



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

*Psykologprogrammet*

# Vänners betydelse för återhämtning hos personer som för första gången insjuknat i psykos

**Erik Persson**

Psykologexamensuppsats 2012

Handledare: Henrik Levinsson

Biträdande handledare: Håkan Johansson

Examinator: Sven Ingmar Andersson

## **Tack**

Tack, ni som arbetar inom teamet för nyinsjuknad i psykos för ert varma bemötande och för den hjälp som möjliggjorde denna studie. Tack till min familj och mina vänner som lyssnat och härbärgerat under hela arbetsprocessen. Håkan, tack för våra samtal och dina råd. Slutligen ett stort tack till min huvudhandledare Henrik för intressanta diskussioner, stöd, klarhet och tålamod.

## **Abstract**

This study examines whether friendships have any bearing on recovery from first-episode psychosis (FEP). The study includes thirty-five patients participating in a program targeted at FEP operated by a specialised healthcare-team in Malmö. The basis for the study's statistical analysis consists of measures of patients' friendship relations, function and symptoms. Assessments were made when the patients first met the team and after one year. Non-parametric tests were used to examine whether those who have friends differed concerning recovery from those who have no friends. Correlation analyses were performed to investigate the relationship between satisfaction with the quality and number of friendships and recovery. The results show that patients do not differ significantly at the intake. After a year, however, the group with friends are rated at a significantly higher level than those without friends regarding both function ( $p = 0.00$ ,  $r = 0.6$ ) and symptoms ( $p = 0.01$ ,  $r = 0.4$ ). Medium, positive correlations emerged between satisfaction with the number and quality of friendships and higher GAF estimates regarding function ( $p = 0.03$ ,  $r = 0.37$ ) and symptoms ( $p = 0.02$ ,  $r = 0.39$ ) after one year of treatment. The results point to the importance of developing strategies to maintain or re-establish friendships in the treatment of first-onset psychosis patients

*Keywords:* First-episode psychosis, social network, psychiatry, treatment

## Sammanfattning

I föreliggande studie undersöks huruvida vänskapsrelationer har någon betydelse för återhämtning efter ett års behandling hos personer som för första gången drabbats av psykos. I studien ingår 35 patienter som deltar i ett vårdprogram riktat mot nyinsjuknade som drivs av teamet för nyinsjuknad i psykos (NIP) i Malmö. Underlaget för studiens statistiska analyser består av bedömningar och självskattningar av patienternas vänskapsrelationer samt mått på funktion och symtom vid vårdkontakt respektive efter ett års behandling. Icke-parametriska test användes för att undersöka om de som bedömdes ha vänner skiljde sig avseende återhämtning från de som bedömts sakna vänner. Korrelationsanalyser genomfördes för att undersöka samband mellan tillfredsställelse med kvalitet och antal på sina vänskapsrelationer och återhämtning. Resultaten visar att patienterna inte skiljer sig signifikant åt vid intagning. Efter ett år skattas däremot gruppen som har vänner på en signifikant högre nivå än de som saknar vänner gällande både funktion ( $p=0,00$ ,  $r=0,6$ ) och symtom ( $p=0,01$ ,  $r=0,4$ ). Det framkom medelstarka, positiva samband mellan tillfredsställelse med antal samt kvalitet på sina vänskapsrelationer och högre GAF-skattningar avseende funktion ( $p=0,03$ ,  $r=0,37$ ) och symtom ( $p=0,02$ ,  $r=0,39$ ) efter ett års behandling. Resultaten visar på vikten av att utveckla strategier för att bibehålla eller återupprätta vänskapsrelationer under behandling av förstagångs-insjuknade psykopatienter

*Nyckelord:* Nyinsjuknad i psykos, socialt nätverk, psykiatri, behandling

# Innehållsförteckning

<b>Inledning .....</b>	<b>1</b>
Teori.....	1
Psykos .....	1
Behandling av psykos .....	3
Stress och sårbarhetsmodellen .....	3
Teamet för Nyinsjuknad i Psykos (NIP).....	4
Socialt nätverk .....	4
Tidigare forskning.....	6
Psykospatienters sociala nätverk.....	7
Tidsordning .....	8
Symtom .....	9
Orsakssamband .....	9
Behandlingsresultat.....	10
Sammanfattning av tidigare forskning.....	11
Syfte och frågeställningar .....	11
<b>Metod .....</b>	<b>13</b>
Deltagare .....	13
Procedur .....	15
Material .....	15
Strauss - Carpenter.....	16
Manchester Livskvalitéskala (MANSA).....	16
Global Assessment Function Scale (GAF) .....	16
Frågor som användes i studien.....	17
Statistisk Procedur .....	17
Etiska överväganden .....	18
<b>Resultat .....</b>	<b>19</b>
Skillnader i återhämtning efter ett års behandling.....	19
Funktionsnivå och symtom efter ett års behandling .....	21
Tillfredsställelse med antal och kvalitet på vänskapsrelationer.....	23
En nära väns betydelse.....	25
<b>Diskussion .....</b>	<b>26</b>

Resultatdiskussion .....	26
Frågeställning 1 .....	26
Frågeställning 2 .....	28
Frågeställning 3 .....	29
Frågeställning 4 .....	29
Metoddiskussion .....	31
Deltagare .....	31
Begreppen återhämtning och vänskap .....	32
Sambandet mellan vänner och återhämtning .....	33
Rekommendationer för framtida forskning .....	34
Rekommendationer för praktiken .....	35
Avslutande reflektion .....	36
<b>Referenser .....</b>	<b>37</b>

## Inledning

Under det senaste årtiondet har behandlingsmetoder inom psykosvård utvecklats som tar hänsyn till individens specifika behov och sociala omgivning. Interaktionen mellan individen och det sociala nätverket, såväl privat som offentligt, anses vara tätt knutet till både psykosutbrott, återhämtning och framtida prognos (Alanen, Lehtinen, Lehtinen, Aaltonen & Rökköläinen, 2000; Cullberg, 2004; Gleeson & McGorry, 2004; Read, Mosher & Bentall, 2011). Interventionerna är främst riktade mot familj och ämnar minska stressfaktorer, mobilisera resurser och lösa eventuella konflikter eller svårigheter som sjukdomen kan ha inneburit för alla inblandade (Read et al., 2011). Trots en ökad medvetenhet om vikten av psykosociala interventioner så är kunskapsläget om vänners betydelse och eventuella tillgång som resurs relativt litet (Erickson, Beiser & Iacono, 1998; Norman, Malla & Machanda, 2007). Samtidigt insjuknar majoriteten av patienter i en ålder där vänner har en central roll för utvecklingen och etablerandet av en vuxen identitet (McDonald, Sauer, Howie & Albiston, 2005). Antalet förstagångsinsjuknade i långvariga psykoser ökar efter 18 års ålder för att nå en topp vid 24 år hos män och 25 år hos kvinnor (Cullberg, 2004). Av de som insjuknar i psykos upplever 80 procent sina första psykotiska symtom i åldrarna 16 till 30 år (Chudleigh et al., 2011). Antalet förstagångsinsjuknade i affektiva och paranoida psykoser når en topp senare i livet, mellan 30 och 40 år (Cullberg, 2004).

I denna studie undersöks huruvida vänskapsrelationer har någon betydelse för återhämtning hos personer som för första gången drabbats av psykos. Efter en inledande introduktion av centrala begrepp följer en genomgång av tidigare forskning kring psykos och socialt nätverk, sedan presenteras syftet mer ingående med tillhörande frågeställningar.

## Teori

**Psykos.** I fjärde utgåvan av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revised (DSM-IV-TR) beskrivs det psykotiska tillståndet som att lida av vanföreställningar eller framträdande hallucinationer utan att ha insikt om deras patologiska natur (American Psychiatric Association, 2000). I den gällande upplagan av International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) definieras psykosbegreppet med hallucinationer, vanföreställningar eller vissa svåra beteendestörningar (World Health Organization, 2008). Det finns än så länge inte någon biologisk definierad term som täcker psykosbegreppet eller någon neurofysiologisk motsvarighet (Cullberg,

2004). Därmed kommer begreppet psykos nedan beskrivas ur ett främst fenomenologiskt-psykologiskt perspektiv på bekostnad av medicinska och biologiska modeller.

I ett psykotiskt tillstånd kan fenomen som hallucinationer, beteendevikelser och konfusion förekomma i varierande grad. Dessa behöver var för sig inte vara psykotiska eller nödvändiga för att psykosbegreppet ska gälla. Istället är det vanföreställningar som innebär en verklighetsuppfattning som inte delas av andra som utmärker psykosen (Cullberg, 2004). Olika psykiska störningar kan i varierande grad påverka en människas förmåga att uppfatta och bemöta sin omgivning. Om störningen gör att realitetsvärderingen sviktar anses den psykotisk (Ottosson, 2009). Psykossjukdomar består således av flera tillstånd som delar vissa karaktärsdrag men som även skiljer sig åt markant. I DSM-IV-TR görs en indelning mellan schizofrena/psykotiska syndrom och affektiva syndrom. Gemensamt för dessa är vanföreställningar medan skillnaden mellan dem är att en affektiv psykos utvecklas som en del av en annan grundsjukdom såsom depression eller ett bipolärt tillstånd, något som ger upphov till skillnader i prognos och behandling (Cullberg, 2004).

Ser man till symtom skiljer man i DSM-IV-TR mellan tre former av symtom som vid sjukdom förekommer i varierande kombinationer. Dessa är positiva, negativa och desorganiserade symtom. Till positiva symtom hör vanföreställningar, hallucinationer och somatiska påverkansupplevelser (Ottosson, 2009). Negativa symtom innebär brister eller bortfall av funktioner som kan röra flera psykiska områden såsom apati, likgiltighet, tillbakadragenhet, avflackade affekter, ord- eller innehållsfattigt språk eller kognitiva funktionsstörningar. Desorganiserade symtom innebär ett beteende som kan yttra sig i exempelvis låsta rörelser, grimaser och tics samt att talet kan bli osammanhängande eller upphackat (Ottosson, 2009).

Psykosens förlopp kan delas in i faser som följer på varandra: prodromalfas, prepsykotisk fas, psykosfas och postpsykotisk fas. Hälften av alla psykoser föregås av en prodromalfas som kan vara under veckor, månader och ibland år. Utmärkande för prodromalfasen är funktionsnedsättningar i koncentrationsförmåga vilket påverkar möjligheterna för arbete och studier, att det uppstår tolkningssvårigheter av innebörden i vardagliga skeenden och en benägenhet för intensivare hörsel och synintryck. Vid den prepsykotiska fasen upplevs omvärlden som förändrad och hotande, antydda vanföreställningar och hallucinationsliknande upplevelser inträder, röster kan tyckas höras inuti huvudet och föreställningar om att andra människor pratar om illa om en kan dyka upp. Den tidiga psykosfasen innebär för individen en ny förståelse av omgivningen där allt som sker tillskrivs till personen själv. I den sena psykosfasen återkommer delar av kontakten med



verkligheten samtidigt som depressiva symtom växer sig starkare. Den postpsykotiska fasen är den tid då personen bearbetar de erfarenheter psykosen inneburit. (Cullberg, 2004)

**Behandling av psykos.** Teorier om psykosens orsak och hur den bör behandlas har under 1900-talet sett mycket olika ut. Fram till 1930-talet fanns inga riktlinjer för hur behandling av psykos skulle se ut, sjukhusens personal hade som främsta uppgift att hindra patienterna från att skada sig själva. Under de kommande årtiondena introducerades medicinska metoder ämnade för att direkt påverka hjärnans funktioner. Behandlingar med malaraiainfektat blod, insulin och lobotomi visade sig efterhand föga hjälpa patienterna, istället bidrar de till psykiatrins mörka historia på grund av det lidande de gav upphov till. (Cullberg, 2004)

Under 50- och 60-talet framtogs substanser såsom klorpromazin, litium och bensodiazepiner som visade sig effektiva mot psykotiska, manodepressiva och depressiva tillstånd vilket ledde till optimistiska förhoppningar om att medicinen skulle lösa alla själens vändor. Medicinerna innebar att patienters desorganiserade beteende och oro avtog vilket medförde en förändrad vårdmiljö på sinnessjukhusen och större möjlighet att skriva ut patienter för öppen vård. Samtidigt visade sig biverkningarna av medicinerna vara mycket påtagliga och allvarliga. Patienter kunde drabbas av antikolinerga biverkningar såsom hjärtflimmer, viktökning och delirium eller extrapyramidala biverkningar såsom oförmåga att sitta still, stelhet, darrningar och tardiv dyskinesi som innebär okontrollerade rörelser i ansikte, händer och fötter (Read & Ross, 2011). För att lindra biverkningarna sattes nya mediciner in vilket gav upphov till ännu fler biverkningar. Först när modern PET-kamera teknik introducerades kunde man bevisa att en majoritet av patienter inom psykiatrin var kraftigt övermedicinerade (Cullberg, 2004).

