



Den terapeutiske relation - samarbejdet mellem patient og behandler om forandring

Hvordan oplever patienter og behandlere deres indbyrdes roller, og hvordan indvirker denne opfattelse på behandlingsprocessen og behandlingsresultatet? En undersøgelse af behandlingsrelationer ved behandling af patienter med dobbeltdiagnoser giver os et indblik.

AF BIRGITTE THYLSTRUP

At det er afgørende, at behandleren evner at etablere en god relation til patienten, kommer nok ikke bag på de fleste, der arbejder med psykoterapeutisk behandling.

Det *ved* man dels fra praksis, dels fra studier af forskellige psykoterapeutiske behandlingsområder og behandlingstilgange, som har påvist en væsentlig forbindelse mellem kvaliteten af behandlingsalliancen - her defineret som samarbejdet, gensidigheden og engagementet mellem patient og behandler - og behandlingsresultatet.

Betydningen af, at patienterne oplever relationen med behandleren som positiv, afspejles blandt andet i undersøgelser af forholdet mellem patienternes oplevelse af deres behandleres terapeutiske kvalifikationer og behandlingsresultaterne. Flere undersøgelser viser, at behandlerne evne til at indgå i en relation med patienterne - f.eks. behandlerne evne til at udvise varme og forståelse samt evnen til at opbygge en god og støttende relation - udgør vigtige elementer for kvaliteten af både behandlingsproces og resultat.

Ser man mere specifikt på undersøgelser af behandlingsalliancen ved dobbeltdiagnosebehandling, ser det ud, som om forbindelsen mellem graden af patientens psykiske lidelse og kvaliteten af behandlings-

alliancen i en vis udstrækning forudsiger udfaldet af behandlingen: Jo sværere den psykiske lidelse er, jo større betydning har kvaliteten af behandlingsalliancen for opnåelsen af et positivt behandlingsresultat.

Men det er ikke utænkeligt, at vores antagelser om den positive behandlingsrelation og den bedste måde at møde patienterne på er blevet lidt for etablerede. Derfor er undersøgelser, der belyser sammenhængen mellem behandlingsrelationer, behandlingsproces og behandlingsresultat vigtige. Ud over at bidrage til en refleksion over de mange elementer, der påvirker og udgør behandlingsrelationerne, kan sådanne undersøgelser være med til at udfordre og udforske vores forståelse af patienterne og vores egen rolle.

Man kan undre sig over, at der ikke er mere kvalitativ forskning, der inddrager både patienters og behandleres subjektive opfattelse af behandlingsalliancen, end tilfældet er, men som en del af et Ph.D.-forløb fik jeg mulighed for at undersøge dobbeltdiagnosepatienters og deres behandleres oplevelse af behandlingsrelationen. Jeg skal i det følgende gennemgå nogle af de væsentligste fund.

Om undersøgelsen, og hvad den viste

Undersøgelsen bestod af kvalitative, semistrukturerede interviews på ca. 30-45 min. med patienter

og behandlere ca. 3 og 6 måneder efter patienternes behandlingsstart i behandlingsprojektet, 'Åbne Samtaler', i Odsherred. Alle blev spurgt, hvordan de oplevede henholdsvis deres egne bidrag til behandlingsmøderne samt bidragene fra patienten eller andre i behandlergruppen. De to grupper beskrivelser omhandlede langt hen ad vejen de samme elementer: dels behandlerens professionelle kvalifikationer og behandlingsengagement - og dels patienternes behandlingsmotivation og behandlingsengagement samt deres brug af de tilbudte terapeutiske redskaber.

Det var kendetegnende, at både patienterne og behandlerne lagde stor vægt på den enkelte behandleres kvalifikationer, og på hvordan samspillet mellem behandlerens kvalifikationer bidrog positivt til behandlingen. Men hvor behandlerne fremhævede samspillet som en mulighed for gensidig faglig læring og deling af behandlingsansvar, fremhævede patienterne, at den bredere faglighed i behandlergruppen var med til at give dem flere vinkler på deres situation. Det, at der var flere måder at forstå deres situation på, og at der ikke var én rigtig måde at gøre tingene på, oplevede de som en støtte og som en tilkendegivelse af, at de også selv havde noget at skulle have sagt i forhold til deres situation. Mange nævnte, at netop

det var en positiv forskel i forhold til et eksperttyranni, hvor behandlerne vidste bedst – noget, de havde oplevet i andre behandlingsforløb.

En patient fortæller:

Man kommer frem til en mere præcis konklusion, end hvis der bare sidder én og tager en konklusion. Fordi du har flere forskellige meninger lige pludselig, i stedet for at du kun har én, der har en mening. Det kan for eksempel være, hvis du kommer op, og han bare ikke kan lide dig, eller man kommer skævt ind fra starten. Selvom man er professionel eller det ene eller det andet, kan det lynhurtigt give en drejning i konklusionen til, hvad der skal ske senere hen.

