

# Vad är bra terapi?

*eller*

## Värderingsvariabler i behandlingsarbete

Så fort vi ska utvärdera, studera och bedöma terapiformer<sup>1</sup> – vilket ofta sker inom terapiforskningen – tvingas vi ta ställning till olika effektvariabler. Det betyder att vi behöver ta ställning till vad vi anser vara ”bra” respektive ”dåligt” samt vilka variabler som vi anser vara relevanta eller icke-relevanta.

Inom olika skolbildningar/terapiformer görs olika värderingar, beroende på den egna modellens utgångspunkter. Vanligen sker dessa utvärderingar utifrån den egna modellens referensramar, vilket gör det svårt att jämföra olika modeller sinsemellan.

Detta tycks dock inte räcka, utan även en mera personlig eller privat definition av vad som betraktas som bra/värdefullt tycks alltid finnas med. Det är tyvärr inte så vanligt att terapeuter, utbildare med flera, diskuterar dessa grundläggande kriterier. Ofta nöjer vi oss med att ”klienten mår bättre”, bedöms som symptomfri, fått ökad insikt eller liknande, vilket anses vara ett framsteg (i alla fall om det kriteriet bedöms så inom den egna skolbildningen). Det betyder att vi anser/har tagit ställning till att ”må bättre” är ett positivt kriterium. Det är alltså bättre att ”må bättre” än att ”inte må bättre”. Detta exempel är ju tämligen enkelt och troligen skulle de flesta instämma i detta, oavsett skolbildning. När det gäller skolbildningar som vi är mera tveksamma till, eller rent av kritiska, räcker det ofta inte som kriterie för att den modellen ska betraktas som (lika) bra.

En grundläggande tanke i detta är att varje terapeut, utbildare, handledare etc. både inför sig själv, sina elever och sina klienter, kan redovisa sin syn på sina egna kvalitetsvärderingar. Inte för att de därmed skulle bli mera ”sanna” i någon som helst bemärkelse, utan snarare som ett led i en kvalitetssäkring. En sorts ”varudeklaration” för de personer man har att göra med samt ett sätt att inför sig själv kunna ställa frågan om ens egna värderingar stämmer överens med de modeller man (anser sig) följa.

### Vilka är kriterierna för bra terapi?

Som tidigare konstaterats kan knappast några universella regler för detta formuleras. Det är snarare var och ens uppgift att formulera dessa för sig själv, ifall de inte finns formulerade inom den valda modellen.

Inom den lösningsfokuserade litteraturen, och bland dess utövare, förefaller följande variabler vara de som i huvudsak värderas:

1. **Terapin ska ge effekt.** Det vill säga att den ska ha någon form av verkan, leda till någon form av mätbar, benämningsbar och/eller observationsbar förändring. Desto fler i klientens närhet som kan beskriva en förändring, desto bättre. Förändringen ska dessutom beskrivas som att den sker i ”rätt riktning” och därmed av klienten (och alltså helst även dess anhöriga) beskrivas som en förbättring.
2. **Frånvaro av skadeverkningar.** Alltså icke önskade sidoeffekter, biverkningar. Som skadeverkning räknas här även kränkning, icke respektfullt bemötande och liknande. I den mån även anhöriga till klienten är direkt eller indirekt delaktiga gäller detta

---

<sup>1</sup> I texten används genomgående begreppet *terapi*. Detta trots att begreppet är luddigt och inte sällan missvisande – likaväl kunde begrepp som *behandling*, *samtalskontakter*, *insatser* etc. användas. Trots detta blir *terapi* det samlingsbegrepp som används, i syfte att öka läsbarheten.

givetvis även dessa. Anhöriga bör heller inte kunna observera några negativa sideeffekter.

3. **Äran av lyckanden och framsteg ska i huvudsak kunna tillskrivas klienten (och dess anhöriga).** Det betyder givetvis inte att terapeutens insats behöver vara oviktig. Men det faktum att det är klienten, och eventuellt dess anhöriga som "gjort jobbet" och därmed ska tillskrivas äran av framsteg. Utifrån detta är det alltså värderingsmässigt bättre om lyckandet inte tillskrivs exempelvis slumpmässiga faktorer eller medicinering.
4. **Kortast möjliga tid.** Det finns ett egenvärde att behandlingen utförs på kortast möjliga tid. Om samma resultat kan uppnås på kortare tid är det att föredra framför en längre tidsperiod, inte minst då det innebär en kortare tid av lidande för klienten.
5. **Förebygga behov av upprepad terapi.** Det är en fördel om terapin är uppbyggd på ett sådant sätt att om liknande problemställning som den ursprungliga, skulle återkomma ska inte en ny terapikontakt behöva etableras. Klienten ska i stället kunna använda sina vunna kunskaper/erfarenheter för att lösa situationen utan insats av terapeut.

Förutom ovanstående kriterium kan möjligen ännu en punkt skönjas, snarare hämtad ur debatten än litteraturen eller studier. Denna punkt kan även sägas vara på en annan logisk nivå än de tidigare, men då den stundtals förekommer finns den ändå med.

**Undvikande av individualisering av strukturella problem.** I stort sett alla terapiformer har sin utgångspunkt i individualiserade problemställningar, snarare än samhälleliga. I praktiken innebär det tveksamheter om ifall fenomen som arbetslöshet, tilltagande fetma hos befolkningen, så kallad utbrändhet etcetera, i första hand ska behandlas med individuella insatser (därmed inte sagt att dessa "grupper" inte ska beredas möjlighet till behandling). Snarare handlar det om förebyggande arbete, strukturinriktade insatser, samhällets organisation eller rent av politiska val och effekter.

Gunnar Törngren 2005/2009