



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för socialt arbete

***”Det finns alltid en gräns man inte får överträda
men man kan tänja lite”***

- **Hur kuratorer inom öppenvårdspsykiatri förhåller sig till ramar, rambrott och professionalitet i behandlingsrelationer.**

Socionomprogrammet

C-uppsats

Elin Aronson

Tove Irmelid

Handledare: Barbro Lennéer-Axelsson

Abstract

Titel	<i>”Det finns alltid en gräns man inte får överträda men man kan tänja lite”</i> – Hur kuratorer inom öppenvård psykiatri förhåller sig till ramar, rambrott och professionalitet i behandlingsrelationer.
Författare	Elin Aronson och Tove Irmelid
Nyckelord	behandlingsrelation, kurator, ramar, gränser, rambrott

Syftet med studien var att, med resultat från återhämtningsforskning som utgångspunkt, undersöka hur kuratorer inom öppenvård psykiatri förhåller sig till ramar och gränser i behandlingsrelationer. Uppsatsens frågeställningar rör dels hur kuratorer definierar och förhåller sig till ramar och gränser samt rambrott och gränsöverträdelser i en professionell behandlingsrelation och dels hur de resonerar kring detta i förhållande till sin professionalitet.

Kvalitativa semistrukturerade intervjuer med sju kuratorer genomfördes och empirin analyserades utifrån en ad hoc metod där meningskategorisering och meningskoncentrering kombinerades. Uppsatsens teoretiska perspektiv utgick från Asplunds teori om social responsivitet och Topors vidareutveckling av begreppen abstrakt och konkret socialitet.

Studiens resultat visade att kuratorerna ser på ramar och gränser som något som utgör en grundval för en behandlingsrelation och att överträdelser ska ske utifrån en restriktiv hållning. En klar majoritet av kuratorerna ansåg att det inte var professionellt att göra rambrott och gränsöverträdelser. Slutsatsen var att de flesta av kuratorerna i sitt förhållningssätt till ramar och gränser hamnade nära en beskrivning av den traditionella abstrakta formen av professionalitet. Empirin antydde dock att flera av dem i vissa situationer kunde anta en konkret form av professionalitet.

Förord

Vi vill tacka vår handledare Barbro Lennéer-Axelson för att hon med stort intresse handlett oss under vårt uppsatsarbete. Hon har genom sitt stora engagemang inspirerat oss till att ständigt granska vår uppsats kritiskt och att fortsätta arbeta för att hitta nya infallsvinklar till problemområdet. Barbro har med sina litteraturtips, konstruktiva kritik och snabba svar via e-post och telefon verkligen tagit sig tid att lotsa oss igenom den process som skrivandet av en C-uppsats innebär.

Vi vill även rikta ett stort tack till de kuratorer som deltagit i denna studie. Vi är tacksamma för att ni ställde upp och tog er tid att delge oss era tankar och erfarenheter. Utan er medverkan hade vår uppsats inte haft det innehåll den nu har. Vidare vill vi passa på att tacka Toves praktikhandledare för det stöd och intresse hon visat oss när vi efterfrågat hjälp och råd under uppsatsskrivandets gång.

Vi skulle även vilja tacka våra förstående pojkvänner och familjer som stöttat oss såväl praktiskt som mentalt under vårt uppsatsskrivande. Stina, Johan och Marianne, som fick läsa igenom uppsatsen innan inlämning och som hade kommentarer om smått som stort, gav oss slutligen viktig hjälp och energi inför slutskedet av vårt arbete.

1. INLEDNING	1
1.1 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	2
1.2 DISPOSITION	2
2. METOD	4
2.1 FÖRFÖRSTÅELSE	4
2.2 VAL AV METOD	5
2.3 AVGRÄNSNING OCH URVAL	5
2.4 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT	7
2.5 ANALYS OCH TOLKNINGSMETOD	8
2.6 VALIDITET, RELIABILITET OCH GENERALISERBARHET	9
2.7 ETISKA ÖVERVÄGANDEN	11
3. BAKGRUND	12
3.1 BEHANDLINGSRELATIONEN I ETT HISTORISKT PERSPEKTIV	12
3.2 BEGREPPSDEFINITIONER	13
4. FORSKNINGSÖVERSIKT OCH LITTERATURSTUDIER	16
4.1 RAMAR, GRÄNSER OCH ÖVERTRÄDELSER I BEHANDLINGSRELATIONER	16
4.2 ÅTERHÄMTNINGSFORSKNING	21
4.3 SAMMANFATTNING AV TIDIGARE FORSKNING OCH LITTERATUR	22
5. TEORETISKT PERSPEKTIV	23
5.1 ASPLUNDS TEORI OM SOCIAL RESPONSIVITET	23
5.2 SUNDRGREN OCH TOPORS UTVECKLING AV BEGREPPEN SOCIAL RESPONSIVITET SAMT ABSTRAKT OCH KONKRET SOCIALITET	24
5.3 VAL OCH ANVÄNDNING AV TEORETISKT PERSPEKTIV	26
6. RESULTATREDOVISNING OCH ANALYS	28
6.1 EXEMPEL PÅ VANLIGA RAMBROTT OCH GRÄNSÖVERTRÄDELSER	28
6.2 SYN PÅ RAMAR OCH GRÄNSER	30
6.3 SYN PÅ RAMBROTT OCH GRÄNSÖVERTRÄDELSER	32
6.4 KONSEKVENSER AV RAMBROTT OCH GRÄNSÖVERTRÄDELSER	35
6.5 RAMBROTT, GRÄNSÖVERTRÄDELSER OCH PROFESSIONALITET	38
6.6 PERSONLIG OCH PRIVAT	41
6.7 SYN PÅ YRKESROLLEN	43
7. SAMMANFATTNING OCH AVSLUTANDE REFLEKTIONER	44
7.1 BESVARANDE AV UPPSATSENS FRÅGESTÄLLNINGAR	44
7.2 SLUTSATSER UTIFRÅN DET TEORETISKA PERSPEKTIVET	46
7.3 AVSLUTANDE REFLEKTIONER	47
7.4 VIDARE FORSKNING	49
8. LITTERATURFÖRTECKNING	50
8.1 BÖCKER OCH AVHANDLINGAR	50
8.2 VETENSKAPLIGA ARTIKLAR	51
8.3 ÖVRIGA KÄLLOR	51
9. BILAGOR	I
9.1 INTRODUKTIONSBRÄV	I
9.2 INFORMATIONSBREV	II
9.3 INTERVJUGUIDE	III

I detta kapitel ges en bakgrundsbild till intresseområdet för uppsatsen och studiens syfte och frågeställningar presenteras. Sist i kapitlet redovisas en disposition för uppsatsens struktur.

1. Inledning

Vi är intresserade av att undersöka den relationella aspekten av behandlingsarbete inom det psykiatriska fältet. Under socionomutbildningen har vi tillägnat oss kunskap om relationens betydelse för socialt arbete. Vi har förmedlats bilden av att relationen mellan den professionella och den hjälpsökande är ett fundament och en grundförutsättning för att hjälp och förändring skall kunna komma till stånd. Vår utgångspunkt är således att relationsaspekten är avgörande för verksam behandling och rehabilitering för personer med psykisk ohälsa.

Under utbildningen har vi fått lära oss att ett professionellt förhållningssätt är viktigt. Beståndsdelarna i denna professionalism består bland annat i att kunna skilja mellan personligt och privat samt att finna en väl avvägd balans mellan begrepp som distans och närhet, engagemang och neutralitet. Att skapa och upprätthålla ramar och gränser i en hjälprelation har presenterats som en naturlig och väsentlig del i ett professionellt förhållningssätt.

Vi har samtidigt under utbildningen kommit i kontakt med så kallad återhämtningsforskning av bland andra Alain Topor och Marit Borg. Deras forskning visar på att det är när den professionella hjälparen går utanför ramarna och gränserna för sin yrkesroll som de på ett avgörande sätt har bidragit till återhämtning hos personer med psykisk ohälsa. Oavsett vilken yrkeskategori de professionella hjälparna tillhör är det således när de uppträder oprofessionellt, enligt gängse normer, som de kan hjälpa. Resultaten är relaterade till att ett sådant bemötande har gett personen med psykisk ohälsa en upplevelse av att vara en unik individ och ett subjekt, att framstå som en människa i motsats till att reduceras till en patientroll.^{1,2} Dessa resultat står enligt vår åsikt i kontrast till mycket av den kunskap vi tidigare förmedlats liksom till den diskurs om behandlingsrelationens karaktär och behandlarnas roll i relation till patienter där ram- och gränssättning betonas, som länge varit dominerande. Vi menar att denna kontrastverkan mellan vad patienter lyfter fram som väsentligt i kontakten till professionella och vad som förmedlas om hur behandlare bör förhålla sig för att upprätthålla ett professionellt förhållningssätt är intressant. Om differensen är stor mellan de respektive perspektiven torde detta kunna få betydande konsekvenser för patienter med psykisk ohälsa.

Utifrån denna bakgrund vill vi därför undersöka hur behandlare inom psykiatri förhåller sig till ramar och gränser i behandlingsrelationer. Vår fundering är om ett nytt tankesätt, som överensstämmer med återhämtningsforskningens resultat, har vunnit inträde och anammats hos de professionella behandlarna alternativt om de är förankrade i den idétradition som

¹ Alain Topor, *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem* (Stockholm: Natur och Kultur, 2004). Marit Borg, *Verksamma relationer – Vad innebär det sett ur psykiatriska patienters perspektiv?* (Oslo: Oslo universitet, Seksjon for helsefag, det medisinske fakultet, 1999).

² I uppsatsen har vi genomgående använt oss av notsystemet enligt Chicagomanualen. Vi har både referensnoter och innehållsnoter i vårt notsystem. För ytterligare förklaringar kring hur notsystemet är uppbyggt läs vidare i: Jarl Backman, *Rapporter och uppsatser* (Lund: Studentlitteratur, 1998).

proklamerar att professionella bör hålla strikt på ramar och gränser i behandlingsrelationer. Utifrån våra litteratursökningar verkar det föreligga en brist på aktuell forskning om hur behandlare idag ser på sin yrkesroll och begrepp som professionalitet, ramar och rambrott varför vi anser att denna studie är motiverad.

Vårt antagande är att den relationella aspekten av behandlingsarbete är avgörande för verksam behandling och rehabilitering för personer med psykisk ohälsa och vidare att behandlarnas inställning till ramar och gränser på ett mycket påtagligt sätt påverkar behandlingsrelationen och bemötandet av patienterna. Med utgångspunkt av behandlingsrelationens väsentliga position inom psykiatrisk vård anser vi att undersökningen har relevans.

1.1 Syfte och frågeställningar

1.1.1 Syfte

Återhämtningsforskningen påvisar att det är viktigt att professionella vågar överskrida ramar och gränser i relationen mellan behandlare och patient för att bidra till återhämtningsprocessen hos personer med psykisk ohälsa.

Med anledning av denna kunskap är syftet med uppsatsen *att undersöka och få en ökad förståelse för hur kuratorer inom öppenvårdspsykiatri, i sin yrkesroll, förhåller sig till ramar och gränser i behandlingsrelationer och i relation till sin professionalitet.*³

1.1.2 Frågeställningar

Utifrån uppsatsens syfte vill vi genom undersökningen få svar på följande frågeställningar:

- Hur definierar och förhåller sig kuratorer inom öppenvårdspsykiatri till ramar och gränser i en professionell behandlingsrelation?
- Hur förhåller sig kuratorer inom öppenvårdspsykiatri till rambrott och gränsöverskridande i en professionell behandlingsrelation?
- Hur resonerar kuratorerna inom öppenvårdspsykiatri kring förhållandet mellan professionalitet och att hålla sig inom, respektive att träda utanför, ramar och gränser i behandlingsrelationer?

1.2 Disposition

I kapitel *två* inleds uppsatsen med att vi motiverar vårt val av kvalitativ metodanvändning samt redogör för det metodologiska förfarande som ligger till grund för denna studie.

I kapitel *tre* ger vi en bakgrundsbild till uppsatsämnet genom att exemplifiera hur synen på behandlingsrelationens position och de professionellas roll i relationen till patienter har sett ut i ett historiskt perspektiv. Vidare definieras och förklaras ett par, för uppsatsen, relevanta begrepp.

En översikt av den tidigare forskning och litteratur som vi tagit del av i samband med uppsatsarbetet återges i kapitel *fyra*. Här återfinns dels en diskurs som rör ramar och gränser betydelse för professionella behandlingsrelationer liksom en rådande syn på vilka

³ Med begreppet ram avses den struktur som omger en behandlingsrelation. Gräns avser de faktorer som bidrar till avgränsning inom relationen. Se utförligare definition av begreppen ram och gräns under rubrik 3.2.3 på s. 14.

konsekvenser rambrott och gränsöverskridanden kan medföra. Vidare skildras här delar av återhämtningsforskning som belyser ämnet från en annan infallsvinkel, där betydelsen av att professionella ibland träder utanför ramar och gränser i behandlingsarbete betonas.

Det teoretiska perspektivet för studien motiveras och beskrivs i kapitel *fem*. Här redogör vi för Asplunds teori om social responsivitet med nyckelbegreppen abstrakt och konkret socialitet och beskriver hur denna teori har bearbetats och vidareutvecklats av Sundgren och Topor.

I kapitel *sex* presenteras resultatredovisning och analys. I detta kapitel redovisas sammanställningen av empirin genom att centrala teman som framkommit lyfts fram och belyses genom representativa citat och resonemang. En löpande anknytning till det teoretiska perspektivet förs parallellt med resultatredovisningen.

I kapitel *sju* sammanfattas resultatredovisningen och uppsatsens frågeställningar besvaras. Vi redogör för vilka slutsatser studien har utmynnat i och avslutande reflektioner förs. Förslag på vidare forskning ges avslutningsvis.

I detta kapitel redovisas vårt val av kvalitativ metदानvändning. Förförståelse, avgränsning, urval, tillvägagångssätt och analysmetod presenteras. Begrepp som validitet, reliabilitet, generaliserbarhet och etik diskuteras.

2. Metod

2.1 Förförståelse

Vi har under arbetet med uppsatsen sett det som viktigt att aktivt reflektera över den förförståelse vi tillägnat oss genom utbildningen såväl som utifrån våra egna personliga erfarenheter och fördomar. Enligt Thurén handlar förförståelse om de värderingar och fördomar vi har om samhället och mänskliga relationer. Inom hermeneutiken och den samhällsvetenskapliga forskningen anses växelspelet mellan förförståelse och erfarenhet vara en väsentlig del av forskningsförfarandet.⁴

Den förförståelse vi har med oss i författandet av denna uppsats består dels i den uppfattningen om ramar och gränsers position i socialt arbete vi gemensamt upplever oss ha anammat utifrån utbildning samt tidigare arbetslivserfarenheter. Vi har, som tidigare nämnts, tillägnat oss en bild av ramar och gränser som stommen i behandlingsrelationer och förmedlats vikten av att skilja mellan privat och personligt samt att hålla en väl avvägd distans i mötet med hjälpsökande.

Vår förförståelse består även i att vi tidigare under utbildningen tagit del av återhämtningsforskning och funnit resultaten tänkvärda. Vi delar den grundsyn som denna forskning ger uttryck för vad gäller människosyn, syn på psykisk ohälsa och inställningen till vilka grundpremissar behandlingsarbetet bör utgå ifrån. Detta är en aspekt av vår förförståelse som både har föranlett vårt val av uppsatsämne och i viss mån även påverkat vårt förhållande till studien, även om vi vinnlagt oss om att ha en så objektiv ansats som möjligt i uppsatsskrivandet.

Vidare har en av oss gjort sin studiepraktik som kurator på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning och har även arbetslivserfarenhet från en anställning som mentalskötare inom den psykiatriska slutenvården. Den förförståelse som dessa erfarenheter medfört har påverkat ingången till denna studie utifrån flera aspekter. Dels har intresset för undersökningsområdet sitt ursprung i de erfarenheter som kontakten med personer med psykisk ohälsa och det psykiatriska arbetet har inneburit. Dels kan den förståelse som anammats om det kurativa arbetet förorsaka en form av närhetsproblematik. Det kan exempelvis medföra en föreställning om att det skulle finnas en förståelse för vad informanterna menar med uttalanden utifrån en gemensam erfarenhetsbas. Förförståelsen kan utifrån den aspekten medföra ett felaktigt antagande om att samma betydelse läggs i begrepp eller uttryck vilket skulle kunna innebära att det dras förhastade slutsatser om vad en informant menat med en utsaga. Att en av oss genom sin praktik kommit i kontakt med ett par av informanterna kan även tänkas ha påverkat intervjusituationerna genom det igenkännande som förelåg.

⁴ Torsten Thurén, *Vetenskapsteori för nybörjare* (Stockholm: Liber, 1991).

Utifrån en medvetenhet om att förförståelsen kan påverka förutsättningar och genomförande av studien har vi försökt hantera detta på ett konstruktivt sätt för att undvika att undersökningens reliabilitet och validitet påverkats negativt.

2.2 Val av metod

Syftet med denna uppsats är att skapa förståelse för hur studiens informanter ser på ram- och gränssättning i behandlingsrelationer liksom hur de förhåller sig till rambrott och gränsöverträdelser samt hur de i förhållande till detta resonerar kring sin professionalitet. Studien är således av kvalitativ karaktär och våra metodologiska val är sprungna ur att vi vill förstå det undersökta fenomenet genom att ta del av individers subjektiva erfarenheter, förhållningssätt och föreställningar.⁵

Vår ansats i uppsatsen är abduktiv så till vida att vi utgått ifrån en kombination av deduktion och induktion.⁶ Då vårt intresse för problemområdet och våra frågeställningar för uppsatsen härrör från återhämtningsforskning vi tagit del av, hade vi redan innan insamlandet av empirin ett teoretiskt perspektiv som utgångspunkt. I den meningen är studien av deduktiv karaktär. Vår intention har dock varit att vi i alla led av studien skulle ha en induktivt präglad ingång, vilket bland annat har realiserats genom att både datainsamling och analys har utförts med en öppenhet. Intervjuerna har visserligen följt huvudteman men frågorna har ställts med öppenhet och vi har försökt att undvika ledande formuleringar. Vidare har vi utifrån ett hermeneutiskt förhållningssätt i vårt lyssnande försökt hitta meningen med det uttalade och varit mottagliga för att göra omtolkningar.⁷ Vi har vinnlagt oss om att vara observanta på information som stridit mot vår förväntan och som gått emot eventuella mönster som bildats i övrig empiri. Materialet har i analysen undersökts så förutsättningslöst som möjligt. Vår föresats är att vi vill låta empirin berätta om det utsnitt av verkligheten som undersökts och utifrån det få en fördjupad förståelse och anamma kunskap om fenomenet vi undersöker.

Widerberg anser att valet av metod i kvalitativ samhällsvetenskaplig forskning bör utgå ifrån undersökningens syfte.⁸ Utifrån vårt syfte och våra frågeställningar för uppsatsen samt den kvalitativa ansatsen så utmynnade valet av datainsamlingsmetod i kvalitativa semistrukturerade intervjuer. Kvale menar att "*den kvalitativa forskningsintervjun söker förstå världen ur de intervjuades synvinkel, utveckla innebörden av människors erfarenheter, frilägga deras livsvärld*".⁹ Utifrån Kvales beskrivning av den kvalitativa forskningsintervjun så kändes valet av metod självklart för oss i den här uppsatsen.

2.3 Avgränsning och urval

2.3.1 Avgränsning

Andersen betonar vikten av att avgränsa det empiriska undersökningsområdet.¹⁰ Denna studie är avgränsad till att endast fokusera på professionella behandlares perspektiv. Patienter är således inte inkluderade i informantgruppen. Vi anser att både de professionellas och patienternas perspektiv spelar en avgörande roll när det gäller att belysa det problemområde som vi intresserar oss för i denna uppsats. Eftersom det i studien redogörs för tidigare

⁵ Sam Larsson, John Lilja och Katarina Mannheimer red. *Forskningsmetoder i socialt arbete* (Lund: Studentlitteratur, 2005).

⁶ Ibid.

⁷ Steinar Kvale, *Den kvalitativa forskningsintervjun* (Lund: Studentlitteratur, 1997).

⁸ Karin Widerberg, *Kvalitativ forskning i praktiken* (Lund: Studentlitteratur, 2002).

⁹ Kvale, *Den kvalitativa forskningsintervjun*, 9.

¹⁰ Ib Andersen, *Den uppenbara verkligheten – Val av samhällsvetenskaplig metod* (Lund: Studentlitteratur, 1998).

forskning, som vilar på empiri i form intervjuer med personer med psykisk ohälsa och vårt eget material sätts i förhållande till dessa resultat anser vi att ett patientperspektiv inkluderas i uppsatsen, trots denna avgränsning.

Vidare görs även en avgränsning genom att endast kuratorer intervjuas. Från början fanns en tanke om att intervjua personer från flera olika professioner, som har psykiatriskt behandlingsarbete som komponent i sitt yrkesutövande, som exempelvis psykiatriker, sjuksköterskor, psykologer och kuratorer med flera. Efter att ha resonerat kom vi dock fram till att detta hade kunnat ge upphov till ett svårtolkat material. Faktorer som skilda utbildningsbakgrunder och arbetsuppgifter hade potentiellt sett kunnat leda till stora skillnader mellan intervjupersonernas svar som kunde ha varit svåra att härleda och förklara. Avgränsningen motiveras med att vi genom att utgå från intervjuer med enbart kuratorer tänker oss att vi får en mer enhetlig grund för analys och tolkning. Vi anser även att kuratorer är en relevant yrkesgrupp att undersöka då vi delar utbildningsbakgrund. Genom att fokusera på kuratorer blir studien mer relevant och får ett större kunskapsvärde för Institutionen för socialt arbete och för socionomer generellt.

Vi har även valt att avgränsa studien så till vida att våra informanter har sin yrkesverksamma hemvist inom öppenvård psykiatri. Kuratorer som arbetar inom slutna vårdformer har därmed exkluderats. Avgränsningen har gjorts för att vi anser att arbetet inom slutenvården i många avseenden bygger på andra premisser än i öppenvården. Ramar och gränser för en behandlingsrelation inom slutenvården är till stor del strukturgivna och organisatoriskt bundna varför det inte vore ett lämpligt granskningsområde för denna studie.

Intresseområdet för denna uppsats har bestått i att undersöka hur kuratorerna själva talar om ramar och gränser och inte av officiella etiska riktlinjer som reglerar socionomernas yrkesroll. Vi har därför valt att inte utgå från de etiska riktlinjer, som bland annat socionomernas fackförbund har upprättat, i uppsatsen.

2.3.2 Urval

Vår urvalsstrategi har haft formen av ett så kallat snöbollsurval i och med att vi via kontakter blivit introducerade till de informanter som valt att delta i studien.¹¹ Urvalet innefattar kuratorer som arbetar inom öppenvård psykiatri, såväl inom allmänpsykiatri som inom psykosektionen. De informanter som har medverkat i studien är samtliga kvinnor och har en åldersspridning från 25 till 60 år. Då kuratorsyrket är kvinnodominerat så är urvalet i den aspekten representativt. Kvale anser det brukligt att antalet intervjupersoner i en studie som denna bör omfatta mellan fem och tjugofem personer, beroende på bland annat tid och resurser för undersökningen.¹² Vi hade en rimlig möjlighet att göra mellan sex och åtta intervjuer inom tidsramen för denna uppsats. Antalet stannade slutligen på sju deltagande informanter.