**Stress och sårbarhetsmodellen.** På 70-talet introducerade Zubin och Spring (1977) stress och sårbarhetsmodellen som fått stor genomslagskraft och som än idag ligger till grund för såväl forskning och behandling av psykos inom psykiatrin (Ottosson, 2009). Stress och sårbarhetsmodellen vilar på antagandet att människor har olika sårbarhet att utveckla psykossjukdomar där aktuella påfrestningar, stressorer, är det som utlöser psykosen. En individ med hög sårbarhet kan utveckla psykotiska symtom efter relativt lite yttre påfrestningar medan en individ med låg sårbarhet behöver mycket hög nivå av påfrestningar för att gå in i ett psykotiskt tillstånd (Cullberg, 2004). Psykosen är sålunda ett resultat av interaktioner mellan miljö och personlighet där livshändelser tillsammans med specifik

känslighet samspelar (Ottosson, 2009). Enligt modellens synsätt är såväl psykosutbrott, återhämtning och framtida prognos starkt knutet till interaktionen med omgivningen och sociala förhållanden (Aderhold & Gottwaltz, 2011; Bentsen, 1993; Cullberg, 2004; O'Connor, 1994; Pruessner, Srividya, Faridi, Joobar & Malla 2010; Zubin & Spring, 1977). Till de huvudsakliga sårbarhetsfaktorerna räknas genetisk sårbarhet, neuronala utvecklingsrubbnings och störningar i uppväxten (Cullberg, 2004). Under de senaste årtiondena har behandlingsformer växt fram som förklarar psykosutbrottet genom stress och sårbarhetsmodellen och bygger behandlingen på biopsykosociala metoder och behovsanpassade interventioner såsom familjesamtal och familjeterapi, social färdighetsträning, individualterapi, farmakologisk behandling och psykoedukation (McGorry, 2004).

**Teamet för nyinsjuknad i psykos (NIP).** I Malmö bedrivs sedan 2003 ett vårdprogram i linje med ovanstående behandlingsmetoder. Programmet drivs av NIP-teamet (nyinsjuknad i psykos) som är ett specialiserat multidisciplinärt team bestående av läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, psykologer, socionomer och arbetsterapeuter. Teamets insatser är riktade mot patienter som för första gången uppvisar eller misstänks ha psykotiska symtom. Det innebär att de patienter som aktualiseras oftast befinner sig i prodromal- eller prepsykotisk fas.

Efter initial kontakt erbjuder teamet fasspecifika interventioner under fem års tid. Under psykosens tidiga skeende är teamets ansats att reducera stress och symtomlindring, påbörja krisbearbetning och få en uppfattning om vad som föregått psykosinsjuknandet. Teamet träffar under den inledande kontakten vanligtvis patienten tillsammans med närstående två gånger i veckan. Här etableras en allians med patienten och familjen, en preliminär diagnos läggs fram och problem formuleras som grund för det fortsatta arbetet. Efter fem till åtta samtal görs en analys utifrån patientens behov av vilka insatser som kommer behövas. Teamet följer sedan patienten genom psykosens sena faser och tid för återhämtning med specifika interventioner och stöd för respektive tillstånd.

**Socialt nätverk.** Förutom sårbarhetsfaktorer finns även faktorer som visat sig skydda mot psykosutbrott eller främja återhämtning. En skyddande faktor är något som minskar individers sårbarhet för psykos. Bland psykosociala skyddsfaktorer som är väl underbyggda i internationell forskning finns meningsfullt arbete eller sysselsättning, känsla av sammanhang och mening samt ett fungerande socialt nätverk (Cullberg, 2004; Ericksson et al., 1998;

Evert, Harvey, Trauer & Herrman, 2003; Harvey, Jeffreys, McNaught, Blizard, & King, 2007; Pruessner et al., 2011). Det sociala nätverket utgör en källa för bekräftelse, känslomässigt stöd, orientering i omvärlden, delade intressen och kärlek. Sociala relationer kan även fungera som buffertar vid krissituationer och påfrestningar. Det är således en viktig skyddande faktor för individer med eller utan diagnos (Macdonald, Hayes & Baglioni, 2000). Samtidigt löper personer som insjuknar i psykos stor risk att få sina nätverk sönderslagna då sänkt social funktionsförmåga och tillbakadragenhet är karakteristiskt för sjukdomen (Chudleigh et al., 2011). Den sociala isolering som kan följa av psykotiska symtom bidrar till att psykoströskeln sänks ytterligare då den psykotiska personens upplevelser inte får möjlighet att korrigeras i mötet med andra (Cullberg, 2004).

För ungdomar och unga vuxna sker stora förändringar såväl inombords som i omgivningen. Under förutsättningar där det inte finns någon sjukdom med i bilden anses separation och självständighet gentemot familjen och skapandet av egna bärande relationer som viktiga uppgifter i unga människors utveckling. Att skapa ett eget socialt nätverk med vänskapsrelationer är viktig för identitetsutvecklingen och ger nödvändiga färdigheter för att fungera i samhället (Mackrell & Lavender, 2004). Genom interaktion och jämförelse blir vänner en viktig källa för normativa och sociala erfarenheter (Macdonald et al., 2000) och sociala sammanhang blir arenor där roller skapas eller förändras. Ett avbrott i denna period kan ha långsiktiga sociala konsekvenser (Chudleigh et al., 2011). Familjen är alltså också en källa till stöd men den kan inte kompensera för bristande stöd från vänner, snarare ger vänner en form av stöd som familjen inte kan tillhandahålla och vice versa. Det unga människor väljer att dela med sin familj är sällan detsamma som diskuteras och avhandlas med vännerna (Macdonald et al., 2000).

Begreppet socialt nätverk började användas som en metafor av antropologer och sociologer för att benämna antal och art av sociala kontakter hos de individer de studerade (Hamilton, Ponzoha, Cutler & Weigel, 1989). Även om det finns återkommande aspekter angående det sociala nätverket inom forskningslitteraturen anses inte socialt nätverk vara ett klart definierat begrepp. Begreppet kan handla om såväl kvantitativa aspekter såsom struktur, storlek, densitet och kluster som kvalitativa aspekter såsom innehåll, intensitet och ömsesidighet (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001). Inom forskning som rör patientgrupper och deras sociala nätverk kan begreppet referera till den bredare sociala miljö som individer rör sig i där familj, vänner, vårdpersonal, andra patienter och arbetskamrater ingår. Det kan också avgränsas till en specifik del av det sociala nätverket exempelvis familj eller vänner.

Socialt nätverk är svårt att mäta, mycket av forskningen som omger begreppet grundar sig på självskattningsformulär. Det innebär en risk för skillnader i det insamlade materialet mellan individens upplevelse av sitt nätverk och hur det skulle ha uppfattats av en utomstående bedömare. En person kan objektivt sett ha många vänner men inte uppleva sig ha det och vice versa kan en person ha få kontakter men anse sig ha ett stort socialt nätverk. Samtidigt visar forskning att upplevt stöd har större effekt på människors välmående än egentligt stöd. Den skyddande kvalité som socialt stöd innebär uppkommer primärt från patienters subjektiva upplevelse av de relationer som finns inom det sociala nätverket. (Macdonald, Jackson, Hayes, Baglioni & Madden, 1998)

### **Tidigare forskning**

Inom forskning som rör förstagångsinsjuknade psykopatienters vänskapsband finns få studier att tillgå, däremot finns det mer forskning om schizofrenipatienter där olika aspekter av den sociala sfären undersöks. Vid en genomgång av tidigare forskning och fynd är det viktigt att betona att studiernas resultat är svåra att generalisera eller jämföra inbördes. Ett första skäl till detta är skilda kriterier för vilka deltagare som inkluderas i studierna. Som nämns ovan består psykosjukdomar av flera sjukdomstillstånd med tillhörande diagnoser som delar vissa karaktärsdrag men som även skiljer sig åt markant. Förutom att populationerna skiljer sig åt gällande diagnos återfinns även skillnader mellan undersökande studier gällande ålder, hur länge personerna varit sjuka och vilken fas i psykosen de befinner sig i (Macdonald et al., 2000). Vissa studier redovisar och tar hänsyn till vilken fas psykopatienterna befinner sig i medan andra behandlar kroniker och nyinsjuknade som en population där diagnosen ses som den gemensamma nämnaren.

Ett annat skäl till att studierna är svåra att jämföra sinsemellan är att operationaliseringen av socialt nätverk ser olika ut liksom metoderna för att mäta det. När begreppet används inom forskning som rör patientgrupper refererar det i vissa studier till den bredare sociala miljö som individer rör sig i där familj, vänner, vårdpersonal, andra patienter och arbetskamrater ingår medan andra studier specificerar vilken del av nätverket som undersöks. Vidare saknar majoriteten av studierna en ingående beskrivning av vilka vårdinsatser som omger de patienter som studeras. De flesta individer som ingår i undersökningarna beskrivs endast som ”outpatients”, alltså att de inte är inlagda på sjukhus eller institution utan besöker en klinik med jämna mellanrum. Med de stora förändringar av psykosvård som skett under de senaste två årtiondena i åtanke försvåras jämförelser av resultaten.

**Psykospatienters sociala nätverk.** I en studie från 1997 konstaterar Becker, Albert, Angermeyer och Thornicroft att ett starkt socialt nätverk bestående av vänner och familj som karaktäriseras av ömsesidighet, positivt och återkommande utbyte samt stabilitet visar sig vara tätt knutet till samhälleligt deltagande och fungerande i flera populationer, så även för personer med psykos. Samtidigt löper människor som drabbas av psykos stor risk för sociala funktionsnedsättningar och socialt tillbakadragande (Addington, Young & Addington, 2003; Chudleigh et al., 2011; Macdonald et al., 1998).

Brister i psykospatienters sociala tillvaro och nätverk är väl dokumenterat och etablerat inom forskningen kring individer som drabbats av psykos. I en omfattande studie genomförd av Jablensky et al. (1999) intervjuades 980 psykospatienter boendes i urbana områden i Australien. Här framträder psykosens negativa inverkan på såväl sociala nätverk, funktionsförmåga och subjektivt välmående. Majoriteten av deltagarna var arbetslösa och levde ensamma, hade bristande sociala relationer, upplevde svårigheter med vardagsaktiviteter och uttryckte missnöje över sin livssituation (Jablensky et al., 1999).

Redan i tidiga studier fann forskare (Cohen & Sokolovsky, 1978; Tolsdorf, 1976) att schizofrenipatienter hade färre sociala kontakter än andra patientgrupper och att deras nätverk kännetecknades av mindre komplexitet och reciprokalt. Ett liknande resultat framkom i Pattisons, Llamas och Hurd studie (1979) där deltagare som led av psykos hade mindre nätverk och fler asymmetriska relationer än deltagare som led av neurotiska symptom eller som var symptomfria. I en studie utförd av MacDonald et al. (2000) jämförs nätverk mellan två grupper bestående av 26 personer med psykos och 26 personer utan psykiska besvär. Grupperna har här matchats utifrån ålder, kön, utbildningsnivå, arbete, relationsstatus och depressiv nivå. Signifikanta skillnader framträder där psykosgruppen har mindre nätverk, färre personer att vända sig till i krissituationer och större antal vårdpersonal i sina nätverk. Intressant att notera är att båda grupper i denna studie uttrycker samma nivå av upplevt stöd trots kvantitativa skillnader i nätverket.

I en svensk studie (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001) av personer med antingen schizofreni eller schizoaffektiva störningar framkommer att patienterna i jämförelse med normalpopulationen har signifikant sämre sociala nätverk sett till såväl kvantitativa som kvalitativa aspekter. En tredjedel av deltagarna meddelar att de aldrig får besök av vänner i hemmet eller att de inte har någon att vända sig till vid problem. De rapporterar att de inte har någon att dela lyckliga stunder med eller någon som får dem att känna sig uppskattade. Hälften uttrycker att de inte är bekväma i några relationer, att de skulle vilja ha större tillgång

till sociala kontakter och möjligheter att kunna prata med någon vid svårigheter. Personer som lider av psykosjukdomar har även visat sig ha större andel familjemedlemmar i sina sociala nätverk jämfört med personer utan psykiska besvär. I en intervjustudie med 74 schizofrena patienter gjord av Hirschberg (1985) hade knappt hälften bekanta utanför familjen, de patienter som levde med sina föräldrar och hade flest familjekontakter kände sig mest isolerade. De fåtal individer som levde med en partner hade störst andel vänner i sina nätverk.

**Tidsordning.** Då psykosens negativa inverkan på det sociala nätverket är väl etablerad så väcks en teoretisk och kliniskt relevant fråga om när i sjukdomsförloppet försämringen av nätverket börjar. I en studie utförd av Lipton, Cohen, Fischer och Katz (1981) jämfördes två patientgrupper som hade haft kort respektive lång kontakt med vården. Resultaten visade dels att ju längre sjukdomen fortgår desto mer försämras nätverken, vidare att vårdinsatserna hade lite eller negativt inflytande på processen. De personer som hade varit sjuka länge och därmed haft längst kontakt med vården hade de minsta och minst sammanhängande nätverken (Lipton et al., 1981). I en studie som istället för att se till nätverk undersökte försämringar i social förmåga visade sig individer som upplevt en första psykosepisod ligga på samma nivå som de som upplevt flera psykoser (Grant, Addington, Addington & Konnert, 2001). Positiva samband mellan social förmåga och socialt nätverk där bättre sociala färdigheter ger mer utvecklade nätverk har framkommit i tidigare studier (Denoff & Pilkonis, 1987).

