

SCHIZOFRENIPSYKOTERAPINS YTTRE SKELETT

Björn Vikström, leg psykolog/leg psykoterapeut, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Det har hänt mycket sedan Freud (1914 och 1917) uttryckte tvivel vad gäller möjligheterna att behandla schizofreni med psykoanalytiska metoder. Psykoanalytisk och psykodynamisk teori och metod har sedan dess utvecklats, och idag finns en gedigen erfarenhet av psykoterapi vid psykoser. Mycket är också dokumenterat, litteraturen på området är omfattande. Idag kan vi på goda grunder säga att psykotiska tillstånd, även svåra och långvariga (schizofreni), är behandlingsbara med psykoanalytiskt orienterade metoder.

Ett problem med den gedigna litteraturen på detta område är att den nästan uteslutande handlar om processen i terapirummet och arbetet i den terapeutiska relationen. Litteraturen handlar i stor utsträckning om arbetet i etablerade terapeutiska relationer, ofta med ineliggande patienter. Alltså en situation där de yttre förutsättningarna är sådana att patient och terapeut träffas regelbundet. Under de år jag arbetat med psykotiska patienter i psykiatrisk öppenvård, har emellertid just detta med de yttre förutsättningarna varit en stöttesten och ett ständigt återkommande problem. Min upplevelse har varit att det inte finns mycket skrivet om detta. Hur gör man? Hur kan man strukturera behandlingssituationen så att en bärande terapeutisk relation kan etableras?

I denna artikel kommer jag att försöka samla ihop och systematisera erfarenheter från många års kämpande med denna fråga. Jag kommer att avgränsa framställningen till erfarenheter gjorda i arbetet med unga patienter som varit, och är, i behandling för schizofrena psykoser. Det handlar om erfarenheter gjorda i ett behandlingssammanhang där en psykodynamiskt inriktad psykoterapi varit det centrala inslaget. Behandlingen har genomförts i psykiatrisk öppenvård. Min ambition är att titta närmare på erfarenheter av lyckade och mindre lyckade inslag i dessa behandlingsprocesser och försöka undersöka förutsättningar på olika nivåer, för att få till stånd en tillväxtbefrämjande psykoterapeutisk process vid schizofreni i öppenvård.

Den här artikeln är en omarbetad och förkortad version av en psykoterapeutexamensuppsats vid Linnéstadens Psykoterapi Institut hösten 2004. Den bygger på en kvalitativ studie av fyra fullföljda behandlingar.

Bakgrund

Som psykolog i en nystartad verksamhet har jag under sju år varit inbegripen i det intressanta och krävande uppdraget att tillskapa ett bärande behandlingsalternativ för unga psykotiska patienter med missbruksproblem. Detta är en patientgrupp vars behandlingsbehov varken psykiatri eller socialtjänst lyckats möta. Det är ett uppmärksammat och sedan årtionden känt bekymmer. Den här gruppen kan inte tillgodogöra sig befintliga behandlingsalternativ. Det finns en mängd orsaker till detta, vilka jag inte ska gå in på här. Men omständigheten, brist på fungerande behandlingsalternativ, har inneburit att vi haft fria händer att tillskapa något ”nytt”. Stor frihet, men med ytterst begränsade resurser inom den belastade psykiatrin.

De övergripande breda frågeställningar som vårt arbete kretsat runt under dessa år har handlat om huruvida man över huvud taget kan arbeta med svårt psykotiska patienter som dessutom har missbruksproblem i psykiatrisk öppenvård. I så fall, under vilka förutsättningar? Hur bör behandlingssituationen struktureras? Vilken metod och vilka modifieringar i beprövade metoder måste göras för att passa denna grupps sammansatta behov? Måste ”nya”, kompletterande inslag i metodiken tillföras?

Vi har genom åren samlat så mycket erfarenheter att det vid det här laget skulle vara möjligt att börja formulera svar på dessa övergripande frågor, även om många frågetecken kvarstår. Här kommer jag att avgränsa frågeställningen till en specifik patientgrupp.

När vi arbetade med att sammanställa den senaste årsredovisningen fick vi siffror på det vi upplever dagligen; de flesta av våra patienter slutar att missbruka droger, i samband med, eller ganska snart efter, att behandlingen kommit gång. C:a 75% av våra patienter var drogfria enligt det senaste årets statistik. Av de övriga har några sporadiska återfall och några ett fortsatt ganska massivt missbruk. Denna mycket höga siffra tror jag åtminstone delvis kan förklaras av den behandlingsstruktur och det ”hållande” vi erbjudit, som inneburit ett alternativt sätt för patienten att härbärgera och hantera psykiska smärta. En funktion som tidigare fyllts av missbruket. Detta innebär att det vi huvudsakligen i praktiken arbetar med är psykosbehandling. I cirka en tredjedel av fallen handlar det om schizofrena psykos.

Detta kort om de bakomliggande omständigheter vilka inneburit att jag fått möjlighet att följa ett flertal schizofrena och svårt psykotiska patienter under tämligen långa tidsperioder. Dessutom har dessa omständigheter alltså givit oss en möjlighet att arbeta med de här personerna på ett annat sätt än vad som är gängse inom den specialiserade psykiatriska psykosvården idag. Organisatoriskt har vi (Linnéteamet) inom psykiatrin befunnit oss i Narkomanvårdssektionen (i Göteborg) och det har givit oss möjligheten att fullt ut prova en behandlingsmodell baserad på ett psykodynamiskt psykoterapeutiskt, teoretiskt och praktiskt, perspektiv. Vår utgångspunkt har varit att arbeta med den i psykosens bristande eller förlorade kapaciteten att relatera. Att det är mänskliga relationer och möten, vägleda av psykoterapeutisk kunskap, som är det kurativa inslaget. Att försöka möta den som tagit sin tillflykt i psykosens och leta efter öppningar och relationsytor och på sikt förtroendefulla relationer. Arbetet har i stor utsträckning varit ett sökande, ett trevande och utforskande av former och upplägg för att möjliggöra en terapiprocess. Detta är ett försök att formulera några svar på detta arbete.

Utmärkande för psykotiska tillstånd och det centrala diagnostiska kriteriet är ju den bristande realitetsuppfattningen. Verklighetsförankringen saknas eller är bristfällig. Identitetsuppfattningen är diffus och den psykotiska upplevelsen av begrepp som tid och rum skiljer sig från den ickepsykotiska. Det är således en hel rad omständigheter som komplicerar och ibland omöjliggör en överenskommelse om ett behandlingsupplägg på frillig basis i öppenvård. En rad inre brister eller förvrängningar måste kompenseras med stöd och insatser utifrån. Eller som R Lucas (2003) säger; ”patienter med kroniska psykos behöver, mest av allt, förses med ett exoskeleton, en stödjande omgivning som kan hjälpa till med tänkande och omtanke”. Det är således centralt att vi bistår med och upprättar detta ”exoskeleton”, en extern fast struktur som kan hålla ihop och för patienten möjliggöra tillräckliga kognitiva och emotionella funktioner, för att en behandling ska kunna genomföras. En sjukhusmiljö, behandlingshem eller annan heldygnsvård erbjuder detta yttre skelett. Komplikationerna blir avsevärda i öppenvård!