De psykiatriska öppenvårdsmottagningar som informanterna arbetar på skiljer sig något åt vad gäller arbetsförfaranden och målgrupp men kuratorerna har i stor utsträckning liknande arbetsuppgifter. Psykoterapeutiskt behandlingsarbete med samtal ingår som en väsentlig del i yrkesutövandet, men även andra mer psykosocialt riktade uppgifter som hör kuratorsyrket till bedrivs. Vad gäller vidareutbildning så har majoriteten av informanterna en psykoterapeutisk vidareutbildning med psykodynamisk inriktning.

¹¹ Kvale, *Den kvalitativa forskningsintervjun*.

¹² Ibid.

2.4 Tillvägagångssätt

2.4.1 Litteratursökning

Vi har främst sökt litteratur genom universitetsbibliotekets olika databaser, dels GUNDA och LIBRIS för böcker och dels PsycINFO och Social Services Abstracts för tidskrifter och vetenskapliga artiklar. De svenska sökord vi främst använt är: *professionellt förhållningssätt*, *behandlingsrelationer* och *patientrelationer*. När det gäller sökningar efter engelskspråkig litteratur var sökorden främst: *professional relations*, *professional boundaries*, *client relations* och *recovery*. Sökorden har kombinerats och trunkerats på varierande sätt, bland annat har kombinationen: *client relation*, *professional* och *boundarie* använts i avancerad sökning i databasen Social Services Abstracts. I de böcker vi funnit mest centrala för uppsatsområdet, främst litteraturen av Topor och Borg, har vi letat efter referenser för att finna ytterligare anvisningar på relevant litteratur. Via detta tillvägagångssätt fann vi Asplunds teori om social responsivitet som vi bestämde oss för att använda som ett teoretiskt perspektiv för uppsatsen.

2.4.2 Datainsamling - Kvalitativa semistrukturerade intervjuer

Inför intervjuerna skickades ett introduktionsbrev ut till tänkbara informanter innehållande en presentation av oss själva, information om studien och formalia där de tillfrågade ombads höra av sig om de var intresserade att medverka.¹³ Detta är ett förfarande som enligt Svenning är kutym.¹⁴ Till dem som gav sitt godkännande till att medverka skickade vi därefter ytterligare ett informationsbrev där temat för uppsatsen angavs liksom kortfattad information om vilka ämnen frågorna skulle beröra.¹⁵ Detta gjorde vi med anledning av att en av informanterna efterfrågat att få ta del av intervjufrågorna i förhand för att kunna förbereda sig inför intervjun. Informationsbrevet skickades till samtliga informanter för att alla skulle kunna medverka i studien på samma premisser.

Kvale beskriver en forskningsintervju som ett samtal med en struktur och ett syfte där meningen är att intervjuaren skall; *erhålla beskrivningar av den intervjuades livsvärld i avsikt att tolka de beskrivna fenomenens mening*.¹⁶ Intervjuerna som genomfördes för denna uppsats var till formen semistrukturerade med företrädesvis öppna frågor utifrån en intervjuguide.¹⁷ I konstruerandet av intervjuguiden vannlade vi oss om att formulera så öppna, värderingsfria och icke-ledande frågor som möjligt för att dessa skulle fånga kuratorernas individuella tankar, inställning och förhållningssätt. Intervjuguiden reviderades ett antal gånger i samband med att vi under arbetets gång fick en ökad kännedom och förståelse för uppsatsområdet samt uppmärksammade vad som var tillämpligt och inte i själva intervjusituationen.

Informanterna har själva fått välja var intervjuerna skulle äga rum vilket enligt Svenning är en huvudprincip för personliga intervjuer.¹⁸ Samtliga kuratorer bad oss komma till deras respektive arbetsplatser. För intervjuerna har en till en och en halv timma disponerats utifrån hur länge informanterna haft tid att avvara. Samtliga intervjuer har spelats in på band, vilket Svenning uttrycker är ett absolut krav vid kvalitativa intervjuer.¹⁹

Vi har transkriberat samtliga intervjuer textmässigt i sin helhet, men däremot utelämnat pauser, skratt och dyligt om vi inte ansett att detta påverkat innebörden. Då vi inte i första

¹³ Se bilaga 1.

¹⁴ Conny Svenning, *Metodboken* (Eslöv: Lorentz Förlag, 2003).

¹⁵ Se bilaga 2.

¹⁶ Kvale, *Den kvalitativa forskningsintervjun*, 13.

¹⁷ Se bilaga 3.

¹⁸ Svenning, *Metodboken*.

¹⁹ Ibid.

hand varit intresserade av att undersöka hur informanterna uttryckt sig utan snarare att förstå innebörden i vad som uttalats, var det mest naturligt att koncentrera sig på innehållet och inte det semantiska, vid utskrifterna.

2.5 Analys och tolkningsmetod

När det gäller analys och tolkningsmetod har vi valt att utgå ifrån en ad hoc metod vilket innebär ett kombinerat användande av olika analysstrategier för att skapa mening i materialet.²⁰ Vi har använt ett eklektiskt tillvägagångssätt, där vi i huvudsak valt att kombinera två analysmetoder; meningskoncentrering och meningskategorisering.²¹

I inledningsskedet av bearbetningsfasen läste vi förutsättningslöst igenom det transkriberade materialet grundligt. Utifrån den förståelse för helhetsbilden som materialet gav utkristalliserade sig efter hand centrala teman som vi ansåg var relevanta för att besvara våra frågeställningar. Att i analysfasen av en undersökning fokusera på specifika frågeområden eller teman som är relaterade till studiens syften och frågeställningar är enligt Larsson och Lilja en vägledande princip för kvalitativ forskning.²² Meningskategorisering användes för att skapa renodlade kategorier genom att uttalanden sorterades och kodades.²³ Kategorierna förhandskonstruerades inte utan dessa utvecklades ur den bild som empirin gav. Utifrån dessa teman sorterade vi materialet så att samtliga utsagor som vi ansåg besvara samma intervjufrågor sammanfördes i kategorier som anknöt till uppsatsfrågorna. Vi valde därmed att inte göra en fallanalys och studera varje intervju för sig som isolerade enheter utan att istället göra en temaanalys där delar av varje intervju sammanfördes och studerades tillsammans med motsvarande delar från det övriga materialet.²⁴

Efter detta gjordes ett urval av citat som bäst representerade och exemplifierade empirin. Här använde vi oss av meningskoncentrering där längre uttalanden från intervjupersonerna reducerades, koncentrerades och formulerades mer precist och kärnfullt för att essensen i budskapet skulle framstå tydligare.²⁵

Vi tolkade innebörden i den information som framkommit av empirin och efter kategoriseringen möjliggjordes en form av jämförande analys genom sökande efter likheter och skillnader mellan uttalanden hos informanterna. Vi har även i detta skede gjort en avvikelseanalys i sökandet efter utsagor som bryter mönster eller utgör en kontrast i förhållande till empirin som helhet.

Huvuddragen i undersökningen har efterhand kopplats till, jämförts mot och diskuteras i ljuset av relevanta teoretiska begrepp. Bearbetningen av materialet, tolkning, analys och teoriansknytning har skett parallellt och växelvis. Tolknings och analysfasen av vårt uppsatsarbete låter sig illustreras av den hermeneutiska cirkel som betecknar en ständig rörelse mellan förståelsen för delar och helheten och en växelverkan mellan förståelse, tolkning och analys.²⁶

²⁰ Larsson, Lilja och Mannheimer, *Forskningsmetoder i socialt arbete*.

²¹ Kvale, *Den kvalitativa forskningsintervjun*.

²² Larsson, Lilja och Mannheimer, *Forskningsmetoder i socialt arbete*.

²³ Kvale, *Den kvalitativa forskningsintervjun*.

²⁴ Larsson, Lilja och Mannheimer, *Forskningsmetoder i socialt arbete*.

²⁵ Kvale, *Den kvalitativa forskningsintervjun*.

²⁶ Nils Gilje och Harald Grimen, *Samhällsvetenskaparnas förutsättningar* (Göteborg: Daidalo, 1995).

2.6 Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet

2.6.1 Validitet

Begreppet validitet innebär att det som ursprungligen avsågs att undersökas i en studie verkligen är det som har undersökts.²⁷ Det handlar om att den metod som använts, i vårt fall kvalitativa semistrukturella intervjuer, och det förfarande som studien har byggt på verkligen har gett svar på de frågeställningar som ställts. Validitetsbegreppet utgår från begreppen giltighet och relevans, där giltigheten bygger på överensstämmelsen mellan empiri och teori och relevansen beror på hur relevant det empiriska materialet är för studiens syfte och frågeställningar.²⁸

Validitet är i kvalitativ forskning ofta avhängig på ifall empirin som ligger till grund för studien består av tillräckligt informationsrika och fylliga beskrivningar. Något som i sin tur beror på hur intervjuerna utformats.²⁹ Som tidigare nämnts har vi strävat efter att informanterna i intervjusituationerna skulle få möjlighet att delge oss sina erfarenheter och tankar på ett så förutsättningslöst sätt som möjligt för att det empiriska underlaget på så vis skulle utgöra en avspiegling av informanternas verklighet. Vi är dock medvetna om att en intervjuareffekt aldrig går att bortse från vilket påverkar validiteten. Svenning poängterar att en fara med personliga intervjuer är att intervjuaren ofrånkomligt genom sin närvaro påverkar svaren. Framförallt föreligger en risk att intervjuaren genom sitt minspel, sin kroppshållning eller genom sina uttalanden styr informantens svar i en riktning som denne upplever premieras.³⁰ Det är möjligt att vi i våra intervjuer i viss mån fick svar från informanterna som de, utifrån sin förståelse och den aktuella situationen, förmodade att vi förväntade oss. Det faktum att vi var yngre och mindre erfarna än kuratorerna samt att vi efterfrågade deras yrkesrelaterade uppfattningar, kan ha gett upphov till en atmosfär där kuratorerna kände sig manade att ge svar som framhävde deras duglighet och professionalitet.

En studies validitet hänger även samman med om empirin tolkats och analyserats på ett sätt som ger en rättvisande bild av resultatet.³¹ Inför analysen av resultaten har vi vinnlagt oss om att få en så representativ bild av intervjumaterialet som möjligt genom att vara varsamma och noggranna. Det bör dock poängteras att analysmomentet alltid innebär en tolkning av materialet där vi som uttolkare påverkar de data vi har för handen genom vår förförståelse och våra referensramar. Utifrån detta är kontroll av analys och tolkningar en viktig del i kvalitativ forskning. Kvale menar att användandet av flera uttolkare kan bidra till en viss kontroll över ensidig subjektivitet och godtycklighet i analysen. Att noggrant beskriva det tillvägagångssätt som ligger till grund för undersökningen är ytterligare ett sätt att ge den som tar del av studien en möjlighet att kontrollera dess giltighet.³² I och med att vi resonerat och diskuterat med varandra i samband med tolkning och analys av empirin och att vi strävat efter att förmedla en tydlighet i resultatredovisningen har vi försökt att uppnå dessa former av kontroll som Kvale förespråkar.

I vissa delar av intervjuerna har det varit svårt att tolka och analysera informanternas uttalanden. Detta på grund av att vi är osäkra på vilken definition och innebörd de lade i vissa ord och begrepp. I många fall har vi under intervjuerna efterfrågat en förtydligande beskrivning som underlättat förståelsen, men i vissa fall har vi ändå upplevt en osäkerhet i

²⁷ Thurén, *Vetenskapsteori för nybörjare*.

²⁸ Andersen, *Den uppenbara verkligheten*.

²⁹ Larsson, Lilja och Mannheimer, *Forskningsmetoder i socialt arbete*.

³⁰ Svenning, *Metodboken*.

³¹ Larsson, Lilja och Mannheimer, *Forskningsmetoder i socialt arbete*.

³² Kvale, *Den kvalitativa forskningsintervjun*.

analysfasen. Vid de tillfällen vi varit osäkra har vi dock tydliggjort det i resultatredovisningen för att det skall framgå explicit.

2.6.2 Reliabilitet

Begreppet reliabilitet betyder tillförlitlighet och innebär att den undersökning som gjorts varit noggrant utförd.³³ Att säkerställa en hög tillförlitlighet i de mätningar som gjorts i en studie säkrar således reliabiliteten.³⁴ I vår undersökning har vi vinnlagt oss om att beakta reliabilitetskravet genom att bland annat sträva efter att intervjusituationerna ska ge tillförlitlig empiri samt att transkriberingen ska återge intervjumaterialet på ett korrekt sätt.

När det gäller intervjusituationerna har det inte gått att säkerställa ett identiskt genomförande. Eftersom frågorna som ställdes var relativt öppna har informanterna gjort sina individuella tolkningar och deras olika erfarenheter och inställningar har lett in svaren på olika teman. Detta har haft som en naturlig följd att alla frågor i intervjuguiden inte ställts till samtliga informanter liksom att de följdfrågor som ställts varierat. Vi anser dock att informanterna på det stora hela angripit frågorna på ett likartat sätt och att de har talat om ramar och gränser utifrån samma premisser, vilket gör att vi funnit materialet analyserbart.

Under intervjuerna turades vi om att ha huvudansvaret för att ställa intervjufrågorna respektive att svara för att anteckna, lyssna och ställa kompletterande frågor. Att vi växlade mellan intervjuare kan ha inverkat negativt på reliabiliteten då det är oundvikligt att två personer ställer frågor på olika sätt och att intervjuerna i vissa avseenden på grund av detta skiljer sig åt. Vi var dock medvetna om detta och försökte motverka större differenser genom att dels diskutera kring viktiga aspekter inför varje intervju och dels försöka anlägga en liknande profil under intervjuerna.

Även transkriberingen delades upp mellan oss. Vi hade innan transkriberingen kommit överens om att utelämna pauser, skratt och uppenbart irrelevanta saker men att vi i övrigt skulle skriva ut materialet i sin helhet för att få så lika transkriberingar som möjligt. Kvale dryftar den problematik som det kan innebära att vara flera som transkriberar och menar att det trots en överenskommen idé om hur det ska utföras kan leda till helt olika utskrifter.³⁵ Vi anser att vi någorlunda väl lyckats med att göra liknande utskrifter av intervjuerna.

Att ljudkvaliteten på tre av inspelningarna stundtals varit av något sämre kvalitet kan ha inverkat negativt på reliabiliteten. Då det mesta av intervjumaterialet ändå gått att skriva ut och då vi ibland kunnat ta hjälp av våra stödanteckningar för att bättre tyda utskriften anser vi dock att detta inte nämnvärt påverkat materialets reliabilitet.

2.6.3 Generaliserbarhet

Målet med vår intervjustudie har varit att visa exempel på hur kuratorer inom öppenvårdspsykiatri tänker kring ramar, rambrott och gränsöverträdelser samt professionalitet. Då vår undersökning är av kvalitativ karaktär och har relativt få intervju personer anser vi oss inte kunna dra några generella slutsatser utifrån vårt intervjumaterial. Enligt Svenning är huvudpoängen med att använda kvalitativ metod att kunna visa exempel snarare än att generalisera. Efter en analys av kvalitativt material, i vårt fall intervjuer, går det enligt Svenning att dra mer eller mindre långtgående slutsatser.³⁶ Detta är något som vi har försökt

³³ Thurén, *Vetenskapsteori för nybörjare*.

³⁴ Svenning, *Metodboken*.

³⁵ Kvale, *Den kvalitativa forskningsintervjun*.

³⁶ Svenning, *Metodboken*.

ta fasta på i vår undersökning, att vi genom exempel kan visa hur informanterna tänker och utifrån det dra vissa slutsatser. Vi ser således vår studie som ett utsnitt av verkligheten varigenom den tolkning vi gjort visar *en möjlig* bild av det fenomen som undersöks. Vi gör inte anspråk på att denna bild är den enda tänkbara och utger oss därför inte för att ha skapat ett objektivt, allomfattande eller definitivt generaliserbart resultat. De resultat vi lägger fram anser vi är rättvisande utifrån vårt metodanvändande, vår empiri och vår teoretiska referensram. Resultaten är generaliserbara utifrån att de till stor del överensstämmer med tidigare forskning.

2.7 Etiska överväganden

Vår grundläggande intention när det gäller uppsatsarbetet är att bedömningsgrunden för våra förfaranden skall utgå från grundansatsen att respekt för den enskilda individen är viktigare än forskningens potentiella nyttoaspekter.³⁷ Vi har gjort våra etiska överväganden i enlighet med Vetenskapsrådets forskningsetiska principer.³⁸

Principen om *informerat och frivilligt samtycke* har efterföljts i undersökningen genom det introduktionsbrev som skickades till informanterna där de fick information om studien och utifrån det kunde ta ställning till ett eventuellt deltagande.³⁹ I detta introduktionsbrev framgick även att deltagandet närhelst kunde avbrytas på informantens begäran. Deltagarna har även informerats om hur studien kommer att publiceras.

Konfidentialitetskravet har beaktats genom att vi valt att använda fingerade namn för att garantera våra intervjupersoner anonymitet. Inga kopplingar finns mellan det fingerade namnet och intervjupersonens riktiga namn. Då gruppen kuratorer inom öppenvårdspsykiatri inte är särskilt stor har vi av anonymitetsskäl valt att inte närmare beskriva arbetsplats eller ange kommun då det skulle kunna möjliggöra en identifiering av intervjupersonerna i vår studie. Vi har även så långt som möjligt försökt att inte ta med material som kan peka ut vilka våra intervjupersoner är, som ålder, hur länge de arbetat som kurator och dylik information.

De medverkande kuratorerna har försäkrats anonymitet, men samtidigt informerats om att de troligen kommer att kunna känna igen sina egna utsagor i uppsatsen. Alla intervjupersoner har informerats om att material och citat kommer att användas från respektive intervju i uppsatsen och att de skulle kontaktas personligen, ifall något citat skulle upplevas känsligt, innan publicering. Då vi vid resultatredovisningen gick igenom allt material och inte ansåg att det presenterats några citat som var av känslig eller prekär natur behövde kuratorerna inte kontaktas i efterhand. Några få citat har dock varsamt ändrats för att de annars hade kunnat möjliggöra identifiering, speciellt mellan kollegor.

Även *nyttjandekravet* har efterlevts och de uppgifter vi samlat in kommer inte att användas för andra syften än för denna studie. Bandinspelningar samt anteckningar från intervjusituationerna kommer att förstöras efter att uppsatsarbetet är färdigställt.

³⁷ Gilje och Grimen, *Samhällsvetenskaparnas förutsättningar*.

³⁸ Vetenskapliga rådet, *Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning* (Stockholm: Vetenskapsrådet, 2002).

³⁹ Se bilaga 1.

I detta kapitel ges en bakgrundsbild till behandlingsrelationen i ett historiskt perspektiv och relevanta begrepp för uppsatsen definieras och förklaras.

3. Bakgrund

3.1 Behandlingsrelationen i ett historiskt perspektiv

För att sätta in vår studie i ett vidare sammanhang vill vi kortfattat redogöra för en historisk tillbakablick gällande de teoretiska referensramar som präglat området. Synen på psykisk ohälsa har förändrats avsevärt från början av 1900-talet fram tills idag och likaså har synen på behandling förändrats och utvecklats. Behandlingsrelationens position har sett olika ut liksom synen på behandlar- och patientrollen. Hur diskursen kring ramar och gränser i en behandlingsrelation bör se ut har således varierat.

Den psykodynamiska teorin har länge varit det dominerande perspektivet inom både psykiatrifältet och i socialt arbete i stort. Olika psykodynamiskt orienterade riktningar har skilt sig åt sinsemellan, men på ett övergripande plan, så syftar psykoterapi till förändring via insikter och medvetandegörande. När det gäller behandlingsrelationen ses den som bärande inom psykodynamisk teori. Den klassiska bilden av relationen mellan terapeut och patient som vi lyfter fram här hämtas från den Freudianska psykoanalysen. Enligt Wrangsjö⁴⁰ är relationen mellan analytiker och analysand en grundförutsättning för den psykoanalytiska behandlingen eftersom analytikern skall fungera som ett objekt för överföring. Detta innebär att analysanden omedvetet överför konfliktladdat material som grundlagts i tidig barndom, ofta i relation till föräldrarna, på analytikern som i sin tur tolkar dessa överföringar som en del i behandlingen. För att överföringar skall kunna komma till stånd anses det viktigt att analytikern förhåller sig neutral och relativt passiv, det ses därför som avgörande att analytikern är restriktiv med sin egen person och sina egna reaktioner.⁴¹ En grundregel inom denna psykoanalytiska tradition är således terapeutens neutrala hållning som i praktiken innebär att han intar en opersonlig hållning som är så fri från påverkan av hans egen personlighet som möjligt.⁴² I den här formen av psykoanalys framträder ramar och gränser i behandlingsrelationen i en mycket strikt form. De relationella gränserna mellan analytiker och analysand förefaller påtagliga i och med att de har så utpräglade roller gentemot varandra.⁴³

Utifrån den klassiska psykoanalysen har flera olika metoder utvecklats och analytikerns roll har förändrats något. Analytikern har i större utsträckning kunnat använda sig av sina egna erfarenheter i relation till analysanden och stödjande behandling har fått ett utrymme vid sidan av insikts- och konfliktbearbetning.⁴⁴ De regler och förhållningssätt, som bottnar i den klassiska analysen, har länge varit normgivande och dominerande men de har även kritiserats och ifrågasatts.

Anhängare till den objektrelationsteoretiska skolan, som började ta form på 1930-talet, ställde sig exempelvis i polemik gentemot mycket av vad den analytiska traditionen representerat.

⁴⁰ Björn Wrangsjö: med. Dr., barnpsykiater, psykoanalytiker och handledare.

⁴¹ Björn Wrangsjö, *Teorier och synsätt i psykiatrisk- psykologisk verksamhet* (Stockholm: Natur och kultur, 1984).

⁴² Patricia Tudor-Sandahl, *Den fängslade verkligheten – Objektrelationsteori i praktiken* (Stockholm: Wahlström & Widstrand, 1992).

⁴³ Wrangsjö, *Teorier och synsätt i psykiatrisk*.

⁴⁴ Ibid.

Ferenczi, som ses som en av grundarna till objektrelationsteorin, lade tonvikt på behandlingsrelationens möjlighet att genom ett genuint, personligt och medmänskligt möte skapa terapeutiska förutsättningar. Ferenczi ställde sig starkt kritisk till den freudianska teknikens distanserade förhållningssätt som han menade var kränkande och omänskligt utifrån ett patientperspektiv då det byggde på alltför rigida ramar. Inom objektrelationsteorin betonas personliga och subjektiva relationer som en grund för utveckling och läkande hos patienter. Terapi utgår enligt denna teori från ett antagande om människans fundamentala beroende av samhörighet. Idén är att patienten skall känna en trygghet och närhet i relationen till terapeuten för att utifrån denna upplevelse våga komma i kontakt med sig själv. Från ett objektrelationsteoretiskt perspektiv hävdas att ramarnas och gränsernas betydelse i behandlingsrelationer övervärderats och antagit en orättmätig position och att psykoterapins styrka snarare ligger i den personliga relationens möjligheter, varför ett distanserat och objektivt förhållningssätt skulle vara kontraproduktivt i behandling.⁴⁵

Den humanistiska psykologin som gjorde sitt inträde under 1940-talet kan ses som en reaktion mot psykoanalysen och omfattar ett vidare perspektiv där människan i sin helhet, i sin totala livssituation, betonas.⁴⁶ Den klientcentrerade metoden som syftar till personlighetsutveckling, där Carl Rogers är en förgrundsgestalt, tillhör detta perspektiv. Terapitekniken går ut på att terapeuten hjälper patienten att acceptera sig själv genom att uppmuntra och godkänna dennes personlighet.⁴⁷ Ideologin bakom den klientcentrerade metoden bygger på trygghet, demokrati, förståelse och respekt.⁴⁸

Även andra besläktade behandlingsperspektiv, till exempel Case-workmetodikerna som växte fram i USA på 1940-talet, betonar en ökad jämställdhet på ett mellanmänskligt plan mellan terapeut och patient.⁴⁹ I dessa och andra senare rörelser åskådliggörs en utveckling och en normförändring vad gäller relationsaspekten av behandlingsarbete. Behandlingsrelationen får en mer ömsesidig prägel och terapeutens roll blir mer tillåtande när det gäller engagemang och aktivitet, varvid även synen på hur ramar och gränser bör utformas förändras.