Att den sociala funktionsförmågan sjunker tidigt i sjukdomsförloppet bekräftas vidare i Chudleigh et al. (2011) studie där 20 personer som ansågs vara i riskzonen för psykos jämfördes med två lika stora grupper bestående av förstagångsinsjuknade psykospatienter och personer utan psykologiska besvär. Här visade sig riskgruppen och psykosgruppen ha samma försämringar i social funktionsförmåga som var signifikant sämre än kontrollgruppens. Båda grupper spenderade mindre tid tillsammans med andra och sade sig ha svårigheter att fungera med andra. Socialt tillbakadragande kan sålunda börja innan den psykotiska fasen träder in där prepsykotiska symtom bidrar till minskad motivation att delta i sociala aktiviteter vilket resulterar i ett krympande nätverk (Chudleigh et al., 2011).

Under det psykotiska sjukdomsförloppet kan alltså brister i förmågan att fungera i sociala sammanhang göra att nätverket minskar. Bristerna, som framträder tidigt i sjukdomsförloppet, har med tiden en nedbrytande effekt på nätverket där längre sjukdomsperiod leder till mindre nätverk. Detta bekräftas i en studie som utifrån ålder

undersökte sociala färdigheter och storlek på nätverk hos schizofrena patienter. De yngre deltagarna hade bättre sociala färdigheter och större sociala nätverk (MacDonald et al., 1998).

**Symtom.** Sambanden mellan såväl art som grad av psykotiska symtom och det sociala nätverket har uppmärksammats i forskningslitteraturen. Förutom att allvarliga symtom har ett starkare samband med mindre nätverk jämfört med milda symtom (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001) så visar flera studier att sambanden kan variera beroende på om patienten uppvisar huvudsakligen negativa eller positiva symtom (Chudleigh et al., 2011; Thorup et al., 2006). I diskussionen kring om det huvudsakligen är negativa eller positiva symtom som bidrar till psykospatienters isolerade tillvaro eller vice versa har vissa kliniker hävdat att det är hallucinationer, vanföreställningar och osammanhängande språk som skrämmer bort folk i patientens omgivning. Andra har hävdat att isoleringen skett som ett resultat av det flacka interpersonella uttryck som utmärker patienter med övervägande negativa symtom (Hamilton et al. 1989).

Hamilton et al. (1989) visade i en studie med 39 schizofrena patienter att deltagare med övervägande negativa symtom såsom anhedoni, nedsatt uppmärksamhet och avsaknad av emotionella uttryck hade signifikant mindre sociala nätverk och sämre kvalitet på sina nätverk jämfört med de som led av positiva symtom. Vanföreställningar och hallucinationer korrelerade inte överhuvudtaget med nätverksvariabler i denna undersökning. Samma mönster framträder i en studie gjord av Thorup et al. (2006) där 547 nyintagna schizofrenipatienter ingick. Negativa men inte positiva symtom korrelerade med mindre nätverk och predicerade mindre nätverk vid en uppföljning två år senare. Bengtsson-Tops och Hanssons (2001) resultat i en undersökning med 120 schizofrenipatienter ligger i linje med ovanstående studier då negativa symtom korrelerar med ett litet nätverk. Samtidigt framkom i denna studie även ett signifikant samband mellan litet nätverk och positiva symtom.

**Orsakssamband.** Flera studier har undersökt sambanden mellan sociala nätverk och psykotiska symtom utan att säga något om hur orsakssambanden ser ut. Ett litet nätverk kan tänkas innebära färre möjligheter att korrigera föreställningar med verkligheten och vidare leda till att kontakten med vården försenas då det saknas personer i nätverket som hjälper individen att söka vård. I två studier ges istället stöd för motsatsen, att psykotiska symtom ger relationella svårigheter vilket gör att nätverket krymper. Detta genom att undersöka sambanden mellan socialt stöd och ”duration of untreated psychosis” (DUP). Norman, Malla och Machanda (2007) undersöker i sin studie om DUP leder till minskat socialt stöd eller om

litet socialt stöd skapar DUP. I det sistnämnda förslaget är DUP bara relaterat till nätverk genom att personer som redan har små nätverk har längre DUP eftersom det saknas personer i nätverket som kan ordna vårdkontakt. I deras analys av 122 förstagångsinsjuknade psykospatienter framkommer att tiden innan patienten får kontakt med vården inte beror på nätverkets förmåga att upptäcka vårdbehov vilket stödjer deras hypotes att det istället är psykotiska symtom som krymper nätverken (Norman et al. 2007).

En långvarig obehandlad psykos kan skapa introvert beteende, social oro, depressiva symtom och därmed innebära minskad kontakt med familj och vänner. Då majoriteten av patienterna är unga befinner de sig i en fas i livet där sociala roller och relationer etableras kan psykosens påverkan på nätverket och stöd vara stor (Mackrell & Lavender, 2004; Thorup et al., 2006). Även i Thorups et al. (2006) studie av 547 schizofrena patienter framkommer att ju längre tid det tar innan person kommer i kontakt med vården desto mindre nätverk har de. Då denna studie även såg till premorbida data konstaterar de att ett tillbakadragande mönster påbörjas redan i prodromalfasen, alltså innan de psykotiska symtomen manifesteras. Thorup et al. (2006) konstaterar även att symtomen under prodromalfasen och tiden för obehandlad psykos framförallt har en krympande effekt på vänskapsrelationerna i nätverket medan de närmaste familjemedlemmarna håller kontakten. Att det uppstår stora brister i social funktion och nätverk under prodromalfasen bekräftas av Häfner, Löffler, Maurer, Hambrecht och Heiden (1999) vars studie av schizofrena patienters sociala funktionsförmåga visar att 57 procent av de som ingick i undersökningen hade upplevt sociala handikapp 2-4 år innan första kontakt med vården.

**Socialt nätverk och behandlingsresultat.** Även om orsakssambanden inte är helt utredda så har socialt nätverk och socialt stöd visat sig ha robusta positiva samband med behandlingsresultat vilket stödjer tesen att nätverk och det sociala stöd nätverket ger upphov till mildrar effekten av stressfyllda upplevelser och kan hindra att de uppstår (Erickson et al., 1998). Erickson et al. kom i en undersökning med schizofrena och affektiva psykospatienter fram till att fler vänner i det sociala nätverket vid intagning predicerade bättre funktionsförmåga efter 18 månader. Det gällde för båda diagnosgrupper och vid kontroll av kön, ålder och fungerande vid intagning. Vid en uppföljning efter fem år visade sig resultaten fortfarande vara signifikanta för den schizofrena patientgruppen men inte för den affektiva även om båda grupperns funktionsförmåga stärkts sedan kontrollen efter 18 månader.

En annan femårig uppföljningsstudie där 255 förstagångsinsjuknade psykospatienter ingick visade att sociala färdigheter och vänskapsrelationer predicerade bättre



behandlingsresultat, för varje vän som patienten hade så ökade chansen för tillfrisknande (Albert et al., 2010). I en annan undersökning där 908 schizofrenipatienter deltog visade sig kontakt med såväl familj som vänner vara starkt knutet till samhälleligt fungerande och framtida självomhändertagande (Evert et al., 2003).

**Sammanfattning av tidigare forskning.** Sammanfattningsvis visar alltså tidigare forskning att människor som drabbas av psykos löper stor risk för sociala funktionsnedsättningar och socialt tillbakadragande. Psykosen har negativ inverkan på såväl sociala nätverk, funktionsförmåga och subjektivt välmående. Vidare redovisas att den sociala funktionsförmågan sjunker tidigt i sjukdomsförloppet. Tillbakadragandet kan börja innan den psykotiska fasen träder in där prepsykotiska symtom bidrar till minskad motivation att delta i sociala aktiviteter vilket resulterar i ett krympande nätverk. Sett till symtom så har allvarliga symtom, där sviktande realitetstestning påverkar såväl beteende som omdöme, ett starkare samband med mindre nätverk jämfört med milda symtom. Vidare kan sambanden variera beroende på om patienten uppvisar huvudsakligen negativa eller positiva symtom. Tidigare studier har visat på samband mellan socialt nätverk och behandlingsresultat gällande såväl schizofrena, affektiva och förstagångsinsjuknade patientgrupper.

### **Syfte och frågeställningar**

Psykos innebär lidande för såväl den insjuknade som för omgivningen. I prepsykotiska och psykotiska tillstånd kan social oro, depressivitet och introvert beteende träda fram vilket kan innebära minskad kontakt med faktorer som skyddar mot psykosen och främjar återhämtning: familj och vänner. Då majoriteten av de som insjuknar i psykos befinner sig i en fas i livet där sociala roller och relationer etableras är kunskap om psykosens inverkan på det sociala nätverket och det sociala nätverkets inverkan på psykosen viktig för att kunna vidareutveckla adekvata och effektiva behandlingsmetoder. Få studier har gjort kvantitativa analyser för att undersöka eventuella samband mellan vänner, symtom, funktionsförmåga och återhämtning hos förstagångsinsjuknade i psykos. Mycket av den forskning som finns kring psykos och sociala nätverk är koncentrerad till individer som lider av schizofreni och andra mer kroniska tillstånd. Vidare beskrivs sällan vilken form av vård som personerna som deltar i undersökningen tilldelats. Denna studie ämnar sålunda undersöka samband mellan vänskapsrelationer och återhämtning avseende funktion och symtom bland förstagångsinsjuknade i psykos som behandlas med metoder som bygger på stress och sårbarhetsmodellen. Syftet konkretiseras genom följande frågeställningar:

Frågeställning 1: Uppstår skillnader i återhämtning avseende funktion och symtom efter ett års behandling mellan de patienter som bedömts träffa vänner och de som inte gör det?

Frågeställning 2: Skiljer sig patienterna åt efter ett års behandling inom NIPs vårdprogram avseende funktionsnivå och grad symtom beroende på hur ofta de bedömts träffa sina vänner?

Frågeställning 3: Finns det ett samband mellan patienternas självskattade, subjektiva tillfredsställelse med antal och kvalitet på sina vänskapsrelationer och återhämtning avseende funktion och symtom?

Frågeställning 4: Gör upplevelsen att ha en nära vän någon skillnad mellan patienter avseende funktion och symtom efter ett års behandling?

## Metod

### Deltagare

I studien ingår 35 individer. Deltagarna består av patienter som vårdats av enheten för nyinsjuknad i psykos (NIP) inom den offentliga psykiatrin i Malmö. NIP-teamet tar sedan 2006 emot personer som för första gången insjuknat i psykos eller uppvisar tidiga tecken på psykos. Upptagningsområdet är hela Malmö förutom två stadsdelar där den psykiatriska vården är privatiserad. Patienterna kommer i kontakt med NIP-teamet via olika instanser såsom akutpsykiatri, allmänpsykiatri, vårdcentraler, socialtjänst, arbetsförmedling, skola, ungdomsmottagningar och även direkt via anhöriga. Teamet gör även uppsökande informationsinsatser mot verksamheter där det kan tänkas möjligt att etablera kontakt med personer med tidig psykos. Förutom hallucinationer och vanföreställningar anses tidiga tecken psykos vara tillbakadragenhet, sömnproblem, irritabilitet, koncentrationssvårigheter, diffusa gränser mellan fantasi och verklighet, ångest och/eller panikattacker, bristande hygien och misstänksamhet mot omgivningen.

Urvalet i denna studie består av patienter som kommit till mottagningen mellan april 2008 till februari 2011. Sammanlagt inkom 251 patienter under denna tid varav 125 kontakter avslutades inom kort då de inte bedömdes ha psykotiska symtom. Mellan två veckor och tre månader efter initial vårdkontakt exkluderades ytterligare 11 patienter då de inte bedömdes ha psykos. Efter tre månader tillfrågas patienterna om de vill delta i det forskningsprojekt med tillhörande datainsamling som NIP-teamet bedriver. 67 personer lämnade sitt skriftliga medgivande. NIP-teamet har sedan tidigare gjort en bortfallsanalys avseende kön och ålder. Bortfallsgruppen skilde sig inte på något avgörande sätt från de som deltog. Ett år efter första vårdkontakt finns fullständiga uppföljningsuppgifter för 35 personer avseende instrumenten Global Assessment of Functioning (GAF) och Strauss-Carpenter (för beskrivning av instrumenten se nedan) som därmed blir den grupp studien undersöker. 29 av dessa personer har även fyllt i Manchester Livskvalité skala (MANSA). Inklusionskriterier för deltagarna i denna studie är sålunda att de bedömts lida av psykos, att det är första gången de insjuknat och att fullständiga uppföljningsuppgifter finns under ett år efter vårdkontakt. Demografiska data sammanfattas i tabell 1 på följande sida.

Tabell 1.

