

Två problem på behandlingsområdet

Av fil. lic. ECKART KÜHLHORN, Stockholm

Sammanfattning

I detta ex-post-facto-experiment visas, att rehabiliteringseffekterna var lika i miljöterapeutiska institutioner av typen „terapeutiska samhällen“ jämfört med individualterapeutiska institutioner av traditionell typ inom alkoholistbehandlingen. Bristen på skillnader i rehabiliteringen kunde dock inte förklaras med att behandlingsprocessen de facto var lika inom de två institutionstyperna. Utifrån kunskaperna om en individs deltagande i behandlingsprocessen och attityder kunde göras en tämligen träffsäker förutsägelse om vederbörande varit patient eller behandlare i något av de två alternativen. Emellertid kunde konstateras att skillnaderna mellan miljö- och individualterapi enbart berörde relationerna mellan behandlare och patient. Områden utanför detta komplex „behandling“ visade inga skillnader. Därutöver är betydelsen av en institutionsvistelse på tre månader liten för rehabiliteringen jämförd med den vikt som tillkommer patientens status före denna behandlingsinsats.

Institutionerna och behandlingsmetoderna

„Enskilda anstalter för alkoholmissbrukare“ kallas de institutioner som blivit undersökta. De bedrivs av stiftelser, kommuner eller liknande organ. Ingen kan bli tvingad till att få behandling på sådan anstalt. Under behandlingstiden som i genomsnitt uppgår till tre månader utgår sjukersättning.

Vid sidan av dessa finns också „allmänna vårdanstalter för alkoholmissbrukare“. De bedrivs av staten. Majoriteten av patienterna på dessa är tvångsintagna och sjukersättning utgår inte. År 1969 fick totalt 3.218 vård på enskilda anstalter mot 2.779 på allmänna.

Stockholms nykterhetsnämnd bedriver sju enskilda anstalter med sammanlagt 332 platser. Alla dessa har blivit undersökta. En av dem ligger i Stockholm, de andra på 60—750 kilometers avstånd.

Tre av anstalterna betecknar sig som terapeutiska samhällen. Övergången från individualterapi till behandlingsprinciper enligt idén om terapeutiska samhällen skedde 1968—1969. Enligt grundaren för terapeutiska samhällen, Maxwell Jones, (1968), skall dock institutioner av denna typ präglas av ett intensivt kontaktmönster med samhället i övrigt. Då detta villkor inte är uppfyllt, betecknas dessa tre inom ramen för denna rapport som

miljöterapeutiskt (MT) och de övriga fyra som individualterapeutiska (IT).

Samtliga sju hem liknar beträffande läge och materiell standard snarare semesterhem än totala institutioner av sedvanlig natur. Patienterna sover i enbädds- eller tvåbäddsrum, det finns terapi- och hobbyrum, matsal, bastu, bibliotek m m. Självfallet blir patienterna inte inlåsta. Utan anstaltsledningens medgivande får de dock inte lämna institutionens fritidsområde, som på vissa håll även kan omfatta det närmaste samhället.

Även när det gäller behandlingsresurserna är likheterna mellan dessa sju institutioner mer iögonfallande än olikheterna. Antalet anställda per patientplats uppgick vid undersökningstillfället till 0.45 på MT och 0.55 på IT. Då emellertid beläggningen på MT brukar vara lägre, uppgick vid undersökningstillfället antalet anställda per patient till 0.71 (MT) respektive 0.59 (IT). Drygt hälften av de anställda tillhör kategorin „behandlingspersonal“, dvs föreståndare, socialassistenter och vårdare. Därutöver hade patienterna på alla institutioner tillgång till behandlingsexperten, läkare, psykiater och psykologer. Utbildningsstandarden för behandlingspersonal på MT var dock i genomsnitt högre.

Den dagliga rytmen var också rätt likformig på institutionerna — skötseln och iordningsställandet av rummen, arbetsträning och olika former av terapiarbeten, organiserade fritidsaktiviteter och på kvällen tillfälle för samvaro, TV, kortspel och för att dra sig tillbaka till den privata sfären.