Vår uppfattning är att det idag råder flera parallella diskurser kring de relationella aspekterna av behandlingsarbete, hur terapeutens roll bör utformas samt kring hur man förväntas förhålla sig till ramar och gränser i relationen mellan behandlare och patient. De psykodynamiska teorierna har idag antagit formen av ett psykologiskt allmängods och arvet från de analytiska metoderna finns till vissa delar kvar i en idémässig bas. Samtidigt finns det många andra influenser som betonar vikten av en mer ömsesidig relation i behandlingsarbetet och som förespråkar att behandlaren bör anta rollen som en professionell medmänniska snarare än som expert.⁵⁰

3.2 Begreppsdefinitioner

3.2.1 Professionella relationer och den professionella hjälparollen

Den definition av professionella relationer vi har som utgångspunkt i denna uppsats är hämtad från Skau. Skau definierar begreppet professionella relationer som förhållanden mellan människor där den ena partens handlingar gentemot den andra sker i form av avlönat arbete, som exempelvis mellan behandlare och patient. Professionella relationer utspelar sig inom en

⁴⁵ Tudor-Sandahl, *Den fängslande verkligheten*.

⁴⁶ Lennéer-Axelsson och Thylefors, *Psykosocialt behandlingsarbete* (Stocholm: Natur och kultur, 1991).

⁴⁷ Wrangsjö, *Teorier och synsätt i psykiatrisk*.

⁴⁸ Lennéer-Axelsson och Thylefors, *Psykosocialt behandlingsarbete*.

⁴⁹ Wrangsjö, *Teorier och synsätt i psykiatrisk*.

⁵⁰ Lennéer-Axelsson och Thylefors, *Psykosocialt behandlingsarbete*.

ram av yrkesmässig makt och kontroll, samtidigt som den ska garantera patienten hjälp, vård, kunskap och/eller behandling.⁵¹

Skaus definition av den professionella hjälparollen innebär att kunna uppfylla ett, av samhället fastslaget, minimikrav på kompetens för att tillhandahålla en viss sorts hjälp. Patienten ska, inom vissa gränser, kunna lita på att hjälparen kan sitt fack, sitt yrkesområde. En professionell hjälpare är expert på en viss typ av problem, i vårt fall psykisk ohälsa.⁵²

3.2.2 Psykosocialt behandlingsarbete och psykoterapi

Lennér-Axelsson och Thylefors⁵³ definierar begreppet psykosocialt behandlingsarbete som *individinriktade insatser i gränsområdet mellan psykoterapi och socialt arbete*.⁵⁴ Psykosocialt behandlingsarbete är strukturerat och systematiserat. Behandlaren och patienten/klienten ingår i ett personligt förhållande och relationen används som redskap i behandlingen som syftar till förändring i något avseende. Termen psykosocialt arbete fick sitt inträde i Sverige under 1970-talet då det i samband med psykoterapiutredningen gjordes en särskilning mellan psykoterapi och psykosocialt arbete. Det psykosociala begreppet innefattar ett synsätt som handlar om att psykiska och sociala problem är förbundna med varandra vilket innebär att såväl psykiska som sociala faktorer skall beaktas i problemlösningsmetoder och behandling. När det gäller det kurativa arbetet inom psykiatrin så har det till stora delar sin förankring i ett psykosocialt förhållningssätt och kan kategoriseras som psykosocialt behandlingsarbete.⁵⁵

Psykoterapi liknar i många avseenden psykosocialt behandlingsarbete men fokuserar tydligare och mer avgränsat på den psykiska dimensionen. I psykoterapi behandlas psykiska och psykosomatiska störningar och behandlingen bedrivs med vetenskapligt grundade psykologiska metoder.⁵⁶ En definition av psykoterapi lyder; systematiskt målinriktade åtgärder baserade på psykologisk teori och metod, avsedda att påverka psykiska symtom och personlighetsstörningar, utförda av för ändamålet utbildade personer.⁵⁷

3.2.3 Ramar och gränser i professionella behandlingsrelationer

Begreppen ramar och gränser har en given anknytning till behandling och behandlingsrelationer inom det psykiatriska fältet. Zur⁵⁸ anser att hur begreppen definieras och förklaras samt vilken tonvikt som läggs vid dem varierar och är beroende av sammanhanget, varför en allmängiltig definition är svårformulerad.⁵⁹

I denna uppsats har vi valt att använda begreppet ram utifrån betydelsen att ramen innefattar strukturen som omger en behandlingsrelation, det vill säga kontexten i vilken relationen existerar. Denna begreppsanvändning överensstämmer med Zurs syn på att ramar är något

⁵¹ Greta Mari Skau, *Mellan makt och hjälp – förhållandet mellan klient och hjälpare i ett samhällsvetenskapligt perspektiv* (Stockholm: Liber, 2001).

⁵² Ibid.

⁵³ Barbro Lennér-Axelsson: Psykolog, leg. psykoterapeut och universitetslektor vid institutionen för socialt arbete vid Göteborgs universitet. Ingela Thylefors: Psykolog och universitetslektor i arbetspsykologi vid psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet.

⁵⁴ Lennér-Axelsson och Thylefors, *Psykosocialt behandlingsarbete*, 9.

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ Henry Egidius, *Psykologi lexikon* (Stockholm: Natur och kultur, 2005).

⁵⁷ Jan Otto Ottosson, *Psykiatri* (Stockholm: Nordstedts förlag AB, 1988), 246.

⁵⁸ Ofer Zur: PhD, licensed psychologist, former teacher at California School of Professional Psychology, USA.

⁵⁹ Ofer Zur, *Boundaries in Psychotherapy - Ethical and Clinical Explorations* (Washington DC: American Psychological Association, 2007).

som existerar runt omkring en behandlingsrelation och bildar ett så kallat terapeutiskt ramverk som definierar rollerna för terapeuten och patienten i en behandlingsrelation. Tids- och rumsaspekten är exempel på faktorer som bildar detta ramverk.⁶⁰

Zur menar att medan ramarna existerar runt behandlingsrelationen så förekommer gränser mellan behandlaren och patienten och utgör således någonting mellanmänniskt.⁶¹ Begreppet gräns har vi valt att definiera som de aspekter som bidrar till avgränsningen mellan behandlaren och patienten inom själva relationen. De gränser som upprättas i behandlingsrelationen utgår därmed från parternas integritet och gör sig gällande utifrån hur de inom relationen i varje given situation hanterar distans och närhet på olika plan. Gränserna statuerar hur parterna i relationen förhåller sig inför varandra.

3.2.4 Psykiatri och psykiatrisk öppenvård

Psykiatri är en disciplin inom det medicinska området som riktar sig mot att diagnostisera och behandla psykiska ohälsotillstånd. Den psykiatriska vården är organiserad i öppna och slutna vårdformer. Inom den psykiatriska öppenvården bygger patienternas kontakt med mottagningen på frivillighet. Öppenvården är vanligen indelad i olika sektioner. Psykossektionen har hand om patienter med psykosjukdomar, som exempelvis schizofreni, medan den allmänpsykiatriska sektionen ansvarar för patienter med andra psykiatriska diagnoser som exempelvis personlighetsstörningar, affektiva sjukdomar eller depressionstillstånd. Öppenpsykiatrisk vård bedrivs vanligen av psykiatriska team där läkare med specialistkompetens, sjuksköterskor, psykologer, kuratorer och i vissa fall sjukgymnaster och arbetsterapeuter ingår.⁶²

3.2.5 Kurator

En kuratorstjänst kan innehas av en socionomutbildad socialarbetare. Kuratorer är främst verksamma inom hälso- och sjukvården och arbetsuppgifterna består i första hand av psykosociala insatser. Kuratorns yrkesroll innebär att denne skall vara sakkunnig för utredning och behandling i samband med patienters problematik av psykologisk, familjesocial eller praktisk-ekonomisk karaktär.⁶³

3.2.6 Behandlare och terapeut

Vi använder begreppen behandlare och terapeut synonymt i uppsatsen men har i första hand valt att tala om behandlare. Detta då våra informanter i sina yrkesutövanden som kuratorer inte bara har en terapeutisk roll utan även axlar ett vidare psykosocialt ansvar för sina patienter.

3.2.7 Patient och person med psykisk ohälsa

I uppsatsen används begreppet patient, på grund av att det är det vanligaste ordet för att beskriva personer som är i behov av vård. I litteratur vi tagit del av används andra begrepp för att beskriva samma kategori människor, exempelvis klient eller brukare. Vi har i uppsatsen genomgående använt begreppet ”person med psykisk ohälsa”. I den litteratur vi tagit del av används även termer som psykisk störning, psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder. Benämningen en ”person med psykisk ohälsa” anser vi är ett mindre stigmatiserande begrepp än de andra, men vi är medvetna om att det även är en något vagare definition än de andra

⁶⁰ Ibid.

⁶¹ Ibid.

⁶² Egidius, *Psykologi lexikon*.

⁶³ *Nationalencyklopedin* (Höganäs: Bra Böcker AB, 1993).

nämnda begreppen. De patienter som åsyftas i denna uppsats har en psykisk ohälsa som kräver någon slags behandling i psykiatrisk öppenvård.

I detta kapitel ges en översikt av tidigare forskning och litteratur som har relevans utifrån uppsatsens ämnesområde. Dels presenteras en rådande diskurs om ramar och gränser i professionella behandlingsrelationer och dels redovisas resultat från återhämtningsforskning.

4. Forskningsöversikt och litteraturstudier

4.1 Ramar, gränser och överträdelser i behandlingsrelationer

4.1.1 Vetenskapliga artiklar

När vi har sökt artiklar som berör ramar och gränser i behandlingsrelationer ur vetenskapliga tidskrifter via databassökningar har vi funnit ett relativt litet utbud. I de artiklar vi tagit del av behandlas i de flesta fall ramar och gränser som en naturligt given del i en behandlingsrelation. Artiklarna belyser ämnet från olika infallsvinklar med den gemensamma nämnaren att gränser betraktas som något som bör upprättas för att skydda patienten från risker för exploatering och maktövergrepp. Det betonas att gränssättning är en viktig del av att ha patientens bästa som norm för behandlingsarbete.

Peternelj-Taylor och Yonge⁶⁴ tar upp vikten av att skapa och upprätthålla gränser för behandling i relationen mellan psykiatrisjuksköterskor och deras patienter.⁶⁵ Författarna utgår från en översikt av ämnesrelaterad litteratur och de avser att ge en bild av den rådande diskursen kring ram- och gränssättning. Peternelj-Taylor och Yonge menar att de svårigheter som hänger samman med gränsdragningsproblematik anses utgöra en risk i arbetet för samtliga professioner inom det psykiatriska fältet. De uttrycker vidare att gränserna i en behandlingsrelation metaforiskt kan ses som väggarna i en byggnad och att det är genom att skapa och upprätthålla terapeutiska gränser som ett tryggt relationellt rum kan uppstå varit patienten och terapeuten kan undersöka behandlingsmöjligheterna från en neutral position.

Den åtskillnad som görs mellan gränsöverträdelser och regelbrott i den aktuella diskussionen kring gränser i behandlingsrelationer diskuteras.⁶⁶ Ytterligare en diskurs som beskrivs är den som betonar den professionellas ansvar som förtroendeman, eller betrodd person, gentemot patienten.⁶⁷ Här ligger tonvikten på att en behandlingsrelation är av asymmetrisk karaktär och att denna maktobalans inte kan förbises. I detta sammanhang ses gränsdragnings som en viktig faktor i det arbete den professionella skall utföra i patientens bästa intresse.

I samband med de svårigheter som föreligger, med att utarbeta gränser och förhålla sig till olika gränsdragningsituationer i behandlingsrelationer, beskrivs att det har gjorts försök till att utarbeta generella riktlinjer kring dessa förfaranden. En rad olika varningar har utfärdats, bland annat inför att som professionell vara för självutlämnande inför patienter. Vidare finns det åsikter om att fysisk beröring, bortsett från handslag, aldrig är tillrådligt i en behandlings-

⁶⁴ Cindy A. Peternelj-Taylor och Olive Yonge, "Exploring Boundaries in the Nurse-Client Relationship: Professional Roles and Responsibilities." *Perspectives in Psychiatric Care* 2, (2003).

⁶⁵ Cindy A. Peternelj-Taylor: Professor of College of Nursing, University of Saskatchewan, Canada. Olive Yonge: Professor, Faculty of Nursing, University of Alberta, Canada.

⁶⁶ Gränsöverträdelser är översatt från engelskans boundary crossing. Regelbrott är översatt från engelskans boundary violation. Dessa begrepp har samma betydelse under hela avsnitt 4.1.2.

⁶⁷ Förtroendeman är översatt från engelskans fiduciary responsibility.

relation samt att det aldrig anses vara acceptabelt att anta en dubbel roll gentemot en patient, som exempelvis genom att inleda en relation av privat karaktär jämsides med den professionella relationen. Det dryftas också att riktlinjer som dessa uppfattas som en trygghet i den professionella rollen av vissa yrkesutövande, medan andra upplever att fixerade regler är hämmande och upplevs som alltför snäva och oflexibla.⁶⁸

Även Brendel et al.⁶⁹ lyfter upp frågor om etiska dilemman kring gränsdragning i relationen mellan patient och behandlare inom psykiatrisk vård.⁷⁰ De menar att ingen professionell relation är så komplex som den mellan psykiatriska behandlare och patienter eftersom den i så stor utsträckning definieras av parternas respektive roller. Det är genom att stanna inom dessa roller som patienten och behandlaren etablerar de gränser som ligger till grund för relationen och etiska dilemman uppstår när dessa gränser rubbas eller störs, exempelvis då patienten erbjuder behandlaren en gåva. Andra frågor kring gränsdragning som exemplifieras är huruvida det är acceptabelt att ge en patient en kram eller att skjutsa hem en patient.

Brendel et al. talar om ett vitt spann av gränsöverträdelser från tydliga regelbrott till mer accepterade gränsöverträdelser som kan gagna patienten och poängterar att gränskalan är svårbestämd. Detta innebär att det inte finns några färdiga mallar för hur man skall hantera situationer som rör gränsdragningar. Författarna förespråkar ett pragmatiskt förhållningssätt där stor hänsyn skall tas till den kontext som frågan uppstår i. Varje situation måste avgöras utifrån hur relationen mellan behandlare och patient ser ut, vilka motiv som kan ligga bakom handlingen från patientens sida och vilka konsekvenserna kan tänkas bli. Brendel et al. menar att dessa frågor är problematiska och viktiga att diskutera i alla vårdssituationer men att det är särskilt känsligt inom det psykiatriska fältet, där relationen mellan patient och behandlare ofta är mycket laddad, varför de etiska dimensionerna berörs på ett djupare plan.⁷¹

Reamer⁷² framställer även han etiska problem, relaterade till de professionella gränserna inom socialt arbete, som problematiska.⁷³ Här fokuseras gränsdragningsproblematiken främst kring problemet som uppstår om en socialarbetare intar en dubbel roll gentemot sina klienter, vilket i så fall medför en intressekonflikt mellan dessa olika roller. Författaren hänvisar även till uppdelningen mellan regelbrott och gränsöverträdelser och utvecklar dessa begrepp vidare. Reamer anser att ett regelbrott inträffar när en socialarbetare beter sig manipulativt, exploaterande eller missledande mot en klient. Sexuella relationer med en klient är ett exempel som hamnar inom denna kategori och är därför alltid att betrakta som ett oetiskt regelbrott.

En gränsöverträdelse inträffar å andra sidan när en socialarbetare är involverad i en dubbel roll gentemot en klient utan att ha ett medvetet, manipulativt eller exploaterande syfte. Gränsöverträdelser behöver således inte alltid vara oetiska till sin natur. Konsekvenserna av gränsöverträdelser kan antingen vara skadande, positiva eller neutrala. Gränsöverträdande beteende är skadande när det får negativa konsekvenser för klienten, kollegor eller för socialarbetaren själv. Om en socialarbetare berättar intima detaljer om sitt privatliv för en klient kan

⁶⁸ Peternelj-Taylor och Yonge, "Exploring Boundaries in the Nurse-Client Relationship."

⁶⁹ David H. Brendel et al.: Medlemmar i en etisk kommitté vid McLean Hospital, Belmont, USA.

⁷⁰ David H. Brendel et al., "The Price of a Gift: An Approach to Receiving Gifts From Patients in Psychiatric Practice." *Harvard Review of Psychiatry* 2, (2007).

⁷¹ Ibid.

⁷² Frederic G. Reamer: Professor, School of Social Work, Rhode Island College, USA.

⁷³ Frederic G. Reamer, "Boundary Issues in Social Work: Managing Dual Relationships." *Social Work* 1, (2003).

denna gränsöverträdelse enligt Reamer bli förvirrande och få negativa konsekvenser för klientens del.

Reamer kategoriserar in gränsdragningsproblem i fem olika grupper och skiljer mellan att som socialarbetare inleda intima relationer, försöka tillfoga sig egen vinning, skapa en beroendeställning från klientens sida, utföra en altruistisk handling utöver vad arbetet kräver eller att gå utanför gränser i oväntade situationer som fordrar det. Författaren menar vidare att det är viktigt att socialarbetare kan skilja på vilka gränsöverträdelser som är etiskt försvarbara och beskriver kriterier för oetiska gränsöverträdelser som; att de hindrar den professionella diskretionen, hindrar socialarbetaren från ett objektivet bedömning, exploaterar eller skadar klienter, kollegor eller andra parter.⁷⁴

4.1.2 Litteratur

I den övriga litteratur vi har tagit del av inför denna uppsats ser vi att de relationella dimensionerna av behandlingsarbete diskuteras och problematiseras utifrån olika aspekter samt att begreppen ramar och gränser berörs från olika perspektiv och infallsvinklar.

Zur lyfter fram tre dominerande invändningar mot gränsöverträdande beteende i den rådande diskursen inom psykoterapifältet.⁷⁵ Den första invändningen handlar om den maktobalans som en behandlingsrelation per definition bygger på vilket medför att gränsöverträdelser kan leda till ett exploaterande av patienten, som ses som den svagare parten i relationen. Maktövertaget hos behandlaren anses ligga i den kunskap som inbegrips i expertrollen samt i det faktum att patienten ingår i behandlingsrelationen när denne befinner sig i ett sjukdoms- eller krisstillstånd och därför antar en beroendeställning gentemot behandlaren. Den andra invändningen mot gränsöverskridande beteenden utgår från en tanke om att det har en upptrappningseffekt. Om behandlaren börjar med att överstiga till synes harmlösa gränser så anses risken stor att detta leder till flera gränsdragningsituationer där beteendet eskalerar och att fler gränser överskrids. Den tredje invändningen som Zur redogör för springer ur den psykoterapeutiska idén om behandlaren som överföringsobjekt för patienten. En vanligt förekommande uppfattning hos psykoterapeuter är att gränsöverskridande beteende kontaminerar behandlingsrollen och förstör möjligheten för patienten att använda terapeuten som överföringsobjekt.⁷⁶

Tudor-Sandahl⁷⁷, som är förankrad i ett objektrelationsteoretiskt perspektiv, anser att psykoterapeutiskt arbete måste bedrivas inom vissa ramar och regler.⁷⁸ Hon menar att en bestämd struktur, som anger den terapeutiska situationen rörande exempelvis överenskommelser om tid och plats för behandlingen, med nödvändighet bör finnas. Tudor-Sandahl poängterar dock att ramar och gränser i en behandlingsrelation alltid är relativa och att behandlare bör fråga sig i vilket syfte samt för vems skull de satts och utifrån detta ta ställning till hur de skall förhålla sig till dem, istället för att per automatik tillämpa på förhand givna regler. Ett flexibelt förhållningssätt baserat på en känslighet och lyhördhet för varje enskild patients behov är enligt författaren rekommendabelt och hon anser att rambrott bör få förekomma när det ligger i patientens intresse. Exempel på sådana accepterade rambrott är att överskrida tiden för en behandlingssession, att träffas oftare eller under andra former än vad som vanligen sker liksom att det i vissa fall kan vara motiverat att terapeuten svarar på en

⁷⁴ Ibid.

⁷⁵ Zur, *Boundaries in Psychotherapy*.

⁷⁶ Ibid.

⁷⁷ Patricia Tudor-Sandahl: fil. Dr. i pedagogik, legitimerad psykolog och psykoterapeut.

⁷⁸ Tudor-Sandahl, *Den fängslande verkligheten*.

personlig fråga. Alla gränsdragningsituationer bör bedömas utifrån inställningen att reglerna är till för patienterna, inte tvärt om, och att varje patient måste bemötas utifrån sin individuella förutsättning och inte utifrån en mall. Beslut om var gränserna går måste fattas från situation till situation. Varje behandlare måste utveckla ett individuellt förhållningssätt där tekniker och teorier får en underordnad position i förhållande till det egna ställningstagandet. Behandlans ansvar att göra dessa val kan inte frångöras genom att den professionella hänvisar till angivna regler. Tudor-Sandahl lyfter fram åsikten att många av de regler, ramar och gränser som efterföljts i linje med klassisk teori snarare har sin grund i behandlans behov än patientens. Ett överdrivet professionellt förhållningssätt kan enligt författaren dessutom verka antiterapeutiskt om det föranleder att patienten känner sig avvisad.⁷⁹

Tudor-Sandahl ger vidare uttryck för att det ofta kan finnas en skillnad mellan hur terapeuter agerar i praktiken i förhållande till sina patienter och hur tror att de bör göra, eller ger sken av att göra, för att få respekt från sina kollegor. Det kan således vara så att teori och praktik inte alltid stämmer överens med varandra. Det förväntas att blivande psykoterapeuter under utbildningens gång införlivar ett visst förhållningssätt som ska utgöra den professionella grunden. Därför är det knappast förvånande att många psykoterapeuter inte berättar om alla de rambrott som de gör. Tudor-Sandahl tror att många terapeuter är mer radikala i praktiken än vad de förmedlar utåt.⁸⁰

Yalom⁸¹ förespråkar att terapeutiska relationer ska baseras på ”*engagemang, öppenhet och jämlikhet.*”⁸² Då varje ny terapeut - patientrelation är unik ställs stora krav på flexibilitet och lyhördhet från psykoterapeutens sida. Enligt honom är det psykoterapeuter fruktar mest gällande personlig öppenhet i behandlingsrelationer att det inte ska finnas någon gräns när väl dörren öppnats en gång. Att patienterna inte nöjer sig med det terapeuten valt att berätta utan vill ha ytterligare information om sin behandlare. Denna rädsla som många psykoterapeuter tar upp anser Yalom vara obefogad. Hans erfarenhet är att patienter nöjer sig med det han berättat och att de inte kräver att han ska ge ytterligare information. Yalom anser vidare att det inte går att skapa äkta kontakt med andra människor genom att själv vara oåtkomlig och han anser därför att det är viktigt att psykoterapeuter besvarar direkta frågor från sina patienter. Han menar att det alltid gynnat den terapeutiska relationen när han själv berättat om sina egna erfarenheter och självinsikter. Yalom menar även att det är viktigt att inte vara rädd för fysisk beröring i terapier då det kan vara gynnsamt för patienter om det sker under förutsättning att psykoterapeuten är lyhörd för patientens egna gränser. Det patienterna uppfattar som positiva aspekter i terapier är enligt Yalom ofta av relationell karaktär, till exempel när en psykoterapeut gjort eller sagt något som överskridit den terapeutiska ramen. Det kan exempelvis handla om konkreta exempel på terapeutens närvaro och pålitlighet. Det patienter efteråt minns från psykoterapin de genomgått är psykoterapeutens positiva och stödjande kommentarer.⁸³

Wrangsjö anser att rörligheten och utrymmet i en behandlingsrelation hänger samman med terapeutens egen inre rörlighet och flexibilitet.⁸⁴ Desto större förmåga terapeuten har att urskilja vad som är väsentligt gällande ramar och gränser desto mer flexibel kan han förhålla sig till det övriga regelverket. Wrangsjö menar att ramar har en viktig betydelse i terapi men

⁷⁹ Ibid.