*Demografiska data över deltagarna i studien*

Karaktäristika	n (%)	M(min/max)	SD
Kön			
Man	22 (63)		
Kvinna	13 (37)		
Ålder		28,71(19/45)	7,5
18-25	14 (40)		
26-35	13 (37)		
36-45	8 (23)		
46-55	0 (0)		
DUP tid			
<2 veckor	6 (17)		
2 veckor-1 år	19 (54)		
>1 år	10 (29)		
Civilstånd			
Ensamstående	29 (83)		
Gift/sambo	6 (17)		
Barn			
Ja	7 (20)		
Nej	28 (80)		
Diagnos			
F20 schizofreni	11 (31)		
F22 vanföreställningssyndrom	4 (11)		
F23 kortvarig psykos	8 (23)		
F29 psykos uns	7 (20)		
F30-F39 förstämningssyndrom	2 (6)		
F40-49 ångestsyndrom	1 (3)		
F12 cannabisstörning	2 (6)		
Sysselsättning			
Arbete	8 (23)		
Studier	7 (20)		
Arbetslös	16 (46)		
Annat	4 (11)		

## Procedur

Studien använder sig av data som är insamlade av enheten för nyinsjuknad i psykos (NIP-teamet) i Malmö. NIP-teamet kontaktades under hösten 2011 för en presentation av studiens övergripande syfte och diskussion om möjligheter och begränsningar i studiens genomförande. Därefter skedde en genomgång av den checklista som NIP-teamet använder vid bedömning och uppföljning av patienter för att klargöra vilken information som efterfrågades angående patienternas sociala nätverk och återhämtning. I listan ingår en mängd instrument som vänder sig till både patient och anhöriga. Förutom information om patientens livssituation och sjukdomstillstånd insamlas data kring allians, upplevelse av kris och sjukdom, tillfredsställelse med vården och patientens sociala situation. Checklistan används dels till forskningsprojekt och dels som kvalitetsregistrering och utvärdering av behandlingsarbetet på kliniken.

Efter inledande bedömning görs uppföljningar efter 2-4 veckor, efter tre månader och ett år, därefter genomförs uppföljning årsvis om patienten har fortsatt kontakt med mottagningen. Intervjuerna och skattningarna görs oftast i anslutning till bedömnings- och behandlingssamtal. Checklistan innehöll inte något instrument som enbart undersökte sociala nätverk, däremot fanns det separata frågor i olika instrument som berörde ämnet. Med hänsyn till den information som efterfrågades gällande sociala nätverk formulerades specifika frågeställningar som ansågs knyta an till det övergripande syftet. Efter att frågeställningar och hypoteser var färdigställda gavs artikelförfattaren tillgång till patientdata för statistisk analys.

## Material

Frågor som rörde socialt nätverk återfanns i formuläret för basdata som vid kontakt med NIP-teamet samlas in första veckan, i Strauss-Carpenter som genomförs efter 2-4 veckor och Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) som patienter skattar tre månader efter initial vårdkontakt. Då patientdata kring sociala kontakter som samlades in med hjälp av basdataformuläret saknades gick det inte att använda i studien. För mått på återhämtning gällande funktion och symtom valdes instrumentet Global Assessment of Functioning (GAF). Instrumenten som används vid denna studie beskrivs nedan.

**Strauss-Carpenter.** Strauss-Carpenter skalan består av fyra delskalor som syftar till att mäta klienternas funktionsnivå. De fyra delskalorna är socialt umgänge under det senaste året, sysselsatt i meningsfullt arbete, antal dagar på sjukhus samt psykotiska symtom. Varje delskala mäter från 0 till 4 med en totalpoäng på 16 där 0 innebär allvarlig försämring och 16

innebär ingen försämring. Reliabilitetskoefficienten för delskalorna är: sjukhusvård  $r = 0.93$ , social kontakt  $r = 0.96$ , arbete  $r = 0.87$ , psykotiska symptom  $r = 0.94$  (Strauss & Carpenter, 1972). I Strauss-Carpenter är det alltså behandlaren eller bedömaren som sätter poängen utifrån det intryck patienten ger under samtalet, det är sålunda inte ett självskattningsinstrument.

**Manchester Livskvalitéskala (MANSA).** Instrumentet innehåller 16 frågor för att mäta upplevd livskvalitet i ett helhetsperspektiv, och inte endast hälsorelaterad sådan. Frågorna täcker in olika livsdomäner såsom arbete, ekonomi, socialt nätverk, fritidsaktiviteter, boende, personlig säkerhet, familjeförhållanden, sexliv samt fysisk och mental hälsa. Frågorna besvaras på en sjugradig skala, från 1= mycket otillfredsställande, 7= mycket tillfredsställande. MANSA utvecklades som en kortare och mer tillförlitlig skala utifrån erfarenheter och empirisk evidens från studier med Lancashire Quality of Life Profile (LQLP) eftersom det sistnämnda instrumentet tog lång tid att administrera och blandade utlåtanden om ”känslor inför” med ”tillfredsställelse med” (Priebe, Huxley, Knight & Evans, 1999). I MANSA betonas den subjektiva upplevelsen av tillfredsställelse i frågorna. Instrumentet är utformat så att värdena kan jämföras med normalpopulationen då inga frågor är sjukdomsspecifika. Jämförelser med det mer omfattande och validitetstestade LQLP visar på starka korrelationer vilket ger MANSA hög samtidig validitet, hög begreppsvaliditet och ”face validity” (Priebe et al., 1999). Den svenska versionen av MANSA som används i denna studie har visat på god intern konsistens och begreppsvaliditet (Eklund & Hansson, 2007).

**Global Assessment of Functioning (GAF).** GAF ingår som axel V i diagnossystemet DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) och syftar till att bedöma en persons funktionsförmåga socialt, psykologiskt och arbetsmässigt. Bedömningen gäller aktuell status, vanligtvis gällande den senaste veckan. Skalan, vars ytterligheter är ohälsa (1) och hälsa (100), är indelad i 10-intervall där det vid varje intervall finns beskrivningar av brister gällande funktion och symptom. Vid användandet av GAF går det att skatta den globala funktionsförmågan endimensionellt, alltså att inte skilja mellan symptom och funktion. I denna studie används split-GAF vilket innebär att funktion och symptom redovisas var för sig istället för ett sammanslaget värde. Studier har visat att GAF-skattningar inte influeras av ålder, kön, etnicitet eller andra sociodemografiska faktorer hos patienter (Gaité et al., 2005) och att skalan har god interbedömarreliabilitet (Söderberg, Tungström & Armelius, 2005).

**Frågor som användes i studien.** De frågor som valdes ut för att de ansågs relevanta för syftet var följande:

Sociala kontakter det senaste året, med sociala kontakter avses andra personer än familj eller den patienten bor med (Strauss-Carpenter).

0 – Träffar inga vänner

1 – Träffar vänner endast i samband med arbete, skola eller andra oundvikliga situationer, inga spontana eller personliga kontakter.

2 – Träffar vänner cirka en gång i månaden (alla bekanta inkluderas).

3 – Träffar vänner två till tre gånger per månad.

4 – Träffar vänner i genomsnitt en gång per vecka.

Hur tillfredsställd är du med antalet och kvaliteten på dina vänner? (MANSA)

1 – Kunde inte vara värre

2 – Missnöjd

3 – För det mesta missnöjd

4 – Både och

5 – För det mesta nöjd

6 – Nöjd

7 – Kunde inte vara bättre

Har du någon du skulle vilja kalla en nära vän? (MANSA)

1 – Ja

2 – Nej

### **Statistisk procedur**

Alla statistiska beräkningar har gjorts med Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 20. För att beräkna skillnader i återhämtning beroende på nätverkssituation användes Wilcoxon signed rank test där deltagarnas split-GAF efter två veckor jämfördes med split-GAF efter ett år. Wilcoxon signed rank test är ett icke-parametriskt alternativ till t-test för upprepade mätningar. Istället för att jämföra medelvärden konverteras poäng till

rangordning för att sedan jämföras mellan ett första och andra tillfälle. Deltagarna grupperades vid denna mätning efter huruvida de bedömdes ha vänner eller inte för att möjliggöra användandet av större grupper. Mann-Whitney U-test för parvisa jämförelser användes sedan för att undersöka skillnader i funktionsnivå och symtom efter ett års behandling mellan dessa grupper. Mann-Whitney U-test är en icke-parametrisk motsvarighet till oberoende t-test.

Kruskal-Wallis test användes för att undersöka om det fanns skillnader i funktionsnivå och symtom efter ett års behandling beroende på hur patienternas vänskapsrelationer bedömts vid initial vårdkontakt. Kruskal-Wallis är en icke-parametrisk motsvarighet till envägs-ANOVA som jämför fler än två oberoende stickprov. Skillnaden mellan dem är att Kruskal-Wallis inte förutsätter normalfördelning och därför jämför median istället för medelvärde. Deltagarna delades in i grupper beroende på hur deras nätverkssituation bedömts ha varit året innan första vårdkontakt med NIP-teamet. Gruppernas medianvärde avseende funktion och symtom ett år efter vårdkontakt utifrån jämfördes sedan. Det icke-parametriska testet användes då patientgruppen som undersöktes inte uppfyllde kraven för normalfördelning. För att urskilja vilka grupper som signifikant skiljde sig åt gjordes parvisa jämförelser med hjälp av Mann-Whitney U-test.

En korrelationsanalys genomfördes för att undersöka sambandet mellan tillfredsställelse med sitt sociala nätverk och funktionsnivå samt symtom ett år efter vårdkontakt. Preliminär analys gjordes för att försäkra normalitet, linjärt samband och homoscedasitet.

För att utröna en nära väns betydelse för återhämtningsprocessen användes parvis jämförelse med Mann-Whitney U-test då svaren på frågan om man hade en nära vän inte var normalfördelade.

### **Etiska överväganden**

Studien ingår i projektet *Vårdprogram med inriktning mot tidig intervention för förstagångs- och nyinsjuknade psykospatienter, version nr 1*. Projektet har godkänts av Regionala Etikprövningsnämnden Lund (Malmö 2009-04-20). All patientdata som bearbetats i denna studie har varit oidentifierad.



## Resultat

### Frågeställning 1: Skillnader i återhämtning efter ett års behandling

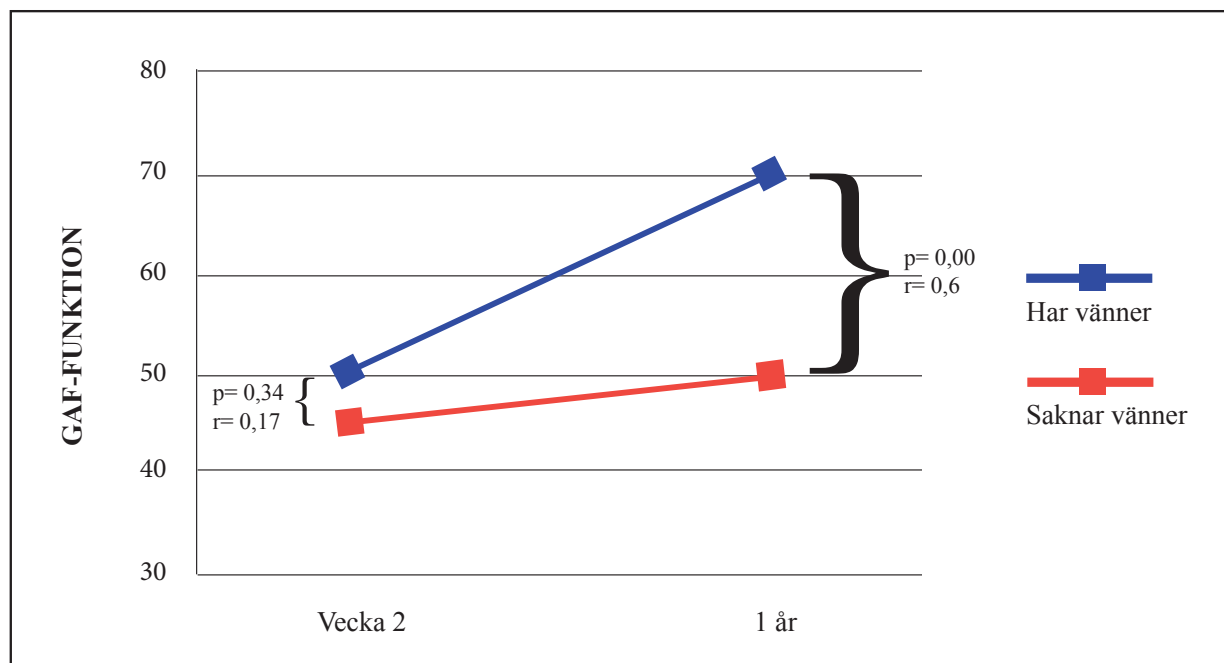
För den grupp som bedömts ha vänner ( $n=23$ ) visade Wilcoxon signed rank test på en signifikant återhämtning efter ett års behandling gällande funktion,  $z=-3,51$ ,  $p=0,00$  med stor effektstorlek ( $r=0,52$ ). Medianvärdet för GAF-funktion efter två veckor ( $Md=51$ ) ökade efter ett års behandling ( $Md=70$ ). För samma grupp framkom signifikanta resultat även för symtom,  $z = -3,44$ ,  $p=0,01$ , med en stor effektstorlek ( $r=0,51$ ). Medianvärdet för GAF-symtom efter två veckor ( $Md=40$ ) ökade efter ett års behandling ( $Md=70$ ).

