

Teoretiska perspektiv på anknytning vid patientmöten

VARFÖR ÄR VISSA SÅ SVÅRA ATT HJÄLPA?

En del patienter är svåra att nå fram till och hjälpa. Vissa lugnas inte trots positiva besked, andra underrapporterar eller ger en osammanhängande bild av sina symtom. Det är en utmaning för läkare och annan vårdpersonal, vars arbete och mål är att bota och lindra. De kan känna sig otillräckliga eller irriterade i mötet med patienter som upplevs som besvärliga då de är svåra att förstå, inte är följsamma eller då de är missnöjda.

Den patientcentrerade konsultationen ökar kommunikation mellan läkare och patient. Läkaren blir uppmärksam på patientens upplevelse av sina symtom, sin anamnes och sina farhågor, vilket lägger grunden för en samsyn i konsultationen och gör patienten delaktig i sin vård [1, 2]. Psykoterapiforskning tyder på att psykologisk och psykiatrisk bedömning med fokus på anknytning ytterligare kan öka möjligheten att kommunicera och etablera en behandlingsrelation [3]. Detsamma tycks gälla i somatisk vård [4].

Anknytningsteori

Att bli sjuk och söka vård aktiverar anknytningssystemet, ett beteendesystem först beskrivet av barnläkaren John Bowlby [5] och psykologen Mary Ainsworth [6]. Med grund i evolutionspsykologi visade de hur ti-

Camilla von Below, fil dr i psykologi, leg psykolog, leg psykoterapeut, lektor vid psykologiska institutionen, Stockholms universitet; kliniskt verksam vid S:t Lukas psykoterapimottagning, Uppsala
● camilla.vonbelow@gmail.com

diga nära relationer formar individens sätt att relatera till sig själva och omvärlden vid faror. Människan har en medfödd drivkraft att söka några få nära relationer för att överleva. I relationerna anpassar barnet sina uttryck för att maximera närhet och trygghet. Hypotesen att barnet utvecklar inre arbetsmodeller, förändringsbara förutsägelser baserade på erfarenhet av hur de bemöts när de uttrycker behov av hjälp, har fått stöd i omfattande forskning [7]. Samspelelementet får betydelse för barnets uttryckssätt, självbild och generella tillit till omvärlden. Kunskap om anknytning är ett av flera perspektiv som kan bidra till enklare kommunikation mellan läkare och patient i linje med den patientcentrerade konsultationen.

Anknytningsmönster

Man räknar med tre anknytningsmönster (tryggt, otryggt-undvikande och otryggt-ambivalent) samt en avsaknad av ett tydligt mönster (desorganiserad anknytning). Detta grundläggs under barnets första två år i samspel med föräldrarna eller motsvarande och kan ändras genom nya erfarenheter, men är ca 70 procent stabilt mellan barndom och tidigt vuxenliv [8].

Tryggt anknutna barn (60 procent av alla barn) söker upp sin förälder vid fara, blir lugnade och återgår sedan till att utforska sin omvärld genom inläring, lek och social aktivitet. Föräldrarnas lyhörddhet bidrar till den tryggt anknutnas förväntan på förståelse och välvillighet. Den bidrar också till förmågan att förstå både sig själv och andra. Självomsorg främjas. Trygg anknytning är en bidragande faktor till god kognitiv, social och psykologisk utveckling avseende olika utfall som skolresultat, impuls kontroll, psykiska symtom och vårdbehov [9].

Barn med otrygg-undvikande anknytning (15-20 procent) tycks inte reagera på att bli lämnade av sina föräldrar och söker inte tröst. Men den höga nivån av stresshormoner och ökad hjärtrytm tyder på att de håller tillbaka sin medfödda reaktion att söka upp sin förälder vid fara. De styr uppmärksamheten bort från eget lidande. På sikt riskerar barnens förståelse för kroppsliga symtom att bli underutvecklad, exempelvis då de ska avgöra om magont beror på hunger, nervositet eller annat, då man behöver översätta mellan kroppsliga tillstånd, affektillstånd och beteende. Empirin stöder inte en absolut kausalitet mellan föräldrarnas bemötande och anknytningsmönster, men att minimera barnets lidande eller inte ge respons - till exempel vid depression - bidrar till undvikande anknytning. Vuxna med undvikande anknytning sedan barndomen eller utvecklad genom livet tonar ned betydelsen av relationer och har svårare än andra att tolka egna behov.

