

Anne Denhov

Hjälpande relationer

I PSYKIATRISK VÅRD – EN LITTERATURÖVERSIKT

Hjälpande relationer
i psykiatrisk vård - en litteraturoversikt

Utgiven av:

 **Stockholms läns
sjukvårdsområde**
Psykiatri Södra, FoU-enheten

SLSO; Psykiatri Södra
Sköntorpsvägen 29
120 38 Årsta
Tel: 08-686 51 00
www.psykiatrisodra.se

© Anne Denhov
Detta verk är skyddat av upphovsrättslagen. Mångfaldigande
av innehållet, helt eller delvis, i varje form är förbjudet utan
skriftligt medgivande av förläggarna.
ISSN 1651-4645

Grafisk Form: MRD AB Stockholm 2007.
Illustration: Jonas Rahm

Innehåll

Förord	4
Inledning	6
<hr/>	
Kort om de generella faktorerna i psykoterapiforskning	8
Vad är verksamt: Specifik metod eller generella faktorer?	8
Vilka är de generella faktorerna?	10
Relationen mellan terapeut och klient	11
<hr/>	
Behandlingsrelationen: en verksam faktor även vid svår psykisk störning och i vardagspsykiatri	15
Komplexa problem i komplex praktik	15
Glappet mellan forskning och praktik	17
Forskning stöder patienternas värdering av relationen	18
Skiljer sig alliansen mellan psykoterapi och psykiatri?	23
Vad påverkar skattningen av allians?	24
Kommentar	24
<hr/>	
Några kännetecken hos hjälpande personal	26
Några kommentarer om hjälpande relationer	29
<hr/>	
Avslutande kommentar	34
Referenser	36

Förord

De senaste åren har forskningen och praktiken inom psykiatri präglats av kraven på evidens. Forskningens plikt sägs då vara att tillhandahålla resultat som tydligt anger vilka metoder, tekniker och insatser, som lämpar sig bäst (botar flest) för patienter med en viss problematik.

Den kliniska praktikens plikt reduceras då till att anamma forskningsresultaten och tillämpa dem. Vägen till säker kunskap går genom ”randomiserade kontrollerade studier” och gärna sammanställningar av flera sådana studier. All annan kunskap sägs ha ett lägre värde.

Mot den bakgrunden har drömmen om att återföra psykiatri under medicinens enväldiga problemformuleringsprivilegium åter aktualiserats.

Utgångspunkten görs enkel: Psykiatri är en medicinsk specialitet som alla andra. Diagnoser är utgångspunkten för behandlingen. Behandlingen skall vara oberoende av de enskilda personernas egenheter (skolning, yrke mm) och samma behandling skall erhållas överallt för samma diagnos.

Den senaste tiden har många försökt lansera sin metod, sin teknik, sitt synsätt under det evidensbaserades fana. Resultatet har visat sig vara lika ideologiskt som alla tidigare försök att införa ett tänkande inom psykiatriens mångfacetterade fält.

Den typen av experimentella metoder, som randomiserade kontrollerade studier utgör, skapar problem:

- Dels lämpar sig inte alla insatser för den typen av undersökningar.
- Dels bygger det på patientgrupper med ytterst specifika diagnoser och bara med den diagnosen. Dessa patienter är inte så vanliga inom psykiatriens kärnpopulation som ofta uppvisar en sammansatt problematik.
- Slutligen skiljer sig omständigheterna för dessa undersökningar så pass mycket från vardagspsykiatriens villkor att det har visat sig svårt att överföra forskningsresultaten till praktiken.

Situationen kompliceras ytterligare av att:

- Olika undersökningar kommer fram till olika och motstridiga slutsatser.
- Undersökningar som inte visar förväntade eller önskade resultat publiceras inte alltid.
- Även metoder som utropas som evidensbaserade fungerar inte på mer än en viss andel av patienterna. Andra patienter blir hjälpta av metoder med mindre evidens.

I *Hjälpande relationer* utgår Anne Denhov från ett helt annat sätt att söka efter det som kan vara till hjälp för människor med psykiatriska problem.

Utgångspunkten för de forskningsresultat som hon presenterar är inte en specifik metod, utan kunskapen om att alla metoder visar sig fungera. Och de verkar fungera i stort sett lika bra.

Den intressanta frågan blir då: Vad är det, i dessa skilda metoder, som är gemensamt och som leder till att patienterna börjar må bättre?

Mycket av forskningen kring gemensamma faktorer för framgångsrika terapeutiska insatser har fokuserat på olika psykoterapeutiska metoder och här gör Anne Denhov en bred genomgång av resultaten. Men i *hjälpande relationer* presenteras också resultat som berör vanliga psykiatriska verksamheters arbete med människor med allvarliga psykiska störningar.

I centrum för Anne Denhavs rapport om evidensbaserade insatser träder ingen speciell metod fram, utan istället relationer. Relationer mellan behandlare och brukare. Här får vi ta del av det som kännetecknar hjälpande relationer.

Hjälpande relationer utgör ett viktigt bidrag till en seriös diskussion om evidensbaserade insatser i psykiatrin. En nödvändig diskussion som går bortom ideologiska och professionella låsningar.

Filipe Costa

Överläkare / Verksamhetschef

Alain Topor

Fil dr. Enhetschef / FoU

Inledning

När personer med egen erfarenhet av psykiatrisk vård tillfrågas om vad som varit till hjälp för dem visar sig några framträdande ledmotiv:

- Det multifaktoriella perspektivets dominans. De hjälpande faktorerna finns både utanför och innanför psykiatrin och de samspelar med varandra.
- Individens egna insatser för att hjälpa sig själv.
- De sociala relationernas framträdande roll.
- I den psykiatriska vården är relationen till personalen ett bärande tema.

I den här rapporten¹ ska vi fokusera på en enda av de hjälpande faktorerna, behandlingsrelationen och se närmare på vad forskningslitteraturen säger om relationens betydelse för hur det går för patienter i psykiatrisk vård.

Man skulle kunna säga att ur patienters synvinkel är det det som inom medicinen kallas placebo som är den mest verksamma ingrediensen.

Placebo handlar om att det är ”okända” faktorer som medför förbättring, alltså inte den verksamma substansen i ett farmakologiskt preparat. Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU) har gett ut en bok om placebo (Broström & Dahlgren, 2000) där relationen till den sjukvårdande personalen och förväntningarna på behandlingen framstår som centrala placeboeffekter, exempelvis skriver Martin Ingvar professor i neurofysiologi:

Att det mänskliga mötet har stor betydelse för välbefinnandet tycks numera vara ovedersägligt... Entydiga data visar att den mänskliga kontakten i sig har stor betydelse för att en kontakt med sjukvården skall leda till förbättring. Det räcker med att ta ett antal läkemedelsstudier som exempel (Ingvar 2000 sid. 79). Den mellanmänskliga kommunikationen är en avgörande faktor för en behandlings välgörande effekt på hälsan (a. a. sid. 82).

¹) Rapporten är en bearbetad del av en magisteruppsats vid Institutionen för Socialt arbete, Stockholms Universitet.

Trots den vikt som behandlingsrelationen tillmäts av både patienter och vårdpersonal i psykiatrisk vård och inom ”placeboforskningen” så har forskningen inte visat samma intresse i den psykiatriska vården.

Professor emeritus i psykiatri Jan-Otto Ottosson konstaterar i en annan forskningsöversikt från SBU att:

Anmärkningsvärt litet forskning har gjorts om patient-läkarrelationens betydelse inom den psykiatriska vården (Ottosson 1999 sid. 374).

Behandlingsrelationens² betydelse har ingående studerats i forskningen om psykoterapi. Även om majoriteten av psykiatrins patienter inte behandlas med psykoterapi kan psykoterapiforskningen om relationen bidra till kunskapsutvecklingen vad gäller hjälpande faktorer även psykiatrisk vård.

Johansson & Eklund (2003) har studerat patienters upplevelse av god vård i både öppen- och slutenvårdspsykiatri. Deras resultat pekar mot begreppet *hjälpande allians* som utvecklats i psykoterapi forskningen. De fann samma huvudkategori i båda grupperna:

The quality of the helping encounter. The quality of the relationship between patient and therapist/staff, and being understood by the therapist/staff, formed the most central aspects of good care. (ibid.)

Tanken att alliansbegreppet kan appliceras även utanför psykoterapi framförs även inom psykoterapiforskningen. Edward Bordin, nestor i studiet av allians argumenterar för att:

...a working alliance between a person seeking change and a change agent can occur in many places besides the locale of psychotherapy (Bordin, 1979).

² I litteraturen används flera benämningar för relationen mellan patienten och behandlaren: terapeutisk relation, hjälpande relation, terapeutisk allians, hjälpande allians, arbetsallians och ”therapeutic bond.” I denna rapport använder jag omväxlande allians och (behandlings)relation som om de var synonymer.

Kort om de generella faktorerna i psykoterapiforskning

Vad är verksamt: Specifik metod eller generella faktorer?