Två traditioner i schizofrenivården

Vid en överblick av hur man historiskt betraktat denna ”sjukdoms” etiologi och hur man försökt behandla den är det två traditioner som dominerat och ofta varit i direkt konflikt med varandra. Dels den biologiska – genetiska synen, och dels den psykosociala traditionen, där de utvecklingspsykologiska (psykoanalytiska) teorierna varit framträdande. Båda dessa traditioner har presenterat omfattande vetenskapligt stöd för sina utgångspunkter, *men*, medicinsk forskning (och utbildning) har varit, och är, en naturvetenskaplig tanketradition, vilken ofta har haft svårt att förstå och värdesätta vetenskapliga arbeten ur andra kunskaps-traditioner. Dessa båda traditioner representerar två fundamentalt olika sätt att närma sig psykosens. Den naturvetenskapliga traditionen har fokuserat på kvantifierbara variationer i

biologi och genetik, medan den psykosociala mer närmat sig psykosens subjektiva aspekter och försökt förstå, alltså ett annat vetenskapligt paradig. Det har varit, och är, en stor svårighet för psykoanalytiskt inriktade kliniker att verkligen få en plats och genomslag för sin uppfattning inom den psykiatriska vården. Två historiska exempel på detta; C.G. Jung som kanske var den förste att tillämpa psykoanalytiska metoder på schizofrena patienter, fick göra det i "smyg". Han kunde inte ens tala om det med sina närmaste medarbetare (Jung 1961). Detta var alldeles i början av 1900-talet, innan han bröt med Freud. Ett senare exempel är Barbro Sandin som framgångsrikt behandlade schizofreni på Sätters psykiatriska sjukhus, med början på 70-talet. Hon blev så i grunden ifrågasatt och bokstavligen talat utfryst av sina mer biologiskt inriktade kollegor, att hon var tvungen att lämna psykiatrin. Tonen är delvis en annan idag, men psykodynamiskt inriktade behandlare får fortfarande höra att metoden saknar evidens (socialstyrelsen 2003). Kvar står en omfattande dominans inom psykiatrin för biomedicinska modeller och behandlingsformer, starkt uppbackade av läkemedelsindustrin. Utvecklingspsykologiska ansatser har ofta fått finna sig i att ta rollen som ett komplement eller ett inslag i en behandling som vilat på en medicinsk-biologisk grund. Detta trots ambitioner om integrerade behandlingsmodeller (bio-psyko-sociala) som auktoriteter på området, t.ex. Cullberg (2000) och Alanen (1997), förespråkar. I praktiken får även dessa ofta en förskjutning åt det medicinska hållet. Det är min uppfattning att ett ställningstagande i den fundamentala frågan kring etiologi och behandling är nödvändig.

Under de senaste årtiondena har mycket hänt när det gäller omhändertagandet av långtidssjuka psykopatienter (schizofrena). Sedan slutenvården skurits ner till en bråkdel har stort fokus i den mer långsiktiga behandlingen riktats mot de yttre förhållanden vari patienten har att leva sitt liv. Detta har fört med sig en betydande utveckling av metoder och behandlingsinsatser som på olika sätt inriktas på dessa yttre aspekter. Sociala och pedagogiska program, familje- och nätverksinriktade insatser har utvecklats. Betydelsen av tidiga insatser i personens sammanhang, med ambition att undvika slutenvård, har blivit allmänt erkänd. Även i denna utveckling är den grundläggande frågeställningen kring etiologi central. Den biomedicinska synen behåller sin dominans.

Det finns en risk, då psykiatris insatser blivit alltmer "extroverta", alltså riktade ut i den sociala verkligheten, att de mer subjektiva, djuppsykologiska aspekterna av denna "sjukdom" hamnar utanför fokus. Detta vore beklagligt då så mycket av denna utveckling skulle kunna gynna möjligheterna att applicera de psykoanalytiskt grundade kunskaper vi idag besitter om personlig utveckling och mognad, och sammanbrott i dessa processer. Men det handlar om ett ställningstagande – att välja vilket perspektiv som ska stå i förgrunden och styra behandlingsupplägget. Ett ställningstagande som vi gjort, och utifrån vilket jag här kommer att fundera över förutsättningar att arbeta fullt ut från det perspektivet.

Frågeställningen

I den här artikeln kommer jag att fokusera på den avgränsade aspekten kring det "exoskeleton", de yttre omständigheter och förutsättningar, som gör en psykoterapeutisk process möjlig och fruktbar. Det huvudsakliga arbetet vid psykosproblematik består i att etablera en förtroendefull relation, en allians, en anknytning. "Då detta förtroende uppstår viker också psykosen." (Cullberg 2000). Frågorna jag här vill beröra handlar om förutsättningar för detta så centrala relationsarbete.

Under vilka yttre förutsättningar kan psykoanalytiskt orienterade bärande terapirelationer etableras och terapiprocesser genomföras vid behandling av schizofreni i psykiatrisk öppenvård?

Dessa förutsättningar berör ställningstaganden på en rad nivåer som människosyn, vetenskapssyn, organisatoriska omständigheter, övergripande teoretiska och metodologiska

val och ända ut till de dagliga frågorna om bemötande. Genom att titta närmare på erfarenheter gjorda i klinisk praktik har jag försökt formulera några svar på olika nivåer.

Att jag valt att fokusera på just denna grupp beror på att jag genom alla år och fortfarande står undrande inför det faktum att så få unga människor som insjuknar i dessa tillstånd får möjlighet till en psykoterapeutisk behandling. Jag delar B Karons (2003) uppfattning att schizofreni utan psykoterapi är en djupt tragisk historia. Idag tappar det psykodynamiska perspektivet mark i den offentliga schizofrenivården. Detta tror jag delvis har att göra med att psykiatrin blivit mycket upptagen med det yttre fokus som jag här skisserat, sedan slutenvården reducerades till ett minimum. Det måste finnas möjligheter att tillämpa djuppsykologisk kunskap även nu, när denna problematik ”administreras” ute i samhället. Det är dessa möjligheter jag här vill undersöka.

Dessutom är jag övertygad om att många patienter trots allt får bra behandling och jag tycker det bör uppmärksammas så att myten om schizofreni som en kronisk sjukdom eller ett livslångt funktionshinder kan skrotas. A Topor (2001) har övertygande visat detta.