För den grupp som bedömts sakna vänner ( $n=12$ ) framträder inte något signifikant resultat för återhämtning avseende funktion,  $z=-1,37$ ,  $p=0,17$  med effektstorlek  $r=0,31$ . Medianvärdet för GAF-funktion efter två veckor ( $Md=45$ ) ökade efter ett års behandling ( $Md=50$ ). För återhämtning avseende symtom framkommer ett signifikant resultat,  $z=-2,43$ ,  $p=0,015$  med stor effektstorlek ( $r=0,54$ ). Medianvärdet för GAF-symtom efter två veckor ( $Md=47,5$ ) ökade efter ett års behandling ( $Md=55$ ).

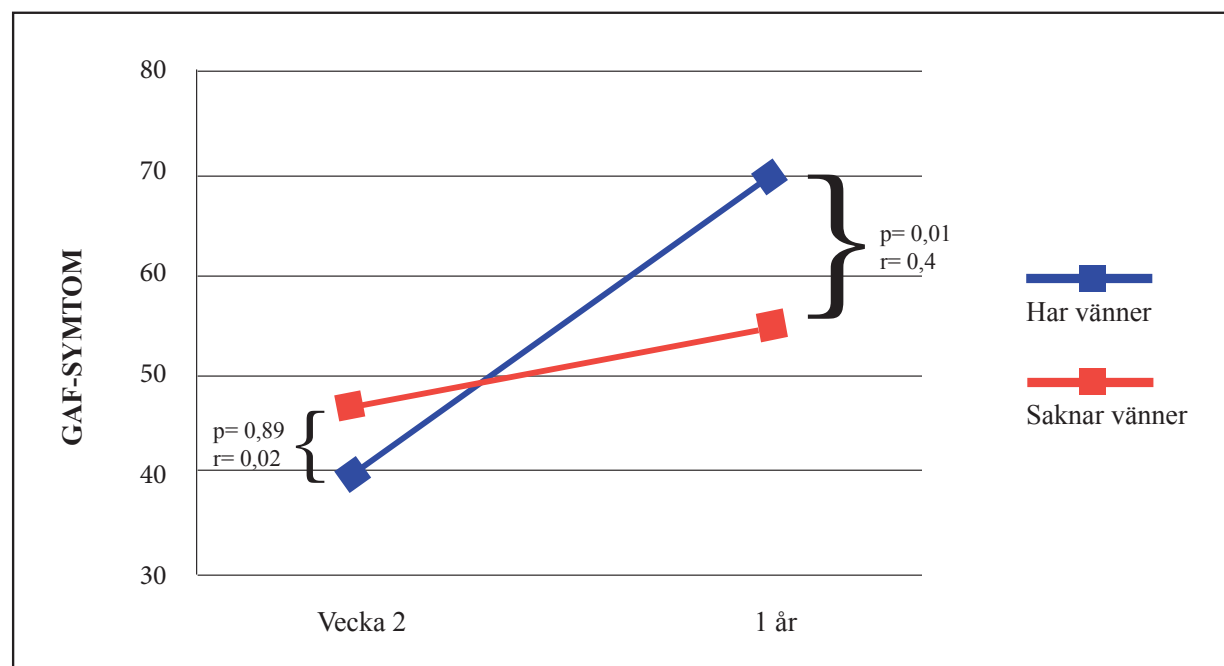
Mann-Whitney U-test för parvisa jämförelser användes för att undersöka skillnader i funktionsnivå och symtom efter ett års behandling mellan dessa grupper. Resultatet visade på signifikanta skillnader mellan de som bedömts ha vänner ( $Md=70$  (funktion)  $Md=70$ , symtom),  $n=23$ ) och de som bedömts sakna vänner ( $Md=50$  (funktion),  $Md=55$  (symtom),  $n=12$ ) avseende funktion,  $U=36,5$ ,  $z=-3,54$ ,  $p=0,00$ ,  $r=0,6$  och symtom,  $U=67,5$ ,  $z=-2,45$ ,  $p=0,01$ ,  $r=0,4$ .

För att undersöka huruvida dessa skillnader existerade redan vid intagning gjordes ytterligare ett Mann-Whitney U-test för jämförelser i funktionsnivå och symtom två veckor efter intagning. Resultatet visade inte på några signifikanta skillnader mellan de som har vänner ( $Md=51$  (funktion),  $Md=40$  (symtom)  $n=23$ ) och de som saknar vänner ( $Md=45$  (funktion),  $Md=47,5$  (symtom)  $n=12$ ) vare sig gällande funktion eller symtom. Funktion:  $U=90,5$ ,  $z=-0,97$ ,  $p=0,34$ ,  $r=0,17$ , symtom:  $U=111,5$ ,  $z=-0,38$ ,  $p=0,89$ ,  $r=0,02$ .

Figur 1 och 2 nedan illustrerar förändringar i GAF-värden hos de som bedömts ha vänner och de som bedömts sakna vänner och visar på signifikansvärden och effektstorlekar för skillnader mellan grupperna två veckor efter intagning respektive efter ett år.



Figur 1. Förändring under ett år avseende GAF-funktion hos de som bedömts ha vänner respektive de som bedömts saknar vänner. Signifikansvärden och effektstorlekar för skillnaden mellan grupperna två veckor efter första vårdkontakt respektive efter ett års behandling, framtagna med Man-Whitney U-test,



Figur 2. Förändring under ett år avseende GAF-symtom hos de som bedömts ha vänner respektive de som bedömts saknar vänner. Signifikansvärden och effektstorlekar för skillnaden mellan grupperna två veckor efter första vårdkontakt respektive efter ett års behandling, framtagna med Man-Whitney U-test,

## Frågeställning 2: Funktionsnivå och symtom efter ett års behandling

Kruskal-Wallis användes för att undersöka skillnader i funktionsnivå och symtom efter ett års behandling beroende på hur ofta patienterna bedömts träffa sina vänner året innan vårdkontakt. Resultatet visade på signifikanta skillnader mellan grupperna både gällande funktion ( $p=0,00$ ) och symtom ( $p=0,04$ ). Funktion: (Gp0,  $n=5$ : träffar inga vänner, Gp1  $n=7$ : inga spontana kontakter, Gp2  $n=5$ : träffar vänner en gång i månaden, Gp3  $n=5$ : träffar vänner två/tre gånger i månaden, Gp4  $n=13$ : träffar vänner i genomsnitt varje vecka),  $\chi^2(4, n=35) = 18,01, p=0,00$ . De grupper som träffar vänner en gång i månaden respektive i genomsnitt varje vecka (grupp 2 och 4) hade de högsta medianvärdena ( $Md=70$ ) jämfört med de andra grupperna (Gp 0,  $Md=40$ , Gp1  $Md=50$ , Gp3  $Md=60$ ). Symtom: (Gp0,  $n=5$ : träffar inga vänner, Gp1  $n=7$ : inga spontana kontakter, Gp2  $n=5$ : träffar vänner en gång i månaden, Gp3  $n=5$ : träffar vänner två/tre gånger i månaden, Gp4  $n=13$ : träffar vänner i genomsnitt varje vecka),  $\chi^2(4, n=35) = 10,22, p=0,04$ . Den grupp som träffar vänner en gång i månaden (grupp 2) hade det högsta medianvärdet ( $Md=75$ ) jämfört med de andra grupperna (Gp0,  $Md=55$ , Gp1,  $Md=58$ , Gp3,  $Md=58$ , Gp4  $Md=70$ ).

För att förstå huruvida dessa skillnader framkommit efter ett år eller fanns redan vid vårdkontakt gjordes ytterligare ett Kruskal-Wallis test som utifrån samma oberoende variabel, nätverkssituation, undersökte skillnader i funktion och symtom två veckor efter vårdkontakt. Resultaten var icke-signifikanta för funktion ( $p=0,46$ ) och symtom ( $p=0,74$ ). Funktion: (Gp0,  $n=3$ : träffar inga vänner, Gp1  $n=7$ : inga spontana kontakter, Gp2  $n=5$ : träffar vänner en gång i månaden, Gp3  $n=5$ : träffar vänner två/tre gånger i månaden, Gp4  $n=13$ : träffar vänner i genomsnitt varje vecka),  $\chi^2(4, n=33) = 3,61, p=0,46$ . Symtom: (Gp0,  $n=3$ : träffar inga vänner, Gp1  $n=7$ : inga spontana kontakter, Gp2  $n=5$ : träffar vänner en gång i månaden, Gp3  $n=5$ : träffar vänner två/tre gånger i månaden, Gp4  $n=13$ : träffar vänner i genomsnitt varje vecka),  $\chi^2(4, n=33) = 1,96, p=0,77$ .

Resultatet från Kruskal-Wallis testet visar att det finns signifikanta skillnader mellan grupperna efter ett års behandling men redovisar inte specifikt mellan vilka grupper dessa skillnader uppstår. Analys med Mann-Whitney U-test för parvisa jämförelser mellan grupperna avseende funktion ger ett resultat där de som inte träffar några vänner (grupp 0) skiljer sig signifikant från resterande grupper. De som inte har några spontana, personliga kontakter (grupp 1) skiljer sig signifikant från de som inte träffar någon (grupp 0), de som träffar vänner en gång i månaden (grupp 2) och de som träffar vänner en gång i veckan (grupp 4). Ett signifikant resultat uppmäts även mellan de som träffar vänner två till tre

gångar i månaden (grupp 3) och de som träffar vänner varje vecka (grupp 4). Sett till symtom är de enda uppmätta signifikanta skillnaderna mellan grupp 0 och 4 samt 1 och 4. Alltså mellan de två grupper som saknar eller har få kontakter och de som har flest.

Tabell 2.

*Resultat av Mann-Whitney U-test för parvisa jämförelser mellan grupperna avseende funktion som visar U-värde, z-värde, effektstorlek och signifikansnivå*

Grupp	Grupp 0	Grupp 1	Grupp 2	Grupp 3	Grupp 4
Grupp 0 <i>Md=40 n=5</i>	–	<i>U=4,0 z=-2,24 r=0,65 p=0,03*</i>	<i>U=0 z=-2,62 r=0,83 p=0,00**</i>	<i>U=1,5 z=2,31 r=0,73 p=0,01**</i>	<i>U=0 z=-3,21 r=0,76 p=0,00**</i>
Grupp 1 <i>Md=50, n=7</i>		–	<i>U=5 z=-2,05 r=0,59 p=0,05*</i>	<i>U=15,5 z=-0,33 r=0,10 p=0,75</i>	<i>U=14,5 z=-2,46 r=0,55 p=0,01**</i>
Grupp 2 <i>Md=70, n=5</i>			–	<i>U=5,5 z=-1,49 r=0,47 p=0,15</i>	<i>U=28,5 z=-0,40 r=0,09 p=0,70</i>
Grupp 3 <i>Md=60, n=5</i>				–	<i>U=13,5 z=-1,88 r=0,44 p=0,05*</i>
Grupp 4 <i>Md=70, n=13</i>					–

Not. \*\*  $p < 0,01$ , \*  $p < 0,05$

Tabell 3.

Resultat av Mann-Whitney U-test för parvisa jämförelser mellan grupperna avseende symtom som visar U-värde, z-värde, effektstorlek och signifikansnivå

Grupp	Grupp 0	Grupp 1	Grupp 2	Grupp 3	Grupp 4
Grupp 0 Md=55, n=5	–	U=9,5 z=-1,31 r=0,38 p=0,20	U=5,0 z=-1,57 r=0,49 p=0,15	U=10,5 z=-0,42 r=0,13 p=0,69	U=4,5 z=-2,77 r=0,65 p=0,00**
Grupp 1 Md=58, n=7		–	U=9,5 z=-1,30 r=0,38 p=0,20	U=17,5 z=0 r=0 p=1,00	U=20,5 z=-1,99 r=0,46 p=0,04*
Grupp 2 Md=75, n=5			–	U=5,5 z=1,47 r=0,47 p=0,15	U=26,0 z=-0,64 r=0,15 p=0,56
Grupp 3 Md=58, n=5				–	U=16,0 z=-1,63 r=0,38 p=0,11
Grupp 4 Md=70, n=13					–