Skillnaderna mellan institutionerna av typ MT och IT måste istället ses mot bakgrund av idén bakom miljöterapi.

Det centrala kännetecknet för miljöterapi är en medveten tillämpning av gruppodynamiken. Utgångspunkten härvid är, att den totala behandlingseffekten som en terapeut åstadkommer hos patienter bestäms dels av den effekt som terapeuten uppnår hos varje individ dels av den effekt som patienternas kontakter sins emellan (interaktioner) resulterar i. Medan man inom miljöterapi systematiskt utnyttjar patienternas interaktioner, är detta inte organiserat inom individualterapi.

Miljöterapiens främsta instrument är därför gruppsamtal, medan samtal mellan terapeuten och enskilda patienter är kännetecknande för individualterapi.

Till de principer som enligt Dorwin Cartwright (1967) skall känneteckna grupper där beteenden och attityder skall förändras hör bland annat förhållandet att de personer som skall förändras (patienter) och de som skall utöva påverkan till förändring (behandlare) bör ha en stark känsla att höra till samma grupp. Mot bakgrund av denna princip är ett bibehållande av den för totala institutioner symptomatiska hierarkin behandlingspersonal —

övrig personal — patienter knappast möjlig. En mera egalitär struktur är därför ett annat väsentligt kriterium för miljöterapi.

Denna rollkonstellation för personal och patienter på MT har också till följd att patienterna deltar i större utsträckning i besluts- och styrningsprocesser på institutionen. Patienternas medinflytande kommer till uttryck på s k stormöten, där alla — personal och patienter — genom omröstning beslutar om olika frågor som arbetets uppläggning, genomförandet av utflykter m m. Även när det beslutas om permissioner, utskrivning o dyl på MT deltar i regel patienter.

Alla patienter och anställda på Stockholms sju enskilda anstalter på våren 1970 blev föremål för denna undersökning. Totalt intervjuades 189 patienter (MT: $n = 77$, IT: $n = 112$; bortfall $n = 13$) och 129 anställda (MT: $n = 61$, IT: $n = 68$; bortfall $n = 3$). Den centrala betydelsen av rehabiliteringsfrågan krävde emellertid, att komplettera huvudpopulationen med en hjälppopulation. För denna kunde endast registerdata erhållas.

En av de undersökta institutionerna, Lida, växlade 1968 från individualterapi till miljöterapi. Alla patienter från det sista individualterapeutiska året 1967 utgör den första kohorten av hjälppopulationen (L_1 ; $n = 74$) och alla från det första miljöterapeutiska året 1969 den andra (L_0 ; $n = 56$). Dessa följdes upp två år efter behandlingen. Då det inte kunde uteslutas, att en viss förändring av myndigheternas åtgärder mot sociala avvikelser inträffade under perioden 1967—71, utökades hjälppopulationen ytterligare med två kohorter från en annan av de undersökta institutionerna, Hamnvikshemmet, vilket såväl 1967 som 1969 var av IT-typ. Alla patienter från 1967 bildar hjälppopulationens tredje kohort (H_1 ; $n = 120$) och från 1969 den fjärde (H_0 ; $n = 106$). Totalt omfattar denna studie sålunda 445 patienter och 129 anställda.

Studien finansierades av Statens råd för samhällsforskning, Kommittén för kriminologisk behandlingsforskning och Socialstyrelsen.

Behandlingseffekterna

Tre kriterier på rehabiliteringen kunde erhållas från registren, nämligen „omhändertaganden för fylleri“, „kriminalitet“ och „tvångsåtgärder genom nykterhetsnämnden (inkl. återintagning på institution)“. Patienternas rehabilitering enligt dessa kriterier under en tvåårsperiod efter institutionsbehandlingen visas i *tabell 1*.

Dessa värden ger inte upphov till antaganden om systematiska skillnader i rehabiliteringen mellan patienterna från MT och IT.

