

UMEÅ UNIVERSITET

Institutionen för socialt arbete

Socionomprogrammet, Termin 6

Moment B, uppsats 15 hp

Vårterminen 2014



Kuratorers tankar om relationens betydelse i samtalsbehandling

Counsellors thoughts on the importance of relationship in counselling

Handledare:

Anneli Kero

Författare:

Johannes Ahlstrand

Josefin Svedberg

UMEÅ UNIVERSITET

Institutionen för socialt arbete

Moment B, uppsats 15 hp

Termin 6

Vårterminen 2014

Författare: Johannes Ahlstrand & Josefin Svedberg

Handledare: Anneli Kero

Titel på uppsatsen: Kuratorers tankar om relationens betydelse i samtalsbehandling

Counsellors thoughts on the importance of relationship in counselling

Sammanfattning

Det övergripande syftet med denna kandidatuppsats är att utforska hur professionella hjälpare inom psykiatri i Norrland etablerar och upprätthåller hjälpare relationer samt vilken syn de har på betydelsen av relationen för behandlingens utfall. I studien intervjuades fyra kuratorer som var anställda på psykiatriska kliniken i Norrland, varav två kvinnor och två män som representerade olika mottagningar. Det insamlade materialet analyserades med hjälp av en hermeneutisk metod och strukturerades upp med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

I resultatet framkom det att intervjupersonerna såg relationen som väldigt viktig, både för att få till stånd en behandling men också för att upprätthålla en pågående behandling. Relationen i sig ansågs vara en bärare av hjälpen såväl som en hjälp i sig. Vi fann också att relationskompetens är en nödvändighet för att en behandling ska fungera. Begrepp som lyftes var autenticitet, att behandlaren är genuin, vågar visa känslor och reaktioner gentemot patienten. Ännu en faktor som särskilt påtalades var vikten av att som behandlare ha ett icke-dömande förhållningssätt gentemot patienten och se denne på ett realistiskt vis, vilket innebär att behandlaren ser patienten för den person den är.

Sökord - relationsskapande, hjälpande relation, counselling.

Innehåll

1. Inledning	4
1.1 Bakgrund	4
1.2 Syfte	5
1.2.1 Arbetsfördelning.....	5
1.2.2 Definitioner	5
1.3 Kunskapsöversikt	5
1.3.1 Stödsamtal, counselling och psykoterapi	5
1.3.2 Relationskompetensen och dess betydelse	6
1.3.3 Existentiell hjälp.....	9
1.3.4 Förväntningar i relationen	10
1.3.5 Vikarierande hopp	10
1.3.6 Den medicinska och den kontextuella modellen – ett metaperspektiv	10
2. Metod.....	12
2.1 Kvalitativ metod.....	12
2.1.1 Kvalitativ innehållsanalys och hermeneutisk tolkning.....	12
2.2 Urval.....	13
2.3 Litteratursökning	14
2.4 Forskningsetiska krav.....	14
2.5 Intervjuguide	14
2.6 Metodologiska reflektioner	15
3. Empiri.....	15
3.1 Skapandet av en hjälpande relation	15
3.1.1 Att möta patienten där den är - motivation och delaktighet	16
3.1.2 Indikationer på att en hjälpande relation har etablerats.....	18
3.2 Upprätthållandet av en hjälpande relation.....	18
3.2.1 Att föra relationen framåt	18
3.2.2 Utmaningen i yrkesrollen - att vara professionell och personlig	19
3.3 Relationen är och bär behandlingen	21
4. Analys	22
4.1 Slutsats	24

5. Slutdiskussion	25
5.1 Avslutande reflektioner	26
6. Referenslista.....	27
7. Bilagor	30
Bilaga 1 - Välkomstbrev	30
Bilaga 2 - Intervjuguide.....	31
Bilaga 3 – Kodningsmall.....	32

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Länge har det inom psykiatrin diskuterats om vilka metoder, tekniker och insatser som är att föredra för vissa patientgrupper med särskilda problem. I likhet med andra medicinska specialiteter så har fokus legat på att finna en enhetlig behandling vars effektivitet går att säkerställa oberoende av de egenskaper som behandlaren själv bär på. Detta förfarande, att psykisk ohälsa kan botas genom att ta bort eller reparera det i hjärnan som orsakar felet, brukar ofta benämnas som den medicinska modellen. Ett sådant grundantagande lägger fokus på den sjuka individen och behandlar den som ett objekt, vilket innebär att de kontextuella faktorerna hamnar i skymundan (Denhov, 2007).

Under vår placering på en psykiatrisk klinik i Norrland under föregående termin fick vi erfara hur viktigt samtalet kan vara för att etablera en relation i vilket ett förändringsarbete kan äga rum. Vi såg ett problem med att den medicinska modellen tilläts ta sådan stor plats i det dagliga arbetet, exempelvis vid behandlingskonferenser där åtgärder och insatser riktade mot patienter med psykisk ohälsa diskuterades utifrån riktade och snabba insatser. Morén (20--) beskriver detta utredningsförfarande genom en modell för socialt arbete. Modellen beskriver ett utvändigt sätt att se på människan vilket stödjer en föreställning om att mänsklig förändring går att planera och styra. I likhet med den medicinska modellen är den mekanisk och instrumentell, då den strukturerar upp villkoren för förändring av mänskliga livssituationer i fem steg: 1 problem, 2 utredning, 3 bedömning, 4 åtgärd, 5 resultat.

Ottosson (2008, 7 oktober), svensk psykiater, professor emeritus i psykiatri och författare till många böcker inom ämnet, lyfter i ett debattinlägg den medicinska modellens otillräcklighet inom psykiatrin. Han menar på att även om den medicinska modellen är central för att många gånger förstå hur psykiska symtom speglar någon form av dysfunktion i hjärnan, så hjälper den oss inte alltid att förstå i vilken kontext den psykiska ohälsan har uppstått samt hur den bäst bör behandlas. Ottosson (2008, 7 oktober) belyser därför vikten av att komplettera det medicinska sjukdomsbegreppet med ett psykosocialt förhållningssätt som även tillskriver patientens livssituation och personlighet betydelse.

Socionomen är en av de yrkeskategorier som är specialiserade på att uppmärksamma psykosociala faktorer som påverkar individen. Som socionom kan man vara verksam inom många olika fält där det psykosociala arbetet är viktigt, en av dessa arenor är psykiatrin. Inom psykiatrin har socionomen, betecknad som kurator, en viktig uppgift när det gäller att inhämta förståelse för en människas psykosociala situation (Meeuwisse, Sunesson & Swärd, 2006). Detta äger vanligtvis rum i det *professionella samtalet*, där socionomen bär huvudansvaret för att hjälpa patienten och hantera de situationer som uppkommer. Enligt Røkenes & Hanssen (2007) förutsätter detta att den professionella och den hjälpte har etablerat en relation till varandra samt förstår varandra. Tidigare forskning visar på att relationen mellan patient och behandlare är mycket viktig för att kunna komma framåt i behandlingen (Lambert & Bergin, 1994; Lambert & Barley, 2002; Gelso, 2014).

1.2 Syfte

Syftet med denna studie är att inom psykiatri undersöka professionella hjälparens uppfattning om faktorer som är viktiga för den hjälpare relationen samt hur de ser på vikten av relationen i samtalsbehandling.

1.2.1 Arbetsfördelning

Tidigt i processen bestämde vi oss för att göra en både lång- och kortsiktig tidplan för när och hur vårt arbete skulle göras. När vi bestämt oss för syfte och frågeställningar började vi med att läsa böcker och artiklar, delvis var för sig men också tillsammans, för att sedan diskutera vad som skulle vara av vikt att ta upp i vår kunskapsöversikt. Innan vi genomförde intervjuerna skrev vi intervjufrågorna och välkomstbrev tillsammans. Vi valde under intervjutillfällena att båda två vara aktiva i att ställa frågor. Transkriberingen delade vi dock upp, detta för att spara tid. Vi transkriberade två intervjuer var och gick sedan tillsammans igenom de meningsbärande enheter vi tagit ut från intervjuerna. Sedan gjorde vi koder och kategorier tillsammans. Därefter sammanställde vi vår empiri, skrev vår analys, slutsats och till sist vår diskussion. Arbetet och ansvaret har under uppsatsskrivandets gång fördelats jämnt mellan oss. Den största delen av tiden har vi suttit med våra datorer och samtidigt skrivit på vår uppsats, detta för att kunna bolla idéer med varandra. Vi har upplevt att vara två som väldigt fördelaktigt.

1.2.2 Definitioner

Begreppet professionell hjälpare är i denna uppsats ett samlingsnamn för psykoterapeuter, terapeuter, kuratorer och rådgivare då de på olika sätt syftar till att ge hjälp i en professionell kontext (Topor & Borg, 2008).

Hjälpare relation - en relation där parterna i samförstånd arbetar mot ett gemensamt mål som är uttryckt av den hjälpsökande. Detta kan avse förändringsarbete, motiverande, stödjande, rehabiliterande och habiliterande arbete (Topor & Borg, 2008).

1.3 Kunskapsöversikt

I detta avsnitt beskriver vi tidigare forskning och teorier inom ämnet, det vill säga de teoretiska hållpunkter som utgör kunskapsgrund för detta arbete. Då fokus i denna studie ligger på den relationella aspekten i behandling har vi valt att titta närmare på det angränsande, mer erkända och välutforskade området som psykoterapi utgör. Därav har vi använt oss av psykoterapiforskning för att närmare beskriva den relationella komponenten som ligger till grund för arbete i både psykoterapi och counselling, i svensk översättning kurativt arbete eller rådgivning.

1.3.1 Stödsamtal, counselling och psykoterapi

I ett närmande av forskningsområdet rörande hjälpsamtal, där samtal används som huvudsaklig metod, så stöter vi återkommande på begreppet *counselling*. I Sverige används begreppet sparsamt och en boksökning ger oss ett fåtal träffar, däribland finner vi en bok av Larsson & Trygged (2010) med titeln "Counselling: Stödsamtal i socialt arbete". Här beskriver författarna att counselling vanligtvis används inom socialt arbete av socialarbetare som arbetar med stödsamtal, det vill säga kuratorer, och är "en form av bemötande där man ofta under en relativt begränsad tidsrymd arbetar med att identifiera eller bidra till att lösa problem som en klient sökt hjälp för" (Larsson & Trygged, 2010, sid 13).