Begge grupper lagde vægt på, at vigtige bidrag fra patienterne var deres behandlingsmotivation og engagement – det at prioritere behandlingen og være åben og deltagende på behandlingsmøderne. Mens begge grupper vægtede patienternes adfærd på behandlingsmøderne og deres forsøg på at indpasse behandlingen i deres hverdag, var patienterne mere detaljerede i deres beskrivelser af, hvordan de prioriterede behandlingen ved at møde op til selve behandlingsmøderne, forberede hvad de gerne ville snakke om, og hvordan de tænkte og brugte det, der var sket på møderne, til at tackle problemer i hverdagen.

For eksempel fortæller en patient efter et tilbagefald:

Jeg har gjort op med mig selv, at jeg har et problem, og at der står mennesker parat til at hjælpe mig, og jeg får ikke den hjælp, hvis jeg ikke åbner mig med de problemer, jeg har...Jeg bruger hele min dag på at arbejde mig op til det her møde for at få så meget ud som muligt. Jeg går simpelthen og gransker min hjerne: 'Hvad er det egentlig, du går og slås med?'

Forskelle og ligheder i patient- og behandlerbeskrivelserne

Både lighederne og forskellene mellem de to gruppers beskrivelser er interessante. Forskellene er interessante, fordi de antyder, at patienter

og behandlere oplever behandlingen og behandlingsrelationen fra forskellige perspektiver. For eksempel afspejler patienternes beskrivelser deres håb om, at behandlingen vil udgøre en positiv forskel for deres livssituation, hvorimod behandlerne i højere grad tager udgangspunkt i deres forhåbning om, at de selv på en ansvarlig og kvalificeret måde formår at hjælpe patienterne med at foretage positive livsændringer. En ikke særlig overraskende tolkning ville være, at de forskellige perspektiver er udtryk for de to gruppers forskellige roller i behandlingen.

Den amerikanske psykolog og professor Adam Horvath har skrevet en del artikler om betydningen af den terapeutiske arbejdsalliance, som – selvom de er af ældre dato – stadig er nogle af de mest refererede. Horvath har blandt andet beskrevet, hvordan patienters og behandleres forskellige positioner eller roller i behandlingen påvirker deres oplevelse af behandlingsrelationen.

Behandlernes opfattelse af behandlingsrelationerne afspejler sammenhængen mellem behandlerens teoretiske idéer om, hvad der udgør den gode terapeutiske relation, det de observerer i behandlingen, og deres antagelse om, hvad der antyder tilstedeværelsen af ønskværdige, relationelle kvaliteter i behandlingsrelationen.

Patienternes oplevelse af behandlingsrelationen beskriver Horvath derimod som overvejende baseret på patienternes personlige oplevelse, eksempelvis om de føler sig accepterede af behandlerne, om behandlerne fremstår som samarbejdsvillige, og om behandlingen er bedre end den behandling, de tidligere har oplevet.

Horvaths beskrivelse af forskellen mellem patienters og behandleres oplevelse af behandlingsrelationer ligner til en vis grad det mønster, der viste sig i min undersøgelse – nemlig, at behandlere har en mere faglig og analytisk tilgang

til relationen, mens patienterne har en mere personlig måde at opleve relationen på.

Alligevel er der grund til at stille spørgsmålstegn ved Horvaths betoning af, at forskellige perspektiver skyldes de to gruppers forskellige positioner. Spørgsmålet er, om det er en dækkende beskrivelse af det, der finder sted i behandlingsrelationen?

De ligheder, som min undersøgelse fandt mellem patient- og behandlerudtalelser, antyder i hvert fald, at patienterne udviser en mere fagligt orienteret stillingtagen til behandlingsrelationen end den rent personlige oplevelse. Ud over at lægge vægt på behandlerens accept og det gensidige samarbejde beskrev patienterne for eksempel, hvordan behandlerens professionelle kvalifikationer bidrog til både behandlingens og behandlingsrelationernes kvalitet. Et eksempel:

X (psykolog) er bare professionel, hvor Y (socialrådgiver) og L (social- og sundhedsassistent) er meget, meget menneskelige, altså de går ind i mig, og jeg kan mærke, at når jeg har ondt, så har de også ondt på en eller anden mærkelig måde. Hvor X er sådan mere psykologen, og det har man læst til, og man har ingen følelser. Altså, jeg kan ikke sige noget skidt om dem, andet end der er bare den forskel, den kan jeg godt mærke, hvor hun er meget mere professionel end de to andre.... Jeg er nok lidt mere på vagt. Og det er jeg, fordi man er inde i det system, og man ved ikke, hvad der bliver skrevet ned, og hvad der kommer frem...Jeg er egentlig ligeglad med, hvad Y og L tænker om mig, for de kender mig, og de siger bare deres mening, hvor X er sådan en sød tussenusse, en der bare gør sit job. Men jeg vil ikke undvære X til de samtaler, for hun er god til at stikke til mig, når jeg går i stå.

Desuden beskrev patienterne også en stor opmærksomhed i forhold til, hvordan de kunne bruge det, der skete i behandlingen, til at tackle problemer i hverdagen og forbedre deres livssituation.