När effekter av behandlingsalternativ skall kartläggas, måste dock hänsyn tas till förhållandet att systematiska skillnader i

Tabell 1. Rehabilitering (%).

Kriterier	Huvudpopulation		Hjälppopulation			
	MT	IT	L ₇ IT	L ₀ MT	H ₇ IT	H ₀ IT
Inget fyllerifall	58	51	65	61	38	52
Ingen kriminalitet	93	89	88	91	88	95
Inga tvångsåtgärder	42	43	39	55	42	37

sannolikheten till rehabilitering (prognosen) kan föreligga mellan MT- och IT-patienterna. Endast en experimentell uppläggning, dvs en slumpmässig fördelning av patienter till institutioner med olika behandlingsmetoder ger dock ett tillfredsställande underlag för sådan jämförelse. Vid alla andra förfaranden kan risken inte elimineras, att även andra systematiska skillnader föreligger än de som omfattas av prognosen. Då en experimentell uppläggning inte var möjlig har inom ramen för denna undersökning följande strategi tillämpats: dels har undersökts i vilken utsträckning en medveten selektion tillämpas för rekryteringen, dels har en beräkning av patienternas prognos verkställts.

Med några undantag rekryteras patienterna centralt från Stockholms nykterhetsnämnd till de sju institutionerna. Några systematiska selektionskriterier finns inte upprättade. Institutionernas beläggning och önskemål enligt behandlingsplanen synes vara de avgörande faktorerna för placeringen. Medan IT-institutionerna i regel är fullbelagda, har MT-institutionerna en relativt låg beläggning. Sålunda fanns enligt intervjuundersökningen också väsentligt fler IT-patienter som hade fått information om att det även finns institutioner av MT-typ än MT-patienter som fått vetskap om existensen av IT-institutioner. Patienterna blev också tillfrågade, vem de hade diskuterat placeringsfrågan med. Härvid framkom också vissa skillnader. Sålunda synes nykterhetsnämndens läkare uteslutande rekrytera till IT, medan socialassistenterna prioriterar MT. Uteslutas kan därför inte, att debatten om terapeutiska samhällen lett till en ideologisk polarisering som har vissa efterverkningar på rekryteringen. Prioriteten av andra faktorer än patienternas rehabiliteringschanser och bristen på klara selektionskriterier vid beslutsprocessen om patienternas placering ger därför upphov till antagandet att en större systematik mot bakgrund av patienternas prognos knappast kan föreligga när de rekryteras till MT respektive IT.

Vid en beräkning av patienternas prognos är två faktorer väsentliga. För det första måste sådana förhållanden fångas in om patientens situation före behandlingsinsatsen som är betydelse-

fulla för patientens rehabilitering och för det andra måste härvid den relativa betydelsen för var och en av dessa faktorer kartläggas. De förhållanden som kännetecknar patientens bakgrund betecknas här som bakgrundsvariabler och de som skall karaktärisera rehabiliteringen som rehabiliteringsvariabler. Det tillämpade prognosförfarandet ger sådana vikter till såväl bakgrunds- som rehabiliteringsvariablerna att en optimal förutsägelse blir möjlig. Sambandet mellan den förutsagda och faktiska rehabiliteringen informerar om prognosens förutsäggelseförmåga.

När bakgrunds- och rehabiliteringsvariabler kommer från en och samma population (konstruktionsnivå) överskattas dock förutsäggelseförmågan. Den kan först visas, när en prognos, beräknad på grundval av kunskaperna om en population, tillämpas på en ny population (validiseringsnivå). En variant till detta validiseringsförfarande är korsvalidiseringen — prognosen konstrueras på grundval av den ena hälften av populationen och tillämpas på den andra.