Förutsättningarna

Vid ett ihopsamlade av erfarenheter och reflektioner har jag översiktligt delat in de förutsättningsbefrämjande faktorer i två nivåer. Specifika, kompensatoriska insatser på områden där patientens inre strukturer brister och en nivå av mer generella, övergripande faktorer, som jag anser på olika sätt kan bidra till att möjliggöra en psykoterapeutisk process på psykoanalytisk grund.

Kompensatoriska insatser på områden där inre strukturer brister eller saknas.

Individuella ”skräddarsydda” behandlingsupplägg

Människor som har så stora bekymmer att de uppfyller diagnoskriterierna för schizofreni har en sak gemensamt; ett antal symtom som är djupgående och genomsyrar livsupplevelsen. I övrigt handlar det om unika individer med sin egen unika personlighet och historia. Min upplevelse är att det inom denna patientgrupp i själva verket finns en extrem variation av individuella sätt att uppleva tillvaron på. Detta är fullt naturligt då psykosens väsen ju är ett förkastande av ”verkligheten” och den symboliska ordning som håller samman livet, kulturen och samhället. I verklighetens plats har den psykotiske istället placerat, och retirerat till, en egen, högst privat, föreställningsvärld. Att under en eftermiddag träffa tre psykotiska patienter, innebär i allmänhet att möta tre helt olika världar och sessionerna kommer innehållsmässigt och kvalitativt att vara extremt olika. Alla behandlingsupplägg måste beakta och ta sin utgångspunkt i denna individuella särart. Det är utmärkande att denna extrema olikhet eller unikhet avtar under behandlingens gång i takt med att symtomen avtar. Detta brukar sammanfalla med att behandlingens ramar finner sina allt mer stabila och konventionella former.

Vi har arbetat mycket med att hitta fram till ett från patienten upplevt behov av hjälp eller stöd, och sedan försökt bygga överenskommelser och kontrakt kring detta. ”*Det här är vi och det här är vad vi kan erbjuda – vad behöver du? – finns det någon punkt där vi kan mötas?*” Bara i något enstaka fall har det varit helt omöjligt att hitta någon överenskommelse. Annars har det varierat från hjälp att hitta ny bostad – snacka med någon – till att gå i terapi. De flesta patienter tackar emellertid ja till ett erbjudande om psykoterapi! Jag delar Benedettis (1989) uppfattning att man under *alla* förhållanden kan hjälpa *varje* patient psykoterapeutiskt.

När vi närmar oss en schizofren patient behöver vi beakta, vilket Bion (1967) poängterade, att vi har att göra med två separata delar, den psykotiska och den icke-psykotiska. Det handlar om att etablera kontakt med någon icke-psykotisk del av personligheten, och att där hitta överenskommelser och göra upp kontrakt. Förutom den individuella unika särarten måste en hel rad omständigheter beaktas och bakas in i det skräddarsydda behandlingsupplägget. Varje

individ har en alldeles unik livssituation, vad gäller familj, nätverk, boendesituation, arbete, sysselsättning etc. Dessutom är alla upplägg fasspecifika. Kontrakt, avtal, och överenskommelser behöver således ständigt förnyas utifrån bedömning av förändringar i den inre eller yttre situationen och utifrån den individuella återhämtningsstil patienten har.

Vårt sätt står i kontrast till manualbaserade behandlingsprogram och hårt strukturerade modeller, då vi funnit att det finns en fara i att postulera mål i termer av definierade tillstånd som patienten med vår hjälp ska uppnå. I arbetet med denna målgrupp är det, ur psykoanalytisk synvinkel, närmast att betrakta som kontraindicerat. Detta är ju människor som i så stor utsträckning byggt sitt liv på "falsk" anpassning till andra. Det är just bristen på utveckling av, och naturligt mognande av, det *egna* inre livet som är individens dilemma. Som behandlare bör man se upp med faran att bli ännu en som "våldför" sig på patientens inre. Ofta handlar dessa strukturerade behandlingsmodeller om att ge behandlare en upplevelse av att veta vad man sysslar med. Detta kan vara bedrägligt då psykosbehandling kräver en förmåga att pendla mellan förståelse och stor icke-förståelse. Vi har därför betraktat den individuellt utformade, behovspecifika behandlingen, utifrån bedömning av och överenskommelse med patienten – inte utifrån diagnos enbart, som en förutsättning för att tillskapa konstruktiva psykoterapeutiska processer.

X är inte det minsta intresserad av behandling, då han uppfattar sig som kärnfrisk. Det enda problem han upplever är att han blivit vräkt från sin lägenhet och nu måste bo i ett av socialtjänsten hänvisat boende. Han tycker att han behöver en egen "riktig" bostad; -"*kan du fixa det?*" - "*Vi kan träffas och prata om hur man gör för att skaffa sig en bostad*". Detta var en bärande överenskommelse som inledde en terapeutisk process. Någon månad in i den handlade samtalen om patientens avund mot terapeuten som hade en bostad och en massa andra saker som X saknade.....

X som insjuknande i samband med att tornen rasade i New York, var i sitt psykotiska upplevande extremt upptagen av att laga och återupprätta storheter (sina separerade föräldrar). Parallellt med de individuella samtalen arbetade vi därför redan från början intensivt med hela familjen. Föräldrarnas dialog kunde återupprättas och psykosens lindras.....

X har i sin psykos dragit sig tillbaka i en extrem isolering. Han uttrycker utifrån en frisk, icke-psykotisk del, ett önskemål om en samtalskontakt för att få hjälp att fatta beslut om, och i så fall hur, han ska ge upp sitt inre sökande. X går direkt in i ett konstruktivt terapeutiskt arbete.....

Uppvakning

Den schizofrene är, i de flesta fall, inte förmögen att etablera en kontakt - det är vår uppgift. Det kan vara en delikat uppgift att försöka skapa en kontakt utan att upplevas som förföljande eller inträngande. Det här handlar om den centrala och omfattande anknytningsproblematiken. Psykosens väsen är ett förkastande av såväl den yttre som den inre verkligheten. Detta som ett skydd mot en ångest av förintande styrka. Kontakt med verkligheten kan för den psykotiske innebära ett upplevt hot mot den egna existensen (och den andres). Parallellt med denna skräck ser vi en djup längtan efter kontakt. Mellan dessa krafter utspelas en kamp, en kamp på liv och död. Personens dilemma kan med Barbro Sandins ord uttryckas; "längtar till livet men vågar inte leva, önskar förändring men riskerar sönderfall, hoppas på upplevelse men hotas av söndersprängning" (1986).

Processen mot, och arbetet med, att etablera en arbetsallians och anknytning är ömtåligt, tålamodsprövande och tar tid. Men vid arbetet med denna patientgrupp är det av högsta prioritet att skapa någon form av meningsfull kontakt med personen. Detta är överordnat anamnes, bedömning m.m.

