendet är likadant, på ett sätt – man hamnar vid sidan av. Men så när man börjar titta på den gruppen så är det ju en massa undergrupper där. Så skulle jag vilja uttrycka det.”*

I anslutning till detta påpekar en av psykologerna att det överlag är få psykiatriska indelningar som är enhetliga:

*”[Det är] en heterogen grupp men den är liksom... den är lika homogen eller heterogen som en depressionsgrupp eller aspergergrupp eller en adhd-grupp. Så visst. Eller en ångestgrupp. Så det är klart att det är en grupp när vi pratar om den, så blir det ju en grupp. Det är tydligt.”*

Några av psykologerna talar om att se till beteende, att ringa in utifrån det kraftiga undvikandet och de gemensamma nämnare som kan kopplas till isoleringen – ett beteendekluster. Andra talar om en psykologisk beskrivning och menar att det inte är tillräckligt att bara se till det manifesta beteendet, medan ytterligare någon utgår från ett funktionellt perspektiv.

*”Alltså nån form av benämning behöver vi ju ha för att veta vad vi pratar om. Sedan att det är skillnad på benämningar och medicinska eller psykiatriska diagnoser, ja det behöver det ju vara. Här handlar det kanske mer om att hitta en benämning som är kopplad till funktionen, vad fyller det för funktion. Utifrån att det inte är några tydliga, och kanske inte heller gemensamma fysiska eller psykiska symptom som är kopplade till det, utan det kan se olika ut för olika personer.”*

Majoriteten av psykologerna anser inte att det finns något värde i att tänka på socialt tillbakadragande som en ny psykiatrisk diagnos. Dels på grund av den föreställda

gruppens heterogenitet och dels utifrån en tanke om att det sociala tillbakadragandet behöver förstås ur flera perspektiv. En psykiatrisk diagnos riskerar att överindividualisera och förenkla ett mångfacetterat problem. Gällande den här problematiken är det nödvändigt att tänka strukturellt menar en av psykologerna – det är inte bara ett intrapsykiskt fenomen. Det är viktigt att det psykologiska perspektivet inte står ensamt när vi talar om de här patienterna utan även se till hur andra aspekter inverkar på de unga vuxnas möjligheter att etablera ett liv utanför familjen.

*”Vi måste tänka lite nytt att vi kanske inte ska inordnas i sjukdomsbegreppen utan det är ett fenomen som är större och som är transdiagnostiskt och som också är sociologiskt intressant och så, som beror på samhället och beror på kulturen, hur man relaterar över generationsgränser och så.”*

*”Så psykiatrisk diagnos det tänker jag att njae, då skulle man klumpa ihop den gruppen med andra grupper som har samma yttre beteenden men helt olika orsak till det. Så att mer någon sorts beskrivning av en grupp än en psykiatrisk diagnos. Eller någon psykologisk förståelse för eller...”*

Någon framhåller att undvikande är ett i grunden allmänmänskligt symptom, liksom ångest, och tycker därför det blir svårt att tala om en grupp. Snarare behöver man tala om socialt tillbakadragande i olika diagnosgrupper liksom ångest bemöts och behandlas olika beroende på diagnos. Det vill säga, en benämning och en ökad uppmärksamhet kring problematiken skulle inte nödvändigtvis behöva innebära en gruppering. Det huvudsakliga är att lyfta det allvarsamma i en långvarig isolering.

*”Sen är det speciella med att arbeta med det är ju att förstå vikten av att bryta isoleringen. Alltså att det är a och o att försöka jobba ut personen, alltså det är väldigt viktigt. Det går inte att underskatta vikten av att öka kontaktytorna. Man kan inte låta... Patienter mår inte bra av det. Så det är väl det man kan säga om man talar om det som grupp. Hur man nu ska göra det, det är väl lite olika för olika patienter.”*

Överlag intar psykologerna en pragmatisk hållning, där möjligheten att utveckla och anpassa insatser för patienterna står i fokus. Genom att ringa in patienter där det sociala tillbakadragandet utgör en central problematik skulle ett mer systematiskt arbete möjliggöras, vilket enligt flera av psykologerna skulle underlätta både för behandlare och patienter.

*”Kan man identifiera det här som en grupp så kan vi ju lära oss mer av gruppen, vi kan lära oss mer om gruppen. Vad handlar det här om? Och då förhoppningsvis också komma på mer effektiva sätt att hjälpa till. Så måste man inte uppfinna hjulet på nytt för varje ny person som dyker upp och dessutom då kanske gå på minor i att försöka behandla någonting som inte är kärnan. Behandla panikångesten när det inte är panikångest som är det största problemet. Personen är lika isolerad i alla fall och ja...”*

Flera av psykologerna föreställer sig att någon form av gruppbehandling skulle vara verksamt för patienter som dragit sig tillbaka socialt, vilket skulle vara lättare att organisera om problematiken definierades. Gruppformatet innebär per definition ett, åtminstone tillfälligt, brott med isoleringen och skulle ge patienterna möjlighet att pröva

sig tillsammans med andra människor. Psykologerna föreställer sig även att det skulle vara värdefullt för patienterna att möta andra som är i samma situation, att det både kan leda till minskade ensamhetskänslor och ha en speglade effekt. Dessutom skulle gruppformatet kunna ha en motiverande inverkan, så tillvida att man låter sig inspireras av varandra.

*”Vi skulle behöva gruppbehandlingar, det tror jag skulle vara jättebra. Det blir att, just det här att man kan... ofta kan de ju tänka och se saker kring andra som kan vara svårt att se kring sig själv liksom och att höra andra prata om sina liv kan ge väldigt bra perspektiv på sitt eget och dels kan det inge hopp liksom att se att det är andra som faktiskt hanterar sina svårigheter som är i liknande situation och också en samhörighet, en känsla av att man inte är ensam i hela världen med sina svårigheter.”*

Att ringa in och uppmärksamma allvarligt socialt tillbakadragande hos unga vuxna skulle enligt några av psykologerna även kunna ha en positiv inverkan på omgivningens bemötande och på patienternas upplevelse av sig själva – att inte vara ensam om sina svårigheter kan lindra skuld- och hopplöshetskänslor. En definition av gruppen skulle så kunna sägas ha en paradoxal inverkan, där patienterna genom en upplevd tillhörighet ges en utgångspunkt, något att ta sig vidare från.

*”För många patienter kan det vara kasst att ha en grupp för att det skapar en identitet som blir konserverande, men just när det gäller den här gruppen skulle det kunna finnas sekundärvinster på något sätt.”*

*”Att definiera nånting i sig är inte negativt, då lyfter man ju fram att de finns så att säga. Man kan inte hjälpa dem om man inte har uppmärksammat dem. Det jag upplever väldigt mycket det är liksom att omgivningen, föräldrarna, det är en viljesak så att säga: 'ta dig samman', 'skärp dig', 'gör som vi', 'du kan inte bara fortsätta såhär, kom igen nu'. Och det hjälper ju inte dem. Det blir bara på nåt sätt förstärkande av bristen, alltså den här negativa bilden de har av sig själva. Men om man då kan definiera dem som faktiskt, att det inte bara är en individ som det här handlar om utan det är ett fenomen i samhället och inte bara i Sverige då, det är väl ändå bra tänker jag för då kan man ju forska på dem och så helt enkelt. Och det är ju, ja, då hjälper man mer.”*

Samtidigt framhåller flera av psykologerna att det alltid finns en risk med att gruppera då det ofta genererar förenklingar och generaliseringar. Genom att kategorisera kan det unika livsödet tappas bort och det finns även en fara i att en benämning ses som något statiskt och ges ett alltför stort förklaringsvärde, både för den berörda personen och för omgivningen. Det finns ett allmängiltigt värde i att ringa in fenomen och utveckla nya begrepp för att fördjupa förståelsen kring det mänskliga psyket, men de psykologiska begreppen måste ses som föränderliga, som en av psykologerna uttrycker det.