Inom ramen för denna undersökning har prognosen beräknats på grundval av kunskaperna om hjälppopulationen (konstruktionsnivå). Sedan har de därvid erhållna variabelvikterna givits patienterna i huvudpopulationen (validiseringsnivå). Denna analys har upprepats på så sätt att huvudpopulationen varit föremål för prognoskonstruktionen och hjälppopulationen för validiseringen. Prognosen upprättades på grundval av tre rehabiliteringsvariabler (nykterhetsvård, dvs tvångsätgärder och återintagning på institution, fylleri, kriminalitet) och åtta bakgrundsvariabler (ålder, nykterhetsvård, fylleri, tvång vid anstaltsintagningen, kriminalitet, kriminalitetsdebut, inkomst, civilstånd). För att kunna beräkna en prognos med hänsyn till en uppsättning av beroende variabler har den kanoniska korrelationsanalysen använts (Cooley och Lohnes, 1971). Den visade sig ge en något bättre förutsäggelseförmåga både på konstruktions- och validiseringsnivå än prognosen på det mest effektiva rehabiliteringskriteriet — fylleri enligt multipel regressionsanalys (Kühlhorn, 1974).

Denna prognos som endast baserar sig på registerdata betecknas som basprognos. Då huvudpopulationens patienter var föremål för en intervju kunde ytterligare 11 bakgrundsvariabler erhållas. Dessa blev tillsammans med de åtta bakgrundsvariablerna för basprognosen föremål för en ny prognos — specialprognosen. För att kunna tillämpa korsvalidiseringsförfarandet, blev huvudpopulationen uppdelad i två lika stora delar, huvudpopulation I och II. Förutsäggelseförmågan för dessa prognoser återfinns i *tabell 2*.

Prognosundersökningar på alkoholområdet är så sällsynta att en jämförelse av förutsäggelseförmågan med andra undersökningar

Tabell 2. Förutsägelselförmågan (R).

Prognos	Hjälppopulation	Huvudpopulation	Huvudpopulation I	Huvudpopulation II
Basprognos				
Konstruktionsnivå	.623	.586	—	—
Validiseringsnivå	.514	.528	—	—
Specialprognos				
Konstruktionsnivå	—	.640	.652	.678
Validiseringsnivå	—	—	.549	.574

inte kan göras. Nämnas kan dock, att den enda svenska prognosundersökning med en redovisning av prognosens kvalitet visar en korrelation mellan prognos och utfall uppgående till 0.35 (Adrell, 1965). Jämför man mina resultat med dylika undersökningar på det kriminologiska området så kan prognosens förutsägelselförmåga betraktas som god (Simon, 1971). En viss möjlighet till jämförelse ger också de kliniska prognoser, som behandlingspersonalen och patienter fick göra i intervjun (huvudpopulation). Härvid tillämpades olika förfaranden, exempelvis sociometriska val. Korrelationerna mellan dessa intuitiva prognoser och de faktiska rehabiliteringskriterierna varierade mellan —0.017 och 0.250 beroende på kriteriet och förfarandet.

På grundval av kunskaperna om bakgrunds- och rehabiliteringsvariablernas relativa betydelse (korrelationerna med de kanoniska faktorerna) kan för varje individ konstrueras såväl prognos- som utfallspoäng. Detta möjliggör att studera om patienter med en given prognos får systematiskt olika rehabiliteringsresultat, när de behandlats på MT respektive IT.

Först och främst bör nämnas i detta sammanhang att statistiskt säkerställda skillnader (5 % nivå) mellan MT- och IT-patienterna inte förelåg beträffande prognos och utfallspoäng, vare sig det gällde huvudpopulationen eller hjälppopulationen när poängberäkningar verkställdes enligt analysen på validiseringsnivå.