Besöker X för första gången på avdelningen i ett kontaktetablerande syfte. Han är öppet psykotisk. Han säger omedelbart att han absolut inte vill ha någon psykologkontakt, men han berättar ändå om sina religiösa föreställningar. När vi skiljs åt frågar jag om jag får komma och träffa honom igen. – Ja det kan du göra, men jag vill inte ha någon kontakt.....

Detta är en fas i arbetet som är svår och ibland näst intill omöjlig; att med respekt närma sig en människa som avsagt sig kontakt. Att hitta sätt att vara i kontakt, vistas tillsammans, utan att skräcken blir övermäktig. Vi har kallat denna fas i arbetet ”uppvaktning”, efter att ha hört A Topor (föreläsning, 2001) benämna detta just så. Detta ”uppvaktande” skede, då det handlar om att exponera sig för patienten på ett sätt så att ”tycke uppstår”, kan se mycket olika ut och ske på en rad olika arenor.

X kan inte tänka sig att uppsöka en psykiatrisk mottagning. Han kan däremot tänka sig att ta en fika på sitt favoritcafé med en behandlare ur teamet. Någon form av kontakt skapas, och han vill göra det igen nästa vecka. En struktur byggs upp, en regelbundenhet och början på en relation. När X senare blir inlagd kan han tänka sig att ta emot besök av just den ”fikande” behandlaren. Efter en lång inläggning med regelbundna uppsökande besök, kan relationen och mötena så småningom flytta in på mottagningen....

X har uppenbara svårigheter med den närhet som regelbundna samtal innebär. Han kan acceptera en gles kontakt på ett samtal i månaden. Kontakten fördjupas då vi upptäcker att han gillar att skicka e-mail. En period hålls kontakten uteslutande via nätet.....

Flera behandlare/aktörer

Få om ens någon schizofren patient som ”hamnar”, eller söker hjälp, inom psykiatri kan tillgodogöra sig psykoterapi som enda inslag i behandlingen. Det behövs ett bredare ”hållande”, flera behandlare. Grundläggande är att det är människan och relationen till patienten som står över den specifika uppgift eller fokus som den specifika behandlaren har att bidra med. Om inte en någorlunda förtroendefull relation kan etableras är insatsen av ringa värde.

I så gott som samtliga behandlingar har vi engagerat minst två behandlare. Förutom den som har ett psykoterapeutiskt ansvar, alltså ett fokus på patientens ”inre” liv, så har en annan behandlare haft uppgiften att ha ett fokus på patienten ”yttre” liv. Inre och yttre är emellertid en distinktion som inte är bäraktig i det psykotiska upplevandet. Det är en central uppgift i behandlingen att arbeta med och tydliggöra denna skillnad mellan det inre och det yttre. Vilka problem är reella yttre och vilka är ”överföringar”, alltså produkter ur patientens inre.

Då psykosens drama, via projektiva mekanismer, i hög utsträckning förläggs i yttrevärlden, blir det ”yttre” arbetet centralt. Ingen patient i denna grupp är dock fri från reella problem och dessa har en tendens att växa och bli fler och mer omfattande ju längre han eller hon varit sjuk. Kontaktmannens uppgift handlar ofta om att ge direkt hjälp vid konkreta problem. Vi har funnit det vara en absolut förutsättning för att få till stånd en terapeutisk process, att någon ”håller ett öga” på alla dessa aspekter. Vi har dessutom funnit att terapin gynnas av att någon annan än terapeuten har ett huvudansvar för detta. Arbetet i denna yttre funktion har en ”spindel i nätet” – karaktär, en rad kontakter, allt utifrån patientens behov, med socialtjänst, försäkringskassa, arbetsförmedling, boende, familj och i frågor om sysselsättning och aktivitet. I ett tätt samarbete med terapeuten kan dessa insatser koordineras och integreras utifrån utvecklingen i terapiprocessen.

Ofta handlar kontaktmannens arbete om att dela det dagliga ”hållandet” med terapeuten. En klar känsla av ett delat ansvar är en stor lättnad. Vi har sett hur det i vissa faser är mer laddning och arbete i kontaktmannarelationen och att den ibland är vilande.

När det gäller de biologiska och genetiska inslag som bidrar till sårbarheten för psykotiskt upplevande, kan dessa med fördel integreras i en övergripande psykodynamisk förståelse av schizofreni. Biologiska och medicinska insatser har haft sin plats i vårt behandlingsarbete av de mer omfattande och över tid utdragna psykotiska tillstånden. Ingen har någonsin blivit ”frisk” av antipsykosmedicin, däremot har en del patienter stor nytta av att i vissa skeden medicinera och därigenom erhålla symtomlindring och lugn. Detta kan möjliggöra behandling. Ideologin är att betrakta medicinering som ett hjälpmedel som underlättar och möjliggör en psykoterapeutisk process. Detta främst i faser då det psykotiska upplevandet dominerar medvetandet, men också i framskridna faser av terapin, då patienten börjar återta och integrera projektivt utstötta delar, och den tilltagande realitetsanknytningen blir svår att ”bära”. Att se verkligheten, hur livet är och har varit, kan vara smärtsamt och en depressiv fas är ofta ett naturligt inslag i processen. Detta är ett känsligt skede i återhämtningen och en antidepressiv medicinering kan underlätta valet att stanna i verkligheten och att stanna i och fullfölja den psykoterapeutiska processen. All medicinering är emellertid en delikat balansgång. Att hjälpa eller stjälpas är frågan. Mediciner framkallar viss kontroll av beteendet p.g.a. sin dämpande effekt. På sikt hämmas det psykoterapeutiska arbetet med de bakomliggande faktorerna. Det handlar här som synes om ett tydligt ställningstagande, där de utvecklingspsykologiska mognadsprocesserna ses som primärt kurativa, och där de biomedicinska insatserna underordnas dessa. Av detta följer att speciella krav ställs på läkaren. Det är en oundgänglig förutsättning att läkaren i teamet delar denna syn, för att den psykoterapeutiska processen ska få sin rättmätiga plats i behandlingen.

I vissa skeden av behandlingsprocessen kommer även behandlare utanför teamet att vara viktiga. Jag tänker här på perioder i slutenvård eller perioder i skyddat boende. Samarbete, koordination av insatser och tryggheten av personkontinuiteten även vid förändringar av vårdform och yttre hållande är nödvändigt. Ett minimikrav är att i alla lägen bevara samtalsstrukturen. Kan vi dessutom involvera dessa delar av patientens exoskeleton i den psykoterapeutiska processen genom ett välavvägt utbyte av information är mycket vunnet.

X bor som ett led i sin rehabilitering i ett skyddat boende. Han mår inget vidare. Glider in och ut ur katatoniliktillstånd. Han är helt oförmögen att för egen maskin ta sig till mottagningen. Vi lyckas komma överens om att hans kontaktman kör honom i verksamhetens bil till och från terapisaftalen. Sessionerna är mycket intensiva i sin laddade, stela tystnad. Efter några veckor börjar han försiktigt nämna för kontaktmannen att det ”bullrar” av röster i skallen. Kontaktmannen ”överlever” och X börjar därefter öppna sig i terapin.