”Therapy is effective. Treated patients fare much better than the untreated” konstaterar Asay & Lambert (2002 sid.24) i en forskningsöversikt om psykoterapi. Om denna slutsats verkar det råda konsensus. Däremot har metastudier och litteraturöversikter inte kunna finna stabila signifikanta skillnader i utfall mellan de olika terapeutiska metoderna (Johansson 2006). Detta brukar kallas ”the dodo bird verdict” som syftar på historien i Alice i Underlandet när dronten (the dodo bird) konstaterar att alla vann och alla måste få pris.

Men om det inte enbart är själva terapimetoden, vad är det då som är verksamt?

Lambert och Ogles (2004) diskuterar tre möjliga svar på den frågan:

1. Det kan vara så att olika terapimetoder uppnår samma mål men på olika sätt.
2. En annan möjlighet är att det visst finns skillnader men att de inte blir synliga med nuvarande forskningsmetoder.
3. En tredje förklaring skulle kunna vara att de faktorer som påverkar utfallet av psykoterapi är gemensamma och generella⁴ för alla psykoterapimetoder (sid.171).

Det är den sistnämnda tolkningen som rönt störst forskningsintresse och framför allt har relationens betydelse ägnats omfattande forskning.

Dagens debatt inom psykoterapiforskningen handlar inte längre om huruvida psykoterapi är verksamt utan om hur stor del av förändring i terapi som kan tillskrivas faktorer som är *generella* mellan olika terapiformer och hur stor del som beror på de *specifika teknikerna* i respektive terapiform.

De senaste åren har denna fråga debatterats intensivt och genererat ett stort antal böcker och forskningsöversikter⁵. Diskussionen har i Sverige också förts i Psykologtidningen och Läkartidningen.

Skillnaden mellan hur olika forskningsöversikter fördelar förhållandet mellan generella faktorer och metodspecifik teknik kan vara ganska stor.

Till exempel fördelar Lambert (Asay & Lambert, 2002 sid. 31) i en ofta återgiven bild 15% till specifik teknik och 30% till gemensamma faktorer/terapeutiska relationer, 15% till förväntningar, hopp och placebo och 40% av förändringen menar han beror på klientfaktorer och faktorer utanför den

3) Begreppet myntades av S.Rosenzweig 1936.

4) Eng. common factors

5) Se referenser i denna rapport.

professionella vården till exempel stöd från det privata nätverket, självhjälpgrupper, kyrkan osv. (Diagram 1).

Stevens et al. (2000) fann i sin analys att ca 66% kan tillskrivas specifika metoder och ca 33% gemensamma faktorer. (Diagram 2)

Wampold (2001 sid. 207 ff) tillskriver 8% till specifika ingredienser, 70 % generella effekter och 22% oförklarad skillnad fram för allt klientskillnader. (Diagram 3)

Diagram 1

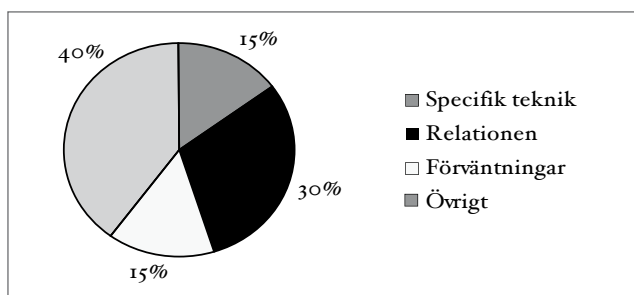


Diagram 2

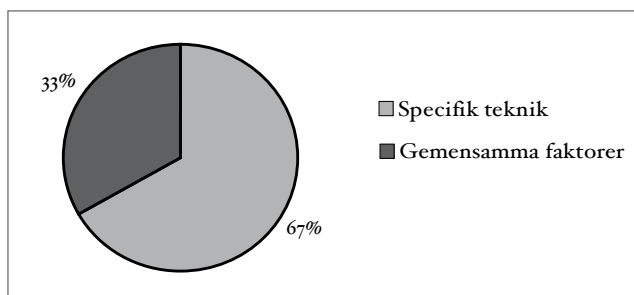
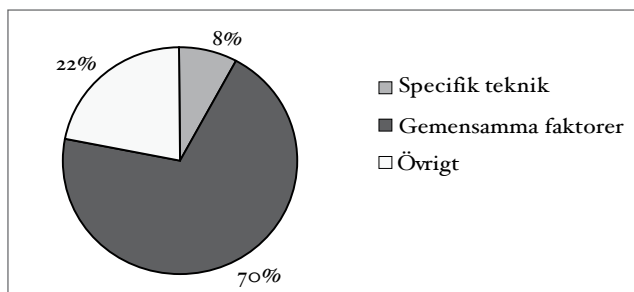


Diagram 3



Om skillnaderna mellan olika forskningsöversikter återspeglar faktiska förhållanden, forskningsstudiers problematik eller författarnas bias låter sig inte utredas här. Men det kan vara värt att nämna att Luborsky et al. (1999) fann ett samband mellan forskarnas sympati (eng. allegiance) för en viss terapimetod och resultaten i studierna, 69% av variansen i utfall kunde förklaras med forskarens sympati för terapimetoden.

En annan fråga handlar om hur stor vikt de generella faktorerna ska tillmätas.

Är de nödvändiga och tillräckliga eller nödvändiga men inte tillräckliga? (Lambert & Ogles, 2004) Är de vare sig nödvändiga eller tillräckliga men "causally relevant" (Weinberger, 1995) dvs ökar sannolikheten för ett visst utfall?

Trots vissa oklarheter finns det en stabil grund för att konstatera att de generella faktorerna har en icke obetydlig roll att spela för utfall i psykoterapi.

Vilka är de generella faktorerna?

Forskning om de generella faktorernas betydelse för behandlingsresultat har en lång historia inom psykoterapi.

Olika författare betonar delvis skilda aspekter av begreppet generella faktorer. Några exempel:

Frank & Frank (1991) framför fyra gemensamma drag för alla psykoterapier:

1. En emotionellt laddad, tillitsfull relation med en hjälpande person.
2. Ett läkande sammanhang.
3. En förklaringsgrund, en modell eller en myt som tillhandahåller en trolig/rimlig förklaring till patientens symptom och som föreskriver en ritual eller en procedur för att komma till rätta med dem.
4. En ritual eller en procedur som kräver aktivt deltagande av både patienten och terapeuten och som båda tilltror som rätt sätt för att återställa patientens hälsa. (a.a sid.40-44 min översättn.)

Joel Weinberger (1995) diskuterar fem gemensamma faktorer:

1. Den terapeutiska relationen
2. Förväntningarna på behandlingens effekt
3. Konfrontation med problemet

4. Erfarenheten av att kunna bemästra sitt problem
5. Vad patienten tillskriver framgången eller misslyckandet

Michael Lambert (Asay & Lambert, 2002) tar som vi såg i diagram 1 upp följande generella faktorer:

1. Terapeutiska relationer
2. Förväntningar, hopp och placebo
3. Klientfaktorer
4. Faktorer utanför den professionella vården

Den gemensamma komponenten i dessa olika författares analys är behandlingsrelationen/alliansen och det är denna faktor som vi ska fokusera på i resten av texten.

Följande avsnitt består av två delar. Det inleds med en kortare introduktion av relationsforskningen i psykoterapi, för en mer ingående översikt se till exempel Håkan Johanssons avhandling (2006). Därefter introduceras den mer begränsade forskningen om relationens betydelse i vardagspsykiatri med tonvikt på svårare psykisk problematik.

Relationen mellan terapeut och klient

För att komplettera och som en motvikt mot den förhärskande dominansen av evidensbaserade *metoder* tillsatte American Psychological Association (APA) en arbetsgrupp under ledning av John C. Norcross vars syfte var att identifiera evidensbaserade *relationer* och försöka finna sätt att anpassa terapierna efter *individ* och inte bara efter diagnos. Man menade att fokuseringen på diagnos och metod underskattar betydelsen av terapeuten som person, klientens personliga egenskaper och den terapeutiska relationen (Norcross 2002).

Relationen mellan terapeut och klient är den mest studerade av de gemensamma faktorerna och sedan 60-talet har mycket stor mängd empiriska studier genomförts.

Det finns flera definitioner på relationen mellan behandlare och klient. Norcross har använt följande:

The relationship is the feelings and attitudes that therapist and client have toward one another, and the manner in which these are expressed. (Norcross, 2002 sid. 7).

Norcross arbetsgrupp identifierar ett antal *effektiva element* i terapeutiska relationer i individuella terapier:

- Allians
- Empati
- Överensstämmelse om målen och samarbete
- samt anpassning till individen vad gäller motstånd, funktionsnedsättning och coping stil.

Norcross drar bla följande slutsatser:

- Den terapeutiska relationen (...) ger ett väsentligt och gediget bidrag till utfall i psykoterapi oberoende av behandlingsmetod...
- Behandlingens effektivitet avgörs av den terapeutiska relationen tillsammans med speciella insatser, patientens egenskaper och behandlaren kvaliteter (Norcross 2002 s. 441, min översättn.).

Det har utvecklats många instrument för att mäta alliansen i psykoterapi och trots att de utvecklats från mer eller mindre olika teoretiska bakgrunder har de visat sig mäta ungefär samma teman:

Trots att definitionerna av alliansbegreppet skiljer sig åt så har de flesta teoretiska definitionerna av allians tre gemensamma teman: (a) relationens karaktär av samarbete, (b) det känslomässiga bandet mellan patient och terapeut, och (c) patientens och terapeutens förmåga att komma överens om behandlingens mål och innehåll (Martin, Garske & Davis 2000, min översättn.).