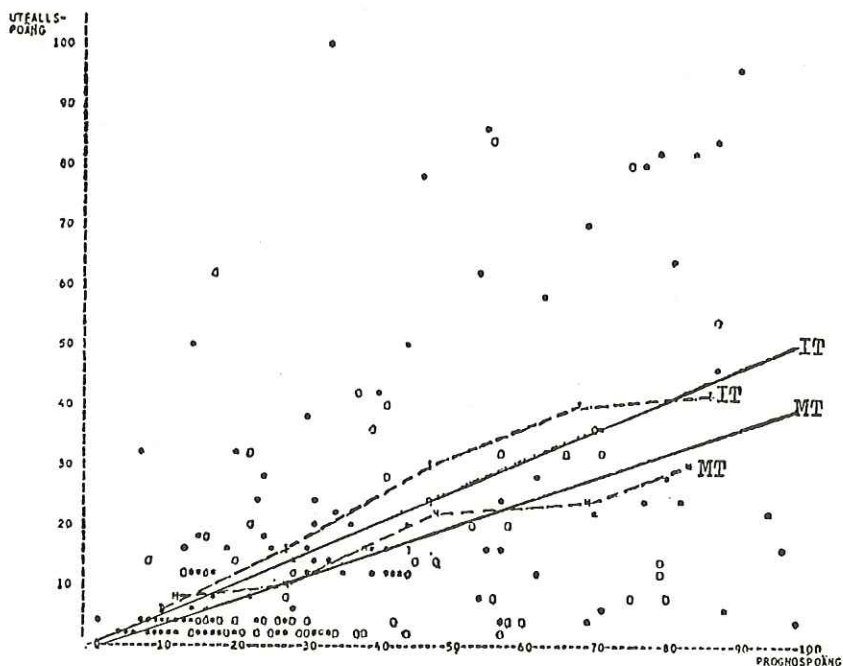
Då relationer mellan prognos- och utfallspoäng kan uttryckas med en regressionsekvation för vardera behandlingsgruppen, kan följande hypotes testas:

$$H_0 : b_{MT} = b_{IT}$$

Inget av testen (basprognosdata på huvud- och hjälppopulation, specialprognosdata på huvudpopulationen) gav en signifikant skillnad (5 % nivå) mellan MT och IT. Hypotesen att de

två behandlingsmetoderna är likvärdiga med hänseende till rehabiliteringen kunde sålunda inte förkastas.

En illustration av relationerna mellan prognos- och utfalls-poäng för MT- och IT-patienterna finns i *figur 1* (huvudpopula-



Figur 1. Prognos och utfall, huvudpopulation, basprognos med externa vikter.

MT: Miljöterapi	IT: Individualterapi
o : Patienter — MT	* : Patienter — IT
M : Medelvärden MT	I : Medelvärden IT
—————	Regressionslinjer
-----	Medellinjer

tionen — prognospoängen är beräknade på grundval av hjälppopulationens värden). De räta linjerna — regressionslinjerna — visar att på grundval av givna prognospoäng inga större skillnader föreligger för MT- och IT-patienterna vad gäller utfalls-poängen. Därutöver har medelvärden för prognos- och utfalls-poäng inom intervallerna för 20 prognospoäng beräknats för de

två patientgrupperna. De linjer som förbinder dessa medelvärden betecknas som medellinjer. De visar, att selektiva behandlingseffekter ej synes föreligga, dvs att något behandlingsalternativ skulle vara bättre för vissa prognosgrupper och sämre för andra.

På grundval av tre utgångspunkter har giltigheten av detta resultat kartlagts. För det första har kontrollerats om en två-årig observationstid för rehabiliteringsvariablerna är tillräckligt lång. I detta sammanhang har de kohorter som skrevs in under det första kvartalet 1967 även observerats under en fyraårig period. Korrelationerna mellan rehabiliteringsvariabler under två respektive fyra år uppgick för fylleri till 0.804 och för nykterhetsvård till 0.865, dvs rehabiliteringen under en tvåårsperiod synes ge en acceptabel bild av rehabiliteringen omfattande en dubbelt så lång tid. För det andra har undersökts, om systematiska skillnader förelåg för MT- och IT-patienter, när under uppföljningstiden återfall inträffade eller när åtgärder vidtogs. Sådana skillnader kunde inte konstateras. Slutligen analyserades det i denna undersökning tillämpade rehabiliteringsbegrepp, som ju enbart omfattar återfall som föranlett åtgärder. Då uppgifter för hjälppopulationen om den skattepliktiga inkomsten två år efter behandlingen kunde erhållas, kompletterades de tre rehabiliteringsvariablerna med inkomstvariabeln. En ny prognos upprättades på grundval av de åtta bakgrundsvariablerna enligt basprognosen och dessa fyra rehabiliteringsvariabler. Relationen mellan prognospoäng och utfallspoäng (regressionsekvationen) visade då inte heller någon säkerställd skillnad mellan MT- och IT-patienterna.