⁸⁰ Irvin D. Yalom, *Terapins gåva* (Stockholm: Natur och Kultur, 2002).

⁸¹ Irvin D. Yalom: Professor emeritus, Stanford University, USA. Psykiatriker och psykoterapeut.

⁸² Yalom, *Terapins gåva*, 25.

⁸³ Ibid.

⁸⁴ Björn Wrangsjö, *Mötas och växa – reflexioner kring psykoterapeutyrket* (Stockholm: Natur och kultur, 1990).

att ramarna kan se mycket olika ut, ett samtal behöver till exempel inte nödvändigtvis pågå i fyrtiofem minuter, strukturen behöver inte se likadan ut varje möte och så vidare. Varje behandlingsrelation skulle potentiellt sett kunna ha unika ramar som prövades fram i ett samarbete mellan terapeuten och patienten eftersom själva utformningen av ett etablerat ramverk inte har något egenvärde i sig. Wrangsjö menar att detta innebär att terapeuter bör utgå från att de principer om ramar och gränser de skolats in i säkerligen kan vara goda riktmärken men att den konkreta ramutformningen inte är helig. Han menar vidare att diskussionen kring ramar tidvis varit förvirrande då ramarnas potential har förväxlats med en ändamålsenlighet i själva utformandet av ett ramverk.⁸⁵

d'Elia⁸⁶ menar att relationen mellan patient och behandlare är en oersättlig förutsättning för en lyckad behandling och att det till stor del är relationens kvalitet som är avgörande för den terapeutiska framgången.⁸⁷ Angående gränser nämner han begreppet terapeutisk självexponering och avser då psykoterapeutens beredskap att förmedla personlig information, vilket han ser som en förutsättning för att en kontakt ska utvecklas från att vara opersonlig till att bli en djupare och stärkt terapeutisk allians. d'Elia poängterar att interventionen ska vara subtil och diskret och menar med det att terapeutens självexponering bör vara rimlig och användas restriktivt. De terapeutiska syftena med behandlaren självexponering är förutom att stärka alliansen genom att terapeuten framstår som en person, att göra behandlingsrelationen mer jämlik och ömsesidig, att normalisera och validera patientens upplevelser samt att inbjuda till öppenhet. Författaren redogör för att självexponering tidigare uppfattats som kontroversiellt då det traditionellt sett förespråkats en mer restriktiv hållning kring terapeutens egen person, men att forskning från flera håll nu visar på positiva erfarenheter av terapeutisk självexponering.⁸⁸

Frågan kring hur personlig en behandlare bör vara förs fram även av Lennéer-Axelsson och Thylefors.⁸⁹ Författarna lyfter fram åsikten att den neutrala behandlarrollen, med ett distanserat förhållningssätt som tidigare förespråkats, från patientens sida kan upplevas som kränkande nonchalans och därav utgöra ett hinder för behandlingsrelationen. Lennéer-Axelsson och Thylefors menar att det i många fall kan vara motiverat att vara mer personlig som behandlare för att framträda som en verklig person inför patienten. De för även en intressant diskussion kring att det neutrala förhållningssätt som tidigare varit en metodfråga i takt med professionaliseringsstendensen kan ha blivit mer av en organisationsfråga. Detta genom att ett ökat tryck i vårdarbetet försvårar ett personligt förhållningssätt och kan ha lett till att personalen anammat ett neutralt och opersonligt synsätt för att förenkla och rutinisera arbetet. Lennéer-Axelsson och Thylefors resonerar kring möjligheten i att detta varit det underliggande motivet för att som behandlare inta ett neutralt förhållningssätt, snarare än att det skulle vara det mest gynnsamma för patienterna. Författarna redogör för att en vanlig aspekt som lyfts fram i den rådande diskussionen kring hur personlig en behandlare böra vara är att det kan finnas en risk att professionella, som träder över ramar och gränser, knyter patienten för tätt till sig och skapar ett beroende. Lennéer-Axelsson och Thylefors är dock av den åsikten att det krävs av behandlaren att denne är en tydlig person för att kunna utgöra ett verksamt identifikationsobjekt. De uttrycker vidare att behandlare inte ska vara rädda för att

⁸⁵ Ibid.

⁸⁶ Giacomo d'Elia: läkare, leg psykoterapeut och professor emeritus i psykiatri vid Universitetet i Bergen, Norge.

⁸⁷ Giacomo d'Elia, *Det kognitiva samtalet i vården* (Stockholm: Natur och kultur, 2004).

⁸⁸ Ibid.

⁸⁹ Lennéer-Axelsson och Thylefors, *Psykosocialt behandlingsarbete*.

bli en viktig person inför sin patient eftersom det är först när den professionella inte är så lätt utbytbar som behandlingskontakten kan utgöra en god grund att arbeta från.⁹⁰

4.2 Återhämningsforskning

Vi har vidare tagit del av ett par artiklar och studier som utgår från återhämningsprocesser för personer med psykisk ohälsa där olika faktorer som bidragit till deras återhämtning belyses. Återhämningsforskningen utgår från kvalitativa studier där intervjuer med psykiskt återhämtade patienter ligger till grund för empirin. I dessa forskningsresultat har vi valt att fokusera på de delar som rör behandlingsrelationer och de professionellas roll i relationen till patienten eftersom den aspekten är relevant för uppsatsen. I denna kontext åskådliggörs en betoning av hur viktigt det är med goda relationer mellan behandlare och patienter och frågan kring ramar och gränser i behandlingsrelationen problematiseras som någonting som kan verka hindrande för etablerandet av en verksam relation.

Mancini⁹¹ har i en studie undersökt vilka faktorer som har varit bidragande i återhämningsprocessen för psykiatriska patienter. I hans kvalitativa studie påvisas att samtliga av de femton informanterna som medverkat är av åsikten att stödjande relationer till professionella upplevts som mer avgörande för återhämtningen än specifika interventioner eller behandlingsmetoder. Stödjande personal beskrivs i termer av samarbetspartners där relationen karaktäriseras av respekt och har en ömsesidig karaktär.⁹²

Borg⁹³ har i en kvalitativ studie undersökt hur patienter som återhämtat sig från svåra psykiska störningar beskrivit för dem viktiga behandlingsrelationer. Studien baseras på sju djupintervjuer med psykiskt återhämtade personer där samtliga har diagnostiserats med psykossjukdom.⁹⁴

I studien framkommer det att goda behandlare är de som framstår mer som personer än som professioner och patienterna som intervjuats i studien lägger stor vikt vid de medmänskliga egenskaperna hos behandlarna. Goda behandlare beskrivs i termer av mänskliga drag och stor vikt har lagts vid oväntade saker som de professionella har gjort som ligger utanför den traditionella behandlarrollen. Behandlare som framställs som goda är således de som gått utanför den gängse ramen för vad professionella skall och inte skall göra, vilket från patienternas sida benämns som att de gjort någonting extra, någonting oväntat. Därigenom har behandlaren visat att de ser patienten som en unik person, att de ser vem patienten är och vilka personliga behov som föreligger. De professionella har mött en person i ett livssammanhang snarare än en diagnos.

Borg drar slutsatsen att verk samma relationer har bäst förutsättning att etableras när både patient och behandlare framstår som personer för varandra. I begreppet verk samma relationer innefattas ömsesidighet, förståelse och samarbete. Detta ses som en avgörande faktor i återhämningsprocessen för personer med psykisk ohälsa.⁹⁵

⁹⁰ Ibid.

⁹¹ Michael A Mancini: Professor, School of Social Work, St Louis University, USA.

⁹² Michael A. Mancini, "A Qualitative Study with Fifteen Psychiatric Survivors: The Role of Self-efficacy in Recovery from Serious Psychiatric Disabilities." *Qualitative Social Work* 6, (2007).

⁹³ Marit Borg: fil. Dr. vid Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Psykoterapeut.

⁹⁴ Borg, *Verk samma relationer*.

⁹⁵ Ibid.

Borg och Kristiansen⁹⁶ utgår från ett forskningsprojekt om hur psykiatriska patienter beskriver goda hjälpare och lyfter fram att det är när hjälparna utfört oväntade och överraskande handlingar och gester som deras agerande har varit värdefullt för patienterna.⁹⁷

Informanterna i studien lyfter fram exempel som handlar om hjälpare som lånat ut pengar, tagit emot presenter och liknande saker. Informanterna beskriver dessa goda hjälpare som omvårdande och stöttande och talar i termer av ömsesidighet och vänskaplighet. Borg och Kristiansen menar att personer i allmänhet ser på vänner som människor som är villiga att göra ansträngningar utöver det vanliga för att hjälpa och att informanternas syn på sina hjälpare inte skiljer sig nämnvärt från denna beskrivning. De pekar vidare på att företeelser som att ta emot presenter vanligen ses som olämpligt för en professionell hjälpare eftersom det anses kunna skada arbetsalliansen och bidra till en osund beroendeställning för patienten. Författarna är av åsikten att denna typ av gränser och regler borde diskuteras mer öppet i förhållande till vad som konstituerar en god behandlare snarare än att tas för givet.

Borg och Kristiansen poängterar att en kritisk fråga är huruvida brukarnas syn på vad goda hjälpare är matchar de professionellas föreställning om sin roll som specialist inom psykiatrisk vård och behandling. De menar att informanterna genom sina beskrivningar tydligt uttrycker att professionella riktlinjer, terapeutisk behandling och kunskap om psykisk sjukdom är underordnat och inte tillräckligt för att bidra på ett avgörande sätt i en återhämtningsprocess. Det verkligt avgörande värdet tillskrivs de hjälpare som har gått längre än vad som innefattas i den traditionella professionella rollen. Detta tycker författarna är en anmärkningsvärd paradox som väcker frågor kring vad professionalism är, eller kanske snarare, vad professionalism borde vara.⁹⁸

4.3 Sammanfattning av tidigare forskning och litteratur

I de vetenskapliga artiklarna vi tagit del av behandlas ram- och gränssättning som en grundläggande och obestridlig del i behandlingsrelationer och motiveras utifrån patientens behov av trygghet och skydd mot exploatering. En åtskillnad mellan gränsöverträdelser och regelbrott görs och en restriktiv hållning när det gäller ram- och gränsöverträdelser förmedlas. En annan aspekt som lyfts upp i litteraturen är risken för att gränsöverträdande beteende skulle ha en upptrappningseffekt.

Från andra perspektiv i litteraturen framkommer att ramar och gränser förvisso är en viktig del i en behandlingsrelation, men att ett flexibelt förhållningssätt baserat på varje enskild patients behov bör vara vägledande för professionella. Rambrott ses från denna synvinkel som något som kan vara rekommendabelt om det ligger i patientens intresse.

I återhämtningsforskningen problematiseras frågan om ramar och gränser utifrån ett patientperspektiv och det förmedlas att en för oflexibel och opersonlig behandlarroll kan verka hindrande för etablerandet av en gynnande behandlingsrelation. I denna kontext betonas vikten av att som behandlare våga träda över ramar och gränser för att framstå som en verklig person och förmedla en känsla av att vara unik och utvald till patienten, vilket ses som en förutsättning för verksam behandling.

⁹⁶ Kristjana Kristiansen: Associate professor, Department of Social Work and Health Science, Faculty of Social Sciences and Technology Management, Norwegian University of Science and Technology, Norway.

⁹⁷ Marit Borg och Kristjana Kristiansen, "Recovery-Oriented Professionals: Helping Relationships in Mental Health Services." *Journal of Mental Health* 5, (2004).

⁹⁸ Ibid.

I detta kapitel beskrivs uppsatsens teoretiska perspektiv. Inledningsvis presenteras ett kortfattat sammandrag av delar av Asplunds teori och sedan beskrivs Sundgren och Topors användning och bearbetning av teorin.

5. Teoretiskt perspektiv

Det teoretiska perspektiv vi valt att anlägga i vår undersökning utgår i grunden från Asplunds⁹⁹ socialpsykologiska teori som han utvecklar i verket *Det sociala livets elementära former*.¹⁰⁰ Det är nyckelbegreppet *social responsivitet* som står i fokus för vårt intresse.

Asplunds teori och begreppet social responsivitet har använts och bearbetats av Sundgren och Topor i boken *Social Psykiatri*.¹⁰¹ Dessa författare har utgått från Asplunds teori och applicerat delar av den i diskussioner kring psykisk ohälsa, återhämtning och professionellas roll i återhämtningsprocessen. Den teorianknytning, till begreppen *social responsivitet* samt *abstrakt- och konkret socialitet*, vi kommer att göra i denna uppsats springer således ur Asplunds teori men kommer att användas utifrån Sundgren och Topors bearbetade form.

Den återhämtningsforskning som Topor bygger sin teori utifrån bygger dels på djupintervjuer med 30 personer som tidigare vårdats inom den slutna psykiatriska vården, men som nu anses vara psykiskt återhämtade, och dels på samtal i två fokusgrupper med ett antal av de intervjuade personerna. Fokusgruppdiskussionerna har utgått från teman som bland annat berört hur professionella varit till hjälp vid återhämtningsprocessen för personer med psykisk ohälsa. Topors studie utgör en del i det så kallade återhämtningsprojektet.¹⁰²

5.1 Asplunds teori om social responsivitet

I sitt verk *Det sociala livets elementära former* utvecklar Asplund en allmän socialpsykologisk teori med nyckelbegreppen *socialitet* och *responsivitet* som bas. Kombinationen av dessa två begrepp, det vill säga *social responsivitet*, utgör teorins kärna. Begreppen kommer från latinets *socialis* och *respondere* som kan översättas som *sällskaplig* respektive *svara*. Asplunds teori berör således människans sällskaplighet och hennes förmåga att svara eller respondera på andra människor. Teorin innefattar även dessa begrepp i dubbel mening genom att dess motsatspar lyfts fram: *socialitet* – *asocialitet* samt *responsivitet* – *responslöshet*. Detta för att teorin skall kunna beskriva inskränkningar i människors förmåga till social responsivitet. Motsatsen till social responsivitet benämns som *asocial responslöshet*. Asplunds utgångspunkt är att människor som individer är både sociala och asociala, både responsiva och responslösa.

Asplund utvecklar ytterligare två begrepp i sin teori om social responsivitet som vi finner intressanta för vår empiri, nämligen *abstrakt socialitet* och *konkret socialitet*. Enligt vår förståelse av Asplunds begreppsdefinition så avser abstrakt socialitet de typer av

⁹⁹ Johan Asplund: Professor emeritus vid Lunds universitet, sociolog och socialpsykolog.

¹⁰⁰ Johan Asplund, *Det sociala livets elementära former* (Göteborg: Bokförlaget Korpen, 1987).

¹⁰¹ Magnus Sundgren: Socionom, ordförande i Socialpsykiatriskt Forum, fd. socialchef Stockholms socialförvaltning. Alain Topor: fil. Dr., chef FoU-enheten psykiatri södra, Stockholms universitet.

¹⁰² Återhämtningsprojektet bedrevs av Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, Forskningsstiftelsen Humlan och FoU-enheten vid SPO Psykiatri Södra, Stockholms läns landsting.

mellanmänskliga relationer som inte innehåller några personliga komponenter, medan konkret socialitet avser relationer av informell personlig karaktär. I samband med detta talar Asplund även om det från sociologin härstammande begreppet *roll* och menar att när en person uppfattar sig som en rollinnehavare så har denne övergått från att vara en konkret individ till att vara en abstrakt samhällsvarelse.¹⁰³

5.2 Sundgrens och Topors utveckling av begreppen social responsivitet samt abstrakt och konkret socialitet

Sundgren och Topor utvecklar Asplunds teori om social responsivitet och applicerar begreppen på forskning rörande personer med psykisk ohälsa i boken *Social psykiatri*. Den sociala responsiviteten är liktydig med en persons benägenhet att svara på en annan människa och Sundgren menar att responsiviteten är en mellanmänsklig företeelse och ett växelspel som endast kan förekomma i samvaro med andra. Oavsett eventuell språklig kommunikation kommunicerar två personer när de förhåller sig socialt responsiva gentemot varandra.¹⁰⁴

Topor beskriver abstrakt och konkret socialitet som två olika typer av sociala relationer människor emellan.¹⁰⁵ Abstrakt är den sociala relation där individerna som samspelar är utbytbara för varandra, där det inte finns något personligt i relationen och där relationen bara berättigas utifrån sitt ändamål. Människor utvecklar en abstrakt socialitet i relationer där de uppträder inför varandra som socialt abstrakta samhällsvarelser utan personlig förbindelse, exempelvis i rollerna som kund och expedit. Konkret är en relation däremot när den är personlig och till stor del bygger på spontanitet, det vill säga att utbytet inte kan planeras i förväg. I en konkret relation kan ingen av parterna ersättas av någon annan och en känsla av ömsesidighet föreligger. Konkret social responsivitet återfinns oftast inom privatlivets sfär, mellan vänner och familjemedlemmar, men kan ibland finnas även i relationer som oftare tenderar att vara abstrakta till sin karaktär. Topor menar att människor behöver både abstrakta och konkreta sociala relationer och att pendlingen mellan de olika formerna av relationer är en viktig del av ett socialt liv.¹⁰⁶

5.2.1 Abstrakt och konkret socialitet vid psykisk ohälsa

Enligt Topor tenderar det sociala nätverket för personer med svåra psykiska problem ofta att krympa och sammansättningen förändras till att innehålla allt fler professionella kontakter, då tidigare vänner och anhöriga kanske drar sig undan. Det handlar inte bara om att olika personer ersätter varandra, det inträffar samtidigt en djupgående förändring av relationernas karaktär. Andelen relationer där förhållandet är opersonligt och instrumentellt, det vill säga abstrakt med Asplunds terminologi, ökar. Detta innebär att personens sociala interaktion i allt större utsträckning består av möten präglade av en abstrakt social responsivitet, vilket leder till att vardagen riskerar att tömmas på spontana och ömsesidiga relationer med konkreta personer.

Personer som återhämtat sig från psykisk ohälsa har i sina berättelser om viktiga händelser som haft stor betydelse för deras återhämtning lyft fram möten med professionella som bär prägeln av konkret socialitet. Dessa möten har inte sällan beskrivits i kontrast till upplevelser

¹⁰³ Asplund, *Det sociala livets elementära former*.

¹⁰⁴ Magnus Sundgren, "Den sociala blicken – att se det förbisedda" i *Social Psykiatri*, red. Sundgren och Topor (Stockholm: Bonnier utbildning, 2005).

¹⁰⁵ Alain Topor, "Återhämtning från svåra psykiska problem – bidragande faktorer" i *Social Psykiatri*, red. Sundgren och Topor (Stockholm: Bonnier utbildning, 2005).

¹⁰⁶ Ibid.; idem, *Vad hjälper?*

av möten inom vården som haft formen av abstrakt socialitet. Sundgren nämner ett exempel där en mentalskötare kliver ur den abstrakta socialitetens form genom att bryta en regel när en patient uttryckt ett behov av en sådan handling. Därigenom etablerar mentalskötaren sig som subjekt och träder in i en konkret socialitet. Den sociala responsiviteten går i det fallet från att vara abstrakt till att bli konkret.¹⁰⁷

Topor har genom sin forskning kommit fram till att det, för återhämtningsprocessen hos personer med psykisk ohälsa, är avgörande om de professionella mötena inom vården har en karaktär av abstrakt eller konkret social responsivitet. Forskningsresultaten visar att det är när de professionella relationerna mellan personal och patient antar en konkret form som relationen bidrar till återhämtning. Det är först när den professionella gör något mer eller något annat än vad den förväntas göra som den framträder som en konkret person. När en professionell gör mer eller andra saker för en patient än vad som normalt innefattas i kontakten uppfattas detta vanligtvis som ett regelbrott och att den professionella tar en personlig risk, vilket skapar en känsla hos patienten av att vara utvald och unik. Kontentan i Topors resonemang är således att det är att när professionella personer betar sig "oprofessionellt" och bryter mot de regler som förekommer på arbetsplatsen som de kan bidra till återhämtningsprocessen.

Ett antal paradoxer framkommer i förhållandet mellan den kunskap som traditionellt förmedlats till professionella och den kunskap som återhämtande ger uttryck för utifrån sina erfarenheter. En av paradoxerna består i att den vägledande principen inom den psykiatriska vården, att alla patienter har rätt till samma behandling och bemötande, kolliderar med de återhämtades berättelser som visar att känslan av att vara sedd ofta varit relaterad till en upplevelse av att få ett unikt bemötande. Utifrån detta framför Topor att regler förvisso är väsentliga i professionella sammanhang men att det är viktigt att kunna ifrågasätta innehållet i ett regelverk och att även regelbrotten behövs och bör ha sin plats. Han anser vidare att det är viktigt att inte avfärda regelbrott som "oprofessionellt" beteende då återhämtningsforskning visar på att det är dessa överträdelser från behandlarnas sida som varit viktiga vändpunkter i återhämtningsprocessen.¹⁰⁸

5.2.2 Professionalitet i förhållande till abstrakt och konkret socialitet

Ett distanserat förhållningssätt från de professionellas sida, till de problem och människor de möter i sitt arbete, är en central del i den bild som finns av professionalitetsbegreppet inom det psykiatriska fältet enligt Topor. De professionella förväntas inte bli personligt engagerade i de öden de får ta del av i sitt arbete och föreställningen är att neutraliteten innebär att den professionella kan behandla alla patienter lika, något som förespråkas. En viktig aspekt av professionalitet som förmedlas inom det psykiatriska området är att den professionella skall kunna behålla kontrollen över sig själv i sin relation till patienten. Tyngdpunkten läggs därmed vid att den professionellas ord och handlingar skall föregås av en medvetenhet och bygga på medvetna val. Detta innebär att en professionell aldrig kan vara spontan eftersom den öppenhet han visar är kontrollerad och endast ett verktyg för att kunna skapa en bättre kontakt med patienten. Motbilden till detta blir således att det är oprofessionellt att inte vara medveten om sina handlingar och därmed riskera att förlora kontrollen över både sig själv och situationen. Den professionalitet som återfinns i kursböcker inom det psykiatriska området är inte problemfri, däremot diskuteras nästan aldrig dessa problem.¹⁰⁹

¹⁰⁷ Sundgren, "Den sociala blicken".

¹⁰⁸ Topor, "Återhämtning från svåra psykiska problem".