Dryden & Mytton (1999) menar att psykoterapi och counselling per definition har samma nämnare, nämligen att skapa en atmosfär där patienten kan känna sig trygg och respekterad, därigenom ges patienten möjlighet att själv upptäcka lösningar på sina problem. Även om definitionen counselling i direktöversättning är rådgivning, så är detta enligt författarna inte syftet med vare sig psykoterapi eller counselling. Istället menar Dryden & Mytton (1999) att den huvudsakliga uppgiften för båda professioner står i att lära och vägleda patienten i att upptäcka lösningar. Detta är något som författarna lyfter som en svårighet i praktiken, då patienten ofta förväntar sig konkreta råd och åtgärder för att lösa de problem som patienten presenterar. Sammanfattningsvis belyser Dryden & Mytton (1999) att en psykoterapeut och en counsellor, kurator, (vår översättning) ofta använder sig av samma tekniker i behandling, träffar samma sorters patienter och förhåller sig till identiska teoretiska referensramar. Ett exempel är psykodynamisk teori. Författarna beskriver att trots att innehållet till stor del är identiskt i psykoterapi och counselling så efterfrågas olika tjänstetitlar utefter verksamheten. Inom verksamheter rörande barn så efterfrågas exempelvis en psykoterapeut medan en kurator efterfrågas inom somatisk vård gällande exempelvis nyligt insjuknade cancerpatienter (Dryden & Mytton, 1999).

Även Feltham & Horton (2012) menar att kärnan i både psykoterapi och counselling står att finna i den professionella hjälparens förmåga att dels etablera en relation, förmedla ett känslomässigt stöd och att kunna ställa sokratiska frågeställningar. Detta syftar till att hjälpa patienten att reflektera över sin situation. Till följd av detta kan patienten genomgå en kognitiv omstrukturering vilken ger patienten verktyg för att själv hitta lösningar på sina problem (Feltham & Horton, 2012).

1.3.2 Relationskompetensen och dess betydelse

Människan är en social varelse och har en medfödd grundläggande kommunikationsförmåga. Denna grundläggande förmåga är en av den professionella hjälparens mest centrala resurser när det kommer till arbete med människor, mer specifikt samtalsbehandling, exempelvis psykoterapi. Det handlar kort och koncist om att bidra till att individerna blir friskare eller fungerar bättre i vardagen. I en sådan konstellation blir det hjälparens uppgift att i samspel med individen verka för förändring, utveckling och nyinlärning. En sådan förändringsprocess förutsätter andra krav än de vi annars möter i vardagen. För att kunna förstå och förhålla sig till dessa krav på ett professionellt plan så behöver den professionella hjälparen därför utveckla en *relationskompetens* (Røkenes & Hanssen, 2007). Författarna beskriver begreppet

på följande sätt: ”*Relationskompetens innebär att förstå och samverka med de människor vi möter i vårt yrke på ett bra och ändamålsenligt sätt*” (s.10). Kärnan i det hela utgörs således av att tillvarata den andres intressen och inte försöka tillgodose sina egna behov på bekostnad av den andre. Här omnämner författarna centrala begrepp såsom *situationsförståelse*, *kulturell lyhördhet*, *självisikt* och *empatisk förmåga*. För den professionella hjälparen handlar det i enkel översättning om att kunna *upprätta relationer* till patienter, *upprätthålla relationer* över tid såväl som att *avsluta professionella relationer* på ett bra sätt. Bernler & Johnsson (2001) lyfter i detta sammanhang vikten av som behandlaren känna för patienten, att kunna relatera till patienten och hitta en gemenskap. Om detta inte är möjligt bör behandlaren se till att patienten får träffa en kollega istället (Bernler & Johnsson, 2001).

Juul & Jensen (2009) använder likaså begreppet relationskompetens och påtalar betydelsen av att ständigt utveckla denna kompetens i den pedagogiska världen, författaren redogör därefter för att denna relationskompetens är oundgänglig även i andra arenor och att kunskapen om den gör sig lika gällande i alla relationsorienterade professioner. Lambert & Barley (2002) påtalar skillnader i professionella hjälparens skicklighet när det gäller att skapa denna terapeutiska relation. De som är skickliga är mer förstående, empatiska, stödjande, mindre dömande och mindre kritiska till sina patienter.

Lambert och Barley (2002) lyfter i sin sammanfattning av sextio år lång terapiforskning upp den terapeutiska relationens betydelse i behandling. Författarna hävdar att relationen har större betydelse för resultatet än vilken terapeutisk teknik som behandlaren använt sig av. Detta bekräftas även av tidigare forskning som misslyckats med att finna betydande skillnader i utfallet bland olika vedertagna metoder (Sexton, Whiston, Bleuer, & Walz, 1997; Goldfried & Norcross, 1995). Detta talar enligt Lambert & Barley (2002) för att valet av behandlingsmetod har mindre betydelse för behandlingens utfall än man tidigare har trott.

För att förklara vad den terapeutiska relationen faktiskt består i har Gelso (2014) sammanställt teori, forskning och praktisk kunskap i en trepartsmodell. Denna modell strävar efter att förklara begreppet terapeutisk relation, dess koppling till behandlingsprocessen och behandlingens utfall. För att göra detta lätt att överskåda och förstå, delar han upp den terapeutiska relationen i tre delar: 1) *alliance*, *arbetsallians* (vår översättning) 2) *transference-countertransference configuration*, *överföring - motöverföring* (vår översättning) 3) *real relationship* *den genuina relationen* (vår översättning).

Horvath & Bedi (2002) sammanfattar arbetsalliansen som den ömsesidiga förståelsen av patientens problematik och ett ömsesidigt engagemang för den gemensamma uppgiften, att lösa problemet. Gelso (2014) menar att arbetsalliansens funktion primärt är att skapa en ingång som möjliggör etablerandet av den riktiga relationen och bör således ses som ett startskott för det gemensamma arbetet. När denna allians är stark mellan terapeut och patient skapas förutsättningar för att patienten fortsätter behandlingen och därtill ökar sannolikheten för att behandlingen genererar ett positivt resultat (Gelso, 2014). Kåver (2011) tar upp alliansen som en grundsten i en terapeutisk relation. Hon påpekar att det är något som alla professionella hjälpare ska känna till och förväntas förstå och använda sig av i sitt arbete. Verkligheten ser dock enligt Kåver annorlunda ut, där terapeuter oavsett arbetsmodell och

erfarenhet trevar sig fram en aning när det kommer till alliansbyggande. Detta gäller särskilt när behandlingen inte går som förväntat och risken för avbrott är stor.

Överföring-motöverföring sammanfattas som de egenskaper, avsikter och känslor patienten omedvetet projicerar på terapeuten i relationen, dessa överföringar är ofta baserade på tidigare signifikanta relationer som sedan tar sig i uttryck i den terapeutiska relationen. Motöverföring är ett motsatsbegrepp och handlar om de projektioner som terapeuten, grundat på tidigare erfarenheter, lägger över på sina patienter. Båda dessa processer är enligt Gelso (2014) viktiga att synliggöra och påtala då de kan utgöra hinder för relationens utveckling. Likaså kan de vara avgörande för behandlingens utfall att de finns där, då synliggörandet av dessa överföringar kan bli en viktig vändpunkt och insikt för patienten om det uppmärksammas av behandlaren.

Gelso (2014) påtalar emellertid *den genuina relationen* som den allra viktigaste komponenten i trepartsmodellen och lyfter studier som undersökt både arbetsalliansen och den genuina relationen sinsemellan. Dessa har visat på att den genuina relationen har ett större förklaringsvärde för det positiva utfallet av behandlingen än arbetsallians. Gelso (2014) förklarar den genuina relationen utifrån två grundläggande element; *autenticitet* och *realism*. Realism innebär i praktiken att behandlare och patient förhåller sig öppensinnat till varandra och uppfattar den andre "som den är". Autenticitet handlar om behandlarens förmåga att vara öppen och ärlig i relationen såväl som självutlämnande, i syfte att inge förtroende hos patienten. Gelso (2014) menar att detta är ett krav för en god genuin kontakt då patienten nästan alltid besitter förmågan att se igenom behandlaren.

Gelso (2014) poängterar att denna ärlighet inte får sträcka sig så till den grad att behandlaren uttrycker något som kan vara skadligt för relationen och patienten. Tyngdpunkten bör ligga på behandlarens medvetenhet om den process relationen befinner sig i och vidare vad den behöver för att kunna utvecklas. Vidare tydliggör Gelso (2014) att detta självutlämnande för behandlaren inte handlar om att redogöra för den egna livshistorien och delge information om sig själv enbart på själviska grunder. Således måste det finnas grunder för utlämnandet av information som kan antas gynna relationen och patienten.

Juul & Jensen (2009) bryter ner sin syn på relationen i två dimensioner, *innehålls-* och *processdimensionen* där den förstnämnda av dessa härrör till *vad* parterna i en relation gör eller pratar om. Den senare av dessa utgör det sättet parterna gör det på, det vill säga den "ton", stämning och atmosfär som finns i rummet. Detta innefattar kroppsspråk, indirekt kommunikation, uttryckta och undertryckta känslor samt öppna och låsta attityder som återspeglas i relationen. Förenklat uttryckt handlar det om medvetna och omedvetna yttre och inre beteenden i relationen. Enligt författarna påverkar processdimensionen i hög grad innehållsdimensionen, men omvänt gör sig förhållandet inte lika gällande. Därmed menar Juul & Jensen (2009) att relationen i huvudsak bygger på den interpersonella processen i en relation, det vill säga vad som sker här-och-nu mellan parterna.

Då Juul & Jensens bok (2009) i första hand riktar sig till den pedagogiska arenan så beskrivs relationerna utifrån ett vuxen-barn och vuxen-elev perspektiv. Författarna påtalar den vuxnes

ansvar att kunna ta emot den information som ges i processdimensionen och med hjälp av relationskompetensen förstå det budskap som barnet förmedlar. Vidare är det upp till den vuxne att under den relationella processen uttrycka detta med ett bekräftande och personligt språk vilket ger barnet ett erkännande för sin personliga integritet. Denna personliga integritet står i förenandet av vad Juul & Jensen (2009) benämner som det *inre- och yttre ansvarstagandet*. Författarna menar att detta inre ansvarstagande, även kallat det existentiella ansvaret, står i den enskilda individens upplevda ansvar för sitt liv. Det handlar vidare om en människas förmåga att handla självständigt, ärligt och i överenskommelse med sina moraliska principer. Det yttre ansvarstagandet står att finna i individens intellektuella upplevelsesfär, de värdesystem som personen anammat såväl som teorier och tankar utifrån.

Juul & Jensen (2009) använder begreppen lika värde och likvärdighet och understryker det fruktbara såväl som det etiska i att båda parterna i en relation tillmäts samma mänskliga värde och således bör bemötas med samma respekt, oavsett om parterna i övrigt inte är likställda eller jämbördiga. Vidare påtalar författarna att relationen måste bygga på en ömsesidighet och att den ena parten på förhand inte kan ställa upp regler som riskerar att kränka den andres integritet, exempelvis genom att diskvalificera den andre parten genom att betrakta den som omogen, orealistisk eller dylikt.