Bedömningen av alliansen i psykoterapiforskning görs antingen av klienten, behandlaren eller av både klient och behandlare alternativt av en utomstående expert. I psykoterapiforskningen har det visat sig vara klientens bedömning som bäst förutsäger utfallet.

Men hur stor andel av utfallet kan tillskrivas alliansen? Precis som med de gemensamma faktorerna resulterar översikterna i skiftande andel av utfallet som tillskrivs den terapeutiska relationen:

- Lambert (2002) menar som vi tidigare sett att 30% kan hänföras till relationen.
- Stevens (2000) menar att relationen är en del av de 30% han tillskriver samtliga gemensamma faktorer.
- Beutler (2004) bedömer i Bergin and Garfields senaste upplaga att relationens betydelse för alliansen i utfall befinner sig mellan 7-17%.

- Martin och Garske (2000) bedömer relationens inflytande till mindre än 10 % och kallar det ”moderate but consistent.”

Finns det egenskaper hos klient och terapeut som har betydelse för relationen och för utfallet?

Antalet klientvariabler som kan påverka process och utfall i psykoterapi är så gott som obegränsade. Man kan hävda att allting från chromosomuppsättning och kemiska processer i hjärnan till demografiska variabler och miljöfaktorer till personlighetsdrag, till problemområden/diagnos är relaterade till psykoterapi och dess beståndsdelar. Klientegenskaper kan vara utanför individen (till exempel socialt stöd) eller vara inneboende i individen (till exempel intelligens). Klientegenskaperna kan vara konstanta (till exempel kön, etiskt ursprung) relativt stabila (till exempel personlighetsdrag) eller mycket varierande (till exempel förändringsmotivation) (Clarkin & Levy 2004 s.195, min översättn.).

Utöver mångfalden av enskilda variabler hos individen så opererar de inte enskilt utan i olika kombinationer och i växelverkan med omgivningen.

Vad gäller terapeutens egenskaper konstaterar Beutler (et al. 2004) att de senast 20 åren har intresset minskat för terapeutvariabeln trots att tidigare forskningsresultat visat lovande resultat (a.a sid. 189). Norcross (2002) menar att: “Multiple and converging sources of evidence indicate that the *person* of the therapist is inextricably intertwined with the outcome of psychotherapy” (a.a. sid. 4 kursiv i original). Wampold (2001) kallar terapeutvariabeln “un ignored but critical factor” (a.a. sid.184). I en naturalistisk studie fann han att 5 % av variationen i utfall av psykoterapi kan tillskrivas terapeuten (Wampold & Brown, 2005).

Vad är det då som kännetecknar den hjälpande terapeuten? När Ottosson (1999) sammanfattar sin genomgång av psykoterapiforskningen lyfter han fram vissa gemensamma egenskaper:

En omfattande och samstämmig forskning visar att det som kännetecknar den framgångsrika psykoterapeuten är egenskaper såsom äkthet, lyhördhet, inlevelseförmåga och prestigelöshet, oberoende av vilken form av psykoterapi som studerats. Det är också slående att det mer är patientens bild av terapisituationen än terapeuten som har samband med vilket resultat som uppnås (a.a. sid. 366).

Norcross (2002) sammanfattar att vissa terapeuters klienter går det bättre för än andras och att dessa terapeuter kännetecknas av de är:

... more understanding and accepting, empathic, warm and supportive. They engage in fewer negative behaviors such as blaming, ignoring, or rejecting". (a.a. sid. 26)

Ackerman & Hilsenroth (2003) fann i en litteraturgenomgång av 25 studier som rapporterat terapeutvariabler som positivt påverkat den terapeutiska alliansen följande personliga egenskaper hos terapeuten:

...being flexible, honest, respectful, trustworthy, confident, warm, interested and open were found to contribute positively to the alliance.

Om vi i psykoterapiforskningen vet ganska *mycket* om de generella faktorernas, framförallt relation/alliansens inverkan på utfallet i psykoterapi så vet vi påfallande *lite* när det gäller de generella faktorerna i "vanlig" psykiatrisk vård för personer med svår psykisk störning. I nästa avsnitt ska vi se närmare på några av de studier som intresserat sig för frågan.

Behandlingsrelationen: en verksam faktor även vid svår psykisk störning och i vardagspsykiatri

Topor (2001) konstaterar efter en genomgång av forskningslitteraturen vad gäller behandlingsinsatser vid svår psykisk störning:

In closing, we can conclude that at present there are no specific treatment interventions for specific mental disorders that bring about the recovery of the majority of the patients. (a.a. sid. 95)

Topor resonerar sedan vidare om olika förklaringsmodeller till att det inte varit möjligt att finna generellt lyckosamma diagnosspecifika behandlingsmetoder. Ett sätt är att hänvisa till spontanläkning, dvs att de psykiatriska problemen går över av sig själva oberoende av om någon insats görs eller ej. Forskningen inriktas då på att hitta kännetecken som är gemensamma för dem som spontanläker. Inte heller denna forskningsansats har ännu kunnat fastställa kriterier som möjliggör att förutsäga vem som kommer återhämta sig (a.a. sid. 98).

Om det nu vare sig är spontanläkning eller behandlingsmetoderna *per se*, vilka är då de verksamma faktorerna?

Finns det generella faktorer även i den psykiatriska vården som har betydelse för hur det går för patienterna?

Vilken betydelse har behandlingsrelationen för utfallet vid svår psykisk störning och ”treatment as usual” (TAU) i psykiatrisk vård?

Dessa frågor har dock inte rönt samma intresse från forskningen som alliansen i psykoterapi.

Det finns också vissa komplikationer som gör denna typ av forskning extra svårhanterlig, så innan vi går över till att redovisa befintliga studier kan en problematiserande utveckling vara på sin plats.

Komplexa problem i komplex praktik

McCabe och Priebe (2004) betonar att när mätningar ska göras i psykiatrisk vardagspraktik måste man ta hänsyn till de speciella förutsättningar som råder där.

Psykiatrisk vård är en synnerligen heterogen verksamhet. Att hitta stabila samband mellan insatser och utfall för ett tvärsnitt av patienter psykiatrisk vård, framförallt när det gäller behandling för svår

psykisk störning, ställer forskningen inför stora svårigheter. Antalet faktorer som kan påverka utfall är många. Låt oss bara nämna några:

- Vården kan vara organiserad på helt olika sätt utifrån diagnos med t. ex speciella psykosmot tagningar, affektiva centrum etc. eller efter bedömt vårdbehov oberoende av diagnos.
- Psykiatri kan ha sin bas antingen i öppenvård eller i slutenvård vilket får konsekvenser för om omfattningen av vård på avdelning.
- Insatserna i den psykiatriska vården varierar stort. I ena ytterligheten kan tvångsvård med tvångs insatser som bältesläggning och tvångsinjektion förekomma och i den andra ytterligheten ”fika på stan.”
- Patientens grad av frivillighet kan variera, påtryckningar kan förekomma även om vården i lagens mening är frivillig. Patientens mål med kontakten behöver inte sammanfalla med vårdgivarens.
- Vården kan bedrivas utifrån olika skolor t ex medicinsk, psykodynamisk, beteendeterapeutisk och socialpsykiatrisk. Integrativa moment från olika metoder och teoretiska inriktningar tillhör vardagen.
- Psykiatrisk stöd och omsorg bedrivs även i socialtjänstens regi genom särskilda boenden, boendes stöd, arbetsverksamheter, kontakt med socialsekreterare etc.
- En mängd olika personalkategorier med delvis olika delvis överlappande uppdrag är engagerade i vården.
- Individen kan ha kontakt med flera personalkategorier i olika verksamheter samtidigt men också inom samma verksamhet.
- En och samma behandlare kan ha en mängd olika uppdrag i förhållande till sin patient t ex medicinerig, hembesök, organisera eller genomför rehabiliteringsinsatser, stödjande och/eller bearbetande samtal, samarbete med andra myndigheter, intyg av avgörande betydelse för tex individens basvillkor som försörjning och bostad, medverka till tvångsvård etc.
- Individen kan träffa sina vårdkontakter ensam eller i grupp antingen med andra patienter, andra vårdgivare och/eller med sitt sociala nätverk.
- Patientgruppen är mycket heterogen avseende diagnos, problemens svårighetsgrad och komplexitet, komorbiditet dvs flera diagnoser kan förekomma samtidigt (t ex missbruksproblem och sk person lighetstörning i kombination med psykos, depression etc.).
- Själva tiden för kontakt med vården kan vid svår psykisk störning för vissa individer vara i decennier

och antalet personer som en individ relaterar till under så långa kontakter kan bli mycket stort. Så vilken av dessa relationer är det som det är meningsfullt att bedöma och när i kontakten?

- Under långa tidsspann hinner livet självt utsätta patienten för både påfrestningar och hjälpande händelser.

Glappet mellan forskning och praktik

I ljuset av den psykiatriska vårdens och den psykiatriska patientens komplexitet framstår reduktion tydligt som enda möjliga framkomliga vägen. Men vad man väljer och väljer bort kan problematiseras.