¹⁰⁹ Topor, *Vad hjälper?*

Topor anser att den traditionella professionaliteten bör kompletteras med en ny form av professionalism. Den traditionella professionaliteten är liktydig med en abstrakt social responsivitet medan den nya formen av professionalitet har karaktären av en konkret socialitet. De olika sätten att bedriva ett professionellt arbete på, för att hjälpa personer med psykisk ohälsa, beskrivs utifrån några motsatta förhållningssätt. Begrepp som används för att beskriva den abstrakta professionaliteten är: *distans, neutralitet, ensidighet och objektivitet*. För att beskriva den konkreta professionaliteten används begrepp som: *närhet, engagemang, ömsesidighet och subjektivitet*.¹¹⁰

Regelbrott i relationen mellan professionella och patienter har genom historien ofta reducerats till felsteg och misstag från den professionellas sida. Synen på regelbrott har varit att den professionella genom att förlora kontrollen blivit oprofessionell och därmed även riskerat att åsamka patienten skada. Topor anser att en motbild till detta är att regelbrotten kan spegla viktiga och positiva aspekter av mänskligt samspel och att de därför inte per definition bör betraktas som missgrepp och tecken på bristande professionalitet. *"Det arbete som betraktas som oprofessionellt kan mycket väl vara ytterst professionellt och verksamt"*.¹¹¹

5.2.3 "Som-vänskaps-professionalitet"

Topor menar att en vanlig föreställning inom professionalitetsdiskursen utgår från att det föreligger en olöslig konflikt *"mellan de professionellas villkor, verksamheternas regeluppsättningar och brukarnas beskrivningar av sina liv som riskerar att tömmas just på vänskap och kärlek"*.¹¹² De professionella kan per definition inte erbjuda vänskap och kärlek, då de har fått betalt för att möta brukarna. Denna motsägelse mellan professionalitetens villkor och brukarnas behov, som framkommer på en formell nivå, är inte en motsägelse i praktiken. Merparten av de patienter som beskriver speciella och hjälpande relationer talar om "som vänskap" och "som kompisskap". Hjälpande professionella beskrivs i termer av "som en far" eller "som en mormor". Detta antyder, enligt Topor, att det varken handlar om vanlig vänskap, släktskap eller om traditionella professionella relationer. Patienterna talar om ett mellanting där de professionella relationerna inte är vänskap, men innehåller vissa inslag som återfinns i ett vanligt vänskapsförhållande.

Topor menar att i de fall där professionella träder utanför ramar och gränser så kan det bero på att de inte alltid orkar eller vill upprätthålla den formella professionaliteten gentemot alla patienter. Ibland uppstår en slags attraktion mellan en patient och den professionella vilket leder till att deras relation byter karaktär från abstrakt till konkret social responsivitet, där båda blir personer inför varandra.¹¹³

5.3 Val och användning av teoretiskt perspektiv

Det teoretiska perspektivet i uppsatsen är valt med anledning av att vi initialt intresserade oss för det patientperspektiv som förmedlades i återhämtningsforskningens resultat. Topor har i sin forskning använt sig av begreppet social responsivitet för att belysa hur de professionellas roll, i mötet med personer med psykisk ohälsa, upplevs av dessa personer. Då vi föresatt oss att undersöka behandlares inställning till ramar och gränser i behandlingsrelationer ansåg vi att Topors teoretiska perspektiv och begrepp vore intressant att använda även utifrån de

¹¹⁰ Ibid., 227.

¹¹¹ Topor, "Återhämtning från svåra psykiska problem", 170.

¹¹² Topor, *Vad hjälper?*, 223.

¹¹³ Ibid.

professionellas perspektiv. Detta för att kunna urskilja om Topors analys av begreppen abstrakt och konkret social responsivitet är applicerbar även utifrån ett behandlarperspektiv.

Vi anser att valet av teoretiskt perspektiv även är relevant utifrån att Asplunds teoretiska begrepp social responsivitet bildar en tydlig och begriplig metafor för kommunikationen och kontakten i en behandlingsrelation. Begreppet social responsivitet och dess uppdelning i abstrakt och konkret socialitet menar vi berättar något essentiellt om vilka former en behandlingsrelation kan anta. Sundgren och Topors vidareutveckling av begreppen konkret och abstrakt socialitet anser vi kan förklara och belysa vår empiri på ett sätt som fördjupar förståelsen för de resultat vi har kommit fram till. Med hjälp av den innebörd Sundgren och Topor har tillskrivit begreppen abstrakt och konkret socialitet anser vi att vi kan sätta in ramar och gränser i ett sammanhang där de får en tydlig anknytning till den relationella aspekten av behandlingsarbetet, vilket varit vår föresats. Vi kan således bättre förstå hur ram- och gränssättning såväl som överträdande av ramar och gränser påverkar en behandlingsrelation.

Topors användning av begreppen för att beskriva och kategorisera de två formerna av professionalitet, som han skiljer mellan, anser vi vidare är relevant för vår uppsats då en av våra frågeställningar handlar om hur förhållningssättet till ramar och gränser är kopplat till synen på professionalitet.

Vi kommer utifrån det teoretiska perspektivet att redovisa vår empiri, analysera materialet samt besvara uppsatsens frågeställningar med begreppen abstrakt och konkret socialitet som utgångspunkt. Den distinktion Topor gör mellan den traditionella abstrakta professionaliteten och den kompletterande konkreta professionaliteten kommer att utgöra en jämförelsegrund i vår analys. Empirin kommer även att relateras till tidigare forskning, som presenterats i föregående kapitel, för att i de partier det är relevant ge en mer mångfasetterad bild av resultatet.

5.3.1 Reflektioner kring det teoretiska perspektivet

Återhämtningsforskningen är bedriven utifrån ett patientperspektiv medan våra informanter är behandlare inom psykiatrin. Denna skillnad i empiri kan innebära att den teoretiska ansats vi valt, med abstrakt och konkret social responsivitet, inte är applicerbar så som Topor ursprungligen menade. En ytterligare aspekt av detta är att det inte närmare i återhämtningsforskningen anges vilka yrkeskategorier de professionella hjälpare som patienterna talar om tillhör. Då den informationen saknas är det svårt att veta ifall den yrkesgrupp vi valt att undersöka, kuratorer inom öppenvård psykiatrin, finns med bland de professionella hjälpare som patienterna i forskningen nämner som goda behandlare. Möjligen har andra professionella hjälpare, som arbetar inom andra områden och på annat sätt, lättare att anta en konkret socialitet än vad kuratorer inom öppenvård psykiatrin har.

Återhämtningsforskningen är främst baserad på studier av personer med psykosjukdomar. Våra informanter arbetar inom både psykossektionen och den allmänpsykiatriska öppenvården vilket innebär att de möter patienter med varierande diagnoser. Vi är medvetna om att de professionellas förhållningssätt och inställning till ramar och gränser skiljer sig åt beroende på vilken patientgrupp kuratorerna möter. Vi anser dock att det i stor utsträckning torde finnas en giltighet i Topors resonemang om att alla människor behöver känna sig unika och mötas med en konkret responsivitet, oberoende av vilken diagnos en person med psykisk ohälsa har.

I detta kapitel kommer resultaten av intervjumaterialet att redovisas. Resultatredovisningen presenteras utifrån uppsatsens frågeställningar och centrala teman i empirin. En löpande analys och tolkning görs utifrån det teoretiska perspektivet samt den tidigare forskningen.

6. Resultatredovisning och analys

När vi presenterat citat i resultatredovisningen har vi i vissa fall varsamt exkluderat delar av utsagor som kunnat medföra ett igenkännande av informanten. Vi har som nämnt använt oss av meningskoncentrering vilket inneburit att vi i vissa citat har reducerat delar av meningar för att öka tydligheten i det budskap som förmedlas. Dock har inga citat redigerats på ett sätt som skulle kunna medföra en innebördsförvrängning. I de fall då delar av en längre utsaga klippts bort har detta markerats med figuren; (...) för att påvisa att citatet inte framställs i sin helhet. I de fall där det i ett citat kan uppstå en otydlighet kring syftet har en förklarande anmärkning infogats. I dessa fall har anmärkningen markerats genom att det ställts inom; [...]. I de flesta fall har endast ett citat valts ut, bland flera möjliga, för att på ett tydligt sätt spegla empirin vilket följer Kvales rekommendation vid citatredovisning i uppsatser.¹¹⁴ Citat och enstaka ord som lyfts fram från empirin har kursiverats.

I resultatredovisningen har olika mängdenheter vid ett par tillfällen använts för att ange hur stor del av informantgruppen som uttryckt en åsikt. När vi skrivit *majoriteten*, *de flesta* eller *många av* avser vi fem eller fler av kuratorerna. När *några av*, *vissa* eller *flera* används motsvarar det två till fyra informanter. Då detta är en kvalitativ undersökning har informanterna uttalat sig på olika sätt kring intervjufrågorna. En exakt bedömning av hur många som tycker en viss sak i alla frågor är därför inte möjlig att göra eller intressant utifrån uppsatsens kvalitativa syfte.

6.1 Exempel på vanliga rambrott och gränsöverträdelser

Vi inleder detta avsnitt med att exemplifiera vilka ramar och gränser kuratorerna anger att de förhåller sig till och vilka rambrott och gränsöverträdelser de talade om i intervjuerna. Det kommer inte att göras någon teoretisk anknytning i denna del, då stycket endast presenteras för att skapa en förståelse för vilka exempel som kuratorerna utgår från i sina resonemang i övriga delar av resultatredovisningen.

De exempel som kuratorerna lyfte fram när vi efterfrågade vilka former av ram- och gränsöverträdelser som kan förekomma fokuserades framförallt på olika typer av rambrott. Vi antar att detta främst beror på att kuratorerna tänker på ramar som något mer påtagligt än gränser, varför de har lättare att exemplifiera och beskriva olika former av rambrott än gränsöverträdelser.

6.1.1 Tidsaspekten

De ramar som kuratorerna talar om rör i första hand tidsaspekten. Det handlar om att hålla avsatta tider, att komma i tid men även att avsluta besöket enligt överenskomna tidsangivelser. Majoriteten av kuratorerna förmedlar att de är noga med att hålla sig inom ramen för behandlingstiden.

¹¹⁴ Kvale, *Den kvalitativa forskningsintervjun*.

Katarina säger som exempel på detta: *"Har man en tid på 45-50 minuter så har man det och det kanske låter hemskt fyrkantigt men jag kan ibland tänja det fem minuter, men absolut inte mer"*.

6.1.2 Hembesök och möten utanför mottagningen

Exempel på rambrott som framkommer är att göra hembesök eller att följa med patienter på åtaganden utanför mottagningen. I de fall där hembesök görs framkommer beskrivningar av att det är positivt eftersom patienten då kan ses i sitt eget sammanhang vilket vidgar behandlaren bild av patientens situation. En annan aspekt som lyfts är att det dock är svårare att hålla sig till ramar och gränser på patientens egen arena.

Anna uttrycker att: *"Det är inte lika tydligt att jag är där i min roll som professionell när man sitter och dricker kaffe vid köksbordet"*.

6.1.3 Kroppskontakt

Andra gränser som diskuteras handlar om kroppskontakt, exempelvis att krama en patient. Flera av kuratorerna menar att det känns mest bekvämt att undvika kramar och beröring, men nämner att om en patient undantagsvis tar initiativet till en kram så besvaras den. I diskussioner kring denna fråga lyfts både behandlaren och patientens integritet fram.

Birgitta talar om sin egen känsla: *"Det här med kroppskontakt, att ta på, det är egentligen så att jag känner att det går över min gräns. Jag känner mig inte bekväm med det"*.

6.1.4 Att låna ut pengar och ta emot gåvor

Ytterligare ett exempel på gränsöverträdande rör huruvida det är acceptabelt att låna ut pengar till patienter eller inte. Även här varierar åsikterna. Alla kuratorer talar principiellt om att de inte ser det som en del i sin yrkesroll att låna ut pengar och samtliga är överens om att de inte skulle låna ut större summor.

Annas citat representerar denna ståndpunkt: *"Det [låna ut pengar] är en sådan sak som jag inte vill göra (...). Jag kan inte vara någon man lånar pengar av, det är inte min roll"*.

Katarina bryter emellertid denna mönsterbild och nämner att hon ser det som en självklarhet att hon skulle låna ut mindre summor vid behov, exempelvis pengar till en bussbiljett eller liknande.

Att ta emot gåvor diskuteras och de flesta anser att det är problematiskt att få presenter under en terapi men att det skulle vara kränkande att tacka nej vid andra tillfällen, exempelvis när behandlingsrelationen ska avslutas.

Detta uttrycks av Birgitta: *"Om en patient under en behandlingskontakt kommer med en present tycker jag inte om det, det känns som man blir uppbunden på något sätt. Däremot om man avslutat en kontakt, då har jag inte svårt för det"*.

Samtliga informanter uttrycker dock att de inte skulle ta emot kostsamma eller värdefulla gåvor.

6.1.5 Privata relationer

Informanterna talar vidare om att en tydlig gräns går vid att inleda en relation av mer privat karaktär, exempelvis en kärleksrelation eller en kamratrelation. Denna gräns är samtliga överens om att det inte är acceptabelt att överträda.

Annas citat speglar denna åsikt: *”Det finns ju gränser som man tar helt för självklart (...) till exempel att man inte skulle börja träffa en patient mer privat, efter arbetstid.”*

Vi kan dock utläsa att var denna gräns, mellan en strikt behandlingsrelation och en mer vänskapligt inriktad relation, går mer exakt varierar mellan informanterna. Kuratorerna är överens om att en behandlare inte bör träffa sina patienter utanför mottagningen i umgänge av mer privat karaktär. Flera av dem ger exempel på att de avböjt när de blivit hembjudna till patienter eller blivit tillfrågade om att följa med på konserter eller liknande.

Katarina skiljer sig från resterande i det att hon kan tänka sig att tacka ja till en inbjudan till en patients hem om hennes närvaro skulle vara viktig för patienten, exempelvis vid en högtid.

Hon uttrycker sig på följande sätt angående detta: *”Det kan vara kränkande att tacka nej och det kan vara läkande att tacka ja”*.

6.2 Syn på ramar och gränser

Utifrån den första huvudfrågan för uppsatsen kommer vi i följande avsnitt att redovisa resultatet från de intervjufrågor som berörde kuratorernas syn på ramar och gränser i en behandlingsrelation ur olika aspekter.¹¹⁵

Vid en öppen fråga kring informanternas tankar kring ramar och gränser är svaren i stora delar samstämmiga. Nedanstående citat anser vi är representativt för vad kuratorerna uttryckte.

Birgitta: *”Jag tycker på något sätt att det är stommen omkring en behandlingsrelation. Att man skapar en struktur för ett samtal. Jag tror människor mår bra av att ha en struktur, att det skapar trygghet och underlättar en behandlingsprocess. Sedan är det också ett stöd tycker jag för mig som behandlare”*.

Nyckelord som återkommer i intervjuerna angående hur kuratorerna ser på betydelsen av ramar och gränser i behandlingsrelationen är;

- *Tydlighet*
- *Struktur*
- *Trygghet*

Det framgår att kuratorerna är av åsikten att ramar och gränser skapar en grundstruktur som är en förutsättning för ett terapeutiskt och verksamt arbete. Anna säger till exempel att hon ser ramar som en: *”förutsättning för att få till stånd en förändring”*.

Dessa resonemang överensstämmer med den diskurs vi funnit i tidigare forskning där ramar och gränser porträtteras som en viktig trygghetsskapande och strukturgivande grund för

¹¹⁵ Frågeställning 1: Hur definierar och förhåller sig kuratorer inom öppenvårdspsykiatri till ramar och gränser i en professionell behandlingsrelation?

behandlingsrelationer. Bland andra Tudor-Sandahl menar att psykoterapeutiskt arbete bör bedrivas inom vissa ramar och att en bestämd struktur bör finnas för behandlingsrelationen.¹¹⁶ Kuratorernas definition av vad ramar och gränser är samt vilken position de innehar i en professionell behandlingsrelation, harmonierar således med den syn som är förankrad i den rådande diskursen.

6.2.1 Ram- och gränssättning för patientens bästa

Alla kuratorer är överens om att det främst är för patienternas bästa som det är viktigt att skapa och upprätthålla ramar och gränser. Ramar och gränser ses som ett verktyg med vilket kuratorn kan skapa trygghet och förutsägbarhet för att minska ovisshet.

Monika säger som exempel på detta att: *”Många patienter har problem med den inre strukturen och då blir ramverket oftast väldigt betydelsefullt. Kan man inte hålla ihop sig så får man hjälp av yttre ramar”*.

Ramar och gränser ses som en hållande faktor för patienter i behandlingsarbetet. Eva uttrycker detta genom att säga att det inom ramarna skapas: *”(...) ett spelrum, det blir som en sorts område där patienten har sin plats och kan lägga ifrån sig sina besvär, inom det här rummet med den här ramen runt”*.

Även de aspekter som lyfts fram om att ramar och gränser sätts upp och åtföljs utifrån tanken att detta är i patientens bästa intresse återfinns som argument i den tidigare forskning vi tagit del av rörande ramar och gränser i behandlingsrelationer. Evas utsaga om att det inom ramarna skapas ett *spelrum* för patienten kan relateras till tanken om att gränserna i en behandlingsrelation är till för att skapa ett tryggt relationellt rum för både patient och terapeut. Idén att ramar skapar ett utrymme vari patienten och terapeuten kan undersöka behandlingsmöjligheterna från en neutral position formuleras av bland andra Peternelj-Taylor och Yonge.¹¹⁷

6.2.2 Ram- och gränssättning som stöd i kuratorernas arbete

Andra skäl som nämns visar på att ramar och gränser fyller en viktig funktion även för kuratorerna själva. Utifrån denna infallsvinkel lyfts praktiska aspekter upp, som att ramar ger ett stöd när det gäller planering och struktur av arbetet, att det är något att förhålla sig till. Gunillas citat speglar flertalet av kuratorernas inställning: *”Jag tänker nog att det [ramar och gränser] är viktigast för patienten men det är väl viktigt för mig med. Fast det kanske är mer av praktisk art då. Det handlar ju inte om trygghet för mig utan är mer en planeringsfråga för att få struktur på tillvaron”*.

Anna har en delvis annan ingång till frågan och menar att tydlighet är viktigt för båda parter: *”Ramarna är väl till för både behandlaren och patienten utifrån att man vill ge struktur och tydlighet (...). Det är viktigt att det är tydligt för ens egen skull också.”*

6.2.3 Problematisering kring ram- och gränssättning

Även om kuratorerna i huvudsak fokuserar på varför ramar och gränser är viktiga i en behandlingsrelation i samband med frågorna under detta tema så förekommer även ett problematiserande hos vissa av informanterna. Detta anser vi påvisar att kuratorernas inställning till ramar och gränser inte är ensidig.

¹¹⁶ Tudor-Sandahl, *Den fängslande verkligheten*.

¹¹⁷ Peternelj-Taylor och Yonge, ”Exploring Boundaries in the Nurse-Client Relationship”.

Kerstin uttrycker exempelvis: ”Jag tror att det är viktigt att man inte gömmer sig bakom de här ramarna och blir alltför avstängd och fyrkantig”.

Uttalandet om att behandlaren inte bör *gömma sig bakom ramar* tolkar vi som att det i en utvecklad betydelse kan relateras till slutsatsen i Borgs studie angående att verksamma relationer har bäst förutsättning att etableras när både patient och behandlare framstår som personer för varandra. Att det är när den professionella inte bara uppfattas som sin profession utan som en person som ett verkligt möte kan ske.¹¹⁸ I orden *att inte bli alltför avstängd och fyrkantig* uppfattar vi en koppling till bland andra Wrangsjö som betonar att ramar och gränser i sig inte uppfyller ett egenvärde. Desto större förmåga terapeuten har att urskilja vad som är väsentligt gällande ramar och gränser desto mer flexibel kan han förhålla sig till det övriga regelverket. Fyrkantighet skulle utifrån detta uppstå om behandlaren håller på ramar för ramarnas skull utan ett flexibelt förhållningssätt.¹¹⁹

Eva talar i samma anda: ”Så gränser och ramar kan ibland bli negativt om man håller för hårt och de inte passar patientens behov.”

Det som Kerstin och Eva uttrycker i samband med ett problematiserande av ram- och gränssättning kan ses i ljuset av den tidigare forskning som tar upp vikten av att som behandlare vara pragmatisk i sitt förhållningssätt till ramar och gränser. I denna diskussion, som bland andra Brendel et al. för, betonas att det inte finns några färdiga mallar för hur man bör hantera gränsdragningsituationer utan att hänsyn måste tas till kontext och situation.¹²⁰ Även Tudor-Sandahl nämner att ramar och gränser är relativa och att det är viktigt att som behandlare tänka igenom i vilket syfte och för vems skull ramarna och gränserna satts upp i varje terapeutisk relation. Hon menar att det är viktigt att i alla gränsdragningsituationer göra bedömningen utifrån inställningen att ramarna och gränserna är till för patienten, inte tvärt om. Det Eva uttrycker om att ramar och gränser kan bli negativa om det *inte passar patientens behov* överensstämmer med Tudor-Sandahls åsikt att varje patient måste bemötas utifrån sin individuella förutsättning och inte utifrån en given mall.¹²¹

6.3 Syn på rambrott och gränsöverträdelser

När det gäller svaren på de intervjufrågor som rör uppsatsens andra frågeställning ser vi en mer skiftande bild i empirin angående kuratorernas syn på rambrott och gränsöverträdelser.¹²²

På den öppna frågan kring hur informanterna ser på att träda utanför ramar och gränser i en professionell behandlingsrelation noterar vi att tankegångarna och resonemangen skiljer sig åt i vissa avseenden. De flesta är överens om att grundprincipen är att en behandlare bör hålla sig inom de ramar och gränser som satts upp för behandlingsrelationen. Däremot blir det tydligt att dessa ramar och gränser kan vara olika snäva eller vida från fall till fall, i likhet med att kuratorernas inställning till ram- och gränsöverträdelser varierar. Denna skillnad i synsätt exemplifieras genom följande två citat.

¹¹⁸ Borg, *Verksamma relationer*.

¹¹⁹ Wrangsjö, *Mötas och växa*.

¹²⁰ Brendel et al., ”The Price of a Gift.”

¹²¹ Tudor-Sandahl, *Den fängslade verkligheten*.

¹²² Frågeställning 2: Hur förhåller sig kuratorer inom öppenvård psykiatri till rambrott och gränsöverträdelser i en professionell behandlingsrelation?

Birgitta: ”Ibland tänker jag att det är nog nödvändigt att gå utanför ramar och gränser.”

Eva: ”Sådant [att man träder utanför] kan ju hända därför att man på något vis blir manipulerad och tappar professionaliteten. (...) Men det går ju alltid att använda det och tala om det (...) och vad det väckte. Så att den ramöverträdelsen eller den blunder man har gjort blir som ett exempel (...) så att de får in det i behandlingen på det sättet. Det är ingen katastrof, men det kan ju ställa till det lite.”