Juul & Jensen (2009) menar att den kärna som utgör relationskompetensen inte handlar om att söka förklaringar på ett beteende utan det handlar om att kunna se "bakom" ett beteende. Här ger författarna exempel som förmågan att se motviljan i barnets kroppsspråk när han säger ja till en överenskommelse eller att se smärtan i barnets uttryck medan han försöker övertala sina föräldrar att han borde få stanna uppe lite längre. Samtliga utsagor utgör enligt Juul & Jensen (2009) exempel på den ständiga integrationsprocess som pågår mellan individens inre och yttre ansvarstagande.

Juul & Jensen (2009) påtalar den relationella processen som ett medel för utvecklandet av denna personliga integritet och menar att verksamheter där omsorg, hjälp och stöd ges måste ta sin utgångspunkt i ett dialogiskt samarbete mellan givare och mottagare. I denna dialog kan parterna lyfta det inre ansvarstagandet, det vill säga vad som upplevs som omsorgsfullt, hjälpsamt och stödjande. Under denna process får mottagaren ett erkännande och en bekräftelse på både sin upplevelse och sin person. Det är då personen känner sig "sedd" (Juul & Jensen, 2009). Författarna påtalar här skillnaden mellan att bli sedd som den man är och bli "sedd på", där den förstnämnda av dessa utgör ett existensberättigande medan den sistnämnda skildrar ett bemötande genomsyrat av moraliserande värderingar som riskerar att underminera patientens känslor, upplevelser och inre ansvarstagande.

1.3.3 Existentiell hjälp

Bernler & Johnsson (2001) beskriver *den hjälpande relationen* som en komplex person-person-relation som består av flera olika relationer. För att hjälp ska kunna ges förutsätter relationen således att det finns två parter, varav den ena är den aktiva hjälparen och den andre är den hjälpte. Denna hjälp kan i sin tur vara instrumentell eller existentiell. Med

instrumentell hjälp menas att hjälparen är en förmedlare av ting eller tjänster, exempelvis kontakter med myndigheter och bistånd av olika slag. Begreppet existentiell hjälp går att hänföra till vad det innebär att vara närvarande som medmänniska. Av dessa två beskriver författarna den existentiella hjälpen den mest grundläggande förutsättningen för att kunna hjälpa. Utan denna närvaro kan behandling enligt författarna inte fungera då relationen, förutom att i sig utgöra en hjälp, också bär behandlingen.

Holm (2009) omnämner även hon relationen som utgångspunkten för behandling där skapandet av en trygg relation är kuratorns viktigaste uppgift och sedermera avgörande för huruvida patienten kommer att känna sig hjälpt eller inte. Holm menar att den hjälpande relationen utmärks av att patienten blir lyssnad på och känner sig förstörd av en intresserad och engagerad behandlare.

1.3.4 Förväntningar i relationen

De förväntningar som finns i mötet mellan patient och behandlare har stor betydelse för hur relationen kan komma att se ut. Dessa styr alltid hur relationen utvecklas, särskilt om man inte uttalar dem i rummet. Då styr de ännu mer. När skilda förväntningar finns i relationen så kan problem uppstå, exempelvis om den hjälpte förväntar sig att behandlaren ska fixa allt åt honom, medan behandlaren ser det som att det främst ligger i patientens ansvar. Detta kan leda till en slitning i relationskapandet. För att undvika att en sådan slitning uppstår ligger det på behandlaren ansvar att se till att man uppfattat patientens behov på rätt sätt. För att göra detta krävs en empatisk förmåga (Bernler & Johnsson, 2001).

1.3.5 Vikarierande hopp

När en patient befinner sig i en kris kan det vara svårt för denne att tänka sig att krisen någonsin kommer gå över. Därför är det viktigt att som behandlare kunna finnas där och vara ett så kallat "vikarierande hopp". Behandlaren kan, genom sin kunskap om kriser och krisers utveckling, inge hopp i relationen till patienten och få denne att se hur den kan komma ur krisen så småningom. Utan att förminska patientens känslor kan behandlaren stå för ett lugn och en stabil punkt för patienten och kan därmed hjälpa patienten att hantera sin kris (Cullberg, 2006)

1.3.6 Den medicinska och den kontextuella modellen – ett metaperspektiv

Den medicinska modellen och den kontextuella modellen är två olika sätt med vilka man kan tolka vad det är som gör att en viss typ av behandling fungerar, exempelvis psykoterapi. Modellerna kan användas för att förstå psykoterapeutisk behandling på en mer övergripande nivå (Wampold, 2001).

Den medicinska modellen utgör en forskningstradition som ser på psykoterapi som en specifik insats vilken sätts in för att bota ett specifikt problem. Benämningen "medicinsk modell" är mycket talande för det synsätt som modellen står för, då den i praktiken framhåller diagnostisering och medicinering som metod för att hjälpa patienter. Denna modell används i

stor utsträckning inom sjukvården och inom psykiatrin (Bentall, 2010). Wampold (2001) beskriver den medicinska modellen utifrån fem punkter; (1) det finns en patient som anses ha en störning, ett problem eller ett besvär, (2) det finns en psykologisk förklaring till störningen, problemen eller besvären där förklaringarna varierar mellan olika psykoterapeutiska inriktningar, (3) varje inriktning förespråkar en speciell förändringsmetod för patientens svårigheter, (4) terapeuten använder sig av specifika terapeutiska ingredienser för att åstadkomma förändring, (5) dessa specifika ingredienser antas sedan resultera i positiv effekt på patientens tillstånd.

Sökandet efter en universell "lösning" eller sanning vilken kan användas för att bota/lindra psykisk ohälsa leder oss närmare in på utvecklingen av över 400 inriktningar inom psykoterapin där olika idéer och rationaler har konkurrerat om erkännande i psykoterapidebatten och utrymme som behandlingsmetod (Prochaska & Norcross, 1999).

I boken "*The Great Psychotherapy Debate*", grundad på 30-års forskning kring utfallet av olika psykoterapier, förkastar Wampold (2001) delar av den medicinska modellen och menar att det är de gemensamma inslagen hos samtliga terapiformer som är läkande, inte de specifika insatser som förordas av anhängare av den medicinska modellen.

Således förespråkar Wampold (2001) den kontextuella modellen vilken tar fasta på alla de gemensamma faktorer som finns i olika psykoterapeutiska behandlingsmetoder och menar att de utgör det verksamma för positiva utfall i psykoterapi. Modellen vilar på den forskning som visat på mycket små skillnader i behandlingsutfallet vid användandet av de olika psykoterapierna, men stora skillnader i hur olika psykoterapeuter och patienter lyckas i behandlingen. Vissa par lyckas väldigt bra, medan andra lyckas mindre bra. Detta förklaras med hjälp av den kontextuella modellen genom att det inte finns någon särskild metod som alltid fungerar, på alla patienter, oberoende av egenskaper hos behandlaren (Frank & Frank, 1991). Även Sandell (2004) förespråkar en kontextuell modell som lägger vikt vid gemensamma faktorer, som exempelvis terapeutisk allians, men också vid betydelsen av att varje enskild psykoterapeut måste kunna skapa ett sammanhang som är begripligt och trovärdigt för patienten. Detta för att denne ska kunna utvecklas och kunna hantera och förstå sitt psykologiska problem. Sandell (2004) menar att alla psykoterapeuter, oberoende av vilken skolning de har, rent teoretiskt kan skapa denna kontext tillsammans med patienten, vilket innebär att alla har lika stor chans att lyckas med behandlingen.

En del ställer sig kritiska till Wampolds totala nonchalerande av den medicinska modellen och menar på att medicinering och diagnostisering inom psykiatrin inte bör avfärdas helt, utan istället bör man se möjligheter till att utveckla och förbättra dessa. Detta gör sig lika gällande när det gäller när det gäller insatser som sker inom ramen för den kontextuella modellen (Larsson, 2005).

2. Metod

I detta avsnitt redogör vi för val av forskningsstrategi med urval, tillvägagångssätt såväl som sökord och metod för datainsamling och analys. Vi berör även forskningsetiska aspekter i detta avsnitt.

2.1 Kvalitativ metod

I kvalitativ forskning ligger nyckeln till kunskap i förståelse för hur ett fenomen är konstruerat. Det är därmed den sociala verkligheten som utgör föremål för undersökningen, en verklighet som i sin konstruktion bygger på individernas tolkning av den i en viss miljö (Bryman, 2011). Vi har i föreliggande arbete valt att använda oss av kvalitativa intervjuer som metod för informationsinhämtning. Enligt Dalen (2008) är metoden särskilt bra att använda när det som ska undersökas utgörs av personliga erfarenheter, tankar och känslor, vilket stämmer väl överens med vårt syfte i denna studie. Vår önskan har varit att undersökningspersonernas upplevelser och personliga perspektiv ska stå i centrum för att låta oss förstå den hjälpande relationen och dess betydelse.

I ett försök att stärka arbetets reliabilitet/validitet har vi under studiens gång har tagit del av litteratur och forskning. Vi har även sedan tidigare en viss förförståelse, så undersökningen utförs inte helt förutsättningslöst. Vi har dock ständigt varit kritiska och inte valt en specifik teori eller modell som vi vill erkänna och därmed utesluta att andra teorier också är relevanta för att förstå ämnet. Detta har vi gjort genom att under arbetets gång och vid intervjutillfällena behålla en neutral och utforskande ställning (Patel & Davidson, 2003).

2.1.1 Kvalitativ innehållsanalys och hermeneutisk tolkning

I denna studie har vi använt oss av ett hermeneutiskt förhållningssätt när vi har analyserat vårt intervjumaterial. Detta innebär att vi läst materialet och analyserat det latenta innehållet, det vill säga textens innebörd, på ett djupt plan där vi genom vår befintliga förförståelse och det insamlade materialet har skapat en ny förståelse (Ödman, 2007).

Denna förståelse har sedan utmynnat i koder, kategorier och teman och vi har således även använt oss av analysmetoden kvalitativ innehållsanalys för att strukturera upp texten. Analysmetoden går till så att materialet först identifieras, för att sedan kodas och kategoriseras. Grundläggande mönster, även kallat teman, tas också ut ur det empiriska materialet. Innehållsanalys används ofta när det som ska studeras har med människor och omvårdnad att göra, detta eftersom innehållsanalys passar väl för att utröna personers individuella erfarenheter. För att kunna förstå vad exempelvis en intervjuperson menat i en intervju analyseras materialet grundligt genom att leta efter underliggande meningar eller talande tystnad. Det handlar inte bara om att se vad som finns nedskrivet, utan också vad det skrivna *faktiskt betyder* (Graneheim & Lundman, 2004). Analysmetoden passar väl till denna studie då den behandlar ämnet relationer och frågar efter personliga upplevelser och åsikter.