X har en kontaktman i boendet som blir skrämdd av X's något bisarra beteende. Kontaktmannen går i gång och kräver läkarinsatser och mediciner. Det blir ytterst svårt för X att vistas i boendet och han börjar vandra och vistas på andra ställen. På ett nätverksmöte beslutar vi om regelbundna möten där X, kontaktmannen och en öppenvårdsrepresentant försöker hitta ömsesidig förståelse. Situationen förbättras avsevärt, och X kan åter fungera i boendet (och därmed i terapin).

Denna typ av konsultativa, ibland handledande insatser gentemot behandlare utanför teamet kan väsentligt bidra till att öka förutsättningarna för patienten att tillgodogöra sig den psykoterapeutiska behandlingen.

Utifrån samma grundtanke arbetar vi med föräldrar och anhöriga. Det finns ett stort informativt värde i att träffa föräldrar och andra familjemedlemmar. Dels erbjuds tillfälle att direkt erfara familjens interaktion. Dels bär föräldrarna viktig information om patientens livshistoria. Dessutom är det en absolut förutsättning för en konstruktiv behandling att vi lyckas få familjen ”på vår sida”, att få deras förtroende.

Centralt i mötet med anhöriga är att betona och aktivt hjälpa till i processen att koppla symtom och problem till livssituationer, och undvika mystiska termer, diagnoser och sjukdomstänkande. Vi måste ha familjen med oss i en utforskande och utvecklande process och ständigt vara på vakt mot stigmatiserande sjukdomstänkande. Det sistnämnda kan på ytan vara lättande och skuldbefriande för familjen, men det försämrar drastiskt möjligheterna att bedriva en konstruktiv psykoterapeutisk process.

Det är vår erfarenhet att majoriteten av dessa familjer utmärks av ovanligt starka beroendeband mellan familjemedlemmarna. Detta gör att föräldrar, och ibland syskon, vill vara engagerade i behandlingen, vilket kan vara en stor tillgång. Men det är också vår erfarenhet att det beroenderelaterade som råder är känsligt för förändringar. Familjedynamiken handlar ofta på något plan om att behålla status quo. Detta kan innebära en komplikation, då den terapeutiska processen, om den ska vara framgångsrik, måste innebära arbete med separation – individuation. Denna utveckling kan komma i kollision med andra starka motiv som råder i familjen. Vi har den ”hårda vägen” fått lära oss att denna aspekt av familjedynamiken måste beaktas.

X, en ung svårt psykotisk patient, med vanföreställningar av grandios natur, etablerar snabbt en god kontakt i terapin. Kontakten känns så lovande att vi bestämmer att inte involvera patientens föräldrar. I takt med att vanföreställningarna avtar – tilltar hans ångest och ilska. X's mor börjar agera kraftigt mot behandlingen. Vi lyckas inte rädda denna - patienten avbryter, iscensätter ett psykotisk drama som så när kostar honom livet...

Tid- och rumsflexibilitet

Tid och rum är abstrakta begrepp. I det psykotiska upplevandet saknar de ofta mening och bäraktighet. Att vara på rätt plats vid rätt tidpunkt är avancerat och kräver intakta icke-psykotiska delar. Ska vi kunna bygga upp en terapeutisk relation behöver vi en viss tid- och rumsflexibilitet. Det är inte ovanligt att patienten kommer för tidigt, för sent, eller på ”fel” dag. Vi har funnit det värdefullt med ett miljöterapeutiskt inslag, som inbegriper såväl rumsliga som personmässiga möjligheter att ta emot ändå. Kanske helt kort, för en kopp kaffe, växla några ord med någon (helst kontaktman eller terapeut). En annan aspekt av detta med tid handlar om flexibilitet vad gäller sessionernas längd. Denna bör anpassas efter hur lång tid patient respektive terapeut klarar av eller känner sig någorlunda bekväma med. Trots denna flexibilitet finns möjligheter att arbeta med att skapa ”tidrymder”, att rama in sammankomsterna; - ”*nu har vi xx minuter att samtala.*” Allt detta kräver en viss luftighet i besöksfrekvensen, och att någon har möjlighet att arbeta i miljön. Denna luft behövs också för att ha en viss beredskap att ta emot eller rycka ut i akuta lägen. Detta ständigt pågående arbete kring tid och rum är en viktig del i att stärka realitetsförankringen.

X vandrar och åker kollektivtrafik styrd av sin egen siffer- och färglogik. Han tar emot meddelande från bilnummer, husnummer, spårvagnsnummer m.m. Han rör sig utifrån färgen på hus och miljöer. Långa perioder lever han på detta sätt. Men han kommer allt oftare rätt på sina terapitider.....

På samma sätt behövs en stor flexibilitet då det gäller rum eller plats. Det är inte säkert att behandlingsrummet är den optimala platsen att ha ett berikande möte. Psykoterapi kan bedrivas på slutenvårdsavdelningen, i patientens boende, i bilar, på promenader, i naturen, på fik m.m..

X har svårt att sitta i terapirummet. Efter fem minuter tycker han det är dags att runda av. När detta pågått några veckor och svårigheten inte riktigt är ”pratbar”, erbjuder jag mig att köra honom tillbaka till boendet. I bilen öppnar sig samtalet något. Vi gör dessa bilturer till en rutin. Kontakten förbättras.....

En stor del av arbetet handlar om att på olika sätt vara behjälplig i processen att skapa och stärka begrepp för och upplevelse av tid och rum. Det är påfallande hur i princip alla efter ett

tag installerar tillräckliga tid- och rumsbegrepp för att klara regelbundna besökstider på mottagningen.

Övergripande förutsättningsbefrämjande faktorer

Integrerad och utvidgad individualpsykoterapi

Sekretess och en trygg konfidentialitet hör till de rambetingelser som underlättar, och ofta är en förutsättning för en effektiv psykoterapeutisk process. I arbetet med denna patientgrupp, vars verklighetsförankring är så bristfällig, tid- och rumsliga begrepp så diffusa, är det realistiskt att förvänta sig att sedvanliga ramar och överenskommelser kring terapin ska fungera friktionsfritt. Det stupar i allmänhet redan på svårigheten för patienten att besöka en mottagning på regelbundna tider. Det som krävs är ett helhetsgrepp, en utvidgad terapimodell, där behandlingsassistenter och andra som finns runt patienten blir outhärliga och indragna i den terapeutiska processen. Det finns här stora vinster med en helt integrerad modell, med öppenhet inom det samverkande teamet, och en avvägd öppenhet gentemot andra inblandade i behandlingsprocessen. Förutom de praktiska vinsterna av detta, blir utbyte av ovärderlig information möjlig. Terapeuten får inblick i personens hela fungerande, och behandlingsassistenter får en djupare förståelse av vad som pågår i patienten. Den individuella terapin kan på så sätt stärkas och processen kan utvidgas och inbegripa fler aktörer. Detta ligger helt i linje med resultaten från B-Å Armelius stora utvärdering av psykiatriska behandlingshem (2002). Resultaten pekar entydigt på att behandlingshem som arbetar med en integrerad modell, där individualterapeuterna har en öppen kommunikation med "miljöterapeuterna", har bättre resultat än behandlingshem med en separerad modell.