Vi tolkar Birgittas utsaga som att hon ser ram- och gränsöverträdande som någonting som är naturligt förekommande i en behandlingsrelation. Birgitta använder ordet *ibland* vilket påvisar att hon ser det som undantag men då hon även använder ordet *nödvändigt* indikerar det att hon ser överträdelser som en integrerad del i behandlingen. Denna inställning kan jämföras med Tudor-Sandahls åsikt att ett flexibelt förhållningssätt baserat på en känslighet och lyhördhet för varje enskild patients behov är rekommendabelt varför rambrott bör få förekomma i de fall de kan gagna en patients intressen.¹²³

Eva å sin sida talar om ram- och gränsöverträdelser som att begå ett misstag, en *blunder* som medför att *professionaliteten tappas*. Vi menar att hennes användning av negativt laddade ord antyder att hon uttrycker en mer negativ inställning till att träda över ramar och gränser än vad exempelvis Birgitta gör. Vi anser att Evas resonemang motsvarar den bild Topor ger av den traditionella professionaliteten, som utgörs av en abstrakt social responsivitet, där regelbrott har reducerats till misstag från den professionellas sida. Utifrån vår tolkning av Birgittas syn så ligger den närmre den nya kompletterande formen av professionalitet som Topor benämner som en konkret social responsivitet där gränsöverträdelser inte per definition ses som något negativt.¹²⁴

I de övriga intervjuerna anser vi att det handlar om gradskillnader när det gäller synen på hur strikt man bör förhålla sig till ramarna och gränserna i behandlingsrelationen samt hur mycket utrymme som finns för att förhålla sig mer flexibelt till dessa.

Alla kuratorer lyfter fram att ramar och gränser är viktiga, en åsikt som Monikas citat speglar: ”Ramar är till för att upprätthållas, det är ju grundprincipen”.

Samtidigt framkommer det i intervjuerna att överträdelser är något som förekommer vilket återigen Monikas uttalande speglar: ”Det är ju någonting man gör, patienterna går utanför gränserna, jag går utanför gränserna”.

Det tydliggörs således utifrån samtliga intervjuer att rambrott och gränsöverträdelser ofrånkomligen är något som förekommer om än undantagsvis. Åsikterna om hur acceptabelt detta är och i hur stor utsträckning överträdelser kan tillåtas varierar dock. Flera av informanterna talar om att de utifrån en specifik situation eller en patients behov ibland måste *tänja* på ramar och gränser och att det kurativa arbetet innefattar ett visst mått av *flexibilitet*.

Exempelvis hävdar Gunilla att: ”Man kan faktiskt tänja lite på ramarna ibland beroende på situationen, om det tjänar ett gott syfte”.

¹²³ Tudor-Sandahl, *Den fängslade verkligheten*.

¹²⁴ Topor, *Vad hjälper?*

Gunillas citat reflekterar vad som nämnts, av bland andra Wrangsjö, om vikten av att som behandlare kunna vara flexibel i behandlingsrelationer. Han menar att strukturen inte behöver se likadan ut utan att varje behandlingsrelation i princip skulle kunna ha ett unikt ramverk.¹²⁵ Tätt förbundet med dessa resonemang är även tanken om att när man träder över ramar och gränser så är det avgörande att vara *medveten* om att det görs och att det då bör *användas* i behandlingen.

Katarina uttrycker följande: *"I rent terapeutiskt syfte kan jag göra det [överträda ramar och gränser] ibland men då är jag väldigt väl medveten om att jag är utanför ramen."*

Vi tolkar Katarina som att hon menar att det är viktigt att vara medveten kring eventuella överträdelser utifrån en professionalitetstanke om att detta är för patientens bästa. Topor tar upp en aspekt av tanken kring medvetenhet som han ser som en del i den traditionella synen på ett professionellt förhållningssätt. Han uttrycker att medvetenheten kan vara en begränsande faktor för spontanitet i en behandlingsrelation. Då Topor anser att det är viktigt för patienternas skull att behandlaren uppvisar ett unikt förhållningssätt, vilket inbegriper ett visst mått av spontanitet, kan tanken om att professionella alltid bör ha kontroll över sina ord och handlingar vara ett hinder för behandlingsrelationen utifrån hans synsätt.¹²⁶

6.3.1 Skäl till varför ramar och gränser i vissa fall överträds

Intervjumaterialet visar även att det finns en viss variation när det gäller synen på när och varför det eventuellt kan vara befogat med överträdelser samt på vilket sätt detta då bör göras.

Som skäl till varför kuratorerna ibland träder utanför ramar och gränser nämner Birgitta: *"Man måste ju möta människor utifrån deras situation"*.

Katarina utvecklar ett resonemang i samma anda: *"Jag gör det i ett professionellt syfte och jag är väldigt medveten om att jag går utanför ramen, jag gör det med tanke på att det ska vara en hjälp."* "(...) *Jag gör ju det som känns bra för att hjälpa patienten med den här situationen. Det har hänt massa gånger (...) och [jag gör alla möjliga olika saker] som ligger långt utanför ramen. Till exempel i ett läge för att bygga upp en allians med en patient som jag inte känner (...).*"

Katarina nämner att hon överträder ramar för att det ska *vara en hjälp* och för att *bygga upp en allians* med patienterna medan Birgitta poängterar vikten av att *möta människor utifrån deras situation*. I dessa utsagor anser vi att resonemangen är jämförbara med resultaten från återhämtningsforskningen där det framkommit att det är när de professionella framträder som personer och träder utanför ramar och gränser, för att möta patienter utifrån deras situation och personliga behov, som de kan bidra till återhämtningen hos patienter med psykisk ohälsa.¹²⁷ Även från andra perspektiv återkommer temat om behandlingsrelationens betydelse som kan relateras till vad som uttrycks i citaten. d'Elia menar exempelvis att det till stor del är relationens kvalitet som är avgörande för den terapeutiska framgången. Han uttrycker att om en behandlare framstår som en reell person för patienten så stärks behandlingsalliansen utifrån att en mer jämlik och ömsesidig relation etableras.¹²⁸

¹²⁵ Wrangsjö, *Mötas och växa*.

¹²⁶ Topor, *Vad hjälper?*

¹²⁷ Borg, *Verksamma relationer*; Mancini "A Qualitative Study with Fifteen Psychiatric Survivors,"; Topor, *Vad hjälper?*

¹²⁸ d'Elia, *Det kognitiva samtalet i vården*.

6.3.2 Riskaspekter

Skäl till varför man bör vara försiktig med att träda utanför ramar och gränser lyfts bland annat fram av Anna som yttrar: *”Om man börjar släppa på sådana saker som man känner att ’för mig är det inte okej att göra så’ och gör något undantag så blir det [lätt] fler och fler undantag”*. *”Om man börjar släppa lite på sina gränser så nappar säkert vissa patienter på det (...) och kommer med förslag och alternativa lösningar som man inte alls har tänkt sig från början”*.

Vi tolkar Annas farhåga som ett utslag av den rådande diskursen inom psykiatrifältet där upptrappningseffekten ses som ett skäl till varför gränsöverträdelser bör undvikas. Tanken i denna diskussion är att om en behandlare börjar träda över till synes harmlösa gränser så kan detta föranleda en upptrappningseffekt där beteendet eskalerar.¹²⁹ Den oro som lyfts fram av Anna delas även av flera andra informanter. På tal om gränsöverträdelser uttrycker Yalom att det psykoterapeuter fruktar mest är att det inte ska finnas någon gräns när en dörr väl har öppnats en gång. Enligt Yalom är denna fruktan ogrundad.¹³⁰ Vår tanke är att idén om upptrappningseffekten kan vara en bidragande faktor till att professionella förhåller sig restriktivt till att överträda ramar och gränser, vilket resultat från återhämtningsforskning visar att det är viktigt att behandlare som arbetar med personer med psykisk ohälsa vågar göra i vissa situationer.

6.4 Konsekvenser av rambrott och gränsöverträdelser

När vi efterfrågat vilka positiva eller negativa konsekvenser eventuella ram- och gränsöverträdanden kan få ger empirin en delad bild. Vi ser en viss ambivalens i inställningen till att träda utanför ramar och gränser hos flera av kuratorerna. Å ena sidan lyfter de fram att överträdelser kan vara *nödvändiga*, att arbetet kräver *flexibilitet* och att om de använder dessa undantag på ett *medvetet* sätt i behandlingen så kan det vara *till gagn* för behandlingsrelationen. Samtidigt menar majoriteten av informanterna att överträdelser bör ske *restriktivt* och de diskuterar kring, och fokuserar i stor utsträckning på, vilka *risker* som anses föreligga med att träda utanför ramar och gränser.

6.4.1 Positiva konsekvenser

Katarina uttrycker angående vilka positiva konsekvenser ram- och gränsöverträdelser kan medföra: *”Världen har fyrkantiga gränser och det kanske är då som patienten kan se att man går lite utanför, vilket kan kännas gott”*.

Kerstins citat ger uttryck för en närbesläktad innebörd: *”(...) Jag har varit väldigt tydlig när jag har gjort det och då har det nog bara fått positiva konsekvenser, att patienten har fått ett stort förtroende för mig (...)”*.

Katarina resonerar, i samband med sitt uttalande, kring hur hon själv uppskattar att i vardagssituationer bli mött med ett bemötande som är lite utöver det vanliga, till exempel när snabbköpskassörskan säger några vänliga ord hon inte förväntat sig. Vidare menar Katarina att det därför är viktigt att hon i sina behandlingsrelationer tänker på vad hon själv uppskattar i mötet med andra människor. I detta uttalande av Katarina kan vi se en tydlig koppling till Topors resonemang kring abstrakt och konkret socialitet. Han menar att känslan av utvaldhet kan infinna sig hos en patient när en professionell gör någonting utöver det vanliga, det vill

¹²⁹ Zur, *Boundaries in Psychotherapy*.

¹³⁰ Yalom, *Terapins gåva*.

säga träder utanför behandlingsrelationens ramar och gränser.¹³¹ Det Katarina nämner om sin egen upplevelse av att bli mött av en snabbköpskassörska på ett positivt och överraskande sätt benämns av Sundgren som att en professionell kan kliva ur den abstrakta socialitetens form och träda in i en konkret socialitet. Den sociala responsiviteten omvandlas då från att vara abstrakt till att bli konkret.¹³²

Även det Kerstin uttrycker är ett exempel på detta. I hennes citat framgår att hon tydliggjort för patienterna när hon valt att överträda ramar och gränser, vilket enligt henne själv har inneburit något positivt för patienten. Vår tolkning av detta består i att Kerstin, genom att hon är tydlig i de fall då hon överträder gränser, skapar en medvetenhet hos sin patient om att hennes bemötande är något som är unikt för den rådande situationen, någonting utöver det vanliga. Detta kan leda till att patienten känner sig utvald och speciell.

Monika beskriver att hon ibland träder utanför sina ramar och gränser när hon säger något spontant till en patient på ett sätt som hon inte brukar göra. Hon kallar detta *en spontan gest* och menar apropå positiva konsekvenser att: ”*Det är ju någonting som händer då, värmen stiger några grader eller närheten blir lite närmre, avståndet lite kortare, för att sedan gå tillbaka till det vanliga igen. Då känner jag att det klickade i någonting i behandlingen*”.

När Monika talar om en *spontan gest* visar hon på en tanke som korrelerar med resultaten, i bland annat Borgs och Kristiansens återhämtningsforskning, där de positiva upplevelser som följer av oväntade gester från behandlares sida poängteras.¹³³ Vidare uttrycker Yalom något som kan relateras till Monikas citat när han hävdar att det patienterna uppfattar som positiva aspekter i terapier ofta handlar om relationen till behandlaren, till exempel när en psykoterapeut gjort eller uttryckt något som överträtt den terapeutiska ramen. Det kan enligt Yalom handla om att överträdelserna ger konkreta exempel på terapeutens närvaro och pålitlighet.¹³⁴ När Monika talar i termer av att något *klickade i behandlingen* tolkar vi det som att det kan ha varit hennes upplevelse av att få patientens respons på den spontana gest hon gett uttryck för.

Relationsaspekten framstår tydligt i de positiva konsekvenser som informanterna lyfter fram. Flera av kuratorerna är av åsikten att överträdelser i de fall de är befogade och genomtänkta, kan leda till en stärkt allians mellan dem och patienterna som påverkar behandlingsrelationen positivt.

6.4.2 Risker och problematisering

De relationsaspekter som lyftes fram i samband med konsekvenser av rambrott och gränsöverträdelser problematiserades också. Gunilla resonerar kring att genom överträdelser komma nära en patient: ”*Det kan bli negativt. Det kan bli svårt att avsluta en patient som man har en sådan relation till, svårt för patienten och även svårt för mig då. Man känner ibland att man är en ganska viktig person för den här människan. Där balanserar man ibland på gränsen (...)*”.

Gunillas uttalande tyder på att hon ser en risk i att komma för nära och bli för betydelsefull för sina patienter. Lennéer-Axelson och Thylefors nämner att en vanlig föreställning består i att det finns en risk att professionella som överträder ramar och gränser knyter sina patienter

¹³¹ Topor, ”Återhämtning från svåra psykiska problem”.

¹³² Sundgren, ”Den sociala blicken”.

¹³³ Borg och Kristiansen, ”Recovery-Oriented Professionals,”.

¹³⁴ Yalom, *Terapins gåva*.

för tätt till sig och skapar ett beroende. Denna föreställning kommer till uttryck i den diskurs som rör vilket förhållningssätt behandlare bör utgå från och är enligt författarna en ofullständig tanke. De poängterar i kontrast till detta risktänkande att det krävs av en behandlare att denne är en tydlig person för att i relationen till patienten kunna utgöra ett verksamt identifikationsobjekt. Lennéer-Axelson och Thylefors uttrycker vidare att behandlare inte bör vara rädda för att bli en viktig person inför sina patienter, då det är först när den professionella inte är så lätt utbytbar som behandlingskontakten kan utgöra en god grund att arbeta ifrån.¹³⁵

Risker med ram- och gränsöverträdelser lyfts även fram av andra informanter och diskuteras från olika infallsvinklar. Som vi har tolkat utsagorna så består en del av risktänkandet i att rollfördelningen mellan kuratorn och patient kan förändras om de frångår de ramar och gränser som satts upp för behandlingsrelationen, vilket leder till att kuratorns ansvar och kontroll blir mindre tydlig.

Ett citat av Anna får representera denna åsikt som uttrycks i flera av intervjuerna: *”Ju mer man ger patienten utrymme att bestämma och styra över det här så kan det nog förstöra det man byggde upp från början, ramarna man satte. Tydligheten kanske försvinner och förutsättningarna för vår behandlingsrelation förändras då, vilket kanske inte är så bra”*.

De tankar som speglas i citatet handlar utifrån vår tolkning om att ramarna ses som en trygghet och struktur att luta sig mot och att gränsöverträdelser riskerar att medföra otrygghet. Främst lyfts detta fram som en brist i förhållande till att patienterna behöver ramen som trygghet. I diskussionen ovan om rollfördelning kopplat till gränsöverträdande noterar vi att kuratorernas åsikter överensstämmer med de resonemang som framförs av bland andra Brendel et al. De menar att en professionell behandlingsrelation inom psykiatrisk vård i stor utsträckning definieras av parternas respektive roller. Brendel et al. poängterar vikten av att inte överskrida dessa roller då de är viktiga för att upprätthålla de gränser som finns, och som bör finnas, i behandlingsrelationen.¹³⁶

En annan riskaspekt i förhållande till rambrott och gränsöverträdelser framhålls i samband med att Katarina diskuterar kring att träda utanför ramen och inleda en relation av mer privat karaktär med patienten och att det skulle medföra negativa konsekvenser för denne.

Hon uttrycker: *”(...) Om man inleder någon form av [privat relation](...) då kanske jag åsamkar den människan mycket mer skada egentligen genom att först ha öppnat ett privat fält och sedan stänga det igen. Så jag gör aldrig det, det är inte på lika villkor. (...) Man får inte öppna dörrar som man sedan stänger för det kan leda till en otrolig besvikelse [för patienten]”*.

Katarinas uttalande återfinns som en av de vanligt förekommande invändningarna mot gränsöverträdelser i den tidigare forskning vi tagit del av. Resonemangen utgår från att gränser är viktiga att upprätthålla för att den maktobalans, som är inbyggd i den asymmetriska behandlingsrelationen, vid överträdelser annars riskerar att leda till ett exploaterande av patienten som är den svagare parten i förhållandet.¹³⁷

¹³⁵ Lennéer-Axelson och Thylefors, *Psykosocialt behandlingsarbete*.

¹³⁶ Brendel et al., ”The Price of a Gift.”

¹³⁷ Peternelj-Taylor och Yonge, ”Exploring Boundaries in the Nurse-Client Relationship.”; Reamer, ”Boundary Issues in Social Work.”; Zur, *Boundaries in Psychotherapy*.

6.5 Rambrott, gränsöverträdelser och professionalitet

Topor framför i sitt teoretiska perspektiv att det finns två olika former av professionalitet. Den traditionella professionaliteten, vilket han definierar som en abstrakt social responsivitet, samt en ny form av professionalitet vilken istället präglas av en konkret social responsivitet.¹³⁸ Utifrån Topors teoretiska perspektiv ställde vi intervjufrågor som var relaterade till uppsatsens tredje frågeställning.¹³⁹ Den empiri som framkom i samband med dessa frågor visar på motstridiga bilder gällande hur informanterna ser på kopplingen mellan professionalitet och att träda utanför ramar och gränser.

6.5.1 Rambrott och gränsöverträdelser som något oprofessionellt

Majoriteten av kuratorerna anser att det i första hand inte är professionellt att träda utanför ramarna och gränserna i behandlingsrelationen. Olika aspekter av denna åsikt framkommer i intervjuerna och exemplifieras i följande citat;

Monika: *"Själva grundidén är att den som är professionell ska göra så lite övertramp som möjligt, man ska känna var gränserna går"*.

Birgitta gör en åtskillnad mellan att träda utanför å ena sidan ramar och å andra sidan gränser: *"Om man går över gränser tycker jag att man blir oprofessionell, mer oprofessionell än om man tänjer lite på ramarna"*.

Eva beskriver vad det innebär att vara icke-professionell i följande: *"Att vara icke-professionell det är att inte se det [ram- och gränsöverträdelser], att inte använda det, att patienten har kommandot och att det blir som det blir och då vet man ju inte riktigt hur det kan bli"*.

I det intervjumaterial där uttryck ges för åsikten att det inte är professionellt att träda utanför ramar och gränser i en behandlingsrelation tycker vi oss se att det finns en outtalad koppling till att behandlaren förlorar sin givna roll när överträdelser görs och att detta kan antas inverka negativt på behandlingsrelationen. Ovanstående resonemang anser vi motsvara Topors beskrivning av den rådande uppfattningen om professionalitetsbegreppet inom det psykiatriska fältet, där regelbrott i behandlingsrelationen ofta har reducerats till misstag från den professionellas sida. I sin återhämtningsforskning finner Topor stöd för att även en annan form av professionalitet än den traditionella kan existera och att regelbrott inte med nödvändighet behöver vara oprofessionellt.¹⁴⁰ En i vissa avseenden samstämmig åsikt lyfts fram av Tudor-Sandahl som hävdar att många av de ramar och gränser som efterföljs av professionella, i linje med klassisk teori, snarare har sin grund i behandlarens behov än patientens. Ett överdrivet professionellt förhållningssätt kan enligt Tudor-Sandahl dessutom verka antiterapeutiskt om det föranleder att patienten känner sig avvisad.¹⁴¹

6.5.2 Rambrott och gränsöverträdelser som något professionellt

Två av kuratorerna poängterar i kontrast till majoritetens uppfattning att de tycker att det kan vara professionellt att överträda ramar och gränser.

¹³⁸ Topor, *Vad hjälper?*

¹³⁹ Frågeställning 3: Hur resonerar kuratorerna inom öppenvårdspsykiatri kring förhållandet mellan professionalitet och att hålla sig inom, respektive att träda utanför, ramar och gränser i behandlingsrelationen?

¹⁴⁰ Topor, *Vad hjälper?*

¹⁴¹ Tudor-Sandahl, *Den fängslade verkligheten*.

Katarina: "(...) Jag tror att det är jätteviktigt att man går utanför gränsen (...), jag tror att många[behandlare] är alldeles för fyrkantiga. (...) Jag kan gå utanför den gränsen som finns om jag vet om det och det är till gagn för patienten (...)". "Under kontroll är det professionellt att gå utanför gränserna."

Gunilla: "Jag tycker att man kan vara professionell och gå utanför gränserna. Sedan finns det alltid en yttre gräns men man kan tänja på ramarna inom den och samtidigt vara professionell tycker jag (...)"

Synsättet i dessa två citat korrelerar med hur Topor förespråkar att en ny professionalitet bör utformas. Den nya professionaliteten karaktäriseras av en konkret social responsivitet och bygger på *subjektivitet, personligt engagemang* och *närhet*. I detta spelar regelbrott en viktig roll då de kan spegla en positiv aspekt av mänskligt samspel och därför bör de inte ses som tecken på bristande professionalitet.¹⁴²

6.5.3 Vänskapsrelationer och professionalitet

En tendens som framkommit i intervjumaterialet, på tal om att vara professionell, är att flera av kuratorerna gör en distinkt åtskillnad mellan att vara professionell i behandlingsrelationen och att ha en mer vänskapligt inriktad relation. Ett citat av Eva exemplifierar detta synsätt: "(...) Om du är medmänniska som känner att du är en vän, då är du inte professionell".

Denna inställning som uttrycks av Eva har släktskap med uppfattningen i den tidigare forskningen, av bland andra Reamer, om att gränser för behandlingsrelationens givna form inte bör överträdas då en professionell inte får anta en dubbel roll gentemot sina patienter. Reamer menar att om en relation av privat karaktär upprättas parallellt med behandlingsrelationen så kan det medföra en intressekonflikt mellan de olika rolluppsättningarna vilket kan få negativa konsekvenser för patienten.¹⁴³

Angående relationens karaktär så tar flera kuratorer upp en risk med att behandlingsrelationen skulle kunna övergå till en annan form av relation om gränsen som går mellan det personliga och det privata överträds. Det framgår att de gör en tydlig distinktion mellan att ha en behandlingsrelation och att ha en mer vänskapligt inriktad relation, vilket inte anses förenligt med behandlingsarbetet.

Gunilla yttrar till exempel följande: "(...) Så fort man går över tröskeln och blir privat då har man tagit steget ifrån att vara professionell, då får man en annan relation till patienten. Man kan ju vara varm och ha en god relation till patienten utan att vara dess vän och jag tror att det är viktigt att hålla isär det där".

I citaten ovan framkommer en farhåga, som återkom i flera av intervjuerna, för att den professionella relationen ska övergå i en vänskapsrelation och att det därför är viktigt att skilja mellan en behandlingsrelation och en relation av privat karaktär. I Topors forskning beskrivs relationer med hjälpande professionella av personer med psykisk ohälsa i termer av "som vänskap" och "som kompisskap".¹⁴⁴ Detta antyder enligt Topor att patienter inte uppfattar relationen som vare sig en vanlig vänskapsrelation eller en traditionell professionell relation. Det påvisar därmed att patienter förstår skillnaden mellan relationernas olika karaktär och att

¹⁴² Topor, *Vad hjälper?*

¹⁴³ Reamer, "Boundary Issues in Social Work,"

¹⁴⁴ Topor, *Vad hjälper?*

det inte med automatik behöver bli så att patienten tror att det handlar om vänskap om professionella antar en konkret form av socialitet.¹⁴⁵

Budskapet som förmedlas i ovanstående resonemang återfinns, enligt vår förståelse, till viss del i följande utsaga av Eva: ”[Patienterna] har väldigt klart för sig var gränserna går (...) Jag tror att de flesta svenskar vet vad vård är och vad privat relation är”.

Det Topor ger uttryck för i sin teori samt det Eva lyfter upp i citatet tolkar vi som att patienter kan skilja mellan en privat relation och en behandlingsrelation. Detta indikerar enligt vår tolkning att oron som framkommit kring detta i vissa fall är obefogad.