*”Kan inte direkt säga att jag ser någon nackdel [med att tala om en grupp]...det finns väl alltid i att klassificera nånting, att det på nåt sätt kan bli ett alibi liksom för att fortsätta leva sitt liv som man gör det liksom, ok men jag har de här svårigheterna och det är därför som jag lever mitt liv på det här sättet. Precis som det kan vara med en del av diagnosättandet liksom. Kanske. Men jag ser inte det som en lika stor risk som fördelarna.”*

**3.3 Svårigheter kopplade till psykiatrins strukturer.** Eftersom psykiatrin och dess behandlingsutbud i mycket är uppbyggt kring befintliga diagnossystem och psykiatriska symptom, kan det bli problematiskt när den diagnostiska bilden inte är så tydlig. Gällande patienter som har ett allvarligt socialt tillbakadragande uppstår svårigheter bland annat då insatserna anpassas efter den diagnos som satts, fastän det är hemmasittandet som upplevs vara det största hindret. Flera av psykologerna menar att det inte fungerar att arbeta manualbaserat med de här patienterna och många har erfarenhet av behandlingar som misslyckats på grund av att de fokuserat på fel saker.

*”Du kan inte komma dragande med en manual med de här patienterna och vänta sig att de gör läxan. Det räcker inte. Det krävs ett anslag och det uppstår saker som behöver tas hand om och man behöver skraddarsy det man gör. Jag tror inte det skiljer så mycket mellan KBT och PDT så.”*

*”Det finns kanske olika typer av fysisk eller psykisk problematik, men det är tveksamt om det egentligen är det som är det huvudsakliga problemet. Eller om det är tveksamt, man kanske ska säga så här, det är tveksamt om det är det problemet, om den diagnosen eller de symptomen utgör tillräcklig förklaring till varför personen har stängt in sig.”*

En av psykologerna framhåller en viss rigiditet i den psykiatriska verksamheten kopplat till att den är en del av sjukvården, och menar att det finns en ängslighet gällande att gå utanför de befintliga kategorierna.

*”Psykologin har alltid behov av nya begrepp, psykiatrin blir lite skakad av dem för de tänker att man har en uppsättning som man finjusterar lite och de är inte så himla glada i begrepp som på nåt sätt...skakar om det så att säga.”*

En annan svårighet som uppstår i arbetet med hemmasittande patienter rör uteblivanden och återbud. Att själv kunna ta sig till mottagningen är en förutsättning för behandling och den som inte dyker upp riskerar så småningom att avslutas.

*”Ja för de dyker inte upp, det är väldigt många av dem som uteblir. Så sett så, det är ju deras symptom och deras symptom är väldigt illa valt. Alltså för att de exkluderar sig från behandling, deras symptom exkluderar dem själva från behandlingen. Så de kommer inte.”*

Några av psykologerna framhåller dock att det ibland kanske är invanda mönster hos en själv som sätter käppar i hjulet snarare än riktlinjer kring hur behandlingsarbetet ska utföras. Det vanligaste är att träffa patienter en gång i veckan på mottagningen och det är lätt att den formen görs till en allmängiltig mall i stället för att anpassas efter patientens behov. Eventuellt hade det varit möjligt att rucka på de principerna och till exempel arbeta mer uppsökande och intensivt med socialt tillbakadragna patienter. Samtidigt menar psykologerna att det kan vara svårt att gå utanför ramarna som enskild behandlare. Även om inget regelverk hindrar, finns inofficiella traditioner att förhålla sig till.

*”Det är ingenting egentligen som säger att inte jag skulle kunna göra det, det är ingen som säger här att ’nej du får inte jobba intensivt med Kalle och träffa honom två gånger i veckan a två timmar’. Egentligen så är det inte något som*

*hindrar mig; det är väl mer det här med att hur man som behandlare tänker. Att man ska hjälpa så många som möjligt och så blir det att man duttar.”*

**3.4 Vikten av samverkan.** Enligt psykologerna är samverkan med andra samhällsaktörer, som socialtjänst, arbetsförmedling, skola och försäkringskassa, en förutsättning för att en förändring ska kunna ske i patienternas liv. I nuläget finns inget etablerat samarbete med andra instanser, utan samverkansarbetet ser olika ut från fall till fall. Psykologerna har både bra och mindre bra erfarenheter kring hur detta fungerat. De brister som lyfts fram har ofta att göra med att det saknas ett systematiskt arbete samt att det finns mycket okunskap kring patienterna hos andra myndigheter. Som tagits upp tidigare anser psykologerna att patienterna, parallellt med det terapeutiska arbetet, behöver komma i sysselsättning. Men insatser från kommunen skulle även kunna bestå i ett mer konkret stöd, som att hjälpa patienten att ta sig till mottagningen. Kopplat till detta talar några av psykologerna om boendestödjare och menar att de på olika sätt kan ha en viktig funktion för hemmasittande patienter. Någon talar även om att det skulle vara värdefullt att kartlägga hur många patienter som sitter hemma och att man då skulle behöva samverka med skola, vilket även skulle kunna göra det möjligt att kunna fånga upp patienter tidigare.

*”Jag tror ju jättemycket på samverkan för de här personerna, liksom att vi skulle behöva jobba mycket tätare.”*

*”Jag tror att man skulle behöva, där finns väl en del att lära tror jag utifrån hur man arbetar med yngre skolvägrare där det är ett betydligt mer intensivt jobb, där familj kopplas in, där föräldrar är jätteviktiga, där man jobbar hemma hos personen. Det skulle man i och för sig kunna tänka sig att man gör här också, att man jobbar hemma, men jag tror att det skulle behöva vara ett betydligt mer omfattande arbete än vad vi kanske egentligen har resurser för här då.”*

Några av psykologerna beskriver tillfällena då samarbetet med andra parter fungerat mindre bra på grund av bristande förståelse för patienternas problematik och en svårighet att anpassa insatserna. Det kan till exempel röra sig om att det ska finnas en praktikplats när patienten är redo för det. Eftersom motivationen är svårfångad och flyktig är det svårt att säga exakt när patienten bedöms kunna komma i fråga för sysselsättning, men när tillfället kommer är det viktigt att inte låta det gå förlorat. Några av psykologerna har erfarenhet av att patienter kommit till en punkt där de varit beredda att pröva något nytt men sedan tagit flera steg tillbaka då utlovade praktikplatser av olika anledningar försvunnit. Patienten görs redo för något men faller sedan tillbaka på grund av långa handläggningstider och rigida system. Med ett tätare samarbete och mer flexibilitet skulle den typen av misslyckanden kunna undvikas.