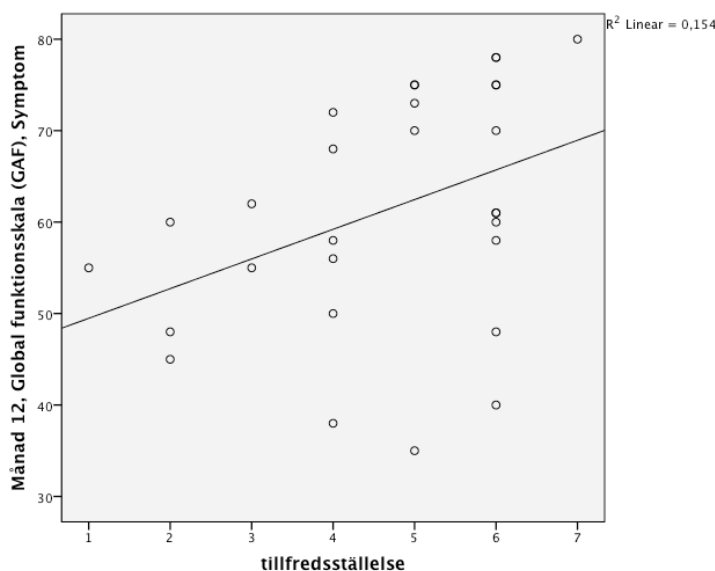
Not. \*\*  $p < 0,01$ , \*  $p < 0,05$

### Frågeställning 3: Tillfredsställelse med antal och kvalitet på vänskapsrelationer

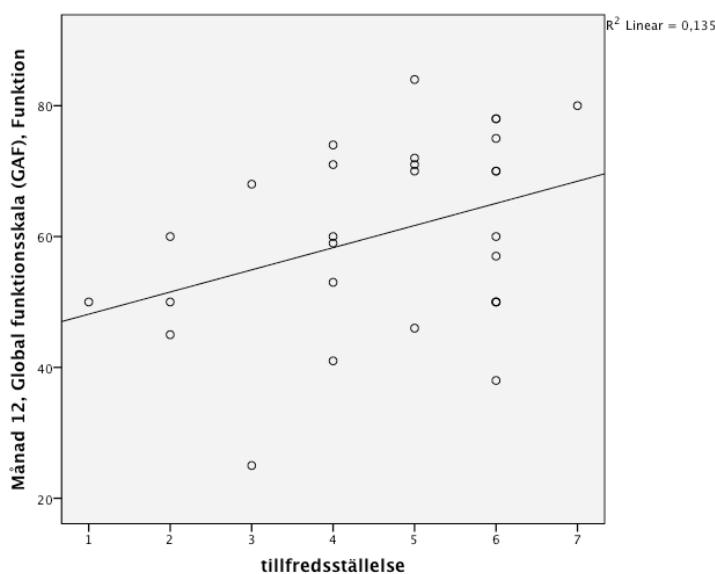
Det framkom medelstarka, positiva samband mellan tillfredsställelse med antal samt kvalitet på sina vänskapsrelationer och återhämtning avseende funktion och symtom efter ett år. Sambanden visade sig vara statistiskt signifikanta. Sambandet mellan tillfredsställelse och funktion var  $r=0,37$ ,  $n=29$ ,  $p=0,03$ . Sambandet mellan tillfredsställelse och symtom visade ett värde på  $r=0,39$ ,  $n=29$ ,  $p=0,02$ . Att anse sig nöjd med sina relationer korrelerar alltså med bättre funktion och mildare symtom efter ett års behandling. Proportion förklarad varians mellan variablerna tillfredsställelse-funktion var 13,4% medan den mellan variablerna tillfredsställelse-symtom var 15,4%.

För att förstå huruvida sambandet framkommit efter ett år eller fanns redan vid vårdkontakt gjordes ytterligare korrelationsanalyser som undersökte samband mellan tillfredsställelse med sitt sociala nätverk och funktionsnivå samt symtom två veckor efter

vårdkontakt. Resultaten visade sig vara icke-signifikanta för både funktion  $r=0,30$ ,  $n=29$ ,  $p=0,06$  och symtom  $r=0,18$ ,  $n=29$ ,  $p=0,17$ . Det svaga sambandet mellan tillfredsställelse och funktion ligger dock nära signifikansgränsen. Två veckor efter vårdkontakt var proportion förklarad varians mellan variablerna tillfredsställelse-funktion var 8,9%, mellan variablerna tillfredsställelse-symtom var den 3,4%.



Figur 3. Scatterplot som visar på det linjära sambandet mellan tillfredsställelse med sina vänskapsrelationer och GAF-symptom efter ett års behandling.



Figur 4. Scatterplot som visar på det linjära sambandet mellan tillfredsställelse med sina vänskapsrelationer och GAF-funktion efter ett års behandling.

**Frågeställning 4: En nära väns betydelse**

Vid jämförelse mellan de som ansåg sig ha en nära vän och de som inte tyckte sig ha någon framkom inga statistiskt signifikanta skillnader gällande funktion eller symtom ett år efter initial vårdkontakt mellan grupperna. Avseende funktion gav Mann-Whitney U-test ett icke-signifikant resultat mellan den grupp som säger sig ha en nära vän ( $Md=60, n=23$ ) och den grupp som inte har någon ( $Md=59,50, n=6$ ),  $U=66,5, z=-0,14, p=0,89, r=0,02$ . Även resultatet gällande symtom var icke-signifikant mellan de som ansåg sig ha en nära vän ( $Md=61, n=23$ ) och de som inte ansåg sig ha någon ( $Md=60, n=23$ ),  $U=66,0, z=-0,16, p=0,87, r=0,03$ .

## Diskussion

Det övergripande syftet med studien var att bidra med kunskap till det forskningsfält som studerar den ömsesidiga påverkan som psykos och socialt nätverk har på varandra. Då psykosens negativa inverkan på det sociala nätverket är etablerad inom tidigare forskning ämnar denna studie att undersöka nätverkets eventuella inverkan på återhämtning från psykos hos förstagångsinsjuknade patienter. Detta realiserades genom kvantitativa analyser som undersökte vänners betydelse för psykopatienters funktion, symtom och återhämtning efter ett års behandling. Underlaget för analyserna bestod av utomstående bedömningar och självskattningar samt såg till såväl kvalitativa som kvantitativa aspekter av vänskapskretsen. I diskussionen som följer behandlas först resultat och frågeställningar, därefter diskuteras centrala begrepp i studien och hur dessa knyter an till undersökningens validitet. Slutligen ges rekommendationer för framtida forskning och klinisk tillämpning.

### Resultatdiskussion

**Frågeställning 1:** Uppstår skillnader i återhämtning avseende funktion och symtom efter ett års behandling mellan de patienter som bedöms träffa vänner och de som inte gör det?

I denna studie mättes återhämtning genom att jämföra GAF-skattningar. Den första skattningen som görs två veckor efter intagning jämfördes med en andra skattning som görs efter ett års behandling. Ett högre GAF-värde vid andra mättillfället innebär att patientens funktion har förbättrats och att symtomen mildrats. Efter ett års behandling har både den grupp som bedömts ha vänner och den grupp som bedömts sakna vänner höjt sina GAF-värden. För den grupp som har vänner är höjningen signifikant för både funktion och symtom medan den grupp som saknar vänner bara gör en signifikant höjning av GAF-värden avseende symtom. På gruppnivå rör sig de som har vänner från uttalade, allvarliga funktionssvårigheter till att ha vissa funktionssvårigheter och från störningar i realitetsprövningen till att ha vissa lindriga symtom. För gruppen som saknar vänner kvarstår allvarliga funktionssvårigheter efter ett år medan symtom lindrats från allvarliga till måttliga symtom.

Signifikansvärdena säger inget om hur stor själva höjningen är. Då stickproven därutöver är små blir det intressant att se till effektstorlek snarare än p-värden. Båda grupper visar på stor effektstorlek avseende symtom, däremot skiljer de sig åt avseende funktion där



den grupp som har vänner har stor effektstorlek medan den grupp som saknar vänner har måttlig effektstorlek. Vid en jämförelse har alltså den grupp som har vänner en statistiskt säkerställd bättre återhämtning avseende funktion medan båda grupperna gör statistiskt likvärdiga framsteg avseende symtom.

Jämförelser mellan grupperna efter två veckor och efter ett år visar att skillnader mellan grupperna är något som uppstår över tid. Detta då det inte framträder några skillnader avseende funktion eller symtom då behandlingen inleds. Det är alltså inte så att den ena patientgruppen vid intagning skattas högre för funktion eller har mildare symtom. Skillnaderna efter två veckor är icke-signifikanta och har effektstorlekar som ligger under gränsvärdena för liten effekt. Efter ett år skattas gruppen som har vänner på en signifikant högre nivå än de som saknar vänner gällande både funktion och symtom. De förstnämnda bedöms ha vissa funktionssvårigheter och lindriga symtom medan de som saknar vänner bedöms ha allvarliga funktionssvårigheter och måttliga symtom. Vid en jämförelse av grupperna är skillnaden nu signifikant och effektstorleken är stor för funktion respektive måttlig för symtom.

Frageställningen besvaras sålunda med att det uppstår skillnader i återhämtning mellan de som bedömts träffa vänner och de som inte gör det. Att behandlingen är effektiv bekräftas av att båda grupper gör framsteg under vårdkontaktens första år. Samtidigt tyder resultaten att kontinuerlig kontakt med vänner främjar återhämtning, därtill att det gäller funktion i större utsträckning än symtom.

Orsakerna till att grupperna gör likvärdiga framsteg avseende symtom men inte funktion går inte att utforska utifrån materialet i denna studie. En hypotes kan vara att socialt umgänge leder till återanpassning och därmed högre funktionsskattning på GAF efter ett år medan symtomlindring kan knytas till medicinska faktorer vilket leder till jämnare fördelning mellan grupperna vid samma skattning. En sådan hypotes såväl som frågor kring hur funktionsnivå på längre sikt påverkar symtombilden får besvaras i framtida studier.

Vad som går att utläsa utifrån resultaten är att vänner är en viktig variabel för återhämtning under det första året av behandling. Resultaten ligger i linje med tidigare studier som uppvisat bättre funktionsförmåga och behandlingsresultat för de patienter som har vänner att vända sig till (Erickson et al, 1998; Albert et al., 2010). Därmed stöds tesen att det sociala stöd vänner ger upphov till kan hindra eller mildra stressfyllda upplevelser vilket verkar främja återhämtning vid behandling.

**Frågeställning 2:** Skiljer sig patienterna åt efter ett års behandling inom NIPs vårdprogram avseende funktionsnivå och grad symtom beroende på hur ofta de bedömts träffa sina vänner?

Resultaten visar att patienterna skiljer sig åt efter ett års behandling avseende funktion och symtom om man delar in dem utifrån hur ofta de har träffat vänner året innan vårdkontakt. Återigen verkar skillnaden framträda över tid då det inte finns några signifikanta skillnader mellan grupperna vid intagning.

Den grupp med patienter som inte träffat några vänner året innan vårdkontakt skiljer sig mest från de övriga grupperna. De har lägst värden på funktionsskalan och symtomskalan efter ett år jämfört med resterande grupper. Att vara socialt isolerad framstår därmed som en mycket försvårande omständighet för framgångsrik behandling och återhämtning. Sett till funktion så har de tre grupper som träffar vänner de högsta värdena efter ett år medan den grupp som saknar spontana kontakter tillsammans med de som saknar vänner har de lägsta. De patienter som inte träffar vänner kan tänkas ha färre möjligheter att korrigera sina föreställningar i mötet med andra (Cullberg, 2004) och saknar det stöd som antas mildra den stress som samspelar med psykosen (Albert et al., 2010; Erickson et al., 1998).

Huruvida många eller få möten med vänner ger bättre funktion och mildare symtom efter ett års behandling går inte att besvara utifrån resultatet. Detta då den grupp som bedömts träffa vänner två till tre gånger i månaden har lägre värden än de som träffar någon bekant en gång i månaden. Vidare uppstår inga signifikanta skillnader eller effekter mellan de som träffar vänner varje vecka och de som träffar någon bekant en gång i månaden. Det uppstår alltså inte något linjärt samband som visar att ju oftare patienter träffar vänner desto bättre mår de.

Det är möjligt att ett större antal deltagare i varje grupp hade gett ett annat resultat. Att dela in det från början låga deltagarantalet i mindre grupper gör att varje patient i stor utsträckning kan påverka gruppens medianvärde. Samtidigt går det att diskutera möjligheten att större grupper hade gett ett liknande resultat. En tolkning är att så länge patienter inte är socialt isolerade så blir skillnader i hur ofta de träffar vänner mindre viktiga. Möten som sker sällan kanske pågår under längre tid, skapar djupare samtal och ger mer ork till båda parter. Dessa påståenden går inte att utforska i det material som insamlats och analyserats i denna studie. Instrumenten som använts för att mäta vänskapsrelationer avslöjar ingenting om relationernas kvalitet eller om patienternas upplevelser av mötet med sina vänner, om de är krävande eller stödjande. Denna begränsning kommer att diskuteras mer utförligt i

metoddiskussionen.

**Frågeställning 3:** Finns det ett samband mellan patienternas självskattade, subjektiva tillfredsställelse med antal och kvalitet på sina vänskapsrelationer och återhämtning avseende funktion och symtom?

I de första två frågeställningarna grundar sig resultaten med tillhörande diskussion på hur en utomstående bedömare ansett att patienternas sociala situation sett ut. Då tidigare forskning visat att det är patientens egna upplevelser av relationer som ger upphov till nätverkets skyddande kvalitet (Macdonald et al., 1998) ställer denna frågeställning patientens tillfredsställelse med sina vänskapsrelationer i centrum.

Trots ett relativt lågt deltagarantal framkommer medelstarka och signifikanta korrelationer mellan tillfredsställelse och bättre funktion samt mildare symtom. Sålunda framträder ett samband där ju mer nöjd en patient är med sina vänskapsrelationer desto större är sannolikheten att denne kommer ha högre skattningar på GAF-skalan för såväl funktion som symtom efter ett års behandling.