De otryggt-ambivalent anknutna barnen (10-15 procent) är uppmärksamma på föräldrarnas fysiska och mentala närvaro så att utforskandet i form av lek, sociala kontakter eller inläring inte utvecklas fullt ut. De signalerar hjälpbehov, men är svärtröstade. Barnet har ofta upplevt föräldrarnas närvaro som opålitligt, och därmed avtar inte impulsen att söka föräldrarnas uppmärksamhet. Den ambivalent anknutna vuxna visar sig hjälplös på bekostnad av tilltron till den egna förmågan och utforskandet. Personen uppfattar lätt signaler om avvisande och ointresse och reagerar med ilska, hjälplöshet och misstänksamhet.

HUVUDBUDSKAP

- Anknytningsteori kan ge perspektiv på patienter som upplevs som besvärliga då de inte tar till sig lugnande besked, underrapporterar eller ger en osammanhängande bild av sina symtom.
- Psykologisk forskning visar att relationserfarenheter i form av anknytning har betydelse för tillit till andras förmåga att hjälpa och förmågan att berätta om sina symtom. Intensiv, ostrukturerad symtomrapportering såväl som underrapportering och överdriven själv tillräcklighet kan vara en del i ett otryggt anknytningsmönster.
- Om läkaren observerar patientens sätt att berätta utifrån anknytningsteori kan missförstånd, frustration och onödigt hög vårdkonsumtion potentiellt minskas.

De desorganiserat anknutna barnen (5–15 procent som tilläggskategori, högre i utsatta grupper) är en heterogen grupp som visar motstridiga impulser att närma sig föräldern och hålla sig borta. Ofta, men inte alltid, är deras anknytningsrelationer präglade av skrämmande eller traumatiserade föräldrar som inte förmår ge trygghet och begriplighet åt barnens reaktioner, men ingen kausal slutsats om omvårdnaden går att dra utifrån ett barns desorganiserade anknytning [10]. De upplever ett högre stresspåslag än andra barn av att på egen hand klara av situationer som överstiger deras kapacitet. Det får betydelse för deras fysiska, psykiska och sociala utveckling. De kan få svårt att förstå sina kroppsliga symtom och känslöpåslag och låg tilltro till omvärldens förmåga att hjälpa.

Vuxnas anknytningsmönster är inte i samma utsträckning studerade inom hela populationen, men en metastudie som gjorts drar slutsatsen att 55–60 procent har trygg, runt 15 procent har undvikande, 10–15 procent har ambivalent och 15–20 procent motsvarigheten till desorganiserad anknytning. Bland psykiatriska patienter hade 76 procent otrygg anknytning, jämfört med 42 procent i icke-kliniska grupper. 43 procent av de psykiatriska patienterna hade desorganiserad anknytning [11]. Otrygg anknytning är därmed en sårbarhetsfaktor för psykiskt lidande, men inte en diagnos i sig.

Att söka vård

Att söka vård är att be om hjälp och lita på någon annans bedömning av ens hälsotillstånd, ibland i ett tillstånd av kris. Anknytningsmönstret aktiveras i någon grad av denna stress. De inre arbetsmodellerna påverkar ens tillit eller brist på tillit till vården. Trygg anknytning är förknippad med tillit till vårdpersonalens bedömningar och förmåga. Den tryggt anknutna patientens redogörelse är relativt sammanhängande och begriplig då tryggt anknutna har en god metakognitiv förmåga, det vill säga att de kan ställa sig utanför sin berättelse och förstå vad den andra behöver veta och hur det ska förmedlas [4, 9]. Det kan låta som en enkel sak, men kräver simultana tankeprocesser och minnesfunktioner för att kunna beskriva symtom och ge en berättelse med både detaljer och en övergripande bild [4]. Detta bidrar till ömsesidig förståelse med vårdpersonal. Patienten upplevs som lätt att hjälpa.