Stick i stäv mot klientvariabelns inneboende komplexitet har forskning och utvärdering inom det psykiatriska fältet de senaste åren dominerats av att finna evidensbaserad behandling och skapa guidelines/vårdprogram för specifika diagnoser. Denna reduktion kan vara vanskelig.

Vi ska här inte diskutera de olika klientvariablernas betydelse för utfall dock bör något av diagnos fokuseringens begränsningar nämnas.

I sökandet efter evidensbaserad behandling används helst randomiserade och kontrollerade studier av en specifik diagnos som får en behandlingsinsats efter en specifik och helst standardiserad och manualiserad metod. Tanken är att dessa studier ska svara på frågan om vilken metod som är bäst för vilken diagnos.

Den underliggande tankefiguren bygger på den medicinska modellen (Wampold 2001) där diagnosen är det som ska avgöra behandlingsinsatsen och att insatsen är relativt oberoende av personen som fått diagnosen.

Denna diagnosfokusering i sökandet efter svaret på frågan om vilken behandling som är bäst, dvs vilken behandling som är evidensbaserad, har inbyggda begränsningar. Diagnos riskerar få ett förklaringsvärde som blir problematiskt för alla dem som inte har en mycket avgränsad problematik som en specifik fobi.

- Två personer med samma diagnos har inte nödvändigtvis alla symtom gemensamma. Detta kommer sig av att diagnoser är uppbyggda av att variablerna kan kombineras på olika sätt inom samma diagnos.
- En person kan ha flera psykiatriska diagnoser samtidigt med eller utan tillägg av en så kallad per

sonlighetsstörning. Symtomen kan även variera stort i svårighetsgrad.

- Likaså kan olika individers förmåga att fungera i det dagliga livet i relationer, arbete etc (funktion) variera stort.
- Det finns inte heller ett självklart samband mellan symtomens svårighetsgrad och individens funktionsförmåga. Relativt lindriga symtom kan vara kombinerade med stora funktionssvårigheter och personer med svåra symtom kan fungera tämligen väl. (Clarkin & Levy, 2004)
- Personer med samma diagnos/er kan ha vitt skilda livsomständigheter, socialt stöd, personlighetsdrag etc. i övrigt.

I detta komplexa samspel mellan individspecifika faktorer av betydelse för hur det går för patienten framstår symtomdiagnos som ett tämligen trubbigt instrument. Detta är *en* del av "the efficacy effectiveness gap"⁶ dvs när forskningsresultat som visat sig effektiva i forskningsstudier tillämpas i vardagspraktik visar de sig sällan vara lika effektiva.

I den medicinska modellen utgår man från att *metoden* är det verksamma. I forskningsstudier används ofta manualer och behandlaren lärs upp i att använda en viss metod. När sedan studiens lärdomar ska omsättas i vardagspraktik med en mer heterogen patientgrupp kommer metoden med nödvändighet anpassas till förutsättningarna som råder i vardagspraktiken. Detta bidrar också till "the efficacy effectiveness gap".

Men precis som i psykoterapiforskningen är det möjligt att ställa andra frågor och därmed få veta något om andra faktorer än dem som den dominerande medicinska modellen föreskriver.

Forskning stöder patienternas värdering av relationen

Nu ska vi gå över till att se på forskning som i likhet med psykoterapiforskningen mätt allians med en operationaliserad skala⁷ och satt resultaten i relation till hur det går för patienterna. Skillnaden är att studierna ska handla om svår/allvarlig psykisk störning och "vanlig" psykiatrisk vård.

Som tidigare nämnts är antalet studier betydligt färre än i psykoterapiforskningen men samtidigt alltför många för att det ska vara möjligt att redovisa samtliga. Några metastudier står inte att finna och endast enstaka litteraturöversikter finns att tillgå.

Begreppet svår psykisk störning är ganska oprecist och i litteraturen finner vi flera näraliggande begrepp t.ex. allvarlig psykisk störning/sjukdom (eng. severe mental disorder/severe mental illness) och psykiska funktionshinder. (Sandlund, 2005; Sundgren, 2005)

⁶) "Efficacy" syftar på effektiviteten enligt forskningsresultaten och "effectiveness" syftar på effektiviteten i praktiken.

⁷) För en översikt av de olika mätinstrumenten se Mc Cabe och Priebe (2004).

Definition och operationalisering av dessa begrepp kan skilja sig stort mellan olika studier. Gemensamt för begreppen är att de innefattar både en bedömning av problemens art dvs diagnos och en bedömning av problemens svårighetsgrad. T.ex. vid diagnosen depression räcker inte arten av problemet till för att självklart räknas till svår psykisk störning utan en svårighetsbedömning måste till. Däremot brukar t ex diagnoserna psykos och schizofreni alltid räknas till svår psykisk störning i kraft av sin art trots att dessa inte alltid är svåra till sin grad.

I detta avsnitt presenteras endast studier som uttalat inkluderar schizofreni och/eller psykos för att säkerställa att studien avser svår psykisk störning.

Begreppet ”vanlig psykiatrisk vård” (treatment as usual) är synnerligen vagt och säger inte mycket om innehållet i den faktiska vården. Vilka insatser individen får kan skilja sig stort mellan olika psykiatriska verksamheter. Det är dock ganska vanligt förekommande i utvärderingsforskningen som jämförelse när någon metod eller insats ska ”evidensbaseras”.

I detta avsnitt har jag använt ”vanlig psykiatrisk vård” för att utesluta studier som uttalat använt psykoterapi eller någon annan specifik insats.

Inledningsvis presenteras resultat från studier av allians och utfall i psykiatrisk slutenvård, därefter psykiatrisk öppenvård och två svenska studier. Sist i avsnittet presenteras slutsatserna från en forskningsöversikt.

Allians i psykiatrisk slutenvård

Allen (1985) följde 37 patienter (54% män, 46% kvinnor) vid en enhet för långtidsvårdade patienter med kronisk och svår psykisk störning i USA. Diagnoserna var förutom schizofreni och personlighetsstörning även missbruk och organisk hjärnskada. Behandlarna skattade patientens samarbete (eng. collaboration) som alliansmått. De fick även skatta hur mycket de tyckte om patienten (eng. likeability) och hur mycket patienten förbättrats vid utskrivningen.

Det visade sig att behandlarnas skattning av allians och hur mycket de tyckte om patienten följde varandra tätt vid de olika skattningstillfällena.

Författarnas slutsats blev att allians var starkt relaterad till utfall men att initial allians inte kunde förutsäga hur det skulle gå för patienterna. Allen (ibid.) menar därför att allians är *ihopflätad* med förändring och diskuterar möjligheten till att det kan skapas goda eller onda cirklar (eng. benign or vicious cycle) mellan allians med behandlaren och förbättring.

I en annan amerikansk studie (Clarkin, Hurt, & Crilly, 1987) bedömdes alliansen för 96 personer (könsfördelningen redovisas ej) genom journalläsning.

Patientgruppen kom från 14 olika slutenvårdsenheter som bestod av både akutavdelningar och enheter för långtidsvårdade. I denna studie fann man signifikanta samband mellan allians och förbättring, men studien kan dock inte uttala sig om orsak och verkan.

Beauford (1997) använde också journalskattning av allians men hade våldsbenägenhet som utfalls mått. I denna studie gick de igenom 328 journaler (52% män och 48% kvinnor) för patienter som vårdats på en låst slutenvårdsavdelning under en två års period.

Studien visade att de med sämre allians vid inskrivning hade signifikant högre risk för våldsbeteende under vårdtiden. Det visade sig att kvalitén på den initiala alliansen förblev en stark prediktor för våld även när man kontrollerade för andra kliniska och demografiska karakteristika som brukar förknippas med patienters våld. Författarna menar att situationella och interaktionella variabler som kvaliteten på behandlingsrelationen kan vara en viktig del för att bedöma patienters våldsbenägenhet.

Både sluten- och öppenvård

McCabe (et al. 1999) fann skillnader i sambandet mellan allians och livskvalitet för dem som för första gången vårdades för schizofreni och för långtidsvårdade.

För de 90 förstagångsvårdade (33% män och 67% kvinnor) som ingick i studien fann de signifikanta samband mellan patientens skattning av ett av livskvalitetsmåten "livet i sin helhet" och allians men inga samband vid uppföljningen efter nio månader. För de 168 långtidsvårdade (55% män och 45 % kvinnor) som följdes upp efter 18 månader fann de däremot signifikanta samband mellan allians skattning och livskvalitet.

Allians i psykiatrisk öppenvård

En tysk studie (Priebe & Gruyters 1993) följde 72 patienter (49 % män och 51% kvinnor) under 20 månader i syfte att undersöka om allians kunde användas som prediktor för utfall avseende slutenvård och arbetssituation. I denna studie visade sig att olika aspekter av allians inverkade på olika utfallsmått. De patienter som kände sig sämre efter möten med sin behandlare hade dubbelt så mycket slutenvård jämfört med dem som kände sig bättre efter att ha träffat sin behandlare. När det gällde förändring i arbetssituation var det istället behandlarens förståelse och att behandlaren inte var kritiserande som

visade signifikanta samband med hur det gick för patienterna. Författarnas slutsats är att hjälpande allians kan vara en relevant terapeutisk faktor även i komplex psykiatrisk vård.