I kvalitativ innehållsanalys finns krav, eller granskningskriterier, som ska uppnås för att studien ska anses vara god forskning. Dessa är inom kvalitativ forskning trovärdighet och

transparens. Denna studie och resultaten vi kommit fram till är trovärdiga eftersom vi kan redovisa för varje steg vi tagit i vår analys och därför kan någon annan göra om studien. Detta innebär också att det finns en transparens, det går att följa den process som ligger bakom studiens resultat (Graneheim & Lundman, 2004). Se bilaga 3 med tabell över koder/kategorier/teman. För att förtydliga hur vi har gjort, se exempel nedan.

Exempel: *“Och en del patienten kommer hit väldigt välmotiverande och välfungerande - och en del gör inte det, och då är det kanske det man måste börja med.”* Ur ovanstående citat ur vårt intervjumaterial tog vi ut följande meningsbärande enhet: *“viktigt att få patienten motiverad till behandling”* Denna meningsbärande enhet blev sedan en kod som hette *“motivation”*. I vår empiridel i studien hamnade den sedan under rubriken *“att möta patienten där den är - motivation och delaktighet”*.

2.2 Urval

Urvalet har skett på grundval av bekvämlighet. Sedan vår praktik på psykiatriska kliniken i Umeå så har vi viss kännedom om hur personalgrupperna ser ut och vilka som är gruppleddare. Då vi hade tillgång till mejllistor med adresser till personal på de mottagningar där vi praktiserat, så valde vi att mejla ut ett välkomstbrev till samtliga i personalen som arbetar med samtal i någon form. Vi valde att göra på det sättet eftersom vi var ute efter att hitta intervjupersoner som vi ansåg borde ha kunskap och erfarenhet i ämnet hjälpande relationer.

Vi valde att intervjua just socionomer eftersom det är en yrkesgrupp vars arbete präglas av att möta och hjälpa människor. Då vi själva är socionomstudenter hade vi ett intresse av att intervjua yrkesverksamma socionomer för att höra om deras erfarenheter och upplevelser. Det faktum att de socionomer vi valde att intervjua arbetade på en psykiatrisk klinik grundade sig på att psykiatrins uppgift i samhället är att erbjuda psykiatrisk specialistvård. Det innebär att personer som inte kan bli hjälpta genom primärvården söker sig dit. Kraven som ställs på de professionellas skicklighet i mötet med patienterna är alltså mycket höga. Vi ansåg därför att det var relevant att intervjua just socionomer inom psykiatrin.

De intervjupersoner som medverkade i denna studie var utbildade socionomer och alla arbetade också på en psykiatrisk klinik i norrland. De hade även gemensamt att deras roll inom psykiatrin innebar att träffa patienter i samtal. De arbetade dock på olika mottagningar, vilket gjorde att de träffade olika patientgrupper i sitt dagliga arbete. Därför använde intervjupersonerna också olika metoder i sitt arbete med patienterna. Intervjupersonerna hade olika lång yrkesmässig erfarenhet, dock hade alla flerårig erfarenhet inom psykiatrin. Enligt Bryman (2011) är detta sätt att få tag i intervjupersoner att föredra i en kvalitativ studie där intervjupersonerna bör vara relevanta för studiens syfte och frågeställningar.

Empirin i denna studie baseras på fyra intervjuer. Anledningen till att de inte blev fler eller färre ligger grundat i antalet svar vi fick när vi skickade ut vårt välkomstbrev. Vi hade också en begränsad tid att utföra studien på och då vi bedömde att vi behövde avsätta mycket av den tiden på transkribering och kodning ansåg vi att fyra intervjuer var lämpligt.

2.3 Litteratursökning

Vi har hittat våra artiklar via artikelsök i Ebsco och Scopus. De sökord som vi använt oss av är ”allians”, ”terapeutisk relation” och ”relationskapande”. Även litterära verk utgör en kunskapsgrund för denna uppsats.

2.4 Forskningsetiska krav

Ett krav för att bedriva forskning i Sverige är att förhålla sig till de etiska riktlinjerna som Bryman (2011) beskriver. Dessa är fyra till antalet och innefattar informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. För att uppfylla informationskravet så informerades samtliga intervjupersoner om studiens syfte och innehåll genom ett välkomstbrev. Därutöver gavs information gällande frivilligheten i fråga om deltagandet samt att de när som helst hade rätt att avbryta intervjun eller välja att inte svara på vissa frågor. Vidare gavs ett muntligt samtycke från intervjupersonerna innan intervjuerna ägde rum. I syfte att följa konfidentialitetskravet så avidentifierades all information som rörde intervjupersonernas identitet, detta för att värna om intervjupersonernas integritet. Ljudupptagningarna och det senare transkriberade materialet förvarades därefter på en krypterad usb-enhet vilken förvarades en av forskningsledarna. Ovanstående information delgavs till intervjupersonerna vid intervjutillfället. Avslutningsvis gavs information om vilka som skulle komma att få tillgång till materialet. Här tydliggjorde vi att intervjumaterialet enbart skulle komma att användas till studien samt att studien vid godkännande kommer att publiceras elektroniskt i universitetets digitala databas, DiVA.

2.5 Intervjuguide

Inför våra intervjuer gjorde vi en semistrukturerad intervjuguide för att vi under undersökningens gång skulle kunna anpassa oss i våra frågeställningar utefter de frågor som skulle dyka upp under intervjuerna. Intervjuguiden skrevs utifrån teman som vi sedan använde under intervjun som ramar för vad samtalen skulle handla om. På så sätt gav vi intervjupersonen möjlighet att kunna reflektera och ta upp egna tankar kring temat, förutom de tankar vi väckte genom att ställa de frågor vi på förhand konstruerat. Frågorna vi ställde försökte vi hålla så öppna som möjligt då vi ville ta reda på vad intervjupersonerna upplevde som relevant och viktigt. Här var det väldigt viktigt att vi fick intervjupersonens egna exempel ur verkligheten, erfarenheter och tankar snarare än inlärd teoretiska modeller. Vi valde att formulera frågorna så att följdfrågor på ett naturligt sätt kunde ställas för att erhålla fylliga och detaljerade svar (Bryman, 2011). Se bilaga 2 för intervjuguide.

Innan vi genomförde intervjuerna så testade vi våra frågor i en pilotstudie för att se hur de fungerade. Pilotstudien genomfördes på Umeå universitet där vi intervjuade en lärare på institutionen för socialt arbete. Vi kontaktade personen via mejl i vilket vi bifogade vårt välkomstbrev. Därefter stämde vi träff på intervjupersonens rum där vi genomförde intervjun. Valet av person gjordes på grundval av att personen själv varit yrkesverksam socionom i många år och vi såg det som ett tillfälle att därigenom få relevant återkoppling om ämnet.

Detta gav oss bekräftelse på att våra intervjufrågor fungerade då vi lyckades inhämta den information som avseddes, dvs. den personliga upplevelsen.

2.6 Metodologiska reflektioner

I vår studie valde vi att använda oss av intervjuer för insamling av data. Vi valde denna metod då vi såg en möjlighet i att få en stor mängd material som också går mer "på djupet" än om en metod som exempelvis enkäter skulle ha använts. Det negativa med att använda intervjuer som datainsamlingsmetod är att resultatet av studien inte går att generalisera. Det våra intervjuer visar på kan endast stå för vad intervjupersonerna tycker. Däremot kan resultaten tillsammans med tidigare gjord forskning visa på hur verkligheten ser ut. Trost (2010) tar upp en annan faktor man bör ta hänsyn till när det gäller intervjuer som datainsamlingsmetod, vikten av att intervjuaren har förmågan att vara följsam. Det är viktigt att intervjuaren kan känna av vilka frågor som borde och inte borde ställas, samt vilka områden man bör fördjupa sig inom. Vi valde under intervjutillfällena att båda två vara aktiva i att ställa frågor under intervjuerna. Detta gjorde vi då vi såg det som en fördel att den ena skulle kunna fylla i och fråga vidare om den andra inte gjorde det. Trost (2010) menar att det är vanligast att vara endast en intervjuare. Dock menar han att två intervjuare kan utgöra ett stöd för varandra och därmed göra att kvalitén på intervjun lyfts. Författaren påpekar dock att detta är beroende av att det finns ett gott samarbete och samspel mellan intervjuarna.

Vår tidigare förförståelse och kännedom om ämnesområdet gjorde det möjligt för oss att ställa för studien relevanta frågor och följdfrågor, såväl som det gav oss verktyg för att förstå intervjupersonernas berättelse när den delgavs.

3. Empiri

I detta avsnitt kommer vi redogöra för vad vi fick fram i våra intervjuer. Ur data som hämtats från intervjuerna skapades tre övergripande tema, *skapandet av en hjälpande relation*, *upprätthållandet av en hjälpande relation* samt *den hjälpande relationens betydelse*. Under dessa skapades två underkategorier vardera; 1) att möta patienten där den är - motivation och delaktighet, 2) lyhördhet, vaksamhet och följsamhet, 3) relationens betydelse för en lyckad behandling samt 4) utmaningen i yrkesrollen - att vara professionell och personlig.

3.1 Skapandet av en hjälpande relation

Alla intervjupersoner uttryckte i de enskilda intervjuerna att förtroende i en relation är en förutsättning för att behandling av någon sort ska kunna äga rum.

[...] för första tiden handlar ju mer om att få patienten att känna att jo, det här jag tro på det här känns bra, den här personen känns bra för mig, eh, det här vill jag!

Samtliga intervjupersoner erkände vikten av relationen för behandlingen men de beskrev olika sätt för att nå detta förtroende. Enligt våra intervjupersoner har den inledande fasen av patientarbetet mycket att göra med att vara undersökande och uppmärksam på hur patienten fungerar, vad patienten har för önskemål på behandlingen och hur patienten vill bli bemött.

[...] första samtalet är ofta ganska trevande så, eh, ganska mycket kolla av hur man uppfattar saker, att jag har förstått saker rätt och att prata om förväntningar och önskemål och... Prata om lite praktiska saker, lite sådär att, få lära känna varandra litegrann i början.

Intervjupersonerna betonade vidare att målet i det första mötet är att skapa en gemensam förståelse för vad parterna ska jobba med. Genom att lyfta tidigare händelser, förstå patientens bakgrund såväl som genom att uppmärksamma nutida önskemål och förväntningar från patientens sida så kan en samsyn uppnås.

[...] vi strävar efter att få en slags samsyn kring det som har varit och vad man ska göra nu.

3.1.1 Att möta patienten där den är - motivation och delaktighet

Intervjupersonerna var alla överens om att det första mötet handlar mycket om att etablera ett förtroende. För att relationen ska komma till stånd tog de alla upp olika viktiga förutsättningar. Patientens behov av att känna sig förstådd och accepterad som person beskrevs som oerhört viktigt för att relationen ska fungera och utvecklas. I detta ingår det att behandlaren visar patienten respekt för dennes gränser och behov, vilket kan ha många bottenar. Intervjupersonerna underströk även att respekt handlar om att bekräfta patienten i vad den känner och ta saker i patientens egen takt. En intervjuperson berättade att det ibland kan glömmas bort, hur svårt patienterna kan ha för vissa saker. Det viktiga i att inte "driva på" för mycket betonades. Intervjupersonen menade att uttrycket "möta patienten där den är" är bra att bära med sig.