Svårigheter i anamnesen vid otrygg anknytning

Ambivalent anknytning är förknippad med omfattande hjälpsökande och intensiva men ostrukturerade symtombeskrivningar. Detta kräver läkarens ömdöme och blick för patientens kommunikation. Patienten kan ge en mängd exempel men ha svårt att förmedla en generell bild. Den ambivalent anknutna har svårt att tolka inre tillstånd och ge sig själv lugn. Upprepade studier har visat att ambivalent anknytning är förknippad med ökad upplevelse av somatiska symtom och sjuklighet såsom hjärt-kärlsjukdomar och sömnproblem, fler sjukdagar och större hälsoängest (för en sammanställning, se [9]), vilket medför att patienten söker vård ofta. Läkaren behöver fråga omsorgsfullt för att förstå vad i patientens berättelse som är centralt.

Otrygg undvikande anknytning förknippas med

bristfällig symtomrapportering och att patienten insisterar på att klara sig själv. Ett defensivt självförhärlikande kallas att ha överdrivet hög tilltro till sin egen förmåga och att vara osårbar i krissituationer. Personen har inte bara en tendens att förringa känslotillstånd, utan att faktiskt uppleva dem i mindre utsträckning, trots att det går att mäta ett fysiologiskt påslag som stresshormoner som personen inte förmår ge mening till eller kommunicera om [4, 9]. Undvikande anknytning är därför förknippad både med högre rapportering av somatiska besvär och misstro mot vården [9]. Läkaren behöver vara uppmärksam eftersom patienten kan ge ett oberört intryck och tona ned svårigheter för att inte vara till besvär eller för att klara sig själv.

Desorganiserad anknytning är förknippad med en osammanhängande redogörelse med skiften i tid, perspektiv och stämningsslag. Patienten kan vara svår att nå genom att vara tystlåten eller ångestfylld av att vara hjälplös och utlämnad. Därtill är symtombilden ofta komplex till följd av förhöjd stressrespons under lång tid. I en vårdsituation kan det innebära att patienten uttrycker tydlig hjälplöshet, ibland genom att abdikera inför sina problem eller uttrycka stor förtvivlan. Andra försöker bemästra otryggheten genom att kräva insatser. Dessa patienter kan ta vården i stort anspråk genom omfattande vårdsökande och ha svårt att bli förstådda, vilket gör att de remitteras mellan olika enheter.

Anknytningsteori kan underlätta patientmöten

Medvetenhet om anknytningsteori går hand i hand med patientcentrerad vård, då målet är att hitta en fungerande kommunikation med varje enskild patient. Framgångsrik behandling bygger på en relation där patient och läkare kommer överens om *vad* som ska göras och *hur*. Epistemisk tillit kallas tillit till att

»Läkarens bemötande och medvetenhet om anknytningsmönstrens funktion kan dock bidra till ett bättre patientmöte och därmed bättre vård ...«

andra är en tillförlitlig källa till information och har något att lära en [12]. Otrygg anknytning är förknippad med låg epistemisk tillit. Patienten får svårt att ta in vad läkaren säger och blir mer benägen att söka egna förklaringar, och risken för missförstånd ökar. Läkarens bemötande och medvetenhet om anknytningsmönstrens funktion kan dock bidra till ett bättre patientmöte och därmed bättre vård [4]. Den undvikande anknutnas insisterande på att klara sig själv och den ambivalent anknutnas insisterande på fler insatser behöver förstås som ett sätt att upprätthålla inre jämvikt och trygghet. Läkaren behöver empatiskt

bekräfta viljan att klara sig själv och rädslan att inte bli förstådd snarare än att ge sig in i argumentation. Det sänker patientens stress i stunden och ger mottaglighet för kommunikation. Läkaren behöver förstå att den knapphändiga eller ostrukturerade anamnesen kan spegla en brist på erfarenhet av att förstå hur ens inre kroppsliga signaler, känslor och handlingar påverkar varandra. Vidare underlättas kontakten av

»En ambivalent anknuten patients tillit ökar genom initial empatisk förståelse, även när berättelsen är ostrukturerad. Man kan lockas att försöka lugna genom att tona ned oro, vilket sällan är hjälpsamt. Bättre är att spegla patientens oro ...«

att läkaren anpassar sig något efter patienten.