Solomon (1995) följde 90 patienter (52% män och 48% kvinnor) i två år. Allians visade sig vara en prediktor för vissa av studiens utfallsmått; livskvalitet, symtom, attityd till medicinering och vårdtillfredsställelse. De övriga utfallsmåtten som ej var statistiskt signifikanta var kontakt med familj och vänner, grad av sociala aktiviteter och dagar i slutenvård de senaste två åren.

I Neale & Rosenhecks (1995) studie skattade 143 brukare (96% män och 4% kvinnor) och deras kontaktpersoner allians efter två år i ett rehabiliteringsprogram. Allians visade signifikant samband med bland annat förbättring av symtom, funktion och "community living skills". Däremot hade antalet dagar i slutenvård inget samband med allians.

Allians och hemlöshet

Klinkenberg (1998) undersökte om allians hade betydelse för hur det gick för 105 hemlösa med svår psykisk störning efter 14 månader i öppenvård (könsfördelning okänd). Statistiskt signifikanta samband visade sig mellan allians mätt efter två månader i vården och tre utfallsmått: vårdtillfredsställelse, mindre svåra symtom och större fientlighet men inte med mängd slutenvård.

I en annan studie (Chinman, Rosenheck & Lam 2000) av insatser för hemlösa med svår psykisk störning mättes allians vid tre tillfällen under ett år för 2 789 klienter (64% män och 36% kvinnor). De fann inget samband mellan allians vid start och utfall vid 12 månader. Men de som uppgav att de hade en allians med behandlaren vid tre månader hade signifikant färre dagar i hemlöshet vid ettårsuppföljningen än dem som ej ansåg att de hade en allians med behandlaren. De med högre allians vid tre och 12 månadersmätningarna var också mer nöjda med livet i allmänhet.

Allians och dubbediagnos

Calsyn (et al. 2004) följde 98 hemlösa personer (76% män och 24% kvinnor) med både svår psykisk störning och missbruksproblem som deltog i ett öppenvårdsprogram. Efter 18 månader visade det sig att ju bättre allians desto stabilare boende och desto mindre psykiatriska symtom. Däremot fann man inget samband mellan allians och inkomst eller droganvändning.

Två svenska studier

I en svensk studie (Hansson & Berglund 1992) på en korttidsavdelning med miljöterapeutisk inriktning skattades 106 patienter (40% män och 60% kvinnor). Allians studerades som en del av en studie om patienters delaktighet i behandlingsplanering. Alliansmättet bestod av två frågor; förtroende för personalen och kvalitet på relationen till den huvudsakliga behandlaren. Skattningarna gjordes fyra dagar efter inskrivning och vid utskrivning.

Deras slutsats lyder:

Efter att ha kontrollerat för symptom och psykisk status vid inskrivning visade det sig att en bättre terapeutisk allians vid utskrivning var starkt relaterad till bättre utfall. Resultatet gäller både förbättring av symptom under behandlingstiden och symptomens svårighetsgrad vid utskrivning.

Däremot kunde inte allianskattningen vid inskrivning förutsäga graden av förbättring.

Svensson och Hansson (1999) fann ett positivt samband mellan terapeutens skattning av allians och funktionsförbättring i en grupp om 26 patienter som fick kognitiv terapi.

En litteraturöversikt

Mc Cabe & Priebe (2004) har gjort en litteraturgenomgång av utfallsstudier avseende behandlingsinsatser vid svår psykisk störning som använt en operationaliserad mätning av terapeutisk allians.

Studierna omfattar olika diagnosgrupper: depression, beroende, psykos (inklusive schizofreni), post traumatisk stress och blandade diagnoser.

Behandlingsinsatserna är psykiatrisk öppen- eller slutenvård men även psykoterapi och speciella stödprogram.

Allians mättes med flera olika skalor både med väletablerade mätinstrument från psykoterapiforskningen och med skalor utvecklade särskilt för psykiatrisk vardagspraktik.

Alliansen skattas av behandlaren, patienten eller en utomstående expert och i några studier av både behandlaren och patienten.

Utfallsmåtten i studierna innehåller framförallt förändring av symptom, funktion, livskvalitet och antal dagar i slutenvård/hemlöshet.

Författarnas drar följande slutsats efter att ha gått igenom de 22 studierna:

A more positive relationship consistently predicts a better short- and long-term outcome...The therapeutic relationship is a reliable predictor of patient outcome in mainstream psychiatric care (ibid.).

Skiljer sig alliansen mellan psykoterapi och psykiatri?

Vissa studier tyder på att det eventuellt kan finnas skillnader mellan allians i psykoterapiforskningen och allians i psykiatrisk vardagspraktik och/eller mellan mer eller mindre svår och komplex problematik. Antalet studier är dock få och hittillsvarande resultat är inte entydiga. Två frågor har lyfts fram:

1. Tar det längre tid för personer med svår psykisk störning att bilda allians?

Chinman (et al. 2000) och Frank & Gunderson (1990) fann att det hade betydelse *när* mätningen av relationen görs. De menar att det kan ta längre tid för alliansen att etableras när det handlar om svår psykisk störning. Chinman (Ibid.) undersökte relationens betydelse i förhållande till hemlöshet och fann att den inledande relationen inte hade någon betydelse för antalet dagar i hemlöshet. Däremot om en relation hade etablerats vid tre månaders uppföljningen respektive 12 månaders var det statistiskt signifikant mindre hemlöshetsdagar. Frank & Gunderson (Ibid.) fann att de med god allians före sex månader gick det bättre för och de hade mindre medicin vid uppföljning efter två år. Men Svensson & Hansson (1999) fann att 89% av patienterna i deras studie kunde etablera god eller "fair" allians redan inom 10 veckor. Majoriteten av patienterna i denna studie hade schizofrenidiagnos och vårdades i heldygnsvård.

2. Kan behandlarnas skattning bättre förutsäga hur det går för brukarna?

I psykoterapiforskningen förutsäger patientens värdering av alliansen bättre utfallet än terapeutens bedömning av alliansen. Några studier där det handlar om svår psykisk störning har funnit att behandlarnas bedömning av alliansen bättre kunde förutsäga utfallet vid svår psykisk störning (Gehrs & Goering 1994; Neale & Rosenheck 1995). Författarna resonerar om möjliga förklaringar till det oväntade resultatet. När allians skattas retrospektivt finns det risk för att framförallt personalen låter sin alliansbedömning påverkas av att de visste hur det gått för brukaren.

Vad påverkar skattningen av allians?

Det finns således ett antal studier som redovisar ett positivt samband mellan allians och utfall även för personer med allvarigare psykisk problematik i psykiatrisk vård.

Men hur kan man vara säker på att det inte är faktorer hos individen, till exempel sociodemografiska förhållanden eller hur svåra problem personen har, som påverkar skattningen av allians?

Flera studier har undersökt en mängd olika faktorer för att se om de har samband med allians skattningen. Några studier har funnit att behandlarna verkar påverkas av vissa patientfaktorer när de skattar allians. De tenderar att skatta alliansen högre ju bättre patienten fungerar avseende till exempel global funktionsförmåga (Allen, Tarnoff & Coyne 1985), arbetsförmåga och sociala relationer (Svensson & Hansson 1999)

Däremot verkar inte patientfaktorer som sociodemografi, vård och sjukdomshistoria eller diagnos i någon större utsträckning påverka patienters eller experters skattning av allians. Till exempel fann Hansson och Berglund (1992) inte något samband mellan skattning av allians och sociala, demografiska eller psykiatriska bakgrundsvariabler eller symptom. Däremot fann de att de som skattade låg allians vid samtliga mätningar oftare uppgav fysisk problematik. Ett liknande resultat fick även Clarkin (1987). Däremot fann de inte att personlighetsstörning påverkade alliansskattningen, inte heller demografi eller vårdhistoria.

Kommentar

Som framgått av framställningen så här långt verkar alltså kvaliteten på behandlingsrelationen ha betydelse för hur det går för patienter i vardagspsykiatri, även för dem med en svår problematik. Hittillsvarande forskning kan dock inte svara på om betydelsen av alliansen är lika stor, större eller mindre än i psykoterapi.

Forskningsfältet är ännu i sin linda och de studier som gjorts är mycket heterogena och varierar i kvalitet. Det verkar dock finnas ett växande intresse för denna typ av studier. Flera pågående studier bland annat i England, en europeisk multicenterstudie och i Psykiatri Södra i Stockholm mäts allians och andra generella faktorer i förhållande till utfall i psykiatrisk vård.

Studierna om samband mellan terapeutisk allians och utfall väcker flera intressanta frågeställningar: Vilken typ av relation råder mellan skattad allians och hur det går i behandling?

- Hillsvarande forskning har övertygande visat samband mellan allians och utfall men är det självklart så att alliansen föregår och påverkar utfallet eller är det en reciprok påverkan?
- Eller kanske är det så att patienter som har förutsättningar att bilda meningsfulla och hjälpande relationer är dem som det går bra för?
- Eller är det så att de som har förutsättning för förändring till det bättre också förbättras och förmår relatera till en behandlare?
- Eller är det så att när det går bra så leder det till att man anser behandlingsrelationen som god?