*”Det känns ineffektivt som det är idag. Det är långa handläggningstider överallt och...när personen väl är redo, nehej då ska man stå i kö ett halvår minst.”*

Att involvera föräldrarna anses ofta vara hjälpsamt, i synnerhet om patienten fortfarande bor hemma. Ofta finns, som tidigare nämnts, en uppgivenhet och frustration hos föräldrarna över den situation som både deras vuxna barn och de själva befinner sig



i. Många har gjort en rad försök eller satt förhoppningar till olika typer av insatser som gång efter annan misslyckats. Oavsett vilken inblandning föräldrarna har i patienternas liv, behöver de ofta hjälp att rikta engagemanget rätt.

*”Jag tror att om det finns någon form av nätverk så behöver man involvera det, få dem att stötta på ett helt annat sätt än vad de gör.”*

*”Jag tänker, att koppla in anhöriga, det känns ju naturligt i ganska många typer av behandlingsupplägg. Kanske framförallt för att minska risken för att det vidmakthålls ännu mer, genom det som föräldrar gör i all välmening. Genom att kravlösheten blir ännu större för jag tror att det är väl en, alltså i uppgivenhet i en familj så tänker jag att det blir mer och mer accepterat att den här personen sitter med stängd dörr och har vänt på dygnet och är inte med när vi äter middag fast han bor under samma tak och lever nåt slags avskärmat parallellt liv. [...] men jag tror inte att det ska vara föräldrar primärt som just drar, det ska inte vara föräldrar som möter upp klockan nio på förmiddagen och säger ’du, nu ska vi iväg på det här, nu ska vi ut, nu ska vi till gymmet eller nu ska vi till arbetsförmedlingen eller nu ska vi ta en stund här när vi kollar utbildningar eller...’. Det tror jag inte utan det behöver nog vara en annan funktion och där tycker nog inte jag heller att det är självklart att det är en behandlande psykolog som ska ha den funktionen.”*

Avsaknad av rutiner och systematik kring patienter med den här problematiken gör att mycket ansvar läggs på den enskilda behandlaren, vilket kan upplevas som tungt i arbetet med socialt tillbakadragande då det ofta krävs att man går utanför ramarna för att något ska hända. Som vi sett tidigare behöver man som behandlare, i alla fall initialt, stå för energin i det terapeutiska arbetet men även samverkansarbetet är i stor utsträckning avhängigt den enskilde behandlaren. Mycket kommer att handla om vilken ork man har och vilket utrymme som finns för att lägga extra tid och gå utanför sina egentliga arbetsuppgifter. En av psykologerna menar att patienterna behöver ha turen att träffa en eldsjäl, någon som tar sig an patienten och verkligen arbetar på flera fronter. Med ett mer organiserat samarbete, både inom mottagningen och med andra myndigheter, skulle det inte behöva vara så. Psykologens roll skulle i stället kunna bli mer handledande i förhållande till andra yrkeskategorier, där man hjälper till att ta ut riktning och där man vid behov får verka som representant för patienten.

*”Jag prioriterar inte, jag tar mig inte den tiden att göra allt det här samverkansjobbet, fastän det kanske är det som är det allra mest centrala många gånger, få till liksom att den personen kommer ut i någon sysselsättning till exempel eller studier. Så sitter man och tragglar på i samtal, att det kan jag känna ibland att man kanske borde lägga mer krut på det benet.”*

Trots de svårigheter som arbetet med den här patientgruppen är behäftad med så finns det en hoppfullhet i psykologernas tal, där en förändring ses som möjlig om patienten får adekvat stöd.

*”Men det är faktiskt, jag tror att man skulle kunna hjälpa dem att bryta sin isolering och att de skulle kunna må mycket, betydligt bättre än vad de gör. Men där, och det är just det jag menar att där skulle man ju vilja kunna gå in*

*då och jobba mer intensivt och även ha ett intensivt samarbete, nu bestämmer vi oss för att nu ska vi jobba, och sätter upp tydliga mål liksom. Vem gör vad.”*

**3.5 Vems är ansvaret?** I anslutning till frågan om en eventuell grups avgränsning reflekterar flera av psykologerna kring hur det sociala tillbakadragandet ska klassificeras avseende psykiatrisk svårighetsgrad – hemmasittandet i sig kvalificerar inte i nuläget någon till en kontakt inom specialistpsykiatrin. Finns ingen tydlig misstanke om psykiatrisk problematik skickas remissen åter eller vidare, även om funktionsnivån är mycket låg såtillvida att patienten inte deltar i samhället eller ett socialt liv. Detta behöver inte i sig vara felaktigt, resonerar de, men det finns en risk att de här patienterna ”bollas runt”. Ofta har skola och kommun varit involverade tidigare och det har gjorts olika insatser som inte fungerat, eventuellt har även primärvården varit inkopplad men inte kunnat erbjuda individen rätt stöd – efter några vändor finns risk att ingen anser sig vara ansvarig.

*”Många av de här har inte så tydliga psykiatriska problem alltså att de tas emot av oss. Så kan det ju bli. För jag menar om det beskrivs bara i remissen att de har den här sociala tillbakadragenheten men att funktionsnivån i övrigt verkar vara, så att säga över den som vi ska ta, så är det ju inte patienter vi ska ta oss an. Då är det många som inte ens kommer in här så att säga.”*

*”Vägen in till öppenvårdspsykiatrin, för mig som har jobbat inom primärvården några år är det ganska tydligt, ja man har en ganska tydlig bild av att nålsögat har blivit mindre och mindre [...] Mer och mer ansvar har liksom skjutits tillbaka till primärvården och man hävdar att det här är primärvårdens ansvar och det tänker jag i stor utsträckning drabbar en grupp där, om vi nu pratar om en grupp, där det inte är en tydlig psykiatrisk problematik, men där det inte fungerar.”*

När en kontakt väl upprättas med psykiatrin har det sociala tillbakadragandet ofta pågått under en längre tid och bekymren blivit omfattande. Flera av psykologerna menar att de här patienterna skiljer ut sig från andra patienter med avseende på den aspekten, vilket antas bero både på patienternas egen passivitet beträffande hjälpsökande och ovan nämnda oförmåga att fånga upp dem.

*”Det hade varit bra om man kunde mota olle i grind tidigare.”*

*”...att det ofta har gått väldigt långt liksom och man skulle, jag tänker att om man skulle kunna fånga upp dem tidigare så, det är klart att det är lättare. De har levt isolerade så himla länge många av dem.”*

Bland psykologerna finns en föreställning om att det skulle vara möjligt att hindra en cementering av tillståndet, liksom en utveckling av svårare psykiatrisk problematik, om personerna får hjälp och stöd tidigare. Frågan blir då vem som ska erbjuda den hjälpen. Några av psykologerna lyfter den ansträngda situation som råder inom psykiatrin där de upplever att allt färre har möjlighet att få behandling, att allt fler förflyttas till primärvård och kommun – samtidigt som dessa instanser inte heller tycks ha resurser nog att erbjuda de här personerna adekvat stöd. Några av psykologerna tar även upp det faktum att psykiatrin går mot en subspecialiserad verksamhet och menar att det är en negativ utveckling såtillvida att komplex problematik inte är kompatibel med en sådan

struktur – vilket blir tydligt när det gäller de berörda patienterna. Som om vi befinner oss i ett skifte där patienter som inte har ett tydligt definierat problem riskerar att trilla ur systemet.