Diffusionsproblemet

Fyra kriterier för miljöterapi har redan omnämnts: en upp- mjukning av hierarkien behandlingspersonal — övrig personal — patienter, ett intensivare kommunikationsmönster med behandlingsorienterat innehåll, gruppsamtalsverksamhet och patienternas medinflytande. De två institutionstyperna skiljde sig också i dessa avseenden. Med sociometrisk metodik analyserades gruppstrukturen, som visade kraftiga skillnader i väntad riktning. Likaledes var på MT kommunikationen inom och mellan olika grupper intensivare, i synnerhet samtal om patienternas personliga problem och framtidsplaner. Härvid kunde också konstateras, att kommunikationsaspirationerna på MT låg på en högre nivå. Alla MT- patienter deltog i gruppsamtal och endast hälften av IT-patienterna. Även i bedömningen av gruppsamtalen skiljde sig deltagarna på MT och IT: såväl patienter som personal på MT uppgav, att diskussionsämnena var mer problemcentrerade och behandlingsorienterade samt att verksamheten var mer betydelse-

full för den personliga situationen. Markanta var också skillnaderna beträffande patienternas medinflytande: på MT önskade och hade patienterna större medinflytande. Personalen på MT hade en mer positiv inställning i denna fråga.

Patienternas och personalens attityder studerades närmare. Framförallt visade dessa analyser, att personal och patienter på MT trivdes bättre, uppfattade institutionsvistelsen som mer betydelsefull, hade en mera positiv inställning till alkoholstuvården och dokumenterade ett större intresse av eftervård. På MT var man även mer tolerant beträffande symptomåterfall, dvs alkoholkonsumtion på hemmet. På dessa områden kännetecknades attityderna inom institutionerna av kongruens: ju mer positiva behandlingspersonalens attityder var, desto mer positiv var också attityderna hos övrig personal och patienter. Attitydskonsensus, dvs att man uppskattade varandras attityder korrekt och delade dem, fanns dock endast inom kategorin behandlingspersonal. De här beskrivna kongruensförhållandena och skillnaderna mellan MT och IT förelåg dock inte beträffande de attityder som inte berörde situationen på institutionen respektive attityder till behandling. Bland dessa må nämnas synen på framtiden, attityder till fenomenet alkoholism, attityder till alkoholister, hopplöshet, beredskap att klara av alkoholproblem och alienation till samhället.

Betydelsefull för analysen av behandlingsprocessen är frågan, i vilken utsträckning behandlingsideologier kan förverkligas. Jag har kallat detta för behandlingens diffusionsproblem. En kvantitativ precisering kan erhållas genom multipel regressionsanalys, då den kvadrerade multipla korrelationskoefficienten (R) visar, hur mycket av variansen i den dikotoma variabeln MT-IT kan förklaras genom variansen i variabler som kännetecknar behandlingsprocessen. Fyra alternativa resultat kan härvid inträffa:

1. R^2 är liten för såväl patienter som personal. I detta fall är diffusionsproblemet stort. Behandlingsalternativen skiljer sig inte de facto. (Personalens antagande om skillnader mellan alternativen var felaktiga).
2. R^2 är liten för patienter och stor för personal. Även i detta fall är diffusionsproblemet stort. Personalen har olika mål men dessa kan ej förverkligas.
3. R^2 är stor för patienter och litet för personal. I detta fall är diffusionsproblemet litet. Personalen har visserligen samma mål, men ett av behandlingsalternativen är mer effektivt att förverkliga målen.
4. R^2 är stor för patienter och personal. Även i detta fall är diffusionsproblemet litet. Personalen har olika mål och kan förverkliga dem.