Kvantitativa studier som söker statistiskt signifikanta samband mellan kvaliteten på behandlingsrelationen och hur det går för patienterna kan leda till viktig kunskap för utvecklingen av den psykiatriska vården. Men lika angeläget är det att förstå hur hjälpande relationer uppstår, vilka komponenter de består av och hur behandlingspersonalen kan bidra till att en relation blir hjälpande. För att få den kunskapen krävs även andra forskningsmetoder och i nästa avsnitt presenteras en översikt av studier som intresserat sig för dessa frågor.

Några kännetecken hos hjälpande personal

I Sverige och övriga Norden finns ett flertal studier där personer med patienterfarenhet intervjuats om sina erfarenheter av hjälpande faktorer i psykiatrisk vård. Som nämndes i inledningen av denna rapport är relationen till behandlarna ett genomgående tema i dessa intervjustudier.

Före presentationen av brukares beskrivningar av hjälpande professionella vill jag nämna några studier som undersökt statistiska samband mellan faktorer hos behandlaren och hur det går för patienterna.

Hopp

I Behandlingshemsprojektet utvärderades vården på 23 svenska behandlingshem. En av studierna mätte förändringen hos 146 patienter med diagnoserna schizofreni, andra psykoser, personlighetsstörningar och andra psykiatriska störningar och Bengt-Åke Armelius drar bland annat följande slutsats:

Att det finns ett starkt positivt samband mellan personalens tro på en god prognos för patienten och hur det går för patienten skulle delvis kunna förklaras med sjukdomsgraden hos patienten. Vi har dock analyserat detta samband även med korrektion för initial sjukdomsnivå och funnit att sambandet ändå är positivt. Det kan alltså röra sig om en genuin effekt av att personalen förmedlar en hoppfull inställning till patienten, oavsett hur sjuk patienten är (Armelius 2002 sid. 28).

Positiva känslor

Rolf Holmqvist (2000) har studerat sambandet mellan personalens känslor i förhållande till patienterna och behandlingsutfallet. Han fann att det blev bättre utfall för patienter med psykos när personalen hade låga nivåer av negativa känslor. Däremot visade det sig att för patienter med borderlinediagnos var negativa känslor hos personalen i början av behandlingen relaterat till bättre utfall när känslorna förbytts mot starka positiva känslor i slutet av behandlingen.

Ställa upp

I en finsk studie ville Viinamäki et al. (1996) finna vilka faktorer som ledde till psykosocial återhämtning. En av de faktorer som visade statistiskt signifikant samband med god återhämtning var känslan av att behandlaren önskade hjälpa patienten även utanför behandlingstillfällena om det skulle vara nödvändigt.

Här lämnar vi statistiken och övergår till kvalitativ forskning. Kvalitativa studiers resultat är oftast både mångsidiga och mångfacetterade och låter sig inte sammanfattas utan att tappa sin nyansrike dom. Min förhoppning är ändå att följande presentation kan fungera som en introduktion. Sist i avsnittet följer ett försök att fånga några dimensioner i de hjälpande relationerna.

De professionella, en viktig faktor för återhämtning

Den nordiska återhämtningsforskningen (Borg 2002; Denhov 2000; Topor 2001; Topor 2004) som bygger på kvalitativa intervjuer med personer som återhämtat sig från svår psykisk störning har visat att hjälpande relationer med professionella kan ha stor betydelse för återhämtning.

I en kvantitativ analys av de svenska intervjuerna i tre separata intervjuprojekt med personer som återhämtat sig från svår psykisk störning visade det sig att 98% (N=58) uppgav att någon eller några professionella hade varit till hjälp för dem i deras återhämtning (Schön, Denhov & Topor in press). Det är dock viktigt att hålla i minnet att de intervjuade hade träffat ett mycket stort antal professionella men att endast en eller fåtal erfarits vara till hjälp för återhämtningen. 66% nämnde även erfarenheter av personal som varit till hinder för deras återhämtning (ibid). En ökad kunskap om behandlingsrelationen och dess komponenter framstår därför som mycket angelägen.

Vid en genomgång av resultaten från de nordiska återhämtningsstudierna finner vi stora likheter i beskrivningarna av den hjälpande relationen.

Topor har i flera studier (Topor 2001; 2004) undersökt återhämtningsprocesser och hur de professionella kan bidra till återhämtningen. Topor lyfter fram handlingarna och det sociala samspelets betydelse.

Han framhåller att när de professionella bryter mot de regler och normer som omgärdar verksamheten för en viss individ så kan det vara ett uttryck för den unika relationen mellan den professionelle och brukaren. Den professionelle blir synlig som person och ömsesidigheten mellan patient och behandlare ökar. Topor tar även upp att hat kan användas som bränsle i en återhämtningsprocess. Han menar vidare att det finns stora likheter mellan det som anhöriga/vänner kan bidra med och det som professionella kan göra för att underlätta återhämtningen:

Finns kvar och finnas till, göra mer och göra något annat än det som förväntats av dem finner han centralt (Topor, Borg, Mezzina et al. 2006).

Borg (2002) använder begreppet ”verksamma relationer” där det ”mellanmänniska förhållandet

framstår med en överordnad betydelse och som en åtgärd i sig” (a.a. sid. 141, kursiv i org.). De viktiga beståndsdelarna i verksamma relationer består av tre komponenter enligt Borg:

1. ”...att personalen har *intresse för människan i patientrollen* och visar detta.” (a.a. sid. 132 kursiv i original). Med detta menar hon att patienten behöver bli bemött som en person, inte en diagnos och bli sedd som den person den är och i vilket sammanhang den lever utöver patientskapet. Borg menar vidare att det handlar om en stämning som patient och behandlare skapar och att den verksamma relationen är något unikt; de har funnit och valt varandra.
2. ”...stor vikt vid personalens stöd till patienternas egna val och strategier” (ibid.)
3. Att personalen ”framstår som personer” (ibid.) och visar något av sig själva, inte bara visar sig som professionella.

Borg & Kristiansen (2004) identifierar vissa gemensamma hjälpande faktorer hos behandlarna:

[they] conveyed hope, shared power, were available when needed, were open regarding the diversity in what helps, and were willing to stretch the boundaries of what is considered the 'professional' role.

Denhov (2000) tar upp tidens och emotionernas betydelse för att relationen till professionella ska vara hjälpande i en återhämtningsprocess. Den hjälpande personalen kännetecknas av att de både är professionella och visar sig som person samt ser personen inte bara patienten/problemet.

Men även utanför återhämtningsforskningen finns det studier som intresserat sig för patientkunskapen om hjälpande professionella.

Ware (2004) intervjuade 51 låginkomsttagare med psykiska funktionshinder och schizofreni om god vård i relationer med psykiater, terapeuter och case managers. De fann 8 kategorier:

- getting ”extra things”
- looking for common ground
- feeling known
- the importance of talk
- feeling like “somebody”
- practitioners availability
- practitioners flexibility
- opportunities for input into treatment

30 patienter i psykiatrisk öppenvård intervjuades om vad de ansåg hade varit till hjälp för dem i vården (Denhov in press). Även i denna studie framstår relationen till personal som en nyckelfaktor för om vården varit till hjälp eller inte. De behandlare som erfarits hjälpande handlar på liknande sätt: De tar sig tid, de finns kvar, de ger respons, de kommer ihåg och de gör något extra.

I en intervjustudie med 29 patienter i psykiatrisk slutenvård tillfrågades de om vad de ansåg ha varit till hjälp i psykiatrisk vård (Denhov 1999). En replik på studien genomfördes på en norsk klinik för akutpsykiatri (Borg, Nordvik, Övergaard et al. 2000).

Det är en slående likhet i centrala tema både mellan vad patienterna i den svenska och den norska studien tar upp vad gäller relationer till personal och med vad som framkommit om hjälpande personal i återhämtningsforskningen och i andra intervjustudier med personer med patienterfarenhet:

- Att bli mött som en unik person och inte bara en patient i mängden.
- Att bli mött som en person som inte bara är sjuk och dysfunktionell utan också har värdefull erfarenhet och kunskap om sig själv och sina problem även när man befinner sig i heldygnsvård.

Mötet och samspelet med behandlaren ges, i flera intervjustudier med personer med patienterfarenhet av psykiatrisk vård, en central betydelse för hur hjälpande vården erfarits. Vad som görs räcker inte som förklaring till vad som upplevts hjälpande utan behöver kompletteras med hur det görs.

Några kommentarer om hjälpande relationer

Hur uppstår då en hjälpande relation? Den verkar vara lätt att känna igen när den väl finns: Det känns när man i relationen till behandlaren:

- är lyssnad på och förstådd av en behandlare som uppfattas intresserad och engagerad.
- är sedd inte bara som patient med problem utan som en hel person. Definitivt något mer än sina symtom, sin(a) diagnos(er) och sina tillkortakommanden.
- är en person värd att lyssna till med egen och unik kunskap som är viktig för behandlaren.
- är en unik person som ej är möjlig att reducera till ett fall för standardförfarande.