I ovanstående citat belyste en intervjuperson vikten av att ta upp tidigare kontakter med vården, vilka erfarenheter och förväntningar patienten har som kommer att återspeglas i relationen.

Det som intervjupersonerna särskilt underströk under intervjuerna var betydelsen av att i relationen se och bemöta patienten som en medmänniska och inte enbart som en patient. Vad beträffar läsning av journaler kunde vi se att intervjupersonerna till viss del hade olika åsikter om den dess användning, om den bör läsas innan det första mötet med patienten eller inte. Svårigheten i detta beslut, förklarade intervjupersonerna, är att det som står i journalerna dels kan vara saker som patienten inte vill bli förknippad med längre eller något som inte längre är aktuellt för dennes problematik. Samtidigt kan journalen ofta innehålla väldigt värdefull information om patienten som behandlaren bör ha kännedom om. Det som trots delade åsikter ändå förenade alla intervjupersoner i denna fråga var syftet med att ta del av en persons journal, nämligen att bilda sig en uppfattning om hur man på bästa sätt förhåller sig till patienten och därigenom erhålla en god start på relationen. Alla intervjupersoner var också överens om att det finns risker med att i förväg veta saker om patienten och att det viktigaste är att behandlaren, oavsett kännedom genom tidigare dokumentation om patienten, lär känna patienten "här och nu", att se och visa intresse för personen framför sig.

En del patienter brukar jag fråga, vi säger att den har haft en lång kontakt på BUP, kan jag fråga; vill du att jag ska läsa din journal? Tror du att det är bra om jag har tittat i den? Och då kan en del säga; Ja, gud vad skönt kan du inte bara göra det, så slipper jag dra allt det där! Och en del säger att; nej, jag vill inte det, jag vill att du ska lära känna mig här.

En annan intervjuperson uttryckte sin frustration över det begränsande synsätt som enligt denne genomsyrar psykiatrin och menade vidare att detta kan utgöra ett hinder för att få en rättvis bild av patienten. Intervjupersonen betonade därefter att man måste lära känna patienten för att kunna hjälpa.

[...] nu är det ju bara kryssformulär som man använder för allting va.. så kan du avgöra om någon är i en djup depression på att dom sätter ett litet kryss på en liten skala såhär utan att känna till någonting om vart kommer den här personen ifrån.. under vilka förutsättningar har den vuxit upp och allt annat som händer under låt oss säga 35 år under ett liv.. det är många saker som ärftlighet.. allting.. arbete, syskon, sjukdomar.. och får man en bra relation till övriga i familjen, då börjar det växa fram en bild av den här personen.. och då tror jag att man kan hjälpa på riktigt.. men inte efter 30 minuter och fyra blad..

Samtliga intervjupersoner påtalade motivation och delaktighet som två grundläggande delar i en hjälpande relation, nämligen att patienten har en vilja att förändra sig och själv är aktiv i utformningen och utvecklingen av denna förändringsprocess. Det beskrevs av intervjupersonerna som en förutsättning för att komma närmare patienten och få behandlingen att fungera. Att göra patienten delaktig i behandlingen återgavs från våra intervjupersoner som att ” möta patienten där den är” och utgå från patientens personliga önskemål. En intervjuperson beskrev det så här:

[...] vill jag det här eller är det det här mamma och pappa vill, ställer skolan de här kraven eller, vem vill ha den här förändringen? Och vad är det som ska förändras och hur ska det förändras? Och där är det ju som att hitta den här ungdomens motivation till vad jag vill göra, och det kanske inte alltid stämmer samman med vad vi utifrån tycker, men man måste ju som börja där ungdomen vill börja.

En intervjuperson uttryckte vikten av att låta patienten vara delaktig i behandlingen och redogjorde för hur det kan verka förtroendeingivande att erbjuda hjälp utan att påtvinga den:

Då gäller det ju att ändå få till ett samtal om det finns någonting som personen vill ha hjälp med och det är ju någonting som är viktigt i det första mötet, etablera ett förtroende, att förklara att det vi kan erbjuda det är frivilligt. Inte att vi tvingar oss på, prackar på personen saker som den inte vill ha...

Hur motiverade patienterna är varierar naturligtvis från person till person och innebär att man som behandlare behöver anpassa sig efter det. Mötet blir annorlunda med en patient som inte är motiverad än med en patient som aktivt sökt hjälp, som har stått i kö länge för att få en utredning, som har betalat för att få psykoterapi eller liknande. När patienten inte är motiverad ställs därmed högre krav på behandlarens fantasi och förmåga att tänka utanför ramarna.

En intervjuperson påtalade vikten av att hitta motivation hos patienten för att kunna etablera en relation:

Och en del patienter kommer hit väldigt välmotiverade och välfungerande - och en del gör inte det, och då är det kanske det man måste börja med.

3.1.2 Indikationer på att en hjälpande relation har etablerats

När intervjupersonerna tillfrågades om hur de märkte när de fått till stånd en relation i behandlingen så svarade en intervjuperson på följande vis:

[...] det kan ju vara små saker. Man kanske sitter på ett annat sätt i rummet än vad man gjorde. Man kanske har tagit av sig jackan, man kanske inte sitter med mössan på, att man inte sitter i hörlurar, att man har ögonkontakt. Man kanske visar mer känslor, att man har någon slags känslomässig närvaro i det man pratar om, att man på något sätt blottar sig mer...

Ovanstående citat visar på förändringar i det yttre kan vara en indikation på en inre förändring hos patienten där denne börjar öppna upp sig och visa sina känslor i rummet. Sedermera så blir det för behandlaren likt ett kvitto på att personen vill satsa på behandlingen och relationen som utgör grund för den.

En annan intervjuperson beskrev hur indikationer kan komma utifrån, exempelvis genom kontakter med anhöriga:

[...] oftast får man ju en positiv respons också från anhöriga när man vet att man har fått det du pratar om också.. att dom säger.. han eller hon pratar om dig hela tiden, då vet man ju att man har gjort något intryck.. då kan dom ju naturligtvis vara arg på en också men.. men om dom pratar nu väl om en och säger att jag kommer få hjälp av den.. då vet man att man har hittat hem.

Intervjupersonen beskriver ovan hur respons som patienten delgett sina anhöriga om behandlaren kan utgöra ett tecken på att ett förtroende har etablerats och att relationen har sin grund.

3.2 Upprätthållandet av en hjälpande relation

Genom spontana återkopplingar kan behandlaren visa att den bryr sig om patienten och har lyssnat till vad som pågår i dennes liv. En intervjuperson menade att oavsett om det gäller en patient eller en kompis så behöver relationer underhållas och kan inte tas för givna. Förtroendet är likaså något behandlaren måste göra sig förtjänt av och kan inte heller tas för givet. En intervjuperson uttryckte det på följande vis:

Att man har ett förtroende till låns, man har det att förvalta.

Nej men allt handlar ju om mötet, det här första mötet. eh.. Att patienten ska känna att, eller patienten ska känna att här är en person som är intresserad av mig, som är nyfiken på mig, som vill lära känna mig, intresserad av att kanske förstå mig, snarare än vad vi ska göra, eller att jag vet allt om den personen, att jag har läst alla journaler.

3.2.1 Att föra relationen framåt

Våra intervjupersoner lade alla ett stort ansvar på sig själva som behandlare när det gällde att föra relationen framåt. För att kunna göra det uppgav intervjupersonerna att behandlaren måste vara empatisk, inkännande och följsam. Med detta följer förmågan att kunna "fånga upp" både verbal och icke-verbal kommunikation. I och med detta kan viktig information komma fram, som kan bli ovärderlig i behandlingen. En intervjuperson påtalar vikten av att

kunna lyssna aktivt som behandlare och fånga upp eventuella hjälprop som patienten förmedlar i rummet:

[...] ibland får man liksom lite små, små fina hintar om någonting [...] dom kanske inte alls vill prata om det här, jamen då kan jag ju inte tvinga den att säga någonting om det. Men ibland så kan det ju vara precis det den kanske sitter och skulle vilja prata om men vågar inte säga någonting [...]

En intervjuperson gör nedan en liknelse mellan att vara som behandlare med att kunna tralla med som musiker, manualstyrd behandling likställs med att spela efter noter:

Man kan jämföra det med att spela musik, det finns människor som lär sig musik på gehör och det finns människor som bara kan spela med noter.. och tar man bort noterna, då slutar dom spela.. medans den som har lärt sig spela den trallar med och avläser publikens reaktioner.. ja den här låten gillar dom så då fortsätter jag på den linjen.. så att.. det är en bra jämförelse.

En intervjuperson berättade om vikten av att anpassa sitt förhållningssätt som behandlare i mötet med patienten i syfte att lättare etablera en relation och skapa förtroende:

Det är som att vara någon slags kameleont, att på något sätt försöka ändra färg och ändra sig i förhållningssätt och tonlägen utifrån vem man möter. Och med vissa kan ju det där bli svårare än med andra.

3.2.2 Utmaningen i yrkesrollen - att vara professionell och personlig

Att göra någonting som inte traditionellt är förknippat med hur en professionell hjälpare går tillväga kan enligt våra intervjupersoner vara avgörande för att vinna patientens förtroende och utgör således ett sätt att skapa en relation. En intervjuperson uttryckte det på följande vis:

Det där lilla extra, som man inte behöver göra, när man gör det då känner dom på sig att den här personen den vill hjälpa mig.

Vidare beskrev en intervjuperson vilka andra krav detta ställer på behandlaren i det relationsskapandet som är nödvändigt för att komma vidare i behandlingen:

[...] då måste jag bjuda in mig i den personens liv på något sätt.. jag kan inte sitta här och vänta på att den kommer för den kanske aldrig kommer. Jag bokar tider och den dyker aldrig upp, utan jag måste ju åka hem.. och åker man hem till någon så är man gäst, då måste man ju också uppträda på det viset. Jag kan ju inte komma hem och domdera hemma hos någon utan då har man med sig fikabröd eller man ställer upp på att köra ett flyttlass eller man gör någonting som leder in till en relation va. Så jag har flyttat åt väldigt många kan jag säga.

Att i egenskap av behandlare kunna sätta patientens behov i första rummet kan ibland vara avgörande för etablerandet av en relation och innebär ofta att den professionella hjälparen får göra en ansträngning utöver det som förväntas av honom/henne i sin yrkesroll. En intervjuperson utmålar detta, "det lilla extra", i följande exempel:

[...] en patient som kommit in akut och behövde få komma hem helt enkelt, bara tillfälligt, och jag var med och hjälpte så att jag kunde följa honom hem bara över dagen. Och patienten kände att vi hade ansträngt oss för att få det att komma till stånd, och det blev viktigt sedan i arbetet, att han kände att, han kände sig lyssnad på helt enkelt. Att man tog hans behov i aktning. Det var viktigt för honom att vi gjorde det, och det var inte så självklart att vi kunde göra så.