Ett villkor för tolkningen enligt denna modell är dock att likheter respektive olikheter mellan personal och patienter gäller för identiska variabler.

Mot bakgrund av att ett stort antal variabler stod till förfogande har en variant av den multipla regressionsanalysen använts — stegvis multipel regressionsanalys (Nie et al. 1970). I denna uppnås med ett minimum av variabler en optimal förklaringsförmåga. På patientsidan stod 53 lämpliga variabler till förfogande (bl a har direkt institutionsbundna som sociometri- och konsensusvariabler uteslutits). Av dessa lämnade ett system av 20 variabler en optimal förklaringsförmåga ($R = 0.794$; 63 %). På personalsidan fanns 37 sådana variabler och 27 av dessa ingick i systemet med optimal förklaringsförmåga ($R = 0.761$; 58 %). Ytterligare en analys genomfördes på dessa variabler, dock endast för behandlingspersonal (29 variabler; $R = 0.878$; 77 %). Förklaringsförmågan minskade endast obetydligt när analysen genomfördes på ett väsentligt mindre antal variabler. Skillnaderna mellan MT och IT berörde i stort sett samma variabler för personal och patienter. Diffusionsproblemet är sålunda av liten omfattning och av typ 4.

Den här studerade frågan har dock också en kvalitativ dimension. Diffusionsproblemet kan på vissa områden vara litet och på vissa stort. För att kunna belysa detta har två kvalitativa kategorier bildats: „behandlingsrelationer“ och „dispositioner“. Till den förra hör variabler som är kännetecknande för relationer på institutionen, attityder till behandling, till patienter och intresset för att bli behandlad. Den andra kategorin omfattar relationer utanför behandlingsprocessen — patienternas syn på sig själva och sina problem, attityder till fenomenet alkoholism, förväntningar på framtiden och alienation till samhället. I det variabelsystem på patientsidan som enligt den stegvisa analysen lämnade en optimal förklaringsförmåga tillhörde 12 kategorin „behandlingsrelationer“ och 8 kategorin „dispositioner“. För behandlingspersonalens del var motsvarande relation 19 respektive 10 variabler. Bidraget till den totala förklaringsförmågan i patientanalysen (63 %) utgjorde för variablerna i kategorin „behandlingsrelationer“ 52,4 % och för „dispositioner“ 10,6 %. Motsvarande värden i analysen av behandlingspersonal uppgår till 63,5 % respektive 13,5 %. Diffusionsproblemet är sålunda stort när det gäller variabler utanför komplexet „behandling“.

Detta kan belysas med ett konkret exempel. På grundval av Seemans (1959) alienationsbegrepp har två attitydskalor kunnat konstrueras. Dessa mäter, i vilken utsträckning man upplever maktlöshet, meningslöshet, normlöshet och isolering. Den första skalan kartlägger denna upplevelse i relation till samhället och betecknas som „sammansaliation“. Den andra skalan

mäter motsvarande upplevelse i relation till institutionen — „institutionsalienation“. Resultatet visas i *tabell 3*.

När det gäller „sammansaliation“ — som tillhör komplexet „dispositioner“ är patienterna mer alienerade än personal och personal med låg status (övrig personal) mer än personal med

Tabell 3. Alienationsupplevelser.

Skala	Behandlings- personal		Övrig personal		Patienter	
	MT	IT	MT	IT	MT	IT
Samhälls- alienation	\bar{x} 9.00	11.18	12.00	12.38	13.16	13.25
	s 2.25	3.25	3.38	3.90	4.10	4.09
Institutions- alienation	\bar{x} 5.54	9.28	10.12	11.48	8.35	12.14
	s 1.90	3.90	4.59	4.40	4.02	4.32

Låga värden = låg grad av alienation

hög status. Graden av alienationsupplevelse är tämligen oberoende av om man befinner sig på IT eller MT. Alienationsupplevelsen till institutionen däremot (kategori „behandlingsrelationer“) är för alla grupper betydligt lägre på MT.