Flera av informanterna förmedlar att de upplever att vissa patienter önskar att behandlingsrelationen inte skulle ha innefattat så tydliga gränser inför den privata och vänskapsbetonade sfären.

Kerstin uttrycker: ”Jag kan riktigt känna att de skulle vilja att jag blev deras väninna, lite mer än bara en professionell relation”.

I samband med detta har det i vissa intervjuer lyfts fram att ramar och gränser fyller en funktion genom att de förhindrar att patienter får förhoppningar om behandlingsrelationen utöver det som kommer att kunna ges. Inställningen att en vänskapsbetonad relation är oförenligt med en professionell behandlingsrelation, som framkommer såväl hos informanterna som i delar av den tidigare forskningen, anser vi att man kan och bör resonera kring i ljuset av återhämtningsforskningens resultat. Topor poängterar att personer med psykisk ohälsa i många fall riskerar att få ett kraftigt reducerat socialt nätverk, då många konkreta relationer ersätts av professionella personer med en abstrakt form av socialitet. Detta indikerar att det finns ett stort behov av fler konkreta relationer för personer med psykisk ohälsa, varför det är viktigt att professionella i vissa fall vågar anta en professionalitet som har karaktären av en konkret socialitet.¹⁴⁶ Även Mancini betonar i sin forskning att en stödjande relation mellan behandlare och patient är den som betonas av ömsesidighet.¹⁴⁷ Därmed inte sagt att en behandlingsrelation kan eller bör ersättas av en renodlad vänskapsrelation, vilket ovan förda resonemang kring ”som-vänskaps-professionalitet” även förtydligar.

6.5.4 Skäl till att vara professionell

I samband med resonemangen kring att vara professionell framkom även tankar som rörde varför det är viktigt att vara professionell som behandlare. Vi anser att Kerstins citat uttrycker något väsentligt om hur kuratorerna ser på sin professionalitet: ”Jag tror att det är viktigt att man håller på professionaliteten för att man vet att det är bäst för patienten”.

Det framkommer i flera av intervjuerna att kuratorerna förhåller sig till ramar och gränser på ett visst sätt för att de har en tanke om att det är viktigt för behandlingsrelationen, att det är för patientens bästa. De flesta av informanterna i denna studie har, som tidigare nämnts, uttryckt att de inte anser att det är professionellt att träda utanför ramar och gränser i en behandlingsrelation och att anledningen till att de eftersträvar att vara professionell är för patienternas skull. Bilden som kuratorerna ger, av att hålla på professionaliteten för patientens bästa, blir beaktansvärd i ljuset av återhämtningsforskningen där personer med psykisk ohälsa uppgett att det är först när professionella blir konkreta personer, exempelvis genom att träda

¹⁴⁵ Ibid.

¹⁴⁶ Ibid.

¹⁴⁷ Mancini, “A Qualitative Study with Fifteen Psychiatric Survivors,”.

utanför gränser, som de kan bidra till återhämtningen. Detta är intressant eftersom det framträder en motsättning mellan hur de professionella i vår studie resonerar kring vad som anses vara patientens bästa och vad patienterna själva uttryckt som hjälpande i återhämtningsforskningen.

Det förefaller som att begreppen ramar och gränser i vissa intervjuer blev sammanblandade och diffusa i diskussionen kring kopplingen till professionalitet varför vi har haft svårt att tolka vissa utsagor. Flera av informanterna som nämnt att de inte anser att det är professionellt att träda utanför ramar och gränser har vid andra tillfällen i intervjuerna gett uttryck för att vissa överträdelser ändå kan innefattas i behandlingsarbetet. Vi gör tolkningen att vissa av dem som talar om att det är oprofessionellt med överträdelse egentligen talar om en yttre gräns som de inte definierar explicit, medan de anser att ram- och gränsöverträdelser innanför denna yttre gräns är acceptabelt.

6.6 Personlig och privat

I intervjuerna ställde vi frågor kring begrepp som vi anser är förbundna med den relationella aspekten av behandlingsarbete och därmed relevanta för att undersöka hur kuratorerna ser på sin roll i en behandlingsrelation. Bland annat frågade vi om begreppen att vara personlig respektive att vara privat i relation till patienter. De svar som framkom i samband med detta har en tydlig koppling till kuratorernas resonerande kring ram- och gränssättning samt professionalitet. Då vi anser att den empiri som framkommit kring detta tema relaterar till det övriga intervjumaterialet samt att det bidrar till att ge en ytterligare förståelse till uppsatsens frågeställningar har vi valt att presentera detta i följande avsnitt.

När det gäller frågan om att vara personlig respektive att vara privat visar materialet en samstämmighet i det att kuratorerna är överens om att de i en behandlingsrelation kan vara personliga men inte privata. Var kuratorerna anser att gränsen mellan begreppen går varierar dock. Vid en öppen fråga kring vad informanterna tänkte kring begreppsparet så lyfte de fram olika aspekter. En diskussionspunkt som togs upp av flera informanter på tal om personligt och privat var huruvida det är acceptabelt eller inte att väva in egna livserfarenheter i behandlingsarbetet. I denna fråga resonerar några av kuratorerna om att det i vissa fall kan vara lämpligt att berätta om egna erfarenheter för patienten i syfte att normalisera dennes upplevelser och problem.

Katarina säger som exempel på detta: "(...) *Privat är jag väldigt väldigt sällan men (...) där jag känner att min livserfarenhet kan vara till gagn, då bryter jag den ramen (...)*".

Även Kerstin tar upp denna aspekt och menar att det är viktigt att: "*Man bjuder på sina erfarenheter och kan vara ett positivt identitetsobjekt*". Hon tillägger dock att det finns en gräns inför att som kurator lägga fram sina egna problem eftersom detta skulle kunna belasta patienten.

Det Katarina och Kerstin ger uttryck för återspeglas i det Yalom förmedlar om sin upplevelse av att det alltid gynnat den terapeutiska relationen när han har delat med sig av sina personliga erfarenheter.¹⁴⁸ Kerstins ordval i att bli ett *positivt identitetsobjekt* ser vi som besläktat med hur patienterna i Borgs studie beskriver goda behandlare som personer snarare än professioner¹⁴⁹. Det korrelerar även med vad d'Elia uttrycker när han diskuterar kring

¹⁴⁸ Yalom, *Terapins gåva*.

¹⁴⁹ Borg, *Verksamma relationer*.

begreppet terapeutisk självexponering, som avser en terapeuts beredskap att träda över ramar och gränser genom att förmedla personlig information om sig själv till sin patient. d'Elia anser att terapeutens villighet att göra det i vissa fall utgör en förutsättning för att en kontakt ska utvecklas från opersonlig till en djupare och starkt terapeutisk allians. Behandlarens självexponering resulterar i en fördjupad relation genom att terapeuten framstår som en person, vilket även gör behandlingsrelationen mer jämlik och ömsesidig.¹⁵⁰

Andra kuratorer förefaller vara mer restriktiva med att förmedla egna livserfarenheter i behandlingsrelationen. Gunilla säger exempelvis att: "(...) *Det är viktigt att hålla sitt eget privatliv utanför behandlingsrummet*".

Anna nämner ett exempel på att vara oprofessionell när hon i följande utsaga gör en koppling till att vara för privat och lämna ut egna livserfarenheter: "*För mig känns det som att professionaliteten försvinner ju mer man går utanför gränser (...) Man blir oprofessionell om man blir för privat, om man delar med sig för mycket av sig själv i behandlingsrelationen. Då tycker jag att man har förlorat professionaliteten*".

I dessa citat framkommer en återhållsam inställning till att dela med sig av personliga erfarenheter till patienter som överensstämmer med vad bland andra Reamer nämner om att det kan få negativa konsekvenser och medföra förvirring för en patient om den professionella berättar detaljer om sitt privatliv.¹⁵¹

En annan företeelse som många av informanterna talade om i samband med resonemang kring personligt och privat var hur de hanterade frågor från patienter av privat karaktär. Skilda inställningar till detta fenomen framträder i materialet.

Birgitta säger till exempel: "*Det är inte så att man måste vara tyst och inte alls vara något personlig. Jag tänker också att det är helt okej för mig om någon frågar mig någonting (...) ibland kan jag faktiskt svara för jag tänker att det skapar en trygghet för den här personen att veta lite*".

Monika dryftar däremot en diametral inställning: "*Det är viktigt [att man inte är privat] för lämnar jag ut privata detaljer kring mitt liv så sätter det igång en massa onödiga fantasier och så tappar man fokus på patienten och det ska ju hållas så rent som möjligt*". Monika säger vidare angående sin upplevelse vid privata frågor: "*Då är det som att jag har gått från det personliga till det privata och det blir genast en känsla av att det blir något orent*".

Uttalandet av Birgitta stämmer överens med den åsikt som Yalom ger uttryck för att det inte är möjligt för en behandlare att skapa äkta kontakt med patienter genom att själv vara oåtkomlig och han anser därför att det är viktigt att psykoterapeuter besvarar direkta frågor från sina patienter.¹⁵² Även Lennéer-Axelsson och Thylefors menar att det i många fall kan vara motiverat att vara mer personlig som behandlare för att framträda som en verklig person inför patienten.¹⁵³ Monika talar å sin sida i termer av att gå från det rena till det orena när man blir privat i en behandlingsrelation. Det synsätt hon förmedlar är enligt vår uppfattning

¹⁵⁰ d'Elia, *Det kognitiva samtalet i vården*.

¹⁵¹ Reamer, "Boundary Issues in Social Work,".

¹⁵² Yalom, *Terapins gåva*.

¹⁵³ Lennéer-Axelsson och Thylefors, *Psykosocialt behandlingsarbete*.

förenligt med det som Zur lyfter fram om att en vanlig invändning från psykoterapeuters sida mot gränsöverträdelser består i att det anses kontaminera behandlarrollen.¹⁵⁴

6.7 Syn på yrkesrollen

I empirin har vi sett att kuratorerna när de talar om ramar och gränser i vissa fall diskuterar detta i förhållande till hur de ser på sin yrkesroll. Vi anser att denna del av empirin i viss mån är förklarande och väsentlig för förståelsen av helhetsmaterialet liksom att den har en anknytning till uppsatsens tredje frågeställning om professionalitet. Därav har vi valt att presentera de centrala resonemang som framkom i samband med detta i följande avsnitt. Något som framträder med tydlighet i flera av intervjuerna är att informanterna gör en särskilning i sitt förhållningssätt avseende ram- och gränssättning beroende på om behandlingsrelationen är inriktad mot psykoterapi eller mot en renodlad stödkontakt.

Gunillas citat exemplifierar detta: ”[Hur man förhåller sig till ramar och gränser] beror lite på vad man har för kontakt. Om man har en terapi då håller man mera distans till patienten i en behandlingssituation. Men där man inte har den terapeutiska rollen så strikt (...) där kan det ju bli lite mer närhet, man blir kanske mer medmänniska där på något sätt (...)”, ”då känner jag att jag har trätt ur en roll och in i en annan.”

Birgitta förmedlar att hon ser en skillnad mellan den traditionella psykoterapeutiska rollen och socionomrollen vilken hon definierar som vidare när det gäller ramar och gränser. Hon menar att som socionom måste hon möta människor utifrån deras situation vilket kanske medför att hon träder utanför de ramar och gränser som gäller i en psykoterapeutisk relation men som däremot ingår i socionom- och kuratorsrollen. Hon lyfter upp som exempel att göra hembesök, följa med patienter till socialkontoret eller att skriva fondansökningar. Birgitta menar att det är utifrån patientens behov och behandlingens karaktär som hon väljer vilken roll hon ska utgå ifrån.

Utifrån det Birgitta tar upp angående de olika rollerna är vår tolkning att hon i socionomrollen, i enlighet med bland andra Tudor-Sandahl, kan fatta beslut om var gränserna går utifrån varje specifik situation och att hon kan bemöta patienter utifrån deras individuella förutsättningar.¹⁵⁵ Det resonemang som både Birgitta och Gunilla för påvisar att de ser att det i socionomrollen finns ett utrymme att vara mer flexibel med ramar och gränser.

Genomgående uppfattar vi att kuratorerna är striktare med ramar och gränser i psykoterapeutiska behandlingsrelationer och att socionom/kuratorsrollen anses vidare. Utifrån Topors uppdelning av abstrakt och konkret social responsivitet tolkar vi kuratorernas resonemang ovan som att terapeutrollen är närmre en abstrakt socialitet medan socionom/kuratorsrollen ligger närmre en konkret socialitet. Gunilla använder ord som *närhet* och *medmänniska* när hon talar om den vidare socionom/kuratorsrollen i sitt citat, vilket är begrepp som ingår i Topors beskrivning av en konkret professionell socialitet. På tal om den terapeutiska rollen nämner flera av informanterna att de håller en tydligare distans och är mer noggranna med att hålla restriktivt på sin egen person i terapier. Dessa beskrivningar ligger enligt vår tolkning nära Topors definition av en abstrakt professionell socialitet.¹⁵⁶

¹⁵⁴ Zur, *Boundaries in Psychotherapy*.

¹⁵⁵ Tudor-Sandahl, *Den fängslande verkligheten*.

¹⁵⁶ Topor, *Vad hjälper?*

I detta kapitel sammanfattas resultatredovisningen och uppsatsens frågeställningar besvaras. De slutsatser studien utmynnat i redovisas och avslutande reflektioner förs. Slutligen ges förslag på vidare forskning.

7. Sammanfattning och avslutande reflektioner

7.1 Besvarande av uppsatsens frågeställningar

7.1.1 Hur definierar och förhåller sig kuratorer inom öppenvårdspsykiatri till ramar och gränser i en professionell behandlingsrelation?

Kuratorerna definierar ramar och gränser som ett verktyg i behandlingsrelationen och uttrycker en syn på begreppen som ett fundament i det terapeutiska arbetet. Den syn på ramar och gränser som kuratorerna förmedlar överensstämmer väl med den bild som återges i den rådande diskursen om gränssättning i psykiatriskt behandlingsarbete.

I empirin framkommer att kuratorerna förhåller sig till ramar och gränser utifrån två huvudskäl. Informanterna lyfter fram att den främsta anledningen till att ramar och gränser har en så framträdande position i behandlingsrelationen är att ram- och gränssättning anses viktigt utifrån en idé om patientens bästa. Ramar och gränser anses ge *tydlighet, struktur* och *trygghet* för patienten i behandlingsrelationen. Ett annat skäl som framkommit i empirin handlar om att ramar och gränser även fyller en funktion för kuratorerna själva i behandlingsarbetet då det ger ett stöd i arbetet och blir något att förhålla sig till.

Samtliga kuratorer är således överens om att ramar och gränser är en viktig del i en behandlingsrelation. Vissa av informanterna problematiserar dock kring frågan och uttrycker bland annat att det är viktigt att ramar och gränser inte sätts upp som ett självändamål och att en alltför strikt användning av ramar och gränser kan bli negativt för behandlingsrelationen.

Den bild empirin ger är att kuratorerna förhåller sig till ramar och gränser som något som ovillkorligen utgör en grundval för en behandlingsrelation. Utifrån detta är vår tolkning att kuratorernas definition av och förhållningssätt gentemot ram- och gränssättning i behandlingsrelationer i huvudsak är närliggande Topors beskrivning av den traditionella professionaliteten. I denna abstrakta professionalitet har skapandet och upprätthållandet av ramar och gränser en central position.

7.1.2 Hur förhåller sig kuratorer inom öppenvårdspsykiatri till rambrott och gränsöverträdelser i en professionell behandlingsrelation?

Empirin visar att kuratorernas förhållningssätt gentemot rambrott och gränsöverträdelser varierar och att de förhåller sig till ramar och gränser utifrån individuella premisser vilket medför att dessa är olika snäva eller vida från fall till fall. Kuratorerna är eniga om att ram- och gränsöverträdanden förekommer, men i deras respektive inställning till hur acceptabelt detta är framträder skillnader. Vissa informanter talar i termer av att ram- och gränsöverträdelser ibland är nödvändiga och befogade medan andra uttrycker åsikten att överträdelser är misstag som överlag bör undvikas. Samtliga kuratorer är dock överens om att grundprincipen är att man bör hålla sig inom ramar och gränser i en professionell behandlingsrelation och att överträdelser i den mån de överhuvudtaget görs skall ske utifrån en restriktiv hållning.

Av de kuratorer som har en mer positiv inställning till rambrott och gränsöverträdelser framhålls att det i en del fall kan vara befogat utifrån en patients behov eller en specifik situation. Från dessa kuratorer förmedlas att konsekvenser av överträdelser i dessa fall kan bidra till en positiv upplevelse för patienten samt att det kan vara verksamt i relationskapandet. I samband med detta talar informanterna om att de ibland måste kunna tänja på ramar och gränser om det är till gagn för behandlingsrelationen och menar att kuratorsyrket innefattar ett visst mått av flexibilitet.

Risker och problematiserande som nämns i samband med konsekvenser av rambrott och gränsöverträdanden består främst i att tydligheten i behandlingsrelationen kan försvinna vilket kan skapa otrygghet för patienten samt att överträdelser anses ha en upptrappningseffekt. Ytterligare en risk som yttras från flertalet av kuratorerna handlar om att överträdelser av ramar och gränser skulle kunna medföra att behandlingsrelationen antar en annan närmre och mer vänskaplik karaktär vilket inte anses förenligt med ett professionellt förhållningssätt.

Kuratorernas gemensamma inställning till att ramar och gränser bör upprätthållas som huvudregel kategoriserar vi som närliggande Topors beskrivning av den traditionella professionaliteten som präglas av en abstrakt socialitet. I de avseenden kuratorerna lyfter fram positiva konsekvenser av rambrott och gränsöverträdelser ger de uttryck för ett förhållningssätt som visar att de i vissa situationer kan anta en konkret form av den sociala responsiviteten. Kuratorerna betonar dock att överträdelser bör ske restriktivt och de fokuserar i stor utsträckning på vilka risker som anses föreligga med att träda utanför ramar och gränser. Detta underbygger vår tolkning om att deras förhållningssätt till rambrott och gränsöverträdelser till stor del sammanfaller med Topors beskrivning av den traditionella professionaliteten.

7.1.3 Hur resonerar kuratorerna inom öppenvård psykiatri kring förhållandet mellan professionalitet och att hålla sig inom, respektive att träda utanför, ramar och gränser i behandlingsrelationer?

Empirin visar att en klar majoritet av kuratorerna inte anser att det är professionellt att göra rambrott och gränsöverträdelser. Detta utifrån grundprincipen att en professionell kurator bör hålla sig inom de ramar och gränser som satts upp i behandlingsrelationen.

Viktiga faktorer som lyfts fram av kuratorerna i diskussionen kring att bli oprofessionell i sitt arbete handlar om att som behandlare inte vara medveten om när ramar och gränser överträds samt vikten av att tydliggöra ram- och gränsöverträdelser för patienten. Någonting som av samtliga kuratorer bedöms vara oprofessionellt är att anta en dubbel roll inför patienter, vilket de anser kan inträffa om en relation av mer privat karaktär inleds parallellt med behandlingskontakten.

Två av kuratorerna anser i kontrast till de övriga att det kan vara professionellt att överträda ramar och gränser. Från dessa framhålls att om överträdelser görs med patientens bästa som motiv och det sker med en medvetenhet från behandlarens sida så kan det vara förenligt med ett professionellt förfarande att överträda ramar och gränser.

Oberoende av hur kuratorerna förhåller sig till frågan om huruvida det är professionellt eller inte att göra rambrott och gränsöverträdelser framkommer det i empirin att ett professionellt förhållningssätt motiveras utifrån vad som anses bäst för patienterna.

Hos de två kuratorer som anser att rambrott och gränsöverträdelser kan vara förenligt med ett professionellt agerande ser vi ett förhållningssätt som korrelerar med den nya konkreta form av professionalitet som Topor förespråkar ska finnas som ett komplement till den existerande traditionella formen. Majoriteten av informanterna uttrycker dock en inställning som vi anser överensstämmer med Topors beskrivning av den traditionella abstrakta professionaliteten där gränsöverträdelser reduceras till felsteg från den professionellas sida.

7.2 Slutsatser utifrån det teoretiska perspektivet

Utifrån uppsatsens teoretiska perspektiv är vår slutsats att kuratorernas förhållningssätt gentemot ramar och gränser gör att de flesta av dem i flera avseenden hamnar nära den form av professionalitet som Topor benämner som den traditionella, en professionalitet som präglas av en abstrakt social responsivitet.

Kuratorernas fokusering på ramar och gränser som en ovedersäglig del av en behandlingsrelation samt deras förhållningssätt till att upprätthållandet av ramar och gränser utgör grundprincipen för behandlingsarbetet, ger enligt vår tolkning anledning till denna kategorisering. Även den till stora delar restriktiva hållning som framkommit i empirin kring frågan om hur kuratorerna förhåller sig till rambrott och gränsöverträdelser samt den betoning som lagts vid riskaspekter utgör en grund för denna tolkning.

Rambrott och gränsöverträdelser formuleras som undantag oavsett om kuratorerna anser att dessa är acceptabla eller inte och majoriteten är av åsikten att det inte är professionellt att överträda ramar och gränser i en behandlingsrelation. Den inställning kuratorerna förmedlar sammanfaller med Topors beskrivning av den traditionella professionaliteten, som karaktäriseras av en abstrakt social responsivitet, där rambrott och gränsöverträdelser reduceras till misstag och felsteg från den professionellas sida. Utifrån dessa aspekter, samt åsikten om att behandlingsrelationen bör vara fixerad i sin givna form och inte luckras upp genom exempelvis mer vänskapsliknande inslag, anser vi att kuratorerna definierar sin yrkesroll och sin del i en behandlingsrelation på ett sätt som i flera hänseenden är närliggande Topors beskrivning av en traditionell abstrakt professionalitet.

Vi vill dock poängtera att empirin inte ger en helt ensidig bild. Det finns många uttalanden från kuratorerna som antyder att flera av dem i vissa fall frångår den abstrakta socialitetens form även om de huvudsakligen utgår ifrån en traditionell professionalitet i sin yrkesroll. Detta gör att vi håller det för sannolikt att kuratorerna i vissa situationer, där det anses befogat, kan anta en konkret form av socialitet inför sina patienter trots att de vanligtvis inte träder över ramarna och gränserna i sina behandlingsrelationer. Flertalet av kuratorerna resonerade i delar av intervjuerna kring vilka positiva konsekvenser rambrott och gränsöverträdelser skulle kunna bidra till för behandlingsrelationen. Vissa av dem uttryckte även en förståelse för ett patientperspektiv som överensstämmer med vad återhämtningsforskningen visat om patienters upplevelser. Detta indikerar enligt vår tolkning att flera av kuratorerna i sitt förhållningssätt har inslag av en konkret socialitet i sin yrkesidentitet.

Även andra författare och forskare, förutom Topor, betonar vikten av att som professionell behandlare kunna vara flexibel i behandlingsrelationer liksom att det utifrån patientens perspektiv är viktigt att ramar och gränser vidmakthålls eller överträds utifrån situation och behov. Empirin visar att kuratorerna i vissa delar talar om att kunna tänja på, framförallt ramar, och vara flexibel och att de i detta ligger nära de tänkare som förespråkar flexibilitet i behandlingsrelationer. Detta tyder enligt vår tolkning på att kuratorerna, även om de inte med

Topors dikotoma mått mätt till fullo antagit en konkret form av professionalitet, anammat ett mer flexibelt förhållningssätt gentemot ram- och gränssättning än vad den traditionellt abstrakta formen av professionaliteten givit utrymme åt.