*”Är det bara den här sociala vardagliga problematiken då är de ju egentligen inte våra patienter om man är krass. Så jag tror inte att vi har många sådana som, jag tror att det kanske fanns fler innan egentligen, innan vi blev överbelastade så att säga så att vi blev tvungna att välja.”*

*”De faller mellan stolarna, helt klart.”*

## **Diskussion**

Den kliniska bild som psykologerna ger av socialt tillbakadragande är i sin brokighet väl överensstämmande med tidigare forskning. De frågor som varit problematiska i studier avseende hur socialt tillbakadragande ska definieras och förstås är framträdande även i intervjuerna. I viss mån tycks behovet av att anpassa sig till befintliga diagnostiska system sätta käppar i hjulet såtillvida att det med en sådan avgränsning inte blir möjligt att täcka upp för det sociala tillbakadragandets komplexitet. Psykologerna ringar in vissa faktorer som de uppfattar som gemensamma hos unga vuxna patienter som isolerar sig från omvärlden och deras förståelse för problematiken är i mycket samstämmig. Olika teman är återkommande och uttrycks både direkt och indirekt genom den praxis de förespråkar. Liksom tidigare forskning (Li & Wong, 2015) visar den här studiens resultat på att de kliniskt verksamma psykologerna betraktar socialt tillbakadragande som ett fenomen som behöver förstås på flera olika nivåer.

Svårigheterna uppstår när det kommer till att definiera och kategorisera – det finns ett behov av att prata om patienterna men psykologerna vet inte hur de ska tala om dem, hur gruppen ska avgränsas eller hur problematiken ska benämnas. I nuläget tycks det framförallt handla om att göra något talbart, eventuellt genom att skapa en provisorisk grupp att tänka utifrån. Det är inte självklart hur man ska förstå eller behandla socialt tillbakadragande men det är ett fenomen som tillhör vår tid, och förmodligen vår framtid, och behöver därför uppmärksammas. Psykologer beskriver en symptombild som i mycket överlappar den typ av socialt tillbakadragande hos unga vuxna som i forskning ofta benämns som hikikomori. Det är rimligt att tänka att de individer som psykologerna beskriver i intervjuerna och som fångas upp i projekten Hikikomori i Uppsala och Umeå har mycket gemensamt med de unga vuxna som isolerar sig på andra platser i världen och att vi därmed kan använda oss av den kunskap som genererats i studier kring fenomenet för att skapa förståelse och utveckla behandlingsinsatser för hemmasittande patienter.

### **Ett konserverande tillstånd**

Socialt tillbakadragande beskrivs i intervjuerna, liksom i tidigare studier (Li & Wong, 2015; Tajan, 2015; Teo et al., 2015), som ett allvarligt tillstånd där individens liv begränsas alltmer, samtidigt som omvärlden upplevs alltmer hotande och avlägsen. Rädslan för att inte kunna uppfylla egna och andras förväntningar blir starkare och det psykiska lidandet ökar. Psykologerna nämner kliniska symptom, men talar även i mer allmänpsykologiska termer om låg självkänsla, skam och ensamhetskänslor. I

intervjuerna påtalar psykologerna att undvikandet så småningom verkar bli det centrala livsvillkoret för patienterna. Den urholkning av existensen som detta innebär sker succesivt och några av psykologerna talar om att en habituering tycks ske längs vägen som gör att den sänkta livskvaliteten inte blir lika tydlig för den berörda patienten som för omgivningen. Undvikandet tycks även komma att omfatta tankar och känslor vilket kan upplevas som en känslomässig avstängdhet som det är viktigt att som behandlare se bakom.

Saitō (2013) beskriver det socialt tillbakadragna tillståndet som präglad av pågående inre konflikter, som ofta bottenar i känslor av underlägsenhet och missnöje, vilka i sin tur ger upphov till ytterligare konflikter. Denna bild framträder även i psykologernas tal – det finns en längtan efter social samvaro och en meningsfull sysselsättning hos patienterna, som hela tiden tycks hållas tillbaka för att undvika den ångest och rädsla som denna längtan samtidigt väcker. Patienterna har en önskan om ett annat liv men ser inga möjligheter att förändra sin situation, det sociala tillbakadragandet blir en destruktiv lösning – en flykt från obehagliga upplevelser som leder till ett alltmer begränsat liv med ökat lidande, vilket i sin tur ökar benägenheten att dra sig undan. Överlag innebär den sociala isoleringen en situation som verkar nedbrytande. Genom att avskärma sig från omvärlden och andra människor uteblir den korrigerande erfarenhet som interaktion med andra människor kan ge. Saitō (2013) menar därför att det sociala tillbakadragandet i sig ofta är mer traumatiserande än händelsen som utlöste det. Det är ovanligt att personer som under en längre tid befunnit sig i social isolering själva tar sig ur sin situation, varför det är viktigt att försöka anpassa insatser efter de rådande omständigheterna och inte se ett lågt engagemang som en ovilja till behandling (Saitō, 2013). Många förespråkar en flexibilitet avseende tid och plats, vilket kan innebära att vårdgivaren måste bedriva behandlingen i patientens hem och anpassa intensiteten i arbetet beroende av var patienten befinner sig (Wong, 2009), något som även psykologerna tar upp under intervjuerna. Att bryta isoleringen är en långsam process, ofta rör det sig om år innan patienten kommer i sysselsättning eller på annat sätt tar sig vidare i livet och vägen dit kantas inte sällan av bakslag (Kondo et al., 2013; Finn et al., 2015).

### **Att sakna drivkraft på grund av att inte kunna se sig själv på en annan plats**

Psykologerna i denna studie framhåller att en svårighet i arbetet med patienter som isolerat sig socialt är att de, trots missnöje med sin situation, saknar tillräcklig motivation för att förändra den. Den drivkraft som skapas ur fantasier om hur livet ska gestalta sig, och som hjälper en att ta sig an utmaningar och svårigheter, verkar av olika anledningar inte vara tillräckligt stark hos de berörda patienterna. Psykologerna menar att patienterna tycks sakna upplevelsen av att ha en plats i samhället. Oavsett om det uttrycks i termer av att inte kunna, inte vara värd eller inte lockas av det, verkar patienterna ha svårt att visualisera sig själva i en kontext utanför hemmets väggar. I takt med att kraven på självständighet och eget ansvar ökar när patienterna närmar sig vuxen ålder, tycks osäkerheten och vilshenheten växa. Det sociala tillbakadragandet blir ett svar på en upplevelse av att inte mäkta med föreställda och reella förväntningar kopplade till att etablera sig i samhället.