Samspelet mellan behandlaren och patienten, de handlingar och känslor som uppstår, utspelar sig under vissa för psykiatrisk vård typiska särdrag. Jag vill här nämna något om dimensionerna makt, tid, känslor och handlingar som är några av trådarna i den varp som löper genom den intrikata väv behandlingsrelationen utgör.

Makt och skam

Det självklara behöver ibland sägas: Relationen mellan behandlare och patient är en asymmetrisk relation. Relationen mellan behandlare och patient har vissa stående attribut som skiljer den från de flesta andra mellanmännsliga relationer. Relationens kärna är asymmetrisk både i förhållande till ojämlikhet i makt, status och art och grad av beroende. Sammanhanget där den hjälpsökande vanligtvis möter den professionella hjälparen lägger en situations- och sammanhangsbestämd kapp över de bägges individuella egenskaper. Det omdefinierar dem; i sina egna ögon, i den andres ögon och i omgivningens ögon.

Att söka sig till eller få kontakt med psykiatrin innebär inte bara en möjlighet att få hjälp utan också ett risktagande: Rädsla för att vara/bli galen och oro för vad som ska hända i mötet med vården. Att inte klara sitt liv på grund av psykisk problematik beskrivs ofta vara förenat med misslyckande, nedvärdering, utanförskap och skamkänslor.

Förutsättningarna i mötet är långtifrån jämlika:

Mötets plats:

Vanligtvis i psykiatrins lokaler med hela det övertag för behandlaren som ligger i att vara på 'hemmaplan'.

Själva villkoren för mötet:

Den ena i behov av hjälp och den andre i positionen att ge hjälp. Den enes individuella vardagskunskap möter den andres 'vetenskap och beprövad erfarenhet'.

Den enes hanteringsförsök som befunnits otillräckliga möter 'evidensbaserade' metoder.

Den enes tillkortakommanden kan döljas i yrkesrollskappan medan själva patientskapet förutsätter tillkortakommande.

Den enes vacklande självkänsla och ifrågasatta självbild möter den "medicinska blicken" med dess sorterande privilegium.

Hur personalen hanterar och förhåller sig till det övertag, den makt som personalrollen innehar får betydelse. Utifrån sin position kan personal ytterligare sänka en patients självkänsla och bidra till att mötet blir ytterligare en 'skamgörande erfarenhet' (Jönsson & Starrin 2000).

Tid

Tiden är något av en grundbult. Tid kan på ett mycket konkret och påtagligt sätt användas likväl som uppfattas och tolkas som uttryck för relationen mellan institution/behandlare och patient. Att *ta sig tid* med någon är att tydligt visa att den personen är viktig. När behandlarna, som ofta uppfattas ha mycket att göra, tar sig tid och fokuserar på individen inverkar det inte bara på patientens syn på behandlaren och relationen utan kan även påverka patientens självkänsla.

Personkontinuiteten – att behandlaren finns kvar över tid och genom olika faser – framstår närmast som ett villkor för att behandlingen ska upplevas hjälpsamt. Undantaget när patienten känner sig dåligt bemött. Behandlaren behöver bli känd av patienten. Patienten behöver få erfara att behandlaren lärt känna patienten både som hjälpbehövande med svårigheter där de egna resurserna befunnits ohållbara men också som en kompetent person. Relationen behöver ha tid för att etableras och utvecklas. Sannolikheten för att behandlaren kan anpassa, 'matcha' och 'tima', insatser utifrån personen och situationen, att individen möter rätt handling vid rätt tidpunkt ökar; något som kan få en avgörande betydelse i en akut situation. Patientens beredskap till att mötas, till förändring och/eller att ta emot hjälp kan förändras över tid och genom mötet med behandlaren. Motivation är inget statiskt tillstånd utan kan växla i ett samspel med andra, i och med att sociala omständigheter förändras och/eller med hjälp av medicinering.

När behandlaren har tagit sig tid och finns kvar kan behandlaren så småningom få en roll som en trygghet i bakgrunden som patienten kan förlita sig på är beredd att ställa upp och ta sig tid igen vid behov.

Känslor och handlingar

När personer med egen erfarenhet av psykiatrisk vård ska beskriva på vad sätt någon behandlare har varit till hjälp används inte sällan uttrycket att 'personkemin stämde.'

Ibland beskrivs relationen som en förälskelse som uppstått snabbt och oreflekterat med en uppflammande samstämmighet mellan behandlare och patient. En förtjusning som lägger sig som en famn för det fortsatta gemensamma arbetet att vila i med en air av positiv förväntan.

Andra relationer har växt sig starka sakta men säkert under ett mödosamt och försiktigt trevande att våga lita på och ha förtroende för. Och sedan alla varianter däremellan.

Vissa mellanmänskliga möten hittar sin resonans direkt andra tar längre tid på sig. Inget talar för

att den ena sortens relation skulle vara mer hjälpare än den andra. Men det framstår ofta som något fundamentalt att känna sig omtyckt av behandlaren.

Men det handlar inte bara om känslor och upplevelser inom individen utan också om en konkret samspejlsituation. De terapeutiska handlingarna verkar uppstå spontant i en relation och det är relationen mellan behandlare och patient som avgör vilka handlingar som erfars hjälpare. Och tolkningsföreträdet är patientens. Hur mycket avsikten än är hos behandlaren att vara till hjälp så är det enbart patienten som kan avgöra vad som erfars hjälpsamt. Det hindrar ju förstås inte att patientens upplevelse kan påverkas, till exempel genom förklaringar kan patienten komma att omvärdera sin upplevelse.

Ofta handlar det om små vardagliga handlingar som får stort symbolvärde.

En vattendelare mellan behandlare som upplevs hjälpare respektive icke hjälpare verkar vara närvaron av gensvar från behandlaren. Sammanträffanden med icke-hjälpare beskrivs ofta som att "personkemin" inte stämde, en emotionell och kommunikativ dissonans med konkreti seringen: "Det var som att tala med en vägg."

Det är behandlaren som är patientens instrument för bedömningen av behandlaren. Det är behandlaren som är aktiv; reaktioner, frågor, kommentarer och andra handlingar som utgör tolkningsgrunden för om behandlaren bryr sig om, är intresserad och engagerad, har lyssnat, kommer ihåg osv.

När behandlaren dessutom gör något extra, något mer än det strikt professionellt nödvändiga, något mer än patienten förväntat sig, tas det som ytterligare ett "bevis" för att patienten är något mer än "bara patient" i behandlaren's ögon: att behandlaren 'bryr sig ärligt' med ett emotionellt engagemang bortom yrkesrollen. Vanligen handlar det om uttryck för vardaglig medmänsklighet och ömsesidighet som får stort symbolvärde. Personalen tar så att säga ett trappsteg ner från den upphöjda professionalitetspositionen och visar sig som person. Det verkar kunna påverka patientens syn både på personalen och på sig själv och möjliggöra att patienten kan ta ett steg upp från patientrollens underordning. Kanske till och med en stunds positionsbyte; att patienten har något att ge behandlaren.

Kännetecknande för den hjälpare relationen verkar vara att personal-patient relationen kompletteras med en person till person relation med dess högre grad av jämlikhet och ömsesidighet: "Som en vän".

När behandlaren erfars ”som en vän” ges det ett mycket högt förklaringsvärde för varför en behandlare varit till hjälp. Men det verkar vara så att det som skiljer behandlaren från den privata vännen är lika viktigt: att inte behöva intressera sig för behandlaren problem, att behandlaren har tystnadsplikt och inte är privat involverad med patientens närstående, att behandlaren tålmod inte tar slut och att det är möjligt att belasta behandlaren mer än privata närstående.

I intervjuer framstår behandlaren personliga egenskaper som förmåga till kommunikation, inlevelseförmåga, intresse och engagemang och samspelet med patienten som den nödvändiga, om än inte alltid tillräckliga, kärnan. Inte i första hand behandlaren tekniker, yrkeskunnande och ’professionalitet’.

Vardagliga uttryck för mellanmänsklig medkänsla framstår som effektiv behandling. Kan det vara så att vardagligheten rubbar maktbalansen? Därmed kan de som möts också vara något utöver de situationsbestämda rollerna.

När det finns ett utrymme för personerna i vårdmötet kan föreställningarna som patient och behandlare har om varandra komma att rubbas. I vilken mån behandlaren visar sig/framstår som en person parallellt med sin professionalitet verkar vara en del i att en behandlare upplevs hjälpande. Och kanske ännu viktigare; att behandlaren tillåter att patienten inte bara är sina symtom, inte bara patient, inte bara sjuk och icke fungerande utan också en person med fungerande sidor med unika kunskaper och erfarenheter om sin problematik som är av största vikt att ta tillvara i mötet med den professionella vården. Och får återverkan på upplevelsen av egenvärde och självkänsla.

Avslutande kommentar

Vi lever i en era där metoder ensidigt lyfts fram som den verksamma ingrediensen i psykiatrisk vård. Ensidigheten är problematisk. Alla metoder i psykiatrisk vård är förmedlade och inbäddade i sociala sammanhang och relationer mellan patient och vårdgivare. Detta är så självklart att det riskerar att förbises och undervärderas eller reduceras till en enkätfråga om bemötande.