En intervjuperson visade i sitt tillkännagivande på svårigheterna med att tänja på gränserna för vad man bör göra som professionell:

Det där lilla extra, det är det som är avgörande på en jättebra relation, men det får inte vara det där lilla extra som jag då beskrev som att man blir utnyttjad till för att göra dumma saker va.

Att vara autentisk i mötet med patienten är viktigt, då intervjupersonerna upplevde att patienterna ofta är väldigt duktiga på att se igenom en icke genuin hjälpare. Därför är det viktigt att kunna vara både sin yrkesroll och sin person. På så sätt visar behandlaren att den inte är en robot utan en verklig person som reagerar på de saker patienten gör/säger. En intervjuperson beskrev det på följande vis:

Men det händer ju inte saker varje gång, ibland går det som i stå. Men just att, det inte blir de här bleka mötena, där man är så vansinnigt rädd att uppröra någon eller rädd för att vara klumpig eller.. när man ska vara så korrekt alla gånger. Och jag tänker ju att jag är ju bara som jag är! Även om jag jobbar med det här så har jag ju bara mig själv, även om jag har en massa teorier och så, så går det ju som inte att, jag är ju min personlighet. Precis som alla mina kollegor är andra personligheter.

I nedanstående citat så redogör en intervjuperson för hur den "speciella känslan" för en patient medför en stark relation där försämringar i behandlingen blir lättare att hantera. I kontrast till detta belyser intervjupersonen den svårighet som kan uppstå i mötet med en patient när den genuina känslan för patienten inte finns där och således påverkar relationen negativt då patienten själv märker av detta i rummet. Här påtalar intervjupersonen vikten av att alltid inta ett professionellt förhållningssätt och ge ett gott personligt bemötande samt arbeta med sig själv i relationsprocessen för att få till den grund som relationen utgör för behandlingen:

Det här är ju någonting som är lite tabu på något sätt men det handlar också om hur man som behandlare behöver känna att, känner jag rätta saker för den här patienten? Det är ju det som blir professionellt, att förhålla sig till en patient som man kanske inte har den där speciella känslan för. Det är ju då det blir svårare. Där kan ju handledning, och sådana saker, att lätta på sådant. Men också de här patienterna där man känner ganska intuitivt känner för, att det här är en person som är lätt att tycka om, en person som jag kan förstå eller som har ett sätt som tilltalar mig. Då är det ju lättare att det får vara svackor ibland. Men de här som man kanske inte känner så för, då blir ju den här processen jätteviktig från båda håll. Det är ju inte som att jag bara kan koppla på lite empati. Sedan koppla av den emellanåt.

Ovanstående citat visar på att en del patienter upplevs som lättare att tycka om av en del behandlare. Detta underlättar den fortskridande behandlingen och skapar ett mer tillåtande klimat. En annan intervjuperson lyfte hur dessa reaktioner ibland kan vara till nackdel för behandlingen:

Förmodligen så var det väl något samspel mellan oss. Man kan inte säga att det var bara patientens fel, hon var så knäpp [...] för jag menar någonting var det som gjorde att jag kände att nej men här blir det nog bättre om hon träffar någon annan behandlare, jag kan ta någon annan patient [...] istället för att jag ska låtsas.

Intervjupersonen ovan redogör för den svårighet som kan uppstå när behandlaren inte genuint känner för patienten samt hur detta kan försvåra samspelet så till den grad att det

anses som ett bättre alternativ för både behandlare och patienten att patienten tilldelas en ny behandlare. En intervjuperson lyfte i detta sammanhang att det är okej att känna så och att det ligger på behandlarens ansvar att uppmärksamma dessa överföringar:

Det är ju också någonting att tänka på liksom att, man kanske inte går ihop med alla. Att det är okej också att för personen att det är så och det är också i behandlarens ansvar att uppmärksamma det och tänka kring, är jag rätt person att behandla den här personen?

En annan intervjuperson beskrev hur denne blivit tilldelad en roll i mötet med en patient:

Det var en kille som sökte en pappa och han fann en kurator så han blev besviken.. och det gick inte att hålla den relationen va [...] jag var tvungen att kliva av där, det hade blivit helt fel alltså.. han ringde mig om.. ja, det mesta som en farsa ska göra och inte en kurator och sådär.

Ovanstående utsaga visar på den svårighet som behandlaren kan ställas inför när patienten tilldelar behandlaren en roll som visar sig vara högst orealistisk för behandlaren att fylla. Intervjupersonen pekar på nödvändigheten av att avbryta en sådan kontakt då den blir oprofessionell och felaktig på många grunder, även om detta leder till en stor besvikelse för patienten.

3.3 Relationen är och bär behandlingen

Samtliga intervjupersoner bidrog med sina erfarenheter av lyckade behandlingar och återgav att relationen var av stor betydelse för behandlingens utfall. En av dem uttryckte sig på följande vis när den tillfrågades om behandlingen går att genomföra utan en god relation:

Men i det arbetet jag gör så tror jag inte att jag känner att jag klarar av det. Att ge patienten rätt hjälp om den inte känner förtroende för mig. Då fyller jag inte min funktion.

En annan intervjuperson beskrev att patienter som inte har några svårigheter med att etablera relationer och är välfungerande i de flesta avseenden men behöver hjälp med ett specifikt problem, inte är lika beroende av hur relationen utvecklas med behandlaren:

Medan en del patienter som kommer hit som inte har den problematiken, då kanske metoden snarare är viktigare, att; jamen hur ska vi göra då? Jaha, vi ska jobba med exponering, jaha okej jag kan se syftet med det.

Vidare tydliggjorde denna intervjuperson att relationen, oavsett behandlingsform, är den grund som förändringsarbetet måste stå på:

Man kanske har fått testa varandra, fått stött och blött varandra ett tag och funnit på något sätt att... Jo men hon står nog kvar. Hon står nog ut med mig. Då kanske man kan börja fokusera på kanske mer specifika problem eller förändringsarbete. Men att tro att jobba på ett förändringsarbete hos en patient som inte har en allians, det är ju tämligen omöjligt, tror jag.

I ovanstående citat skildrar intervjupersonen likaså vikten av att stå kvar och vara en stabil punkt för patienten under svåra perioder, denna process kan vara av avgörande betydelse för att behandlingen ska kunna utvecklas i någon riktning. Vidare lyfte en intervjuperson att en

god relation, där förtroende och tillit gentemot behandlaren är väl etablerat, underlättar för samtida och framtida behandlingsinsatser. För en del patienter kan relationen vara viktigare än själva behandlingsmetoden:

[...] det handlar ju om att försöka skapa en allians till patienten och det kan ju ta olika lång tid. För en del patienter blir ju det jätteviktigt, då blir det viktigare än själva behandlingen. Speciellt patienter som har en anknytningsproblematik eller som... har av andra orsaker låg tilltro, att man är besviken eller att man upplever att man inte fått den hjälp man kanske har behövt. [...] Då blir det mer viktigt vem jag är. Att börja bygga på en relation, att ja men det här är en person som är intresserad av mig, som vill hjälpa mig, som har hopp för mig för jag kanske inte har det själv just nu.

Genom ovanstående citat lyfte även intervjupersonen vikten av att som behandlare tro på patienten och visa att man finns där, detta blir särskilt viktigt under perioder då patienten själv saknar detta hopp inför framtiden.

4. Analys

Vår empiri visade att det är praktiskt taget omöjligt att tillsammans med patienten åstadkomma någon förändring om det inte finns en relation mellan patient och behandlare. Vi fann även att relationen ofta inte bara utgör en förutsättning för att olika behandlingsmetoder ska fungera, utan också att behandlingen består av just relationen. På så vis bär relationen behandlingen såväl som den är behandlingen (Bernler & Johnsson, 2001).

Samtliga intervjupersoner påtalade betydelsen av att vara nyfiken och visa ett genuint intresse för patienten. Detta lyftes som viktigare än att behandlaren hade en tydlig plan för hur behandlingen skulle fortskrida. Bernler & Johnsson (2001) omnämner detta som den existentiella hjälpen och menar att denna medmänskliga närvaro är viktigare och väger tyngre än den instrumentella hjälpen när det gäller att nå in till en annan människa. Detta rimmar även väl med vad Juul & Jensen (2009) beskriver om en patients behov av att få bli bekräftad i vad den känner och vidare känna sig accepterad. Om behandlaren "ser" patienten, accepterar vad den ser och finns kvar under en kris, så har patienten fått sitt värde bekräftat, detta är i sig oerhört läkande (Juul & Jensen, 2009).

Under tiden vi sammanställde vårt intervjumaterial så fann vi att intervjupersonerna ofta använde begrepp såsom behandling, relation och förtroende omlott med varandra. De började ofta med att beskriva vikten av relationen för att i nästa mening använda ordet förtroende för att beskriva samma sak. Detta kan ses som ett tecken på att begreppen är bärare av samma kärna. Bernler & Johnsson (2001) styrker detta genom att hävda att relationen både är och bär behandlingen. Författarna menar att gränserna för vad som är vad är svårt att definiera.

Intervjupersonerna påtalade återkommande vikten av att våga stå kvar i relationen och visa på sitt stöd, särskilt under svåra perioder. Detta exemplifierades i av våra intervjupersoner som att vara fast och stabil punkt i patientens liv, något som beskrevs inge trygghet och hopp i relationen. Detta överensstämmer med det Cullberg (2006) tar upp om vikarierande hopp där behandlaren genom sin kunskap om kriser och dess utveckling kan hjälpa patienten att hantera sin kris.

Förväntningar visade sig också vara en viktig del i relationen. Våra intervjupersoner uttryckte att det var viktigt att under det första mötet lyfta önskemål och förväntningar från patientens sida. Detta för att tydliggöra vad som är realistiskt att göra i behandling och inte. Det kan handla om både förväntningar på utfallet av behandlingen såväl som på själva behandlaren, då en del patienter beskrevs ha dåliga erfarenheter av tidigare vårdkontakter. Detta kan ses utifrån det Bernler & Johnsson (2001) beskriver om förväntningarnas påverkan på relationen där författarna menar att en dialog behöver föras om förväntningarna i en relation för att undvika eventuella slitningar och missförstånd i början av behandlingen.