Utifrån föreställningen om socialt tillbakadragande som en oförmåga att ta sig an de krav som ställs på individen i samband med vuxenblivandet har forskare försökt blottlägga orsaker till fenomenet. Kopplat till familjestruktur, visar studier att

överbeskyddande föräldraskap, liksom dysfunktionell dynamik och höga förväntningar som inte kan realiseras av den unge kan vara predisponerande för socialt tillbakadragande – mönster som på olika sätt leder till att den unga saknar de färdigheter som krävs för att ta sig an vuxenlivet (Li & Wong, 2015). Även i den här studien talar psykologerna om familjemönster som verkar såväl bidragande som kvarhållande för det sociala tillbakadragandet. Liksom Saitō (2013) framhåller de även bristande kommunikation såväl inom familjen som mellan individ och samhälle. Suwa et al. (2003) fann i en studie avseende familjemönster vid socialt tillbakadragande en avsaknad av såväl verbal kommunikation som emotionellt utbyte, där familjemedlemmarnas förmåga att se och förstå varandras känslor och upplevelser framstod som begränsad. Hos föräldrarna fanns en osäkerhet kring relationen till barnet och en föreställning om att relationen kan skadas eller förstöras om svårigheter och svagheter uppmärksammas – genom att inte närma sig djupare känslor upplever man sig skydda sitt barn. Att kommunicera kring det sociala tillbakadragandet blir därmed mycket svårt. I studien (Suwa et al., 2003) uttrycker föräldrarna att de inte förstår vad deras barn känner, vad det är de går igenom och varför de lever som de gör. Även de unga vuxna själva uttrycker en ovilja att belasta sina föräldrar genom att tala om sin situation och sitt mående. Den bristande interaktionen tycks å ena sidan vara en följd av den unga vuxnas tillstånd, där oron för att förvärra situationen ökar distansen mellan familjemedlemmarna. Å andra sidan kan den betraktas som en bidragande faktor som hänger samman med en rigid familjekultur. Gemensamt för familjerna i studien var en låg anpassningsförmåga, strikta regler och ett begränsat utrymme för ifrågasättande. De unga vuxna tycktes ha tagit över föräldrarnas normsystem direkt, utan diskussion eller opposition och antagit den roll som de förväntades spela. Eftersom värderingarna inte tillåtit växa fram genom samtal och förhandling, saknar de förankring. Det sociala tillbakadragandet kan därmed delvis ses som ett svar på en upplevelse av att sakna möjligheter att omförhandla sin position (Suwa et al., 2003).

Psykologerna i den här studien har inte under sina yrkesverksamma år upplevt en påtaglig ökning av hemmasittande patienter i psykiatri, men reflekterar trots det kring ett eventuellt samband med strukturella förändringar. Tankegångarna påminner mycket om de som framförts av till exempel Furlong (2007) och Saitō (2013). Psykologerna påtalar en skillnad avseende arbetsmarknad och karriär, där vägen till yrkeslivet idag inte är lika utstakad som tidigare, normerna kring etablering har förändrats och idealiseringen kring att skaffa sig ett yrke inte heller är lika framträdande som tidigare. Den ökade (illusionen om) valfrihet som detta innebär lägger mer ansvar på individen, vilket kan verka både förlamande och förvirrande. Ökade krav på motprestation för att erhålla försörjning från socialtjänst eller försäkringskassa nämns också som en förändring som kan tänkas påverka att patienterna bor kvar hos sina föräldrar. Någon påtalar även att det krävs ekonomiska förutsättningar för att kunna försörja sina vuxna barn och menar att det kanske är fler föräldrar som har den möjligheten idag. Vidare antas internets numera självklara plats i samhället bidra till hur det sociala tillbakadragandet tar sig uttryck. Socialt tillbakadragande som fenomen tycks således kunna kopplas till kultur, men inte nödvändigtvis till den japanska kulturen utan snarare till den moderna, till ekonomiskt utvecklade länder där individualismen ställer högre krav på individens förmåga att själv söka sin plats i samhället (Saitō, 2013; Furlong, 2007). I kombination med en förändring av normer, skapas även stora generationsklyftor vilket kan försvåra för föräldrar att förbereda sina barn för vuxenlivet (Suwa & Suzuki, 2013). För den generation som växer upp idag är möjligheterna på en manifest nivå fler, samtidigt som de trygga anställningarna blir färre (Furlong, 2007). Sett i relation till den utveckling av

arbetsmarknaden i Sverige som Olofsson (2014) beskriver är det mycket som överlappar avseende förutsättningar. Även om kollektivism och konformism haft en annan karaktär och en starkare ställning i det japanska samhället, har en förändring mot en ökad individualism skett även i Sverige.

Att vara ”fri” i meningen att till synes ha många valmöjligheter och i hög utsträckning kunna påverka hur livet utformar sig – att inte ha några begränsningar – innebär även att sakna något yttre att protestera emot. Att på olika sätt göra uppror och förhandla med omvärlden om den plats man blivit tilldelad, kan ses som en naturlig del av vuxenblivandet – om yttre begränsningar saknas är risken stor att det istället blir den egna personen som attackeras (Suwa & Suzuki, 2013). Enligt Suwa och Suzuki (2013) kan socialt tillbakadragande därför delvis förstås som en revolt riktad inåt – en internaliserad protest. Frågan om vem man är i den samhälleliga kontexten, eller om man är någon överhuvudtaget, kommer att handla mer om ens egen upplevelse av sig själv i förhållande till omvärlden och mindre om faktiska möjligheter och förväntningar (Suwa & Suzuki, 2013).

För flera av patienterna som psykologerna talar om tycks tendensen att dra sig tillbaka funnits med sedan unga år och det är vanligt med en historia av svårigheter kopplade till skolgången. Men där finns också de som tycks ha klarat sig bra genom grundskolan och ibland även gymnasiet. För dem beskrivs övergången som det problematiska och i stället för att studera vidare, arbeta eller på något annat sätt ta sig ut i världen, bryts kontakten med samhället. Det är lätt att tänka att grundförutsättningarna för de här två typerna, om vi ska göra en schematisk indelning, skiljer sig åt. För den förra kan det sociala tillbakadragandet i vuxen ålder ses som en följd av ett sedan tidigt inlärt sätt att hantera motstånd och svårigheter, medan den senare varianten tycks vara kopplad till överväldigande krav i samband med att tryggheten från grundskolans struktur försvinner och mer ansvar läggs på den enskilde individen. Gemensamma mönster kan dock urskiljas, där brist på egen drivkraft och rädsla för misslyckanden kan tänkas vara det centrala i båda fallen. Det tycks handla om behovet av att känna sig delaktig, att uppleva att det man gör är meningsfullt och att känna tillhörighet. För vissa utgör inte skolan en plats där detta uppfylls. Det kan ha att göra med social utsatthet, svårigheter rörande inläring, att inte se skolans betydelse för framtiden etc. För andra verkar strukturen skyddande, varpå skolans slut innebär en förlust av en självklar plats där man vet vad som förväntas av en.

Sammantaget ställs idag högre krav på unga vuxnas förmåga att ta eget ansvar för sin framtid och sitt välbefinnande. Den ökande individualismen och välfärdens försvagning skapar en situation där det i betydligt högre utsträckning än tidigare är upp till den enskilde att finna sin väg ut i vuxenlivet (Furlong, 2007; Olofsson, 2014). Dessutom innebär osäkerheten en ökad svårighet för unga människor att identifiera referenspunkter – det finns inget självklart att förhålla sig till och utgå från (Furlong, 2007). Framgång liksom misslyckanden blir därmed centrerat kring den egna personen och undvikandet ett sätt att slippa konfronteras med krav som kan upplevas som både orimliga och oförståeliga. För att skapa motivation att ta sig igenom det som är svårt krävs en föreställning om vad det ska leda till, en förmåga att se sig själv och det man går igenom i ett större sammanhang. Saknas den blir det meningslöst att utsätta sig för det som är obehagligt.