Om vi betraktar den psykotiskes relaterande som en kraftfull överföring till världen i stort och där den kanske dominerande kommunikationsformen består i projektiv identifikation, blir det täta samarbetet en viktig informationskälla. Avspaltade och utstötta fragment och delar kommer via en projektiv identifikatorisk process att förläggas eller deponeras i olika behandlare. Här finns möjligheter att bana väg för integration genom att dessa fragment blir medvetandegjorda och "smälta" av behandlare och team. Det blir här av vikt att behandlarna lyckas kommunicera dessa aspekter med varandra. Integrationen måste ta form på patientens "utsida" först, för att sedan identifikatoriskt tas in. Detta är samma process som i en individualterapi men med fler ytor, fler möjligheter.

Det handlar om ett utvidgat psykoterapibegrepp, att tänka terapeutiskt, utvecklingspsykologiskt i alla delar, alla skeden och i alla relationer av behandlingsprocessen. Att fläta samman de olika delarna till en bredare terapeutisk arena. Traditionell psykoanalytisk teknik och metod har alltid starkt betonat och utgått från terapeutiska ramar i relationen mellan patient och terapeut. Här skisserar jag på ett ramverk som är vidare och inbegriper flera aktörer, och där begrepp som sekretess, tid och rum, är mjukare och flexibla. Tanken är att arbeta för att hela patientens "exoskeleton" ska vara en del av ramen och involverad i patientens utvecklingsprocess. Dessa revideringar är nödvändiga om patienter med en svår psykotisk problematik över huvud taget ska kunna tillgodogöra sig behandling.

Härbärgerande - motöverföringshantering

Freud angav som en orsak till att schizofrena inte kan behandlas med psykoanalytiska metoder att de inte utvecklar någon överföring. Han menade att; "...bortvändandet av intresset från yttervärlden (personer och ting).gör dem oemottagliga för psykoanalys, och våra bemödanden förmår inte bota dem." (Freud, 1914) Detta är ett område där vår förståelse och därigenom teorin definitivt utvecklats. Idag vet vi att mycket i de psykotiska symtomen är omedelbara överföringar av känslor och händelser ur det förflutna, som upprepas som om det förflutna var nuet. Det handlar om en generell överföring på omvärlden i stort. Denna

överföring kommer i mycket stor omfattning att vara av icke-verbal art, och kommuniceras övervägande via projektiv identifikation.

Lars Lorentzon (1991) säger att; ”psykoanalysen i grunden inte handlar om att frigöra drifterna utan om att skapa just det som vi idag - i termer av objektrelationer - talar så mycket om; att åstadkomma en behandlingskultur som dels gör det möjligt för individen att vara sig själv, och bli sådan han har möjlighet att vara med hjälp av *en terapeutisk kultur som förmår bära alla plågsamma livsytringar.*”(min kursivering)

Det här behandlingsarbetet går ut på att värna om och återskapa förutsättningar för människans autenticitet. För den psykosnära måste vi erbjuda en vidare, utvidgad terapeutisk scen, med ett flertal möjliga härbärgen och projektionsmottagare, där det blir möjligt att agera ut och bearbeta livserfarenheter. Terapi handlar om att skapa ett livsrum, ett sammanhang där patienten får plats sådan han är. Det behövs således en bred terapeutisk scen, eller flera olika scener, så att patientens hela drama får en möjlighet att gestaltas. Såväl onda som goda scener. Klassisk psykoterapi är ett utmärkt redskap, men det kan ta tid i behandling innan patienten kan använda sig av detta redskap. Ibland behövs en lång tid i mer vida, öppna, flexibla relationsskapande former innan det är en möjlighet. Detta andra arbete är i allra högsta grad också psykoterapeutiskt och måste handhas med ett gediget psykoterapeutiskt kunnande.

Problemet är att relaterandet som är konsekvensen av ett psykoterapeutiskt upplägg, tenderar att tränga bakom vår civiliserade yta och beröra mer arkaiska nivåer i medvetandet. Ingen behandlare i psykotiska processer går fri från detta, oavsett erfarenhet. Då patienten i sin psykotiska del verkar utanför ”den symboliska ordningen”, måste även behandlaren (tillfälligt) fungera där, om han har ambitionen att verkligen möta och känslomässigt relatera till patienten. Detta för med sig en ofrånkomlig kontakt med den egna ”galenskapen”. Ett annat sätt att uttrycka detta är att det symbiotiska relaterandet, som är den psykotiska nivån, där jaggränser inte skyddar, innebär att det vi kallar projektioner och projektiva identifikationer, flödar fritt – ibland åt båda håll. Det är ingen slump att det framför allt är psykoterapeuter som utvecklat kunnandet och teorin vad gäller motöverföring.

Det här innebär att härbärgerande är personalens viktigaste uppgift i arbetet med psykosproblematik. Härbärgerande är ett begrepp som bygger på Bions (1967) teori om arbetet med att ta emot patientens ”utstötta” material och bearbeta det i vårt inre. Ett aktivt inre arbete av psykiskt smältande. Det är ett ständigt tryck av projektioner, överföringar och motöverföringar, där behandlaren tillstånd ofta speglar patientens. Förutsättningarna för att inte motöverföringsreaktioner ska hota att bryta härbärgerandet, tror jag är att bygga in containerfunktioner på flera nivåer; behandlare - handledare - teamet - teamhandledning. Dessutom att strukturer byggs in i det vardagliga arbetet som kan ta hand om en del av detta, t.ex. täta möten, avstämning innan man går hem efter en arbetsdag, stor tillgång till kollegor för dagliga avlastande ”snack”. Det är karaktäristiskt för en fruktbar terapeutisk process att det stora arbetet inte görs under själva terapisessionerna eller mötena med patienten, utan just mellan sessionerna, i den omfattande bearbetningen av det material, som via en projektiv identifikationsprocess förlagts i behandlare och team. Det är något av en nyckel att detta arbete prioriteras och ges tillräckligt utrymme.