Då studien inte jämför utomstående bedömningar med självskattningar går det inte att uttala sig om vilket av dem som bäst predicerar en skyddande och omhändertagande miljö för patienterna. Däremot visar resultaten att både utomstående bedömningar och patienters självskattningar tyder på att fungerande vänskapsrelationer ger ett bättre mående efter ett års behandling. Efter ett års behandling förklaras 15,4% av variansen vid GAF-skattningar avseende symtom av hur tillfredsställd patienten var med antal och kvalitet med sina vänskapsrelationer tre månader efter intagning. För funktion gäller 13,4%. Den relativt höga förklarade variansen visar vidare att självskattningar är ett viktigt komplement till de bedömningar som görs under en utredning.

Frågan i MANS-formuläret är något olyckligt formulerad eftersom patienten ombeds ge svar på hur tillfredsställd denne är med antal *och* kvalitet. Det hade varit önskvärt att få svar på dessa två frågor separat då vi nu inte vet om en patient som är missnöjd är det på grund av kvalitén på relationerna eller för att denne önskar att han eller hon hade fler. Då ovanstående resultat i frågeställning två inte tydde på att antal vänner var centralt för måendet efter ett år och tidigare forskning visat att patientens upplevelse av relationer är central blir en rimlig hypotes att det är kvalitén på vänskapsrelationerna som är den förklarande faktorn för variansen.

**Frågeställning 4:** Gör upplevelsen att ha en nära vän någon skillnad mellan patienter avseende funktion och symtom efter ett års behandling?

Det är något förvånande att denna frågeställning är den enda som genererar ett icke-signifikant resultat med mycket låg effekt. Just en nära vän kan intuitivt tyckas vara det en person i kris mest behöver. Vidare visar ovanstående resultat att kvalitén på vänskapsrelationerna är viktig för att främja måendet efter ett års behandling. Hur kan det då komma sig att det inte uppstår skillnader avseende funktion eller symtom mellan den grupp som anser sig ha en nära vän och de som inte har det?

Det finns alltid en möjlighet att ett större deltagarantal skulle ha gett ett annat resultat. Vid denna mätning var det endast sex personer som bildade gruppen som inte ansåg sig ha en nära vän. Samtidigt visar resultaten inte på någon tendens till skillnader mellan grupperna, signifikansvärdena är mycket låga och effektstorleken nästintill obefintlig vilket kräver andra förklaringar än bristande statistiska förutsättningar.

Det finns två alternativ. Det ena är att upplevelsen av att ha en nära vän inte spelar någon roll för varken funktion eller symtom efter ett års behandling vilket resultaten visar på. Det andra är att en nära vän har betydelse för måendet men att detta på grund av metodologiska brister inte framträder vid undersökningen.

Det som talar för det första alternativet är att nära relationer kan vara tärande för patienter som lider av schizofreni (Hammer, 1981). Istället för att skapa en stödjande och skyddande kvalité skapar nära relationer istället känslor av skuld och skam samt kan ge upphov till pressande och stressande situationer. Detta kan vara en förklaring till resultatet vilket innebär att en nära relation inte nödvändigtvis upplevs som stödjande och därmed inte leder till mildare symtom eller bättre funktion efter ett års behandling. Samtidigt bör man vara försiktig med att generalisera resultat från en kronisk population bestående av schizofrenipatienter till förstagångsinsjuknade psykospatienter.

Det andra alternativet aktualiserar svårigheter vid användandet av självskattningsformulär och brister som uppstår när något så komplext som vänskap undersöks kvantitativt. Vid användandet av självskattningsformulär föreligger alltid risken för "social desirability bias", alltså att respondenten i sitt svar uttrycker sina förhoppningar eller sin önskan att inte avvika från normen på ett sätt som inte överensstämmer med verkligheten. Att bara ha alternativen ja eller nej på huruvida man har en nära vän eller inte utgör en risk för att detta uppstår då det kan vara alltför smärtsamt att påstå att man inte har någon nära vän. Vidare ger frågan inget svar på patienternas upplevelser av sin nära vänskapsrelation, om de ser den som stödjande eller full av besvikelser. Det ges heller inget svar på vilken betydelse "nära" har för patienterna, om ordet refererar till exempelvis gemensam historia, tillit, lojalitet eller ömsesidighet. Teman som hade kunnat utforskas med

en kvalitativ metod.

### **Metoddiskussion**

I denna studie är tre begrepp centrala: nyinsjuknad i psykos, vänskapsrelationer och återhämtning. I studien antas deltagarna ha något gemensamt eftersom de insjuknat i psykos och det undersöks huruvida vänskapsrelationer påverkar återhämtning från psykos. Antagandet och frågeställningen väcker flera relevanta frågor om såväl deltagare, begreppsdefinitioner och själva sambandet i sig: Vad har nyinsjuknade psykospatienter gemensamt? Går det att mäta vänskap? Vad innebär återhämtning? Finns det medierande variabler som påverkar både vänskapsrelationer och återhämtning? Nedan behandlas dessa frågor i tur och ordning då de belyser olika aspekter av studiens validitet.

**Deltagare.** I studien används kategorin nyinsjuknade i psykos istället för en indelning utifrån exempelvis ålder eller diagnos. Vid användandet av kategorier uppstår frågan vad de som kategoriserats har gemensamt och vad som skiljer dem åt. Patientgruppen som deltar i studien är en mycket heterogen grupp där skillnaderna vida överstiger de gemensamma nämnarna. Utöver skillnader i ålder, kön och etnicitet skiljer sig deltagarna åt avseende diagnos. Som nämnts ovan kan psykos ha en mängd olika uttryck, symtom och beteenden. Inom den patientgrupp som undersökts ryms personer med övervägande positiva eller negativa symtom, affektiva psykoser, schizofrena psykoser, droginducerade psykoser och psykoser som inte gått att specificera. Förutom skillnader i själva det psykotiska tillståndet tillkommer olikheter i personernas livshistoria, levnadsomständigheter, ekonomiska förutsättningar och familjeförhållanden. Det hade naturligtvis varit önskvärt att ta hänsyn till dessa skillnader vid de statistiska analyserna för att se om det finns subgrupperingar inom gruppen, om karakteristika eller demografiska data gör vissa patienter mer sårbara eller beroende av vänskapsrelationer än andra.

Att patientgruppen nyinsjuknade inte har delats in i underkategorier beror på att deltagarantalet är för litet. Att kontrollera resultaten mot exempelvis ålder eller diagnos hade inneburit små grupper vilket i sin tur gjort de statistiska analyserna mycket opålitliga. Vidare finns det, trots olikheterna inom gruppen, flera fördelar med att använda just nyinsjuknade som kategori istället för andra avgränsningar såsom ålder eller diagnos. Genom att ha nyinsjuknad i psykos som inklusionskriterie undviks sammanblandning med de som varit sjuka under en längre tid av sina liv och som därmed har erfarenhet av tidigare vårdinsatser, behandlingsmetoder, medicinering och eventuella återfall. Patienter med kronisk problematik bör rimligtvis ha andra behov och förutsättningar avseende återhämtning. Det går även att

anta att majoriteten av de patienter som deltar i denna studie befinner sig i någorlunda samma fas av psykosen då NIP-teamets insatser främst är riktade mot patienter som befinner sig i prodromalfasen eller den prepsykotiska fasen. Därmed undviks några av de svårigheter att jämföra och generalisera tidigare studiers resultat som nämns i inledningen.

Slutligen är nyinsjuknade en viktig population att öka kunskapen om. En lyckad behandling vid första psykosen kan göra att framtida återfall och beroende av vårdinstitutioner undviks. Att förstå vilka variabler som påverkar återhämtningsprocessen hos dessa patienter oavsett skillnader mellan dem är alltså av yttersta betydelse både för patienterna själva och sett ur ett samhällsligt kostnadsperspektiv.

**Begreppen återhämtning och vänskap.** I studien har två begrepp operationaliserats och använts som måttstock: vänskapsrelationer och återhämtning. Det går att diskutera sättet som begreppen operationaliserats till något mätbart och i ett större perspektiv ifrågasätta huruvida kvantitativ metod är lämpat för att närma sig två så komplexa begrepp.

Studien gör anspråk på kunskap om patienternas återhämtning genom att hänvisa till GAF-skattningar. Den säger sig också veta något om patienternas vänskapsrelationer genom användandet av separata items från olika instrument. Detta är inget optimalt sätt att kvantitativt undersöka varken återhämtning eller den del av det sociala nätverket som består av vänner. Gällande återhämtning hade det varit önskvärt med en bredare arsenal av data för att kunna uttala sig om patienternas tillstånd ett år efter påbörjad behandling. Exempelvis att kontrollera GAF-skattningarna mot registerdata som säger något om patientens livssituation såsom om personen är tillbaka i arbete, går i skolan eller är sjukskriven. Vidare hade det varit intressant att se till patienternas upplevda livskvalité efter ett års behandling, inte bara en utomstående bedömning av funktion och symtom.

Ser man så till vänskapsrelationer hade ett heltäckande instrument utformat i syfte att kartlägga nätverket av vänner varit mer fruktbart än enskilda frågor från olika skalor såsom Strauss-Carpenter och MANSA. Dessa skalor syftar till att mäta patienters funktionsnivå respektive livskvalité vilket innebär att frågorna inte är riktade för att specifikt undersöka vänskapsrelationer. Sammanblandningen mellan antal och kvalité avseende vänner som nämnts ovan är ett exempel på när frågans formulering försvårar tolkning av resultaten. Likaså är formuleringen av svarsalternativ nummer ett i Strauss-Carpenter något förvirrande då det kan tyckas att avsaknad av spontana eller personliga kontakter borde innebära avsaknad av just vänner.

Sättet som begreppen återhämtning och vänskapsrelationer mäts på begränsar och förenklar sålunda det som begreppen ämnar representera i verkligheten. GAF-skattningar kan inte till fullo sägas representera återhämtning och tre frågor med svarsalternativ kan inte påstås ge en heltäckande bild av vänskapsrelationer. Den främsta anledningen till att underlaget för studiens statistiska analyser ser ut som de gör är att det var dessa data som fanns tillgängliga. Studien genomfördes inom en given tidsram där det inte fanns möjlighet att samla in data avsedd för de specifika frågeställningarna. Detta då artikelförfattaren var intresserad av ett längre tidsperspektiv än några veckor eller månader. Vidare är den patientgrupp som undersöks svår att nå vilket ytterligare bidrog till användandet av material som samlats in innan idén till studien föddes.

Frågan är dock om mer adekvata operationaliseringar eller förbättrade mätmetoder är de bästa lösningarna för att belägga sambandet mellan vänskapsrelationer och återhämtning eller fördjupa förståelsen av det. För att kunna utforska begreppen vänskap och återhämtning och framförallt för att förstå vad de betyder för den enskilda patienten är kvalitativa och fenomenologiska studier ett mer lämpligt alternativ. Detta då kvantitativa studier inte kan beskriva hur det är att återhämta sig från psykos eller patienters upplevda erfarenheter av vänskapsrelationer under sjukdomsperioden. För att med hjälp av forskning kunna utveckla effektiva behandlingsmetoder bör patienters upplevelser av vården och återhämtning vara i centrum. Denna studie bidrar inte med ett sådant perspektiv, den visar att vänskapsrelationer är viktiga men inte varför eller hur. Istället för förklarande kvalitét aktualiserar den snarare vikten av fördjupad forskning kring ämnet och en diskussion om hur kunskapen kan tillämpas i en klinisk kontext.

**Sambandet mellan vänskapsrelationer och återhämtning.** Att mana till fortsatt forskning och diskussion kräver dock att det statistiskt belagda sambandet mellan vänner och återhämtning stämmer, alltså att vänskapsrelationer verkligen är en variabel som påverkar återhämtning. Möjligheten att sambandet mellan dem bara är en chimär går att argumentera för genom att hänvisa till andra bakomliggande variabler. Att något som inte undersökts i denna studie är det som egentligen påverkar återhämtning efter ett år. Istället för att vänskapsrelationer skulle ha någon inverkan på återhämtningsprocessen skulle det kunna finnas någon annan bakomliggande variabel som skapar skillnader både gällande vänner och återhämtning bland patienterna. Exempelvis skulle ett psykotiskt tillstånd som domineras av negativa symtom enligt ett sådant resonemang vara mer svårbehandlat och innebära färre vänskapsrelationer. Ett annat alternativ är att vänskapsrelationer är av sekundär betydelse i

jämförelse med en annan variabel som påverkar återhämtning i större utsträckning, exempelvis tiden som en patient går obehandlad.

Det finns givetvis en mängd faktorer som påverkar patienters återhämtning under det år som följer efter första vårdkontakt. Några av dem kan knytas till sjukdomstillståndet, andra till behandling eller brist på behandling medan ett flertal kan tillskrivas miljömässiga och individuella förutsättningar som är unika för varje patient. Symtombild och/eller tiden som en patient går obehandlad har stor inverkan på måendet efter ett års behandling, för vissa patienter är dessa sannolikt centrala hinder för såväl återhämtning som fungerande relationer. Med studiens metodologiska brister i åtanke och med hänsyn till att det enbart är icke-parametriska uträkningar som används bör man alltså å ena sidan vara ödmjuk inför studiens resultat och de samband som påvisas. Å andra sidan finns det mycket som talar för att vänners inflytande över återhämtningsprocessen är såväl verkligt som viktigt då studiens resultat på gruppnivå har höga signifikansnivåer med relativt höga effektstorlekar gällande ett samband mellan vänner och återhämtning som har påvisats i tidigare studier (Albert et al, 2010; Erickson et al, 1998; Evert et al, 2003).