## **Att engagera patienten i sitt eget liv**

Psykologerna uttrycker på olika sätt ett behov av att väcka något i patienten – att skapa en nyfikenhet på den egna personen. Arbetet kräver improvisation, uthållighet och lekfullhet – som terapeut behöver man ”fortsätta bygga i sandlådan och hoppas på att patienten så småningom blir nyfiken på vad man håller på med”, som en av psykologerna uttrycker det. Flera av psykologerna talar även om det verksamma i ett traditionellt psykoterapeutiskt förhållningssätt – att ge patienten tid och rum att tala om sitt liv på ett icke-tvingande sätt. Genom att hjälpa patienten att få syn på hur livet ser ut idag och hur det sett ut tidigare blir det även möjligt att så småningom närma sig framtiden. Den terapeutiska relationen anses vara viktig i processen. Som terapeut behöver man etablera sig som en person det är värt att tala till och att lyssna på – bli någon som är intressant för patienten. I mycket handlar det om att vara ett ställföreträdande jag som visar på alternativa sätt att tänka och känna, som står för hopp och som tar patientens liv på allvar. Samtidigt anser psykologerna att individuell behandling inte är tillräckligt om en förändring ska vara möjlig. Patienterna behöver parallellt med samtalsbehandlingen börja närma sig det som skrämmer dvs. sociala sammanhang och ett liv utanför hemmets väggar. Psykologerna förespråkar samarbete kring patienterna och talar både om att involvera föräldrar och andra samhällsinstanser.

Överlag stämmer psykologernas tankar om behandling väl överens med vad bland annat Saitō (2013) och Suwa et al. (2003) framhåller kring att arbeta med patientens psykologiska mognad och självständighetsutveckling genom att öka och förbättra kommunikationen mellan patienten, familjen och samhället. Det handlar dels om att ge patienten utrymme och stöd att tala om sig själv – att skapa ett intresse, och så småningom ett engagemang, för det egna livet – vilket ger patienten en position att kommunicera utifrån. Dels handlar det om att rent konkret öka patientens kontaktytor. Arbetet behöver ske stegvis och fokusera på att skapa en vilja till och en upplevelse av delaktighet hos patienten. Att ställa krav och agera auktoritärt gentemot patienten riskerar enligt Saitō (2013) att förvärra tillståndet, något som även framhålls under intervjuerna. Psykologerna menar att många av patienterna har en lång erfarenhet av att både föräldrar och myndighetspersoner gett direktiv och råd som de inte förmått följa. Förväntningar från omgivningen upplevs skrämmande och riskerar att leda till ytterligare isolering. Att som terapeut fortsätta på den banan anses helt enkelt inte vara verksamt. Har man ingen tro på att det som sägs är möjligt, inget förtroende för den som talar och en oförmåga att se den där platsen någon försöker leda en till är det svårt att göra något med det som sägs.

## **Det huvudsakliga är att lyfta det allvarsamma i en långvarig isolering**

I intervjuerna framhåller psykologerna att lidandet är stort hos patienter som avskärmat sig från omvärlden. De pekar ut allvarliga konsekvenser av ett långvarigt socialt tillbakadragande där psykisk ohälsa antas öka, samtidigt som möjligheterna minskar, vilket kan ses som en självdestruktivitet i klass med mer direkta självskadebeteenden. Situationen kompliceras på grund av att patienterna inte själva är drivande i sitt hjälpsökande och att det ofta har gått lång tid innan en kontakt etableras, vilket gjort att problematiken försvårats och cementerats. Patienternas ambivalens inför förändring i kombination med direkta svårigheter att ta kontakt gör att de trots sin låga funktionsnivå lätt hamnar i skymundan. Psykologerna uttrycker att patienterna behöver

ges den uppmärksamhet och det intresse de själva har svårt att begära. Någon talar om det som en skyldighet och en annan menar att det ligger i psykologens roll att föra patienternas talan om de inte själva klarar av det. Även Li & Wong (2015) lyfter fram att det rör sig om en grupp som är osynlig för samhället och menar att det inte bara leder till svårigheter avseende behandling, utan även gällande forskning.

I psykologernas sätt att tala om en eventuell patientgrupp blir de tydligt att en psykiatrisk diagnos inte anses gynnsam för att fånga in problematiken. Dels är heterogeniteten stor, dels riskerar perspektiv att gå förlorade. Att det krävs individuella lösningar på grund av patienternas stora olikheter framhålls, men upplevs inte vara en motsättning till en föreställning om att en övergripande behandlingsstruktur riktad till patienter som isolerat sig skulle vara användbar. Även om det inte finns några färdiga idéer kring hur en insats för patienterna skulle se ut, är de intervjuade psykologerna överens om otillräckligheten i hur arbetet bedrivs i nuläget. Det centrala tycks vara att lyfta fram och arbeta med det sociala tillbakadragandet, vilket även framhålls i tidigare forskning. Kato et al. (2012) menar att en reduktion av hikikomorisymptomen innebär en förbättring av patientens livsvillkor oavsett vilken annan psykiatrisk problematik, om någon, som föreligger.

För att underlätta arbetet kring patienten förespråkar psykologerna ett samarbete mellan olika aktörer som psykiatri, arbetsförmedling, socialtjänst och skola. Det är något som även lyfts i studier och utvärderingar av insatser vid socialt tillbakadragande (Kondo et al., 2013; Saitō, 2013; Finn et al., 2015). I en utvärdering av projektet Hikikomori i Uppsala (Finn et al., 2015) uppger föräldrar att det varit mycket betydelsefullt med en specialiserad verksamhet som fungerar som sluss till andra myndigheter och aktörer. Till skillnad från tidigare insatser som gjorts för deras hemmasittande unga vuxna har projektet en helhetssyn, vilket de anser har möjliggjort en förändring (Finn et al., 2015).

I intervjuerna framkommer en fråga kring var de här patienterna hör hemma – när de tillhör psykiatri och när det är kommunen som ska stå för insatser, vilket i sig blir till en större fråga om psykiatris ansvar och möjligheter. Som några av psykologerna påpekar, är tröskeln för att bli mottagen i psykiatri hög och en psykiatrisk problematik måste misstänkas. För personer som lever isolerat kan funktionsnivån vara mycket låg, men om det psykiska lidandet inte är påtagligt är risken stor att en remiss skickas åter eller vidare. Detta behöver inte vara problematiskt i sig, men som flera av psykologerna framhåller så verkar de här individerna ofta hamna mellan stolarna.