Vårdideologi och organisation

Utgångspunkten är att schizofrena symtom och psykotiska tillstånd är möjliga att förstå. Den psykodynamiska kunskapsutvecklingen ger oss idag möjligheter att begripa mer av dessa tillstånd och av de processer som skapas i behandlingssammanhanget. Schizofrena symtom är meningsbärande. En fördjupad kännedom om patienten och dennes historia gör ofta sjukdomsbilden begriplig. Exempelvis är psykotiska symtom ibland uppenbara försök att bemästra tidiga traumatiska upplevelser och omständigheter genom att upprepa dem. Innehållet i hallucinationer och ”vanföreställningar” är fulla av subjektiv mening, vilken med

rudimentära kunskaper i psykoanalytisk teori och utvecklingspsykologi och utifrån patientens livshistoria, kan förstås. "Sjukdomen" blir i själva verket en oundviklig, och ibland en fullt begriplig konsekvens, av patientens livshistoria. När den "symboliska" handlingen (symtomet) genom en psykoterapeutisk insats kopplas samman (medvetet) med de ursprungliga traumatiska omständigheterna skapas möjligheter till förändring. Ett arbete längs dessa linjer kräver en organisation som rymmer denna vårdideologi. Tyvärr är detta inte konventionen i psykiatrin idag, där behandlingsinsatser vanligtvis inte baseras på förståelse (av patientens subjektiva livsupplevelse), utan är biologisk utifrån diagnostiska kriterier. Grundläggande är således den vetenskapsteoretiska bredden inom organisationen. Det rådande vetenskapsbegreppet inom organisationen måste vara rymligare än snävt positivistisk.

Den avgörande faktorn då det gäller organisationens förutsättningsskapande roll är ett grundläggande ställningstagande där de utvecklingspsykologiska (psykodynamiska) förklarings- och behandlingsparadigmen sätts i förgrunden och de biomedicinska och sociala aspekterna får en bidragande och kompletterande plats. Detta ställningstagande får omfattande konsekvenser för upplägget av behandlingen. För patienten handlar det om att vara i ett behandlingssammanhang som tydligt arbetar för att stimulera en utvecklingsprocess. Tas inte ställning här tenderar vi att hamna i biomedicinska modeller, vilka för patienten kommer att innebära ett behandlingssammanhang där grundtanken är att det handlar om en sjukdom som man har att lära sig att leva med. Det här är något man upplever återkommande som kliniskt verksam inom psykiatrin. I kontakt med annan (biologiskt inriktad) psykiatri är detta ett hela tiden aktivt ställningstagande.

X har varit inlagd ett par månader. Schizofrenidiagnosen är fastställd och kontaktetablering med öppenvård påbörjad. Vid en behandlingskonferens i samband med utskrivning föreslår slutenvårdsöverläkaren att vi från öppenvården bl.a. genomför en neuropsykologisk utredning för att fastställa omfattningen av hans funktionshinder. Detta som ett underlag för socialtjänstens stödjande insatser. Vänligt men bestämt klargörs att vi inledningsvis istället kommer att erbjuda en tät psykoterapeutisk behandling (vilken patienten uttryckt intresse för). Efter tre års behandling är X i princip helt återhämtad, och inte i behov av några som helst stödinsatser från någon myndighet.

Speciella krav ställs på det behandlingsteams medarbetare som arbetar längs dessa linjer. Denna typ av arbete kräver engagemang, förmåga att stå ut med förvirring och andra motöverföringskänslor, och en förmåga att ta strid enligt ovan. Det är tålamodsprövande och kräver ett åtagande som sträcker sig över många år. Av den omgivande närmaste organisationen behöver behandlare känslomässigt, yrkesmässigt och administrativt stöd. I Armelius (2002) omfattande utvärdering av psykiatriska behandlingshem beläggs empiriskt att det finns en omedelbar koppling mellan personalens upplevelse av den psykosociala arbetsmiljön och utfallet av behandlingsinsatser. Bra arbetsmiljö leder till bättre vårdresultat.

Den i särklass viktigaste ambitionsnivån vi måste ha är att vi organiserar vårt behandlingsarbete på ett sätt som gör det möjligt för patienten att utveckla långvariga, kontinuerliga relationer till personalen. "Det är viktigt att komma ihåg att de som återhämtat sig från svåra psykiska störningar, sällan nämner speciella behandlingstekniker, eller stöd- och behandlingsprogram, som avgörande. De nämner människor. Individier som ställt upp. Ständiga omorganisationer kan få förödande konsekvenser." (A Topor, 2001).

En annan aspekt av detta med vårdideologi tar både Alanen (1997) och Topor (2001) upp. Utifrån sina studier av återhämningsprocesser, med hänvisning till en rad studier, hävdar de att vårt sätt att betrakta schizofreni och möjligheterna till återhämtning (i kontrast till en mer konventionell pessimistisk syn) har en avgörande betydelse för prognos och utveckling. Luc Ciompi som sysselsatt sig mycket denna aspekt skriver; "För alla som inte sammankopplar begreppet schizofreni till ett obligatoriskt dåligt utfall, visar den enorma variationen av möjliga utvecklingar att det inte finns något sådant som ett specifikt förlopp i schizofreni." (Ciompi 1980, citerad i Alanen 1997). Den biomedicinska modellen med sitt sjukdoms- och

funktionshindertänkande kan vara en iatrogen faktor av oanad dignitet som ofta direkt undergräver förutsättningarna för en på förståelse baserad psykoterapeutisk process.

Diskussion

En sammanfattande slutsats är att i arbetet med att skapa förutsättningar för en psykoanalytisk orienterad behandling i psykiatrisk öppenvård krävs en uppgörelse och ett tydligt ställningstagande på två fronter. Dels gentemot den traditionella biomedicinska modellen som varit och är så dominerande inom psykiatin. Det kräver också en uppgörelse med konventionella psykoanalytiska metoder. Hela det så centrala begreppet ”terapeutisk ram” måste revideras och utvidgas. Det terapeutiska ramverket kan inte längre vara en terapeut – patientöverenskommelse, utan måste innefatta fler personer och flexibla tid- och rumsaspekter.

Av de förutsättningsbefrämjande faktorer som tagits upp är ju många självklara ingredienser även i behandlingsmodeller som mer betraktar schizofreni utifrån ett sjukdoms- och funktionshinderperspektiv. Att det krävs flera behandlare och att de anhöriga måste involveras är självklart, likaså medicinering. I en psykoanalytiskt orienterad behandling får dock dessa insatser en annan riktning och fyller en annan funktion. Poängen är att underlätta för patienten att genomföra en psykoterapeutisk process. Dessa andra personer kan dessutom bli direkt inblandade i denna terapeutiska process. Detta är något helt annat än att flera personer hjälps åt att ”administrera” ett funktionshinder. Barbro Sandin (1986) säger; ”Jag tvekar inte att säga att en behandling som inte inrymmer en växandets livspotential med djupa rötter i förmågan till nygestaltning och till personlig mognad är konserverande och förstärker de schizofrena sjukdomstillstånden. Den är därmed en behandling utan egentlig målinriktning.”