Resultatet är symptomatiskt för ett dilemma på behandlingsområdet — man lyckas att påverka attityder som är betydelsefulla i en behandlingssituation. Detta innebär dock inte, att motsvarande attityd gentemot ett annat objekt blir påverkad — ett objekt som torde spela en stor roll efter eller vid sidan om denna behandlingssituation.

Relevansproblemet

Vid sidan av diffusionsproblemet är frågan om behandlingsprocessens betydelse för återanpassningen av stort intresse. Påverkas sådana beteenden som har relevans för rehabiliteringen? Innebär det faktum att attityder förändras även att beteenden blir påverkade? Detta komplex betecknas som behandlingens relevansproblem. En viss uppfattning om relevansproblemets storleksordning kan erhållas, om man betraktar det tillskott i förklaringsförmågan som variablerna från institutionsvistelsen ger för rehabiliteringen utöver patienternas status före behandlingen (prognosen). Även för lösningen av denna fråga är den stegvisa multipla regressionsanalysen en lämplig metod. Kriteriet som skall förklaras är då patienternas rehabilitering (utfallspoäng). De variabler som skall förklara kriteriet är dels patienternas prognospoäng dels nämnda 53 variabler om behandlingsproces-

sen. Av dessa 54 variabler lämnade ett system av 41 ett signifikant bidrag. R för detta system uppgick till 0.728, dvs 53 % av variansen i utfallspoängen kunde förklaras. Förklaringsförmågan för prognospoängen uppgick dock redan till 34,4 % ($r = 0.587$). Betraktar man däremot de övriga 40 variablerna så hade endast två av dessa ett statistiskt säkerställt samband med utfallspoängen. Sålunda bygger tillskottet i förklaringsförmågan i huvudsak på ett mycket stort antal variabler vars samband med kriteriet är mer eller mindre slumpbetingat. Håller man därutöver i minnet att prognosen har beräknats på grundval av mycket grova variabler (bl a ingick inga attityder) så kan utan vidare slutsatsen formuleras, att institutionsvistelsens betydelse för rehabiliteringen torde vara liten i jämförelse med prognosens. I detta sammanhang bör också nämnas, att de variabler som har betydelse för rehabiliteringen inte systematiskt talar till förmån för ett av behandlingsalternativen. Relevansproblemet synes representera ytterligare ett dilemma på behandlingsområdet: bland alla påverkningsmekanismer som en patient är utsatt för i samhället är påverkan genom en institutionsbehandling av underordnad betydelse.

LITTERATUR

- Adrell, Rolf: (1965) Klientel- och prognosundersökning vid statlig vårdanstalt för alkoholmissbrukare, Pedagogiska Institutionen, Göteborgs Universitet, Göteborg.
- Cartwright, Dorwin: (1967) *Achieving Change in People, some Applications of Group Dynamics Theory*, in *Current Perspectives in Social Psychology*; Oxford University Press.
- Cooley, William, W., Lohnes, Paul R.: (1971) *Multivariate Data Analysis*; John Wiley and Sons; New York.
- Jones, Maxwell: (1968) *Social Psychiatry in Practice*; Penguin.
- Kühlhorn, Eckart: (1974) *Effekter av behandling — alkoholistbehandling i terapeutiska samhällen och traditionella anstalter*; Sober förlag AB; Mölnlycke.
- Nie, Norman, H., Bent, Dale, H., Hull, C. Hadlay: (1970) *Statistical Package for the Social Sciences*; Mc Graw-Hill.
- Seeman, M.: (1959) *On the Meaning of Alienation*; *American Sociological Review* 24/6.
- Simon, Frances, H.: (1971) *Prediction Methods in Criminology*; Home Office Research Studies No 7; London.

Eckart Kühlhorn