Om vi ska tänka på personer med socialt tillbakadragande som en grupp där den gemensamma nämnaren är ett extremt undvikande så är det troligt att där finns patienter med psykiatrisk problematik, liksom där finns patienter som inte i klinisk bemärkelse har en psykiatrisk problematik. Kopplat till forskning skulle det eventuellt vara möjligt att tala om primärt och sekundärt socialt tillbakadragande. Distinktionen är dock problematisk, då det kan vara svårt att avgöra vad som föregår vad, något som framhålls både i intervjuer och tidigare studier (Tajan, 2015; Suwa & Suzuki, 2013). Socialt tillbakadragande är en grogrund för psykisk ohälsa och enligt många forskare är depression, social fobi, ocd och andra typer av ångestproblematik en vanlig följd av isoleringen (Suwa & Suzuki, 2013; Saitō, 2013). Om hemmasittande unga vuxna hade identifierats och fångats upp tidigare, är det möjligt att psykisk ohälsa hade kunnat förebyggas (Saitō, 2013; Finn et al., 2015). Frågan som då måste ställas är vilka det är som ska fånga upp patienterna. Om det stämmer att hemmasittande inte alltid är kopplat till psykiatrisk problematik i klinisk bemärkelse, är det inte självklart att det är psykiatri, eller ens vården, utan i första hand skola, kommun och arbetsförmedling som har



möjligheten att signalera. Men vad händer när den hemmasittande ungdomen eller unga vuxna uppmärksammas? Vem kommer att ha det övergripande ansvaret? Patienterna behöver individuella lösningar där hänsyn tas till det specifika – samtidigt är det sociala tillbakadragandet centralt och utgör ett allvarligt problem som behöver tas om hand. En möjlighet skulle kunna vara att, såsom i projekten i Uppsala och Umeå, skapa samverkande insatser som är anpassade till det sociala tillbakadragandet och i de fall där psykiatrisk problematik föreligger skapa utrymme för riktad behandling vid sidan om, liksom de som har ett större behov av att till exempel få en egen bostad får hjälp att komma i kontakt med rätt instans för det.

## **Framtida studier**

Den här studien kan tänkas utgöra ett avstamp, fler frågor har väckts än vad som har besvarats. Att det finns ett värde i att tala om patienter som på ett extremt sätt isolerar sig från omvärlden tycks det inte råda någon tvekan kring, men hur vi ska tala om dem, vilka det egentligen är vi talar om och vad som kan tänkas bli konsekvenserna om vi talar om dem är mindre självklart. Det skulle vara intressant och vetenskapligt motiverat att intervjua psykologer eller behandlingspersonal inom andra verksamheter, såsom primärvård, arbetsförmedling, socialtjänst och skola, kring hur de ser på problematiken och bemöter den. Vidare skulle Barn och ungdomspsykiatri kunna utgöra en viktig källa till kunskap eftersom där finns ett pågående arbete kring hemmasittande barn och ungdomar (Färnkvist, 2010). En jämförelse mellan hur man bemöter patienter med problematiken inom BUP jämfört med vuxenpsykiatri skulle också vara intressant. Det skulle även finnas ett stort värde i att intervjua individer ur målgruppen – personer som antingen befinner sig i ett socialt tillbakadragat tillstånd eller som tidigare har gjort det och lyckats ta sig ur det.

## **Konklusion**

Liksom tidigare forskning visar den här studiens resultat på att de kliniskt verksamma psykologerna betraktar socialt tillbakadragande som resultatet av samverkande faktorer på flera olika nivåer. Sammanfattningsvis beskriver de ett tillstånd där någon slags kärna tycks vara en oförmåga att föreställa sig själv på en annan plats. Som svar på osäkerhet, krav och en upplevelse av att inte vara tillräcklig i samband med vuxenblivandet drar man sig tillbaka. Isoleringen i sig innebär en nedåtgående spiral där självkänslan försämras och rädslan för att möta världen hela tiden växer sig starkare. Det sociala tillbakadragandet, som kan ses som ett försök att skydda sig från misslyckanden, blir i sig ett misslyckande som förstärker upplevelsen av att inte klara av det som andra tar sig för. Kommunikationen och det direkta relaterandet till andra människor, som annars skulle kunna verka reglerande, uteblir. För att bryta det sociala tillbakadragandet behövs omfattande insatser där individen stöttas i sin självständighetsutveckling både genom individuella samtal och genom att närma sig omvärlden via till exempel gruppaktivitet eller praktikplats. Även om de socialt tillbakadragna unga vuxna som har kontakt med psykiatri ofta kan diagnosticeras enligt ICD-10 och DSM 5 finns det en risk att den breda förståelse som psykologerna har för fenomenet/symptomet går förlorat i och med att insatser ofta anpassas efter diagnos. Standardiserade behandlingar framstår

som bristfälliga i psykologernas tal och det finns en enighet rörande att det sociala tillbakadragandet är en central faktor att ta hänsyn till oavsett annan psykiatrisk problematik. Genom att inte fastna i definitionsfrågan, utan fokusera på det specifika i det sociala tillbakadragandet, skulle det kunna bli möjligt att bättre anpassa insatser efter individens behov. Dock kvarstår frågan om vilken institution som ska stå för dessa insatser, sett till de två projekt som hänvisas till i det här arbetet, verkar ett samarbete mellan kommun och landsting vara en möjlig lösning.

## Referenser

- Adolfsson, P. (2013). *Utvärdering av projektet Hikikomori, 2013*. Uppsala: Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet
- Angel, J. (2013). Translator's introduction. How to diagnose an invisible epidemic. I T. Saitō, *Hikikomori – Adolescence without End (s. vii-xix)*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Arbetsförmedlingen. (2013). *Ungdomar på och utanför arbetsmarknaden – fokus på unga som varken arbetar eller studerar*. Stockholm: Arbetsförmedlingen
- Brown V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Finn, B., Ingard, C., Jöreskog, K. (2015). *Utvärdering av projektet Hikikomori, 2015 (FoU-rapport 2015/3)*. Uppsala: Regionförbundet Uppsala län
- Furlong, A., (2008). The Japanese hikikomori phenomenon: acute social withdrawal among young people. *The Sociological Review*, 56:2
- Färnkvist, M. (2011). *Salutogenes vid långvarig skolfrånvaro (Masteruppsats)*. Göteborg: Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet
- Institutionen för språk och folkminne. (u.å.). *Nyordslistan 2013*. Hämtad 2016-02-05, från <http://www.sprakochfolkminnen.se/download/18.42699e142b734b551101b3/1398151044710/Nyordslistan-2013.pdf>
- Kato, T., Tateno, M., Shinfuku, T., Fujisawa, D., Teo, A.R., Sartorius, N., et al. (2012). Does the hikikomori syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A preliminary international investigation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1061–75.
- Kondo, N., Sakai, M., Kuroda, Y., Kiyota, Y., Kitabata, Y., & Kurosawa, M. (2013). General condition of hikikomori (prolonged social withdrawal) in japan: Psychiatric diagnosis and outcome in mental health welfare centres. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1), 79-86.
- Koyama, A., Miyake, Y., Kawakami, N., Tsuchiya, M., Tachimori, H., & Takeshima, T. (2010). Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of "hikikomori" in a community population in japan. *Psychiatry Research*, 176(1), 69-74.
- Lagerblad, A. (2013, 18 september). Hemmasittare stort problem i Japan. *Svenska Dagbladet*. Hämtad 2016-02-05, från <http://www.svd.se/hemmasittare-stort-problem-i-japan>
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetodik i psykologi – att låta en värld öppna sig*. Stockholm: Liber