7.3 Avslutande reflektioner

I Topors återhämtningsforskning påvisas att det i många fall är när professionella vågar träda utanför ramar och gränser i sina behandlingsrelationer som de bidrar till ett tillfrisknande hos patienter med psykisk ohälsa. Utifrån detta förespråkar han en ny och kompletterande form av professionalitet där det anses föredömligt för behandlaren att ibland och i vissa situationer överträda ramar och gränser och därigenom framstå i en konkret form av socialitet inför sina patienter. Borg, som även hon forskat inom detta område, anser att det finns en diskrepans mellan den kunskap om behandlingsrelationen som traditionellt förmedlats till professionella och de erfarenheter som återhämtade patienter beskriver. Intresset för att genomföra denna studie sprang ur vår kännedom om återhämtningsforskningens resultat och den kontrastverkan som verkade föreligga mellan behandlares och patienters syn på vad som är verksamt i en behandlingsrelation. Trots att flertalet av de kuratorer som intervjuats för denna uppsats sa sig känna till återhämtningsforskningens resultat har vi gjort tolkningen, utifrån det samlade intervjumaterialet, att de inte fullt ut verkar ha inlemmat denna kunskap i sitt behandlingsarbete. Utifrån detta anser vi att det är av yttersta vikt att rönen från återhämtningsforskningen förmedlas till alla personer som arbetar inom det psykiatriska fältet. Vi anser att det vore värdefullt om yrkesverksamma inom psykiatrin anammade Topors idéer om en kompletterande form av professionalitet, där rambrott och gränsöverträdelser inte med nödvändighet behöver betraktas som något oprofessionellt. Detta för att den diskrepans som idag i många fall verkar föreligga, mellan professionellas förhållningssätt och patienternas behov och erfarenheter av vad som är verksamt behandlingsarbete, på sikt ska kunna minimeras. Att patienters och behandlares perspektiv närmar sig varandra torde vara mycket väsentligt för en förbättrad och mer välfungerande psykiatrisk vård.

En begränsning i vår kvalitativa studie är att vi genom intervjumetoden enbart har undersökt vad kuratorerna verbalt förmedlar om sina tankar och åsikter angående ramar och gränser och inte hur deras förhållningssätt omsätts i det praktiska patientarbetet. Tudor-Sandahl ger uttryck för att det ofta kan finnas en skillnad mellan hur terapeuter agerar i praktiken i förhållande till sina patienter och vad de ger sken av att göra inför sina kollegor. Om det Tudor-Sandahl talar om stämmer kan det vara en faktor som har inneburit att vi fått en bild av att kuratorerna är snävare i sitt förhållande till ram- och gränssättning än vad de i praktiken är. Detta på grund av att den rådande diskursen inom psykoterafältet, där vikten av ramar och gränser betonas, utgör en normbild som kuratorerna förmodligen upplevde att de borde utgå ifrån när de förmedlade information om ämnet i intervjusituationen. Det skulle då, enligt vad Tudor-Sandahl uttrycker, kunna vara så att våra informanter är mer radikala i praktiken och att de gör mer rambrott än vad de förmedlade att de gjorde i intervjuerna.

Det är inte konstigt att behandlare utåt sett betonar ram- och gränssättning, då detta traditionellt ansetts utgöra en viktig grund för en behandlingsrelation. Borg och Topor har utifrån sin återhämtningsforskning, om vad patienter med psykisk ohälsa har ansett vara verksamt för deras återhämtande, lyft fram att det är viktigt att professionella hjälpare vågar ifrågasätta och kritiskt granska ram- och gränssättning. Om det ligger en sanning i Tudor-Sandahls åsikter anser vi det att det är angeläget att detta med ramar och gränser, samt rambrott och gränsöverträdelser, kontinuerligt diskuteras på arbetsplatser inom psykiatrifältet. En fortlöpande diskussion om detta tema, utifrån aktuell forskning om behandlingsrelationer, skulle kunna innebära en större acceptans från arbetsgruppen att som enskild behandlare

tillåtas förhålla sig mer situationsanpassat till rambrott och gränsöverträdelser. Det skulle även kunna medföra att diskrepansen mellan teori och praktik, som enligt Tudor-Sandahl finns, blev mindre vilket vi anser skulle vara värdefullt med tanke på det psykiatriska behandlingsarbetet.

Ytterligare en reflektion vi gjort under uppsatsarbetets gång handlar om att majoriteten av kuratorerna i denna studie lyfter upp en rädsla inför att bli för privat i förhållande till sina patienter och uttrycker att de är måna om att inte överskrida gränser som hänger samman med den privata sfären. Informanterna betonar att det är viktigt att inte bli vän med patienten och framhåller vikten av att inte få en privat och vänskapligt inriktad relation. Flera av kuratorerna lyfter i intervjuerna fram farhågor om att bli för betydelsefulla och viktiga personer för patienterna och menar att de genom att träda över gränser skulle väcka orealistiska förhoppningar hos patienterna om vänskapsrelationer som går bortom den föreliggande behandlingsrelationen. I Topors resonemang kring vad han kallar ”som-vänskaps-professionalitet” utmanar han en sådan föreställning i och med att han påvisar att patienter beskriver sina relationer till professionella i termer av ”som vänskap”. Detta tyder enligt honom på att patienter inte sammanblandar relationernas form utan är väl medvetna om vilka skillnader som ligger i en vanlig vänskapsrelation och i en behandlingsrelation. Vidare poängterar Topor hur viktigt det kan vara för personer med psykisk ohälsa att möta professionella som antagit en konkret socialitet eftersom de generellt sett har få konkreta relationer i sitt nätverk. Då psykiatriska patienters nätverk till ansenlig del utgörs av professionella personer blir risken stor att instrumentella och opersonliga relationer dominerar. Alla människor har ett behov av konkreta, nära och personliga relationer och om inte professionella i vissa situationer vågar anta denna konkreta form av socialitet kan det föranleda det en brist på betydelsefulla relationer för personer med psykisk ohälsa. Även Lennér-Axelsson och Thylefors betonar att professionella inte ska vara rädda för att bli en viktig person för patienten, då det är först när behandlaren inte är så lätt utbytbar som behandlingskontakten kan utgöra en god grund att arbeta utifrån. Utifrån denna aspekt anser vi att det är oroväckande att kuratorerna uttrycker en rädsla för att träda utanför vissa ramar och gränser, som enligt Topors forskning skulle kunna vara gynnsamt för patienters återhämtning. Vår förhoppning är att en större spridning av återhämtningsforskningens resultat kommer att eliminera den rädsla, för att bli en för viktig person för patienter, som återfinns hos många professionella.

Vi har även reflekterat över den tydliga åtskillnad som vi uppfattar att kuratorerna gör när de talar om sin yrkesroll, mellan den roll de anser sig ha som terapeut och den de anser sig ha som kurator/socionom. Kuratorerna uttrycker att ramarna och gränserna är betydligt vidare i kurators/socionomrollen än i terapeutrollen. Vår tolkning av deras utsagor är att den terapeutiska rollen ligger nära det Topor benämner som den abstrakta sociala responsiviteten och att kurators/socionomrollen ligger närmre den konkreta sociala responsiviteten. Utifrån det resonemang kuratorerna för, om den tydliga åtskillnaden mellan terapeut och kurators/socionomrollen, har vi två reflektioner. Dels anser vi att man kan hänföra kuratorernas uppdelning till ett resonemang som Topor för kring att det visserligen kan vara lättare för vissa professioner att anta en konkret form än för andra men att det inte är på förhand givet vilken form av social responsivitet en yrkeskategori inbegriper. Alla professionella som arbetar med personer med psykisk ohälsa bör utifrån situation och patientens behov kunna anta den form av socialitet som är mest verksam för patienten. Vi anser utifrån detta resonemang att ramarna och gränserna som anses strukturgivna i terapeutrollen i många fall kan ifrågasättas och omformuleras. Dels undrar vi vilka konsekvenser det blir för behandlingsrelationen när intervjupersonerna lägger så stor tonvikt

på de terapeutiska inslagen i yrkesrollen medan den konkreta formen av socialitet i kurators/socionomrollen framhålls som mer sekundär. Om kuratorerna bara tillämpar den terapeutiska delen av yrkesrollen och frångår socionomrollen, där ramarna och gränserna är vidare, skulle det kunna leda till att personer med psykisk ohälsa möts av ytterligare en yrkeskategori som präglas av en abstrakt socialitet. Att som psykiatrisk patient få möjlighet att möta professionella som kan anta en konkret socialitet anser vi, utifrån Topors och Borgs forskning, är viktigt eftersom det visat sig vara avgörande i återhämtnings-processen för personer med psykisk ohälsa. Vår åsikt är att kuratorsrollen har en ytterst viktig funktion att fylla inom det psykiatriska fältet då det psykosociala arbetet som innefattas i kuratorsrollen kan anta en konkret form av responsivitet. Vi anser att det är viktigt att kuratorer inte glömmor bort sin grund som socionom då den psykosociala helhetssyn som präglar vår yrkesgrupp har något väsentligt att bidra med i arbetet med personer med psykisk ohälsa.

7.4 Vidare forskning

När vi sökte efter tidigare forskning för denna studie hittade vi främst material som baserats på intervjuer med återhämtade patienter. Utifrån våra litteratursökningar verkar det föreligga en brist på aktuell forskning om hur behandlare idag ser på sin yrkesroll och begrepp som professionalitet, ramar och rambrott. Borgs och Topors forskningsrön har nu varit tillgängliga i några år. Det skulle därför vara intressant att göra en större studie utifrån en frågeställning rörande huruvida professionella inom det psykiatriska fältet har förändrat sitt förhållningssätt till sin yrkesroll och synen på hur en behandlingsrelation bör utformas.

Om möjligheten gavs till ett större projekt skulle det vidare vara intressant att undersöka vad behandlare respektive patienter inom psykiatrin uppfattar som verksamt i behandlingsrelationen och i behandlingen. Jämförande intervjuer med respektive grupp skulle kunna ge möjlighet att se vari patient- och behandlarperspektiven överensstämmer samt i vilka aspekter eventuella skillnader föreligger.

Utifrån Tudor-Sandahls åsikt, om att terapeuter troligen är mer radikala i praktiken än vad de utåt sett förmedlar kring ramar och rambrott, skulle det vara intressant att undersöka om hennes tes stämmer med verkligheten. Om det vore möjligt, med tanke på aspekter som etik och sekretess, skulle det vara intressant att göra en observationsstudie på hur behandlare inom psykiatrin förhåller sig till detta med ramar och gränser i det praktiska behandlingsarbetet. Med observationer av behandlingskontakter skulle det på ett annat sätt, än med intervjuer, vara möjligt att undersöka hur behandlare hanterar detta med rambrott och gränsöverträdelser i det praktiska patientarbetet.

8. Litteraturförteckning

8.1 Böcker och avhandlingar

Andersen, Ib. *Den uppenbara verkligheten – Val av samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur, 1998.

Asplund, Johan. *Det sociala livets elementära former*. Göteborg: Bokförlaget Korpen, 1987.

Backman, Jarl. *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur, 1998.

Borg, Marit. *Verksamma relationer – Vad innebär det sett ur psykiatriska patienters perspektiv?* Oslo: Oslo universitet, Seksjon for helsefag, det medisinske fakultet, 1999.

d'Elia, Giacomo. *Det kognitiva samtalet i vården*. Stockholm, Natur och kultur, 1999.

Egidius, Henry. *Psykologi lexikon*. Stockholm: Natur och kultur, 2005.

Gilje, Nils och Harald Grimen. *Samhällsvetenskaparnas förutsättningar*. Göteborg: Daidalo, 1995.

Kvale, Steinar. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur, 1997.

Larsson, Sam, John Lilja och Katarina Mannheimer, red. *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur, 2005.

Lennér-Axelsson, Barbro och Ingela Thylefors. *Psykosocialt behandlingsarbete*. Stockholm: Natur och kultur, 1991.

Ottosson, Jan Otto. *Psykiatri*. Stockholm: Nordstedts förlag AB, 1988.

Skau, Greta Marie. *Mellan makt och hjälp – förhållandet mellan klient och hjälpare i ett samhällsvetenskapligt perspektiv*. Stockholm: Liber, 2001.

Sundgren, Magnus. ”Den sociala blicken – att se det förbisedda” i *Social Psykiatri*, red. Magnus Sundgren och Alain Topor. Stockholm: Bonnier utbildning, 2005.

Svenning, Conny. *Metodboken*. Eslöv: Lorentz Förlag, 2003.

Thurén, Torsten. *Vetenskapsteori för nybörjare*. Stockholm: Liber, 1991.

Topor, Alain. *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*. Stockholm: Natur och Kultur, 2004.

Topor, Alain. ”Återhämtning från svåra psykiska problem – bidragande faktorer” i *Social Psykiatri*, red. Magnus Sundgren och Alain Topor. Stockholm: Bonnier utbildning, 2005.

Tudor-Sandahl, Patricia. *Den fängslade verkligheten – objektrelationsteori i praktiken*. Stockholm: Wahlström & Widstrand, 1992.

Widerberg, Karin. *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur, 2002.

Wrangsjö, Björn. *Teorier och synsätt i psykiatrisk- psykologisk verksamhet*. Stockholm: Natur och kultur, 1984.

Wrangsjö, Björn. *Mötas och växa – Reflexioner kring psykoterapeutyrket*. Stockholm: Natur och Kultur, 1990.

Yalom, Irvin D. *Terapins gåva*. Stockholm: Natur och Kultur, 2002.

Zur, Ofer. *Boundaries in Psychotherapy - Ethical and Clinical Explorations*. Washington DC: American Psychological Association, 2007.

8.2 Vetenskapliga artiklar

Borg, Marit., och Kristjana, Kristiansen. "Recovery-Oriented Professionals: Helping Relationships in Mental Health Services." *Journal of Mental Health*, 5 (2004): 493-505.

Brendel, David H., J, Chu, J, Radden, H, Leeper, H G., Pope, J, Samson, G, Tsimprea, och J A.,Bodkin. "The Price of a Gift: An Approach to Receiving Gifts From Patients in Psychiatric Practice." *Harvard Review of Psychiatry*, 2 (2007): 43-51.

Mancini, Michael A. "A Qualitative Study with Fifteen Psychiatric Survivors: The Role of Self-efficacy in Recovery from Serious Psychiatric Disabilities." *Qualitative Social Work*, 6 (2007): 49.

Peternelj-Taylor, Cindy A., och Olive Yonge. "Exploring Boundaries in the Nurse-Client Relationship: Professional Roles and Responsibilities." *Perspectives in Psychiatric Care*, 2 (2003): 55-66.

Reamer, Frederic G., "Boundary Issues in Social Work: Managing Dual Relationships." *Social Work*, 1 (2003): 121-133.

8.3 Övriga källor

Vetenskapliga rådet. *Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet, 2002.

Nationalencyklopedin. Höganäs: Bra Böcker AB, 1993. Band nr. 11.

9. Bilagor

9.1 Introduktionsbrev

Hej!

Vi är två socionomstudenter, Elin Aronson och Tove Irmelid, som läser på sista terminen på utbildningen och därför skall skriva C-uppsats nu i höst.

Vår uppsats kommer att behandla relationella aspekter i psykiatriskt behandlingsarbete och vi vill vända oss till kuratorer som i sitt arbete möter psykiatriska patienter i behandlingssammanhang. Därför är nu vår undran om Du har möjlighet att medverka i en intervju för att ge oss underlag till uppsatsen?

Ifall Du vill hjälpa oss i vår undersökning så är din medverkan frivillig och Du har full frihet att avbryta din delaktighet när som helst om du skulle vilja det. Dina personuppgifter kommer att behandlas konfidentiellt och Du kommer att vara anonym i uppsatsen. Intervjuerna är tänkta att spelas in på band för att underlätta skrivprocessen och banden kommer efter användandet att förstöras.

Intervjufrågorna kommer i huvudsak att röra olika aspekter av behandlingsrelationen mellan kurator och patient. Intervjun kommer att vara ungefär en timma och äga rum där Du tycker att det passar bra, t.ex. på din arbetsplats. Vår tanke är att utföra våra intervjuer under vecka 44, dvs. mellan 29 oktober och 2 november, och gärna i början av den veckan. Om Du inte har möjlighet under denna vecka men kan vid ett annat närliggande tillfälle har vi naturligtvis möjlighet att vara flexibla.

Om du kan tänka dig att ställa upp och medverka i en intervju vore vi mycket tacksamma. Hör i så fall av dig till någon av oss antingen på telefon eller via mail så kommer vi överens om en tid som passar. Tack på förhand!

Med vänlig hälsning/

Tove Irmelid

Elin Aronson

9.2 Informationsbrev

Göteborg 071024



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för socialt arbete

Hej!

Vi har fått en förfrågan från några av dem som ska delta i intervjustudien om att få intervjufrågorna skickade till sig i förväg. Vi har därför valt att maila samma information till alla som ingår i vår intervjustudie för att alla ska kunna få samma möjlighet att förbereda sig. Det är självklart helt frivilligt om man vill titta igenom frågorna och förbereda sig innan intervjun eller om man inte vill göra det.

Syftet med vår uppsats är att se hur professionella behandlare inom psykiatri förhåller sig till ramar och gränser i den professionella relationen till patienten. Vi kommer bland annat att ställa frågor kring hur man som professionell tänker kring ramar och gränser i en behandlingsrelation, varför ramar sätts och hur man tänker kring att vara personlig och privat i en behandlingsrelation. Vi kommer även att komma in på och ställa frågor om hur man tänker kring att gå utanför ramar och gränser för en professionell behandlingsrelation.

Vi kommer att använda en bandspelare vid intervjutillfället för att på bästa sätt kunna bearbeta materialet. Materialet kommer att aidentifieras vid utskriften och bandet förstörs när undersökningen avslutats.

Deltagandet i undersökningen är frivillig och du har rätt att när som helst avbryta din medverkan. Vi kommer inom ramen för studien att följa Vetenskapsrådets forskningsetiska principer med kraven på *information, nyttjande, samtycke och konfidentialitet*. De uppgifter som samlas in kommer endast att användas för den här undersökningen och inget annat. Resultaten från undersökningen kommer att publiceras i vår C-uppsats och uppsatsen kommer att finnas tillgänglig i Göteborgs Universitets databas GUPEA.

Vi vill tacka dig som väljer att delta i studien för att du tar dig tid.

Om ni har några frågor är ni välkomna att kontakta oss.

Tove Irmelid
socioinomstuderande

Elin Aronson
socioinomstuderande

Handledare:
Barbro Lennéer-Axelson
universitetslektor vid Institutionen för socialt arbete

9.3. Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Tema: Ramar och gränser för en professionell behandlingsrelation

Vi inledde intervjun med att definiera vad vi själva syftar på när vi pratar om ramar och gränser i en professionell behandlingsrelation. Vi framförde att vi ser ramar som strukturen och förutsättningen för behandlingsrelationen så som till exempel tids- och rumsaspekten. Medan gränser är i en given situation och handlar mer om gränsdragning inom relationen mellan behandlaren och patienten.

1. Hur tänker du kring ramar och gränser i en professionell behandlingsrelation?
- 2a. Varför sätts ramar och gränser?
- 2b.* Vem sätter ramarna och gränserna?
- 2c.* För vems skull sätts i huvudsak ramar och gränser?

Vi inledde fråga 3 med att säga att det finns ett antal begrepp som vi tycker är kopplade till ramar och gränser i en professionell behandlingsrelation och vi kommer att ställa ett par frågor kring dessa begrepp.

- 3a. Utifrån det här med ramar och gränser, hur tänker du kring att vara personlig respektive att vara privat i en professionell behandlingsrelation?
- 3b. Utifrån det här med ramar och gränser, hur tänker du kring att vara neutral respektive att vara engagerad i en professionell behandlingsrelation?
- 3c. Utifrån det här med ramar och gränser, hur tänker du kring att ha distans eller att ha närhet i en professionell behandlingsrelation?
- 4a. Överensstämmer dina ramar och gränser för behandlarrelationen med arbetsplatsens?
- 4b. Om de inte överensstämmer, hur skiljer de sig åt?
- 4c. Hur tänker du kring eventuella motsättningar mellan dina egna och arbetsplatsens ramar och gränser?

Tema: Att gå utanför ramar och gränser

5. Hur ser du på att gå utanför ramar och gränser i en professionell behandlingsrelation?
- 6a.* Kan du beskriva någon situation där du har upplevt att kollegor har gått utanför ramar och gränser?
- 6b.* Kunde du se att det fick några positiva eller negativa konsekvenser?

- 7a. Har du någon gång gått utanför de ramar och gränser som finns för den professionella behandlingsrelationen?
- 7b. Om du har gått utanför ramarna och gränserna, kan du beskriva den eller de situationerna? (När? Hur? Varför? Situationsbaserat eller patientbaserat?)
- 7c. Har det påverkat behandlingsrelationen på något sätt, positivt eller negativt?

Om intervjupersonen svarat nej på fråga 7a:

- Om du inte har gått utanför arbetsplatsens (eller dina egna) ramar och gränser, vad är motivet till att du inte gjort det?
- Skulle du kunna tänka dig att göra det rent hypotetiskt?

Vi lyfte själva upp ett par exempel gränsöverträdelser för att informanterna skulle få fler idéer att utgå ifrån. Dessa exempel hade vi hittat i artiklar om gränsöverskridande i sökandet efter tidigare forskning. Exempel som vi gav var: fysisk beröring, sexuellt umgänge, att låna ut pengar, ta emot presenter från patienter, få en inbjudan av en patient samt att möta en patient i ett annat sammanhang.

8. Har du någon gång upplevt att en patient har förväntat/önskat/begärt att du ska gå utanför de ramar och gränser som finns i er behandlingsrelation?
- 9a. *Finns det vissa gränser som är värre än andra att överstiga i en professionell behandlingsrelation?
- 9b. *Finns det vissa gränser som det är mer okej att överträda?
10. Upplever du att du har förändrat ditt tankesätt kring att gå utanför ramar och gränser under din yrkesverksamma tid?
11. Hur ser du på förhållandet mellan att gå utanför gränsen och att vara professionell?
- EV FÖLJDFRÅGA: När blir man oprofessionell?
12. Finns det något du skulle vilja förändra vad gäller ramar och gränser? (till exempel arbetsplatsens, dina egna, eller helt generellt)

Avslutningsvis talade vi om att det har funnits olika synsätt på hur en behandlingsrelation ska se ut i förhållande till ramar och gränser. Från Freud och den psykoanalytiska synen på den neutrala behandlaren till humanismens tankar kring ömsesidiga relationer med begrepp som ”professionell medmänniska” osv. Vi talade även om att vi läst om återhämtningsforskning av bland andra Topor och Borg som påvisar att det är när behandlare gör något extra, något mer än man förväntats, gått utanför ramar och gränser som patienten har upplevt som avgörande för återhämtningen. I samband med detta ställde vi fråga 13.

13.* Får du några ytterligare tankar kring en behandlingsrelation med avseende ramar och gränser?

14. Finns det något du skulle vilja tillägga till intervjun?

Bakgrundsfrågor

- Hur många år har du i yrket som socionom?
- Hur många år har du i yrket som kurator?
- Vilka är dina huvudsakliga arbetsplatser under karriären?
- Hur många år har du arbetat på denna arbetsplats?
- Har du någon vidareutbildning efter socionomstudierna? Vilken?
- Hur gammal är du?

* Betyder att vi inte har ställt frågorna till samtliga informanter. Detta dels beroende på att vi efter första intervjun reviderade intervjuguiden något samt att vissa av intervjuerna var tidsbegränsade.