Undvikande anknutna patienter eftersträvar ofta oberoende och kontroll, varför distans, förklaringar och normalisering av patientens lidande ofta är lugnande. Läkaren behöver vara uppmärksam på luckor i en detaljfattig berättelse och fylla dem genom direk-

ta frågor, formulär eller test för att inte underskatta symtomen.

En ambivalent anknuten patients tillit ökar genom initial empatisk förståelse även när berättelsen är ostrukturerad. Man kan lockas att försöka lugna genom att tona ned oro, vilket sällan är hjälpsamt. Bättre är att spegla patientens oro men inte ge orealistiska förväntningar och försäkringar. Patienten kan komma att bli kritisk, vilket bäst besvaras med en empatisk förklaring av vad som ska ske härnäst. Patientens fokus kan vara att behålla vårdgivarens engagemang snarare än att ta in information, varför läkaren bör förvissa sig om att patienten förstått vad som sagts.

Den desorganiserat anknutna behöver dels läkarens uppmärksamhet på att mångfasetterade symtom kan ha sin grund i dysreglering av stress, dels ett bemötande präglat av tålmod och hjälp att hålla sig till det viktiga i berättelsen. Om patienten tar upp trauma-relaterat material behöver läkaren både bekräfta det och, om det inte är centralt för behandlingen, varsamt styra in samtalet på det som är i fokus.

I psykoterapi kan förändring av anknytningsmönster vara ett mål, men i mötet med läkare är god kommunikation målet. Läkaren bör därför uppmärksamma sitt eget sätt att kommunicera. Hur passar det patienten läkaren har framför sig? Hur behöver läkaren anpassa sig för att nå patienten? Här underlättar psykologisk kunskap. Patientcentrerad kommunikation också i anknytningsteoretisk bemärkelse är ett sätt att i större utsträckning se skogen, snarare än alla träd, vid bedömning och behandling.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2022;119:21145

REFERENSER

1. Hedberg C. Patientcentrerad konsultation - bra för både patient och läkare. *Läkartidningen*. 2020;117:20056.
2. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, et al. The patient-centered clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract*. 1986;3(1):24-30.
3. von Below C. *Anknytning i psykoterapi*. Stockholm: Natur & Kultur; 2020.
4. Daniel S. *Adult attachment patterns in a treatment context. Relationship and narrative*. London: Routledge; 2015.
5. Bowlby J. *Attachment and loss*. Vol 1. Attachment. New York: Basic Books; 1982 (1969).
6. Ainsworth MD, Blehar M, Waters E, et al. Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. Hillsdale: Lawrence Erlbaum; 1978.
7. Cassidy J. The nature of the child's ties. In: Cassidy J, Shaver PR (editors). *Handbook of attachment. Theory, research and clinical implications*. New York: Guilford Press; 2016. p. 3-24.
8. Verhage ML, Schuengel C, Madigan S, et al. Narrowing the transmission gap: a synthesis of three decades of research on intergenerational transmission of attachment. *Psychol Bull*. 2016;142(4):337-66.
9. Mikulincer M, Shaver P. *Attachment in adulthood. Structure, dynamics, and change*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2016.
10. Granqvist P, Sroufe LA, Dozier M, et al. Disorganized attachment in infancy: a review of the phenomenon and its implications for clinicians and policymakers. *Attach Hum Dev*. 2017;19(6):534-58.
11. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. The first 10,000 adult attachment interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attach Hum Dev*. 2009;11(3):223-63.
12. Fonagy P, Luyten P, Allison E, et al. Mentalizing, epistemic trust and the phenomenology of psychotherapy. *Psychopathology*. 2019;52(2):94-103.

SUMMARY

Patients who are difficult to help. Attachment perspectives

Attachment theory and research show that a patient's attachment pattern, shaped in close relationships, affects A) the ability to describe symptoms in a structured and detailed manner, and B) the ability to trust physicians' conclusions and concerns. If physicians are observant of patients' unstructured, intense or avoidant communication during consultation, they can adjust their communication accordingly and avoid misunderstandings and excessive health care consumption. A patient with insecure ambivalent attachment needs initial empathic listening, whereas a patient with insecure avoidant attachment benefits from a respectful distance. Since insecure attachment is associated with lack of trust combined with difficulties understanding own psychical and psychological symptoms, physicians need to fill in the gaps more carefully than usual. Understanding attachment theory will be of help and is discussed in the article.