Vidare framkom det i studien att intervjupersonernas uppfattning om patienten och förmåga till inkännande för denne har stor betydelse för hur god relationen och sedermera behandlingen blir. Intervjupersonerna tog upp att svårigheter i relationen kan uppkomma när behandlaren förlorar intresse för patienten och därigenom brister i sin professionalitet. Det kan även vara så att behandlaren har en negativ bild av patienten. Till följd av detta påverkas behandlaren förmåga att vara inkännande och närvarande i rummet negativt. Detta riskerar att leda till ett försämrat förtroende hos patienten och därigenom påverkas relationen såväl som behandlingen negativt. Gelso (2014) belyser vikten av att vara genuin. Att vara genuin är en del som Gelso (2014) anser vara avgörande för behandlingens utfall. På så vis tycks autenticitet och realism utgöra centrala delar för såväl etablerandet av en relation som upprätthållandet av den och är vidare en förutsättning för den hjälpande relationen.

Studien har visat att en hjälpande relation bygger på en grund av förtroende och att tillit finns mellan behandlare och patient. Vidare förutsätter den hjälpande relationen att behandlare och patient har en gemensam förståelse för vad problemet är samt hur samverkan bör ske i rummet. Detta överensstämmer väl med det Horvath & Bedi (2002) säger om arbetsallians och att ha ett ömsesidigt engagemang för den gemensamma uppgiften. Även Gelso (2014) beskriver alliansens nödvändighet och dess funktion som en ingång till etablerandet av den riktiga relationen.

Kravet på ömsesidighet i relationen var återkommande i det empiriska materialet. Intervjupersonerna gav åtskilliga exempel på vikten av att göra något för patienten som har betydelse för denne. "Det lilla extra" var något som beskrevs som avgörande för relationen. Kärnan i detta myntade begrepp ligger i att med varje patient göra det som just den behöver, att ta patientens behov i aktning och värna om dennes integritet. En intervjuperson beskrev hur detta kunde ta sig i uttryck genom flytt hjälp medan det för andra kunde handla om tillgänglighet i kontakten, ett närvarande stöd. Risken med att överutnyttjas lyftes samt vikten av att i relationen värna om båda parter integritet. Detta överensstämmer med det Juul & Jensen (2009) benämner som den likvärdiga relationen, en relation som bygger på respekt för den andre och en ömsesidighet som innebär att den ena parten på förhand inte kan ställa upp regler som riskerar att kränka den andres integritet. Enligt intervjupersonerna handlar det om fingertoppskänsla och erfarenhet, vissa gånger är det bättre att sätta ner foten men ibland kan det vara avgörande för behandlingen och relationen att behandlaren tillfälligt tänjer på verksamhetens regler eller ramar.

Överföring och motöverföring är andra exempel på faktorer som tillskrevs vikt gällande etablerandet och upprätthållandet av relationen. Intervjupersonerna uttryckte att en svårighet var deras egna omedvetna reaktioner gentemot patienter såväl som patienternas omedvetna reaktioner mot behandlarna. De menade att det i vissa fall kunde vara fördelaktigt att prata om och använda sig av dessa reaktioner i behandlingen men att de samtidigt kunde utgöra en sådan stor svårighet att det omöjliggjorde en fortsatt relation. Gelso (2014) instämmer i detta och menar att överföring och motöverföring alltid är närvarande i professionella relationer, oavsett om detta är bekräftat och uppmärksammat av behandlare och patient.

Empirin visar att det är omöjligt att ha ett förutsättningslöst förhållningssätt, dock är det eftersträvansvärt att som behandlare ha ett icke-dömande förhållningssätt gentemot patienten. Detta för att kunna lära känna personen framför sig och få en så rättvis bild av personen som möjligt. I empirin kommer det fram att behandlarna anser det viktigt att lyssna till patienten, att respektera patienten och att lära känna patienten "här och nu". Detta sammanfattas väl i det Juul & Jensen (2009) tar upp när de talar om relationskompetens. Författarna menar att det är skillnad på att "se på" en person och att "se" en person. Skillnaden är att en patient som blir sedd på känner sig dömd och inte lyssnad på medan en patient som känner sig sedd blir erkänd som person och bekräftad i sin upplevelse.

När patienten fått sin existens bekräftad och fått ett erkännande i att den får finnas och vara precis så som den är, så kan patienten själv börja ta ansvar över sig själv och sina handlingar, ett allt starkare inre ansvarstagande tar form (Juul & Jensen, 2009). Behandlaren fungerar i denna process som ett bollplank, där patienten visar sig och får tillbaka ett godkännande. Patienten får förtroende för behandlaren i och med att patienten blir accepterad. Då först kan ett förändringsarbete ske. Patienten använder detta godkännande till att växa och tro på sig själv och sin förmåga till förändring. Detta visas även i empirin, där en intervjuperson beskriver det omöjliga i att uppnå förändring utan att ett förtroende har etablerats mellan patient och behandlare.

4.1 Slutsats

I enlighet med tidigare teorier så bekräftade våra intervjupersoner att relationen är väldigt viktig, både för att de själva ska känna att de fyller sin funktion som behandlare såväl som för att patienterna faktiskt ska bli hjälpta. Vidare har vi funnit belägg för att relationen i sig kan utgöra den läkeprocess som behandlingen är ämnad att vara. Tidigare forskning inom detta område ger grund för dessa fynd.

Enligt våra intervjupersoner finns det särskilda faktorer som är speciellt viktiga för att en relation ska kunna etableras och upprätthållas. En förutsättning för detta är att behandlaren har god relationskompetens vilket kan visas genom att behandlaren är autentisk, då i den meningen att den är sin egen person och vågar visa sig för patienten. Detta innebär inte att behandlaren på något sätt ska vara oprofessionell i sitt förhållningssätt och vara filterlös. Allt som behandlaren tänker bör den inte delge patienten. Det är dock viktigt att behandlaren vågar reagera på det patienten uttrycker och om det kan göra gott för relationen, och därmed också behandlingen, så bör behandlaren uttrycka sin oro, irritation eller glädje.

Detta för oss in på nästa faktor som alla intervjupersoner tog upp, att ha ett icke-dömande förhållningssätt. Att först skapa en trygg miljö där patienten vågar visa sig förutsätter naturligtvis att denne blir väl bemött, att behandlaren visar sig genuint intresserad och har en god empatisk förmåga. Den tredje faktorn handlar om att skapa en realistisk bild av patienten. Förmågan att vara inkännande, se patienten som den är och inte begränsa sig genom att se patienten genom glasögon som färgats av förutfattade meningar är likaså viktigt för relationen.

Studien visar på att behandling och relation i viss utsträckning går hand i hand. Samtalsbehandling förutsätter således alltid att en relation finns mellan patient och behandlare. Genom att behandlaren är tillgänglig, tar sig tid att lyssna till patienten och helt enkelt väljer att finnas där för patienten visar behandlaren att den bekräftar och accepterar patientens person, därutöver visar den även att patienten är värdefull.

5. Slutdiskussion

När vi inledde detta arbete hade vi en föreställning om att relationen var viktig men vi hade aldrig riktigt reflekterat över vilka beståndsdelar som utgör en hjälpsam relation. Genom denna studie har vi fått en klarare bild av vilka komponenter som är verksamma i en behandling såväl som en uppfattning om hur komplext det kan vara. Vi har nu förstått att relationen har många bottnar och inte alltid lätt låter sig fångas.

Vi ställer oss frågande inför det faktum att relationen inte tillskrivs större betydelse i en verksamhet som psykiatri, där syftet är att på bästa sätt vårda det mänskliga psyket. Idag utgår den västerländska psykiatri utifrån den medicinska modellen och har därmed stort inflytande på hur professionella inom psykiatri ser på patienterna. Den medicinska modellen tillskriver inte en tydlig koppling mellan en människas personliga, kulturella och sociala kontext och den psykiska ohälsan hos en patient. Därmed finns risken att det psykosociala förklaringsvärdet för en människas psykiska ohälsa förbises eller undermineras (Bentall, 2010). I relationsprocessen är psykosociala faktorer av stor vikt och bör således utgöra en naturlig del av det man samtalar om. Detta kan ses som en förutsättning för att kunna förstå och hjälpa en människa.

Enligt våra erfarenheter av psykiatri som verksamhet finns det en tydlig uppdelning i hur professionella beskriver patienterna i journaler. Detta trots befintliga rubriker som behandlarna påbjuds använda sig av. Ett exempel på en sådan rubrik är "livshistoria", där en del professionella skriver om patientens bakgrund, familj, sociala nätverk, signifikanta händelser och personlighet. Andra skriver om ärftlighet, sjukdomar och lyfter tidigare förekomst av psykisk ohälsa såväl som eventuella behandlingsåtgärder som följt av detta. Detta visar på att behandlare i sin bedömning tolkar och läser in betydelsen av information i mötet med en annan människa på olika vis. En självklarhet kan tyckas, men den ena kan sägas företräda ett medicinskt synsätt och den andre sätter större betydelse i det psykosociala. Detta kan ses som ett exempel på hur den medicinska modellen och den kontextuella modellen tar sig i uttryck i det dagliga arbetet inom psykiatri.

Vi ser det som ett problem att enbart använda sig av den medicinska modellen och förhålla sig till psykisk ohälsa på så sätt, att bemötandet och relationen enbart har sin funktion i inhämtandet av nödvändig information om patienten. Vi menar att relationen inte bara är ett medel för informationsinhämtning, den kan också utgöra den insats som ska verka läkande. Den information som används för att ställa diagnos för att sedan sätta in lämpliga insatser som verksamheten har till sitt förfogande, är enligt . Detta förhållningssätt antyder att människan i sin natur går att styra, planera och manipulera, vilket vi tror skulle dämpas om denna modell kunde förenas med den kontextuella modellen så att relationen tillskrivs sin fullvärdiga betydelse i behandling.

Vi vill därför understryka nödvändigheten av den kontextuella modellen som ett sätt för behandlaren att se på patienten både inne och utanför rummet, detta för att se den helhet patienten befinner sig i och är en del utav. Med ett sådant synsätt och medhörande medvetenhet så kan behandlaren lättare föra en genuin dialog som får den andre att känna sig sedd i sin helhet och i sin sårbarhet. Detta närmande kan sägas utgöra den kärna som står att finna i den hjälpande relationen och den kontextuella modellen, snarare än den distans som är en direkt följd av den medicinska. Det är därför vår fasta övertygelse att den medicinska modellen behöver ge efter för att relationen ska kunna få ett erkännande för sin betydelse.

5.1 Avslutande reflektioner

Vi har under studiens gång burit med oss en medvetenhet kring vår tidigare förförståelse i form av teorier och begrepp, därför har vi i viss mån kunnat begränsa att vår förförståelse påverkat studien. Samtidigt gjorde vår förförståelse det möjligt att få ett djup i intervjuerna, vilket var nödvändigt för att få resultat som visar vad intervjupersonerna faktiskt upplevde. Denna förförståelse kan på så vis ses likt en förutsättning för framkomsten av detta arbete.