Slutligen var inte ambitionen med denna studie att undersöka vilken av flera möjliga variabler såsom DUP-tid, diagnos, socialt nätverk eller symtomatologi som påverkar återhämtning mest. Studien ämnar heller inte att påstå att vänskapsrelationer är den mest centrala faktorn för behandling och återhämtning. Istället för att mäta en variabels överlägsna effekt över en annan är frågan snarare huruvida vänskapsrelationer är en av flera viktiga faktorer som bidrar till en specifik patientgrupps återhämtning. Att så är fallet går genom denna studie att konstatera.

### **Rekommendationer för framtida forskning.**

Denna studie har påvisat samband mellan vänskapsrelationer och återhämtning. Framtida kvantitativa studier skulle kunna åtgärda många av de begränsningar som nämnts ovan. En större population hade möjliggjort att kategorin nyinsjuknade delades in i undergrupper utifrån exempelvis ålder, symtom eller diagnos vilket sannolikt gett fördjupad förståelse kring hur faktorer för återhämtning ömsesidigt påverkar varandra. Förbättrade mätinstrument hade kunnat ge tydligare information kring vad patienterna är nöjda respektive missnöjda med, alltså vad i vänskapsrelationerna som har en lindrande effekt på psykosen. Kanske är frågor om frekvens av möten eller antal vänner mindre viktiga jämfört med upplevelsen av stöd, att känna sig förstörd eller möjligheter till aktiviteter. Vidare hade en



längre uppföljning än ett år varit intressant för att kunna befästa sambandet mellan vänskapsrelationer och återhämtning.

Samtidigt kan behovet av kvalitativ forskning på området betonas än en gång. Vid genomgången av tidigare forskning var antalet kvalitativa studier ytterst få vilket är förvånande med tanke på ämnets komplexitet. I en fenomenologisk studie utförd av McDonald et al. (2005) framkommer exempelvis viktiga teman som är svåra att mäta sig till. Där beskriver ungdomar som upplevt sin första psykos känslan av att känna sig och uppfattas som annorlunda och hur detta påverkar vänskapsrelationerna. Vidare om värdet av att träffa andra ungdomar som delade deras erfarenheter och att sjukdomsfasen inneburit ett byggande av nya relationer. För att i slutändan kunna erbjuda vård och behandling som värnar om vänskapsrelationer och förstår dess värde är kunskap om hur vänskapsrelationer lindrar vid psykos kanske viktigare än vad som konstateras i denna och tidigare studier, att de gör det.

### **Rekommendationer för praktiken**

Varken frågeställningar eller resultat ger några ledtrådar till hur kunskap kan omsättas i praktik. Just eftersom variationerna inom gruppen nyinsjuknade i psykos är så stora går det att anta att behoven vid behandling ser olika ut och att faktorer som är centrala för en patients återhämtning inte nödvändigtvis behöver gälla för en annan. Vad vi däremot vet är att psykosen kan leda till ensamhet och att ensamhet försvårar återhämtning från psykosen. Att under behandlingen stödja en process som undviker skapandet av en ond cirkel där psykos och ensamhet göder varandra ter sig därför som en viktig uppgift för psykiatrin.

Då resultaten visar att skillnader i återhämtning uppstår över tid mellan de patienter som har vänner och de som saknar vänner kan däremot en utökad arsenal av frågor och bedömningsinstrument gällande det sociala nätverket tänkas ha ett prognostiskt värde vid intagning. Vidare aktualiserar förhoppningsvis resultaten vikten av utveckla strategier för att bibehålla eller återupprätta vänskapsrelationer under behandling av patienter som för första gången drabbats av psykos. Då vänner har en stödjande effekt för återhämtning går det utifrån ett biopsykosocialt förhållningssätt att diskutera hur vänner kan användas som resurs under behandlingen. Kanske går det att utöver familjesamtal även att träffa patienten tillsammans med dennes vänner? Alternativt att utveckla psykoedukativt material för patienters närmaste vänner om vad psykos är för att i vänskapskretsen öka kunskap och förståelse för vad patienten går igenom.

### **Avslutande reflektion**

Jag har två vänner som drabbats av psykos. Livet efter insjuknandet kom för de båda att se annorlunda ut där den ene idag åter befinner sig inom samhällets gemenskap medan den andre står kvar utanför. Jag funderar ofta på vad vi som ingick i kretsen runt de här personerna gjorde och inte gjorde, när vi var stöttande och förstående och när vi inte var det. Vilken betydelse vårt engagemang, och tidvis vår brist på engagemang hade. Jag undrar om vi hade kunnat vara mer delaktiga i den återhämtningsprocess som följer efter en psykos, om vi av vården var en outnyttjad resurs gällande kunskap och omsorg. Min förhoppning är att en ökad förståelse för vänners stöd och dess betydelse för psykologisk hälsa och fungerande hos personer med psykos kan bidra till att vänner utöver familjen blir en del av behandlingen inom psykosvården.

## Referenser

- Addington, J., Young, J. & Addington, D. (2003). Social outcome in early psychosis. *Psychological Medicine*, 33, 1119–1124.
- Aderhold, V. & Gottwalz, E. (2011). Familjeterapi och schizofreni: att ersätta ideologi med öppenhet. I Read, J., Mosher, L.R. & Bentall, R.P. (Red.). *Galenskapens gåta* (pp.349-360). Ludvika: Dualis Förlag AB. (Originalarbete publicerat 2004)
- Alanen, Y.O., Lehtinen, V., Lehtinen, K., Aaltonen, J. & Rökköläinen, V. (2000). The Finnish integrated model for early treatment of schizophrenia and related psychosis. I B. Martindale, A. Bateman & F Margison (Red.), *Psychosis: Psychological approaches and their effectiveness* (pp. 235-265). London: Gaskell/Royal College of Psychiatrists.
- Albert, N., Bertelsen, M., Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Le Quack, P., Krarup, G., Jørgensen, P. & Nordentoft, M. (2010). Predictors of recovery from psychosis: Analysis of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years. *Schizophrenia Research*, 125, 257-266.
- American Psychiatric Association. (2000). *The Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition*. Washington: American Psychiatric Association.
- Becker, T., Albert, M., Angermeyer, M.A. & Thornicroft, G. (1997). Social networks and service utilization in patients with severe mental illness. I M. Tansella (Red.), *Making rational mental health services* (113-125). Rom: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Bengtsson-Tops, A. & Hansson, L. (2001). Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community. Relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *International Journal of Social Psychiatry*, 47(3), 67-77.
- Bentsen, H. (1993). Treatment of schizophrenia: An update - The vulnerability-stress model and biologic treatment modalities. *Nordic Journal of Psychiatry*, 47(4), 235-244.
- Chudleigh, C., Naismith, S.L., Blaszczynski, A., Hermens, D.F., Hodge, A.R. & Hickie, I.B. (2011). How does social functioning in the early stages of psychosis relate to depression and social anxiety? *Early Intervention in Psychiatry*, 5, 224–232.
- Cohen, C.I. & Sokolovsky, J. (1978). Schizophrenia and social networks: Ex-patients in the inner city. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 546-560.
- Cullberg, J. (2004). *Psykosser: ett integrerat perspektiv* (2. uppl.). Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

- Denoff, M.S. & Pilkonis, P.A. (1987). The social network of the schizophrenic: Patient and residential determinants. *Journal of Community Psychology, 15*, 228-244.
- Eklund, M. & Hansson, L. (2007). Social network among people with persistent mental illness: Associations with sociodemographic, clinical and health-related factors. *International Journal of Social Psychiatry, 53*(4), 293-305.
- Erickson, D.H., Beiser, M. & Iacono, W.G. (1998). Social support predicts 5-year outcome in first-episode schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 107*(4), 681-685.
- Evert, H., Harvey, C., Trauer, T. & Herrman, H. (2003) The relationship between social networks and occupational and self-care functioning in people with psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 38*, 180-188.
- Gaite, L., Vazquez-Barquero, J.L., Thornicroft, A.H.G., Becker, T., Sierra-Biddle, D., Ruggeri, M., Schene, A., Knapp, M. & Vazquez-Bourgon, J. (2005) Main determinants of Global Assessment of Functioning score in schizophrenia: a European multicenter study. *Comprehensive Psychiatry, 46*, 440–446.
- Gleeson, J. & McGorry, P.D. (Eds.). (2004). *Psychological interventions in early psychosis*. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Grant, C., Addington, J., Addington, D., Konnert, C. (2001). Social functioning in first- and multiple episode schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry, 46*, 746-749.
- Hamilton, N., Ponzoha, C., Cutler, D.L. & Weigel, R.M. (1989). Social networks and negative versus positive symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 15*(4), 625-633.
- Hammer, M. (1981). Social support, social networks, and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 7*(1), 45-57.
- Harvey, C.A., Jeffreys, S.E., McNaught, A.S., Blizard, R.A. & King, M.B. (2007). The Camden Schizophrenia Surveys III: Five-year outcome of a sample of individuals from a prevalence survey and the importance of social relationships. *International Journal of Social Psychiatry, 53*(4), 340-356.
- Hirschberg, W. (1985). Social isolation among schizophrenic out-patients. *Social Psychiatry, 20*, 171-178.
- Häfner, H., Löffler, W., Maurer, K., Hambrecht, M. & Heiden, W. (1999). Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 100*, 105–118.
- Jablensky, A., McGrath, J., Herrman, H., Castle, D., Gureje, O., Morgan, V. & Korten, A. (1999). *People living with psychotic illness: An Australian study 1997-98*. Canberra:

Mental Health Branch.

- Lipton, R., Cohen, C., Fischer, E. & Katz, E. (1981). Schizophrenia: A network crisis. *Schizophrenia Bulletin*, 7(1), 144-151.
- MacDonald, E.M, Jackson, H.J., Hayes, R.L., Baglioni, A. & Madden, C. (1998). Social skill as a determinant of social support in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 29, 275-286.
- MacDonald, E.M., Hayes, R.L. & Baglioni. A. (2000). The quantity and quality of the social networks of young people with early psychosis compared with closely matched controls. *Schizophrenia Research*, 46, 25-30.
- MacDonald, E.M., Sauer, K., Howie, L. & Albiston, D. (2005). What happens to social relationships in early psychosis? A phenomenological study of young people's experiences. *Journal of Mental Health*, 14(2), 129 – 143.
- Mackrell, L. & Lavender, T. (2004). Peer relationships in adolescents experiencing a first episode of psychosis. *Journal of Mental Health*, 3(5), 467 – 479.
- McGorry, P.D. (2004). An overview of the background and scope for psychological interventions in early psychosis. I Gleeson, J. & McGorry, P.D. (Red.), *Psychological interventions in early psychosis*. (pp.1-23) Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Norman, R., Malla, A.K. & Machanda, R. (2007). Is untreated psychosis socially toxic? *Early Intervention in Psychiatry*, 1, 267-270.
- O'Connor, F. (1994). A vulnerability-stress framework for evaluating clinical interventions in schizophrenia. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(3), 231-237.
- Ottoson, J.O. (2009) *Psykiatri*. Stockholm: Liber AB.
- Pattison, E.M., Llamas, R. & Hurd, G. (1979). Social network mediation of anxiety. *Psychiatric Annals*, 10, 56-57.
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S. & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester short assessment of quality of life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 45(1), 7-12.
- Pruessner, M., Srividya, N., Faridi, K., Joober, R. & Malla A.K. (2010). Stress and protective factors in individuals at ultra-high risk for psychosis, first episode psychosis and healthy controls. *Schizophrenia Research*, 129, 29-35.
- Read, J. & Ross, C.A. (2011). Antipsykotisk medicinering: myter och fakta. I J. Read, L.R. Mosher & R.P. Bentall (Red.), *Galenskapens gåta* (pp.117-147). Ludvika: Dualis Förlag AB. (Orginalarbete publicerat 2004)

- Read, J., Mosher, L.R. & Bentall, R.P. (Red.). (2011). *Galenskapens gåta*. Ludvika: Dualis Förlag AB. (Originalarbete publicerat 2004)
- Strauss, J.S. & Carpenter, W.T. (1972). The prediction of outcome in schizophrenia: Characteristics of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 27, 739-746.
- Söderberg, P., Tungström, S. & Armelius, B.Å. (2005). Reliability of global assessment of functioning ratings made by clinical psychiatric staff. *Psychiatric Services*, 56(4), 434-438.
- Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Ohlenschlaeger, J., Christensen, T., Krarup, G., Jorgensen, P. & Nordentoft, M. (2006). Social network among young adults with first-episode schizophrenia spectrum disorders: results from the Danish OPUS trials. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 761-770.
- Tolsdorf, C.C. (1976). Social networks, support, and coping: An exploratory study. *Family Process*, 15, 407-417.
- World Health Organization. (2008). ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems (10th Rev. ed.). New York: World Health Organization.
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability—A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126.