Att ”uppvakta” patienten, att vara flexibel vad gäller tid och rum, och att konkret bistå med hjälp kring samtalen är ur psykoanalytisk synvinkel kontroversiella inslag. Här lämnar vi den professionella trygghet som det konventionella ramverket ger, och tvingas ut på betydligt ”osäkrare” mark. Denna förflyttning av ramen ut i en vidare terapeutisk scen för med sig en rad svårigheter vi måste tackla men skapar också en rad möjligheter. Vi hamnar i ett relaterande som är betydligt personligare och svårigheterna har i stor utsträckning att göra med hanterandet av de motöverföringsfenomen som blir komplexa och ibland svåra att förstå. När pionjären på området psykoterapi vid schizofreni, C.G. Jung, mot slutet av sitt liv sammanfattar sina erfarenheter av ett halvt sekels arbete med schizofrena patienter säger han bl.a; ”Det skulle vara ett misstag att tro att det finns mer eller mindre lämpliga metoder för behandlingen. Teoretiska antaganden har i detta avseende så gott som ingen betydelse. Man borde till och med låta bli att över huvud taget tala om ”metod”. Vid behandling är det först och främst behandlarnas personliga insats, allvarliga uppsåt och hängivenhet, ja till och med uppoffring som räknas. Jag har sett en del verkligt mirakulösa fall där förstående vårdare och lekmän genom personligt mod och tålmodig hängivenhet har lyckats återställa den psykiska rapporten med den sjuke och därigenom uppnått förvånansvärda resultat. Självfallet kan bara ett fåtal läkare i ett mycket begränsat antal åta sig en så svår uppgift. Man kan dock i förvånansvärt hög grad lindra eller till och med bota även svåra schizofrenier genom psykisk behandling i den mån ”den egna konstitutionen håller ut”. Denna fråga måste nämligen tas under allvarligt övervägande om behandlingen i ett visst fall inte bara kräver ovanligt stora ansträngningar utan också kan ge psykiska infektioner hos en terapeut som har en något osäker disposition. I min erfarenhet har inte mindre än tre fall av inducerad psykos blivit följden av sådan behandling.” (1958)

Jung var pionjär och hans erfarenhet är från första hälften av 1900-talet och kunskapsutvecklingen på området har varit omfattande. Den psykodynamiska förståelsen av dessa tillstånd och framför allt av motöverföringsreaktioner är ett gediget stöd som ökar

möjligheterna att gå djupt in i psykoterapeutiska relationer och komma ut någorlunda helskinnad. Vi behöver dock lära oss mer om detta arbete och möjligheterna till en professionell hållning även utanför den traditionella ramen. Detta förhållningssätt och denna utvidgade ram är en absolut förutsättning om vi ska lyckas skapa ett "hållande" av patienten i öppenvård och undvika omfattande problem med icke fullföljda behandlingar. Denna förflyttning av ramen är också nödvändig om vi ska få till det som är kärnan i psykosbehandling, vilken med E Podvolls (1990) ord kan sägas vara; ".....att oavsett vad som utlöser detta tillstånd, så måste man få relation till upplevelsen i dess knappt märkbara rörelser, mitt under psykologisk anarki, och under den ömtåliga uppvaknandeprocessen. Man måste arbeta direkt och exakt med pågående och till synes bisarra psykiska och fysiska skeenden. Ett misslyckande därvidlag driver den sjuke djupare in i sinnessjukdomen."

I dessa tider av nedmontering av psykiatrin när metoder utvecklas som har ett extrovert fokus och är kostnadseffektiva finns en uppenbar risk att de mer subjektiva inre psykologiska aspekterna inte får sin rättmätiga plats i behandling och omhändertagande. Detta är problematiskt och jag tror att det finns en risk att vi kan hamna i nya inhumana "lösningar". Det är just detta, vilket Sandin och Podvoll i dessa citat berör, som jag tror är det stora misstag vi historiskt gjort, och ibland även gör idag, i behandlingen av schizofrena tillstånd. Vi har åsidosatt den genuina mänskliga relationen. Själva kärnan i behandlingsarbetet är den fenomenologiska utgångspunkten, att med största respekt närma oss den psykotiska upplevelsen och våga relatera till den. Detta relaterande, närmande, måste vägledas av en gedigen kunskap, såväl teoretisk, erfarenhetsbaserad som intuitiv. Bara i den mänskliga relationen kan ett genuint växande ske och verklig utveckling ta form. Såväl i Topors (2001) studie över återhämtningsprocesser, som i en enig psykoterapiforskning, betonas den mänskliga relationen och den terapeutiska relationens kvalitet. Armelius (2002) visar empiriskt dessutom att kvantiteten psykoterapi har en avgörande betydelse för utfallet. Ju fler psykoterapisessioner desto bättre.

Värdet i att tänka kring förutsättningar på detta sätt är att en framkomlig väg att arbeta genuint psykoterapeutiskt, antyds. Beaktar man dessa förutsättningsbefrämjande faktorer kommer man att få ett avsevärt större antal patienter som kan tillgodogöra sig en utvecklande behandling. Detta även i psykiatrisk öppenvård och med knappa resurser.

Referenser

- Alanen, Y.O. (1997). *Schizofrenia. Its Origins and Need-Adapted Treatment*. Karnac Books.
- Armelius, B.Å. (2002). *Effekten av vård på psykiatriska behandlingshem*. Slutrapport nr 25 från Behandlingshemsprojektet. Institutionen för psykologi, Umeå Universitet.
- Benedetti, G. (1989). *Den farliga kärleken*. Dualis förlag.
- Bion, W.R. (1967). *Vid närmare eftertanke*. Stockholm: Natur och Kultur. 1993.
- Cullberg, J. (2000). *Psykos*. Stockholm. Natur och Kultur.
- Freud, S. (1914). Introduktion till narcissismen. I *Metapsykologi*. Natur och Kultur. 2003.
- Freud, S. (1917). *Orientering i psykoanalys*. Natur och Kultur. 1993.
- Jung, C.G. (1958). Schizofreni. I *Psykets dynamik och struktur*. Stockholm, Natur och Kultur, 1994.
- Jung, C.G. (1961). *Mitt Liv*. Natur och Kultur.
- Karon, B.P. (2003). *Tragedin med schizofreni utan psykoterapi*. Dualis Förlag.
- Lorentzon, L. (1991). *Vredens pedagogik*. Rabén & Sjögren.
- Lucas, R. (2003). *The relationship between psychoanalysis and schizofrenia*. Int. J. Psychoanal. 2003:84:3-15.
- Podvoll, E.M. (1990). *Galenskapens förförelse*. Natur och Kultur.
- Sandin, B. (1986). *Den zebrarandiga pudelkärnan*. Rabén & Sjögren.
- Socialstyrelsen. (2003). *Vård och stöd till patienter med schizofreni – en kunskapsöversikt*.
- Topor, A. (2001). *Återhämtning från svåra psykiska störningar*. Natur och Kultur.