Vi är likaså medvetna om att vårt urval av intervjupersoner var dem som var intresserade av ämnet för studien och således hade åsikter som i viss utsträckning sammanföll med våra egna. Detta kan ha påverkat resultatets generaliserbarhet, vilket är en återkommande svårighet med kvalitativa studier.

Intervjupersonernas behov av att sätta sig in i intervjusituationen innebär att intervjun inte kan ses som en neutral situation. Intervjuare och intervjuperson påverkar således varandra, före, under och efter intervjun. Detta gäller bland annat hur intervjupersonen tolkar syftet med undersökningen, de frågor som ställs och det intresse som intervjuaren uppvisar för de svar som ges.

6. Referenslista

- Bergmark, A., Bergmark, Å. & Lundström, T. (2011). *Evidensbaserat socialt arbete: teori, kritik, praktik*. Stockholm: Natur & kultur
- Berman, J. S., & Norton, N. C. (1985). Does professional training make a therapist more effective? *Psychological Bulletin*, 98, 401-407.
- Bentall, R.P. (2010). *Medikalisering av själslivet: varför psykiatrisk behandling misslyckas*. Ludvika: Dualis
- Bernler, G. & Johnsson, L. (2001). *Teori för psykosocialt arbete*. Stockholm: Natur och kultur.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber
- Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och kultur.
- Dalen, M. (2008). *Intervju som metod*. Malmö: Gleerups utbildning.
- Denhov, A. (2007). *Hjälpande relationer i psykiatrisk vård- en litteraturöversikt, 2007*. Stockholm: FoU-enheten. Psykiatrins Södra.
- Dryden, W. & Mytton, J. (1999). *Four approaches to counselling and psychotherapy [Elektronisk resurs]*. London: Routledge
- Feltham, C. & Horton, I. (red.) (2012). *The SAGE handbook of counselling and psychotherapy*. London: SAGE.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Gelso, C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy Research*, 24:2, 117-131.
- Goldfried, M. R., & Norcross, J. C. (1995). Integrative and eclectic therapies in historical perspective. In B. M. Bongar & L. E. Beulter (Red.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice* (ss. 254-292). New York: Oxford University Press.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24 (2), 105-112.
- Holm, U. (2009). *Det räcker inte att vara snäll: om empati och professionellt bemötande inom människovårdande yrken*. (2., omarb. utg.) Stockholm: Natur & kultur.

Horvath, A., O., & Bedi, R., P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work; Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.

Juul, J. & Jensen, H. (2009). *Relationskompetens i pedagogernas värld*. Stockholm: Liber.

Kåver, A. (2011). *Allians: den terapeutiska relationen i KBT*. Stockholm: Natur & kultur.

Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Red.), *Handbook of psychotherapy and behavioral change: An empirical analysis* (ss. 143-184). New York: John Wiley.

Lambert, M., J., & Barley, D., E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J. C. Norcross (Red), *Psychotherapy relationships that work; Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.

Larsson, B. (2005). Den kontextuella modellen är inget hållbart alternativ. *Psykologtidningen*, 7, 11-13.

Larsson, S. & Trygged, S. (red.) (2010). *Counselling: stödsamtal i socialt arbete*. Stockholm: Gothia.

Meeuwisse, A., Sunesson, S. & Swärd, H. (red.) (2006). *Socialt arbete: en grundbok*. Stockholm: Natur och kultur.

Morén, S. (1992). *Förändringens gestalt: om villkoren för mänskligt bistånd*. Stockholm: Publica.

Ottosson, H. & Ottosson, J. (2007). *Psykiatriboken*. Stockholm: Liber

Ottosson, J-O. (2008, 7 oktober) Debatt: Den medicinska modellen otillräcklig i psykiatri. *Läkartidningen*. Hämtad den 30 april 2014 från

<http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=10459>

Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1999). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. New York, NY: Brooks/Cole Publishing Company.

Røkenes, O.H. & Hanssen, P. (2007). *Bära eller brista: kommunikation och relationer i arbetet med människor*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.

Sandell, R. (2004). Teknik eller relation? Kritiska faktorer i psykoterapi [Technique or relationship? Critical factors in psychotherapy]. *Läkartidningen*, 101(15-16), 1418-1422.

Sexton, T. L., Whiston, S. C., Bleuer, J. C., & Walz, G. R. (1997). *Integrating outcome research into counseling practice and training*. Alexandria, VA: American Counseling Association.

Topor, A. & Borg, M. (2008). *Relationer som hjälper: om återhämtningsprocesser vid svåra psykiska problem*. Lund: Studentlitteratur.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings*. Mahwah, N.J.: L. Erlbaum Associates.

Ödman, P. (2007). *Tolkning, förståelse, vetande: hermeneutik i teori och praktik*. Stockholm: Norstedts akademiska förlag.

7. Bilagor

Bilaga 1 - Välkomstbrev

Hej!

Vi heter Johannes Ahlstrand och Josefin Svedberg och studerar till socionomer vid Umeås universitet. För närvarande går vi termin 6 och skriver C-uppsats i vilken vi ska genomföra en studie. Studiens syfte är att undersöka hur man som professionell hjälpare skapar en hjälpande relation i samtalet med patienten. Vi är även intresserade av den hjälpande relationens betydelse för utfallet av behandlingen. I studien ligger fokus på ditt professionella perspektiv och dina erfarenheter.

Vi skulle gärna vilja träffa Dig som arbetar med professionella samtal för att i en enskild intervju ta del av just ditt synsätt. Om Du tycker detta låter intressant så hör av dig snarast möjligen så kan vi närmare planera in tid och plats. På grund av begränsat tidsutrymme så ser vi gärna att intervjuerna äger rum mellan den 12-21:a mars, beroende på när du har möjlighet. Intervjun beräknas ta cirka en timme och kommer förslagsvis att ske på ditt rum på psykiatriska mottagningen, alternativt i ett bokat grupprum på universitetet. Vid själva intervjutillfället kommer vi att vara två som intervjuare. Vi kommer använda oss av ljudinspelning för att vi lättare ska kunna arbeta med materialet. Intervjun är naturligtvis frivillig och Du har rätt att avbryta när som helst.

Inga namn eller personuppgifter kommer att användas i uppsatsen. Dina uppgifter kommer att vara skyddade, obehöriga kommer alltså inte kunna ta del av uppgifterna. Intervjun kommer att skrivas ut i text som enbart vi och vår handledare kan ta del utav. Materialet kommer att förvaras så att ingen obehörig kommer åt det. Efter studiens avslut kommer den inspelade intervjun att förstöras. Studien kommer avslutningsvis att presenteras som en uppsats i utbildningen och publiceras på Umeås universitets elektroniska publiceringsdatabas, DIVA. Om det är något Du undrar över är det bara att höra av dig till oss!

Med vänliga hälsningar: Johannes Ahlstrand och Josefin Svedberg, Socionomprogrammet termin 6, Umeå universitet.

Johannes Ahlstrand, johannes.ahlstrand@gmail.com

Josefin Svedberg, josse090@hotmail.com

Bilaga 2 - Intervjuguide

Bakgrundsfrågor

1. Kan du berätta kort om vad arbetar med?
 - Hur skulle du beskriva din roll?
2. Hur länge har du arbetat inom psykiatri?
3. Vad var det som lockade dig till detta jobb?

Tema 1: Skapande av relation

1. Vad tycker du är viktigt inför det första mötet med patienten?
 - vad tänker du kring bemötande?
 - hur ser samspelet ut i rummet? Vad händer?
2. Vad tror du att patienten förväntar sig av dig? Inför? Under? Efter?
3. Hur brukar du märka att du och patienten fått god kontakt?
 - hur märks det i rummet?
4. På vilket sätt märker du att ni inte fått kontakt?
5. Vad gör du då?

Tema 2: Relationens betydelse för behandlingen

1. Kan du beskriva vad som händer i rummet med patienten?
2. Vad tror du det är som fungerar i hjälpande samtal?
3. Vilken betydelse har relationen mellan dig och patienten för behandlingen enligt dig?
 - exempel
4. Vad är viktigt för att hjälpa patienten att få förtroende och våga öppna sig?
 - egenskaper hos dig? Utanför dig själv?
3. På vilket sätt har klientens egna egenskaper betydelse när det gäller skapandet av en relation?
4. Vilka hinder har du stött på i arbetet med patienter när det gäller att etablera en relation?

Tema 3: Upprätthållande av en hjälpande relation

1. Kan du berätta om något tillfälle där du har upplevt att relationen varit hotad?
 - hur hanterade du detta?
 - vilka blev konsekvenserna?
2. Kan du berätta om något tillfälle där något hos dig har gjort att relationen har försvagats?
3. Kan du berätta om något tillfälle där du har upplevt att klienten har varit anledningen till försvagningen av relationen i det samtalet?
4. Hur har du gått tillväga för att upprätthålla alliansen i svåra samtal?
5. Går det att reparera en relation som har blivit skadad?
 - i så fall på vilket sätt?
6. Hur påverkas den framtida relationen av sådana skador?

Avslutande fråga

1. Finns det något mer du skulle vilja tillägga innan vi avslutar?

Bilaga 3 – Kodningsmall

Tema

Underkategori

Koder

Tema	Underkategori	Koder
Relationen är och bär behandlingen		Stor betydelse En trygg tillvaro Förtroende Relationen möjliggör förändring Relationen utgör trygghet Relationen är läkande Trygghet Validering
Skapandet av en hjälpande relation	Den inledande fasen	Trevande Lära känna varandra Struktur Överenskommelser Ramar Spännande Optimism Undersökande Förväntningar
	Att möta patienten där den är	Respekt Delaktighet Samsyn Motivation Empati Nyfikenhet Icke-dömande Medvetenhet Autenticitet Anpassning Investering Kompabilitet Patient och medmänniska
	Indikationer på att en hjälpande relation har etablerats	Yttre förändringar Patienten är tillåtande Känslomässigt närvarande Kommer på tider Kontaktsökande Uttrycker sitt förtroende Återkoppling från anhöriga

	<p>Att föra relationen framåt</p>	<p>Vikarierande hopp Äkthet Förtroende Pålitlighet En fast punkt Flexibilitet Följsamhet Tillgänglighet Validering Det lilla extra Upplevd kompetens Trygga roller Inkännande Återkoppling i relationsprocessen</p>
<p>Upprätthålla en hjälpande relation</p>	<p>Utmaningen i yrkesrollen – att vara personlig och professionell</p>	<p>Anmälningsskyldighet Dokumentationsskyldighet Påbudna strukturer Fördomar Tidigare dokumentation Patientens överföringar Behandlarens motöverföring Icke-autenticitet Inkompatibel metod Yttre påverkan Otillgänglighet Behandlarens reaktioner Rollförändringar Otydliga ramar Orimliga förväntningar Motstånd Frustration och tvivel Maktskillnader Diskontinuitet</p>