Refleksioner over egen praksis

Sætter man Horvaths beskrivelse af de positionsafhængige perspektiver i behandlingen op over for nogle af mine undersøgelsesresultater, giver det dels mulighed for at udfordre for ensidige eller fastlåste forståelser af patienters og behandleres roller og bidrag i behandlingsrelationer, dels mulighed for at reflektere over den måde vi forstår og indgår i behandlingsrelationer på, samt hvordan dette påvirker relationen til den enkelte patient og dermed behandlingsproces og resultat.

Hvis vi for eksempel tænker patienten som passiv eller ressourcetsvag - en person, hvis vigtigste behov er at blive accepteret og hjulpet af behandleren - er der ikke langt til at fordele rollerne som den passive lidt ubehjælpssomme patient over for den professionelle og kompetente behandler. Selv om der måske måtte være en vis berettigelse i denne rollefordeling, kan en sådan forståelse resultere i et mindsket fokus på behandlingsrelationen som et samarbejdsforhold mellem patient og behandler, hvor begge parter optræder som forandringsagenter. Begrebet forandringsagent (oversat fra det engelske *'self-agency'*) anvendes her, fordi det sætter fokus på, hvordan det enkelte menneskes intentionelle og selv-administrerende handlinger bør forstås ud fra handlingernes samspil med personens specifikke færdigheder, kompetencer og sociale muligheder.

Som sådan beskriver begrebet forandringsagent, hvordan både patient og behandler indgår som bidragsydere og aktive deltagere i behandlingsrelationen, fordi det tager højde for, at enhver - på trods af forskellige individuelle ressourcer og muligheder - kan betegnes som forandringsagent i eget liv.

Det perspektiv bliver sjældent fremhævet inden for forskning i behandlingsrelationer, hvor der oftere fokuseres på behandlerens kvaliteter. Hvad angår behandling af dob-

beltdiagnoser, fokuseres der oftere på patienterne som behandlingskrævende og behandlingskrævende i stedet for som deltagende forandringsagenter.

De forskellige beskrivelser af roller og bidrag i behandlingsrelationen skal ikke tages til indtægt for særlige behandlerpositioner, som man kan 'vælge sig ind på', eller som et opgør med specifikke patientproblemer, der ofte kendetegner særlige patientgrupper, herunder dobbeltdiagnosepatienter. Det er snarere et forsøg på at beskrive forskellige aspekter af behandlingsrelationen, som vi kan have mere eller mindre fokus på eller tiltro til.

Tre konklusioner at arbejde videre med

Formålet med artiklen er at ridse forskellige billeder op og give mulighed for at 'spejle' vores nuværende antagelser om, hvordan vores forståelse af behandlingsrelationer og roller i behandlingen påvirker vores behandlingsrelationer og patienternes bedringsproces:

Man kunne overveje, hvordan en behandlingstilgang, der definerer og inddrager både patient og behandler som forandringsagenter, indvirker på behandlingsprocessen og -resultatet, sammenlignet med

en behandlingstilgang, der overvejende tager udgangspunkt i ekspert-modtager relationen, hvor behandleren tilskrives den aktive rolle som professionel forandringsagent, mens patienten klassificeres som behovstrængende og ressourcetsvag.

Man kunne også overveje, hvilken betydning det har for behandlingsrelationen og behandlingsprocessen, at behandleren prioriterer at indgå i et gensidigt samarbejde med patienten, hvor patientens perspektiv inddrages.

Endelig kunne man overveje, om en diskussion af perspektiver og roller i behandlingsrelationer ville få yderligere værdi, hvis vi spurgte, hvad patienterne selv synes om arbejdsalliancen og den terapeutiske relation. ■

LITTERATUR

Artiklen er baseret på Ph.D.-afhandlingen: 'Dual Diagnosis and Treatment Relations', som blev forsvaret af Birgitte Thylstrup den 16. juni 2009.

Ph.D.-afhandlingen, de artikler der indgår i afhandlingen samt referencer til relevant litteratur kan rekvireres ved kontakt til forfatteren på bthylstrup@hotmail.com/ - Tlf.: 2396 3923.

'OPEN DIALOGUE'

'ÅBNE SAMTALER' er en familie- og netværksorienteret behandlingstilgang, som oprindeligt blev udviklet af den finske psykolog og professor Seikkula og kolleger med henblik på at behandle patienter med psykoser, skizofreni og andre alvorlige psykiatriske lidelser i deres hjem - i et forsøg på at nedbringe antallet af hospitalsindlæggelser. 'Åbne Samtaler' har vundet udbredelse både i Norden og internationalt - ofte som en del af administrative eller mere private kliniske tiltag, der sigter på større netværks- og familieinddragelse inden for psykiatrien.

Et vigtigt behandlingsfokus for 'Åbne Samtaler' er at støtte forandring gennem refleksiv dialog på behandlingsmøder, hvor både patienten, inviterede familiemedlemmer og en fast behandlergruppe på 2-4 behandlere deltager. Gennem dialog og opbygning af en fælles forståelse søges patientens og familiens problemer håndteret. Ud over den faste behandlergruppe og de inviterede familiemedlemmer bliver særlige behandlingsinstanser og professionelle, som er involveret i patientens sygdomsforløb, integreret i behandlingsprocessen, hvis det skønnes, at der er behov for det.