- Lee, Y. S., Lee, J. Y., Choi, T. Y., & Choi, J. T. (2013). Home visitation program for detecting, evaluating and treating socially withdrawn youth in Korea. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67(4), 193-202.
- Li, T.M.H., & Wong, P.W.C. (2015). Youth social withdrawal behavior (hikikomori): A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(7), 595-609.
- Olofsson, J. (2014). *Förändrade etableringsvillkor – om ungdomsarbetslöshet och utanförskap i Socialförsäkringsrapport 2014:3*. Stockholm: Försäkringskassan
- Ovejero, S., Caro-Cañizares, I., de León-Martínez, V., & Baca-García, E. (2014). Prolonged social withdrawal disorder: A hikikomori case in Spain. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(6), 562-565.
- Saitō, T. (2013). *Hikikomori – Adolescence without End*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- von Sivers. (Producent). (2014, 4 december). *Malou efter tio. Tema: Ensamhet – Vad är hikikomori och varför ökar det bland unga?*. Hämtad 2016-02-05, från <http://www.tv4.se/efter-tio/klipp/tema-ensamhet-vad-ar-hikikomori-och-varfor-okar-det-bland-unga-3024404>
- SOU 2013:74. *Unga som varken arbetar eller studerar – statistik, stöd och samverkan*. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.
- Suwa, M., Suzuki, K., Hara, K., Watanabe, H., & Takahashi, T. (2003). Family features in primary social withdrawal among young adults. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57(6), 586-594.
- Suwa, M., & Suzuki, K. (2013). The phenomenon of "hikikomori" (social withdrawal) and the socio-cultural situation in Japan today. *Journal of Psychopathology / Giornale Di Psicopatologia*, 19(3), 191-198.
- Tajan, N. (2015). Social withdrawal and psychiatry: A comprehensive review of hikikomori. *Neuropsychiatrie De l'Enfance Et De l'Adolescence*, 63(5), 324-331.
- Teo, A. R., & Gaw, A. C. (2010). Hikikomori, a Japanese culture-bound syndrome of social withdrawal? A proposal for DSM-5. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(6), 444-449.
- Teo, A. R., Fetters, M. D., Stufflebam, K., Tateno, M., Balhara, Y., Choi, T. Y., . . . Kato, T. A. (2015). Identification of the hikikomori syndrome of social withdrawal: Psychosocial features and treatment preferences in four countries. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(1), 64-72
- Umeda, M., & Kawakami, N. (2012). Association of childhood family environments with the risk of social withdrawal ('hikikomori') in the community population in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(2), 121-129.
- Wong, V. (2009). Youth locked in time and space? Defining features of social withdrawal and practice implications. *Journal of Social Work Practice*, 23(3), 337-352.

## Bilaga 1

### **Intervjustudie kring socialt tillbakadragande som central problematik hos patienter inom den vuxenpsykiatriska öppenvården**

Mitt namn är Sofia Andersson och jag ska under hösten skriva examensuppsats på psykologprogrammet vid Göteborgs Universitet. Syftet med studien är att undersöka psykologers erfarenhet av och förståelse för socialt tillbakadragande, hur behandlingsinsatser ser ut och fungerar för patienter med den här problematiken, samt huruvida det är möjligt att tala om en patientgrupp och i så fall på vilka grunder man väljer att göra det.

Jag önskar komma i kontakt med legitimerade psykologer som, inom ramen för sitt arbete i vuxenpsykiatri, kommer i kontakt med patienter där det sociala tillbakadragandet står i förgrunden. Det rör sig om unga vuxna som inte har någon konstaterad psykiatrisk/somatisk diagnos eller funktionsnedsättning som begränsar deras möjligheter att etablera sig i samhället, utan där isoleringen i sig tycks utgöra den huvudsakliga problematiken. Det fenomen jag är intresserad av att undersöka benämns ibland *hemmasittare* (eller *skolvägrare* om det rör sig om yngre barn och unga). Även det ursprungligen japanska begreppet *hikikomori* förekommer allt oftare i Sverige för att tala om unga vuxna som isolerar sig från omvärlden.

Jag vänder mig till psykologer verksamma inom den allmänpsykiatriska öppenvården på Vuxenpsykiatriska Kliniken, Södra Älvsborgs sjukhus. Intervjun tar ca 60 minuter och jag är flexibel gällande både tid och plats.

Dina svar kommer att hanteras och sammanställas anonymt. Studiens resultat kommer att göras tillgängliga i form av ett examensarbete som publiceras på Internet. Vid intresse finns även möjlighet att få uppsatsen skickad till sig direkt via mail. Deltagande i undersökningen är frivilligt och du kan när som helst och utan förklaring avbryta ditt deltagande.

Vid intresse för att delta i en intervju eller för att ställa ytterligare frågor, kontaktas jag via mail: [sofia.andersson@post.com](mailto:sofia.andersson@post.com) eller telefon: 0707-397571

Vänligen,  
Sofia Andersson, psykologistuderande

*Handledare:*  
Per Magnus Johansson, docent.  
[per.magnus.johansson@swipnet.se](mailto:per.magnus.johansson@swipnet.se)

---

Psykologiska institutionen  
Haraldsgatan 1, Box 500, 405 30 Göteborg  
031-786 4695  
[www.psy.gu.se](http://www.psy.gu.se)

## **Bilaga 2**

Jag har förstått att mitt informationsbrev är otydligt avseende vilka patienter det handlar om, att det kan uppfattas som att det inte ska finnas några psykiatriska diagnoser och så är inte fallet. Naturligtvis har patienter i psykiatri diagnoser och vad jag är ute efter är att det sociala tillbakadragandet ska vara framträdande och utgöra ett centralt problem när det kommer till att ta sig ut i samhället. Vid till exempel psykosproblematik kan ju socialt tillbakadragande vara ett symptom, men där tänker jag mig att det kanske inte står i fokus på samma sätt - det kanske inte är det sociala tillbakadragandet/undvikandet i sig som hindrar personen från att etablera sig i samhället. Men det är verkligen inte helt självklart var gränsen går och en del av syftet med uppsatsen är att utforska just detta.

## Bilaga 3

### INTERVJUGUIDE

#### 1. Förståelse

Varför/hur hamnar de här patienterna i den psykiatriska öppenvården?

Hur förstår du problematiken?

Hur uppfattar du att de här patienternas livssituation ser ut?

Hur uppfattar du att de här patienternas familjerelationer ser ut?

Hur uppfattar du att de här patienternas skol- och arbetslivserfarenheter ser ut?

Hur uppfattar du att patienterna själva upplever sin situation?

Vad upplever du att symptomet fyller för funktion?

#### 2. Praxis

Hur arbetar ni på mottagningen med patienter med den här problematiken?

Hur bemöter du de här patienterna?/Hur arbetar du med de här patienterna?

Vad kännetecknar arbetet med de här patienterna?

Vilken är din roll som psykolog i arbetet med de här patienterna?

Finns samarbete med andra aktörer?

Vad fungerar bra?

Vad fungerar mindre bra?

Vad tänker du skulle behövas?

#### 3. Gruppbenämning

Uppfattar du att de här patienterna utgör en grupp?/Kan vi tala om en patientgrupp?

- Om ja:

○ Varför tänker du att de här patienterna utgör en grupp?

○ Hur urskiljer sig gruppen?

- Om nej:

○ Vad är det som gör att du inte tänker på de här patienterna som en grupp?

Vilka för- och nackdelar ser du med att identifiera en grupp?