Denna översiktliga rapport kan inte svara på hur stor betydelse de generella faktorerna framförallt allians har för hur det går för patienter med svår psykisk störning i psykiatrisk vård. Men forskningsresultaten indikerar att de har betydelse både i sig och i samverkan med andra insatser. McCabe & Priebe (2004) drar följande slutsats efter sin litteraturgenomgång:

In mental health research, the relevance of the therapeutic relationship lies in its role first as an independent predictor of treatment outcome, second as a mediating factor that captures significant variance in the outcome of treatment interventions.

Om forskning och utvärdering i det psykiatriska fältet inte vidgar sitt fokus från enkelspårig diagnos/metod inriktning riskerar relevant kunskap om vad som är verksamt i psykiatrisk vård gå förlorad.

Referenser

- Ackerman, S.J., & Hilsenroth, M.J.** (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology review*, 23, 1-33.
- Allen, J., Tarnoff, G., & Coyne, L.** (1985). Therapeutic alliance and long term hospital treatment outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 26(2), 187-193.
- Armeliuss, B.-Å.** (2002). Effekten av vård på psykiatriska behandlingshem. Slutrapport nr 25 från Behandlingshemsprojektet: Institutionen för psykologi. Umeå universitet.
- Asay, T.P., & Lambert, M.J.** (2002). The empirical case for the common factors in therapy -Quantitative findings. In M.A. Hubble, B.L. Duncan, & S.D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change. What works in therapy.* Washington, DC: American Psychological Association.
- Beauford, J.E., McNeil, D.E., & Binder, R.L.** (1997). Utility of the initial therapeutic alliance in evaluating psychiatric patients' risk of violence. *Am J Psychiatry*, 154(9), 1272-1276.
- Beutler, L., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E.** (2004). Therapist Variables. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change*: Wiley.
- Bordin, E.** (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: theory, research and practice.*, 16(3), 252-260.
- Borg, M.** (2002). Verksamma relationer. Vad innebär det ur psykiatriska patienters synvinkel? Norra Stockholms Psykiatri. FoU enheten.
- Borg, M., & Kristiansen, K.** (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationship in mental health services. *Journal of mental health.*, 13(5), 493-505.
- Borg, M., Nordvik, T., Övergaard, F., & Dullum, J.** (2000). Å möte folk som folk. En brukarundersökelse ved klinikk for akuttpsykiatri. , Projektrapport Mai 2000: Blakstad sykehus.
- Broström, H., & Dahlgren, H.** (2000). Placebo. Stockholm 2000: Liber i samarbete med SBU.
- Calsyn, R., Morse, G., Klinkenberg, W., & Lemming, M.** (2004). Client outcomes and the working alliance in assertive community treatment programs. *Care management journal.*, 5(4), 199-202.
- Chinman, M., Rosenheck, R., & Lam, J.** (2000). The case management relationship and outcomes of homeless persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 51(9), 1142-1147.
- Clarkin, J., Hurt, S., & Crilly, J.** (1987). Therapeutic alliance and hospital treatment outcome. *Hospital and community psychiatry*, 38(8), 871-875.
- Clarkin, J., & Levy, K.** (2004). The influence of Client variables om Psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour Change.* : Wiley.
- Denhov, A.** (1999). Vad tycker patienter har varit till hjälp i psykiatrisk vård? FoU-enheten/psykiatri Västra Stockholm. Rapport 9/99.
- Denhov, A.** (2000). Personalens bidrag till återhämtning. Ett brukarperspektiv. FoU enheten/psykiatri Västra Stockholm. Rapport 11/2000.
- Denhov, A.** (in press). Vad tycker patienter har varit till hjälp i psykiatrisk öppenvård? En intervjustudie.
- Frank, A.F., & Gunderson, J.G.** (1990). The Role of the Therapeutic Alliance in the Treatment of Schizophrenia. *Relationship to Course and Outcome. Arch Gen Psychiatry*, 47(March), 228-236.
- Frank, J.D., & Frank, J.B.** (1991). *Persuasion & Healing – a comparative study of psychotherapy* Third edition.: John Hopkins University Press.
- Gehrs, M., & Goering, P.** (1994). The relationship between the working alliance and rehabilitation outcomes of schizophrenia. *Psychosocial rehabilitation journal.*, 18(2).
- Hansson, L., & Berglund, M.** (1992). Stability of therapeutic alliance and its relationship to outcome in short term inpatient psychiatric care. *Scand J Soc Med*, 20(1), 45-50.
- Holmqvist, R.** (2000). Association between Staff Feelings toward Patients and Treatment Outcome at Psychiatric Treatment Homes. *The journal of nervous and mental disease.*, 188(6), 366-371.
- Ingvar, M.** (2000). Hjärnans förväntan inför behandling. In H. Boström, & H. Dahlgren (Eds.), *Placebo: Liber i samarbete med SBU.*
- Johansson, H., & Eklund, M.** (2003). Patients opinion on what constitutes good psychiatric care *Scand J Caring Sci*, 17, 339-346.
- Johansson, H.** (2006). Therapeutic alliance in general psychiatric care, Department of Psychology and division of Psychiatry: Lund University and Lund University Hospital.
- Jönsson, L.R., & Starrin, B.** (2000). Ekonomisk-skam modellen och reaktioner på arbetslöshet. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 3.

- Klinkenberg, W., Calsyn, R., & Morse, G.** (1998). The helping alliance in case management for homeless persons with severe mental illness. *Community mental health journal*, 34(6), 569-577.
- Lambert, M.J., & Ogles, B.M.** (2004). The Efficacy and Effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergen and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Luborsky, L., Diguer, L., Seligman, D., Rosenthal, R., Krause, E., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M., Ber- man, J., & Schweizer, E.** (1999). The researcher's own therapy allegiances: A "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice* Spring 1999 V6(N1), 95-106.
- Martin, D., Garske, J., & Davis, M.** (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(3), 438-450.
- McCabe, R., Röder Wanner, U., Hoffmann, K., & Priebe, S.** (1999). Therapeutic relationships and quality of life: Association of two subjective constructs in schizophrenia patients. *International journal of social psychiatry*, 45(4), 276-283.
- McCabe, R., & Priebe, S.** (2004). The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: a review of methods and findings. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(2), 115-128.
- Neale, M.S., & Rosenheck, R.A.** (1995). Therapeutic Alliance and Outcome in a VA Intensive Management Program. *Psychiatric Services* 46(7).
- Norcross, J.** (2002). *Psychotherapy relationships that work*: therapist contributions and responsiveness to patients. Oxford University Press.
- Ottosson, J.-O.** (1999). Patient -Läkarelationen Läkekonst på vetenskaplig grund Stockholm: Natur och Kultur i samarbete med SBU.
- Priebe, S., & Gruyters, T.** (1993). The role of the helping alliance in psychiatric community care. A prospective study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(9), 552-557.
- Sandlund, M.** (2005). Vad är psykiskt funktionshinder In D. Brunt, & L. Hansson (Eds.), *Att leva med psykiska funktionshinder*. Lund: Studentlitteratur.
- Schön, U.-K., Denhov, A., & Topor, A.** (in press).
- Solomon, P., Draine, J., & Delaney, M.** (1995). The working alliance and consumer case management. *The journal of mental health administration*, 22(2), 126-134.
- Stevens, S.E., Hynan, M.T., & Allen, M.** (2000). A Meta-Analysis of Common Factor and Specific Treatment Effects Across the Outcome Domains of the Phase Model of Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice* V7 (N3).
- Sundgren, M.** (2005). Sjukdom, handikapp, funktionshinder In M. Sundgren, & A. Topor (Eds.), *Social Psykiatri: Bonnier Utbildning*.
- Svensson, B., & Hansson, L.** (1999). Therapeutic alliance in cognitive therapy for schizophrenic and other long-term mentally ill patients: development and relationship to outcome in an in-patient treatment programme. *Acta Psychiatr Scand*, 99, 281-287.
- Topor, A.** (2001). *Managing the contradictions -Recovery from Severe Mental Disorders*, Department of Social Work: Stockholm University.
- Topor, A.** (2004). *Vad hjälper? Vågar till återhämtning från svåra psykiska problem*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Topor, A, Borg, M., Mezzina, R., Sells, D., Marin, I., & Davidson, L.** (2006). Others: The role of family, friends, and professionals in the recovery process *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, Vol 9(1), 17-37.
- Wampold, B.E.** (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods and Findings*: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Wampold, B.E., & Brown, G.S.J.** (2005). Estimating Variability in Outcomes attributable to Therapists: A Naturalistic Study of Outcomes in Managed Care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 914-923.
- Ware, N., Tugenberg, T., & Dickey, B.** (2004). Practitioner Relationships and quality of care for low income persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 55(555-559).
- Weinberger, J.** (1995). Common Factors Aren't So Common: The Common Factors Dilemma. *Clinical Psychology: Science and Practice* V2 N1, Spring 1995.
- Viinamäki, H., Niskanen, L., Jääskeläinen, R., Antikainen, R., Koivumaa -Honkanen, H., Tanskanen, A., Lavonen, T., & Lehtonen, J.** (1996). Factors predicting psychosocial recovery in psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand*, 94, 365-371.

