

GUD ELLER SVENSSON

Om en teori för psykos och utveckling av en behandlingsmetod

av Bo Edenius

1999

*”Livet måste levas framåt
men kan bara förstås bakåt”*

Sören Kierkegaard

ABSTRACT

Key words: Psychosis, schizophrenia, castration complex, name of the father, historicising, temporal structure, ego-structuring, treatment home, Norrgården, treatment formula.

INNEHÅLL

ABSTRACT	3
INNEHÅLL	4
FÖRORD	7
1. INTRODUKTION OCH SYFTE.....	9
Allmänt om psykos och samhälle	9
Om behovet av en modell.....	12
Syfte.....	15
Behandlingsgruppen	17
Metod	18
2. ANDRA LIKNANDE PSYKOSBEHANDLINGSMODELLER	20
Andras tankar och behandlingsförsök vid psykotiska tillstånd. Några exempel.....	20
Michiganprojektet.....	20
Behovsanpassad behandling av schizofreni	22
Sätermodellen	24
NIPS -projektet	26
Paraplyprojektet	27
Fallskärmsprojektet	28
Soteria House Project	28
3. VILLEMOTES, AV LACAN INSPIRERADE, PSYKOSBEHANDLINGSMODELL	30
Struktureringsmodellen för jaget	30
Beskrivning, metaforisering och förståelse	33
Rationellt modifierad teknik	34
Det icke närvarande.....	35
Sammanfattning	36
4. DIALEKTIKEN MELLAN TEORI OCH PRAKTIK	37

Den första kontakten.....	37
Existensens villkor vid psykos	39
Parallellprocessen i handledningen	40
Teknik vid ofullständig urbortträngning	42
Hur vi gör.....	45
Det icke närvarande.....	47
Sammanfattning av behandlingsuppläggnigen.....	49
Behandlingsformuläret	56
Utskrivningen	58
ERFARENHETER FRÅN ARBETET PÅ NORRGÅRDEN.....	60
Modifierad teknik.....	60
Våra erfarenheter 1986 - 1996	61
Struktureringen och avslutningen	63
Depressioner under behandlingens gång.....	63
Vår nuvarande form för föräldrakontakten	64
Våra erfarenheter av handledningen	65
Våra erfarenheter av yttre kontakter.....	66
Våra erfarenheter av medicinering	66
Semestrarna	67
Våra erfarenheter av den jagstrukturerande individualterapi.....	67
Våra erfarenheter av internutbildningen.....	69
Våra erfarenheter av utskrivningar	69
6. FALLBESKRIVNINGAR.....	70
Fallbeskrivningar av de i utvärderingen ingående, Norrgårdens 11 första, patienterna	70
Ann.....	70
My.....	73
Linn.....	75
Dick.....	77
Elin.....	80
Mia.....	82
Inez.....	85
Per - Erik.....	88
Susanna	90
Tobias.....	92

Ann-Sofi.....	93
7. UTVÄRDERINGAR AV VERKSAMHETEN VID NORRGÅRDEN.....	96
Utvärdering av arbetet med Norrgårdens första 11 patienter	96
Gruppens livssituation före Norrgården.....	100
Skoltrivsel och hemmiljö.....	101
Vårdmiljön.....	102
Utvärdering av några individualterapierna.....	111
En studie av temporalisering i individualterapierna.....	113
8. DISKUSSION OCH KONKLUSIONER	113
Jämförelser med andra liknande behandlingsmodeller från kap. 2	120
Andra samtidiga projekt	122
Sammanfattning	123
REFERENSER:	125
9. SUMMARY	129

FÖRORD

Några av min barndoms somrar tillbringade jag i Norrby by som ligger vid Vaddövikens i Stockholms norra skärgård. Där fanns Norrby vårdhem som gav omvårdnad till kroniskt schizofrena patienter från Stockholm. Jag var fascinerad av patienterna som gick runt i byn och utförde rörelser med sina kroppar som jag inte kunde förstå. De verkade vara totalt koncentrerade och djupt engagerade i sina bugningar och lyftade händer, som om det var något mycket viktigt de gjorde. De befann sig en annan existens än vår, som om de var mer Gud än "Svensson". Det såg ut som om de kommunicerade med något som bara fanns i deras helt privata värld. Fullständig ensamhet och självtillräcklighet tycktes prägla deras existens. De verkade inte lida heller trots att de var så svårt sjuka.

Denna upplevelse av människor med schizofreniform psykos fick en litterär gestaltning när min handledare Lars Jacobsson och chefspsykologen i Härnösand Folke Westin, nästan samtidigt, visade mig Bertil Malmbergs dikt "Dårarna". Härnösandspoeten hade fått precis samma intryck av de schizofrena som jag själv. Den poetiska gestaltningen kunde också förmedla fascinationen inför dessa obegripliga människor som inte alls bad om någon bot från sin sjukdom utan snarare verkade upphöjda över de friskas triviala existens. Strofer ur den dikten inleder de flesta kapitlen i avhandlingen.

För några år sedan var min hustru och jag i Rom. I Sixtinska kapellets tak har Michelangelo målat sin vision av "Utdrivningen ur paradiset". Det syntes verkligen hur den stränga ängeln måste vara brutal mot Adam och Eva för att kunna driva ut dem ur paradiset och till världen där ute. De hade verkligen inte bett om denna utdrivning där de måste lämna Gud för att i stället bli "Svensson". För mig handlade målningen också om alla människors villkor. Vi måste i något avseende tvingas från vår första paradisiska gemenskap för att sedan kunna upptäcka vad som kan locka i världen. Jag tyckte en detalj i målningen kunde passa bra till omslaget eftersom den teori jag vill berätta om avhandlar frågan varför en del människor inte blir autonoma ute i vår gemensamma värld och varför de psykotiska inte själva ber om behandling. Jag tror det motståndet är allmänmänskligt och visar sig också i många skolbarns motvilja mot hårt reglerande skolämnen som grammatik och matematik. Alla går inte lättvindigt med på indrivning i regelverken till kostnaden av att förlora, bli utdrivna ur, omedelbarhetens och direktetens mer sensuella paradiset. Förvandlingen från en gud till en Svensson behöver bra marknadsföring för att accepteras.

1991 gästade journalisten och författaren Christina Rosenqvist Norrgårdens behandlingshem i Härnösand. Hon skulle skriva en bok och några artiklar i tidningen Vi. Hon ville inte skriva om den naturvetenskapligt grundade behandlingen med farmaka utan om psykotiska människors situation och uppfattning om världen kring dem. Hon ville också veta hur de kunde bli återställda i en medmänsklig relation. Detta var just det som jag själv var fascinerad av. Efter ett par dagars samtal sade Christina att jag borde skriva en doktorsavhandling om psykosbehandlingen på Norrgården. Själv hade jag inte tänkt i sådana banor och jag avvisade direkt hennes förslag. Det lät som ett jätteprojekt. Efter något år hade jag emellertid upptäckt att erfarenheterna av denna teori och sättet vi förverkligar den på Norrgården måste berättas eftersom det råder brist på modeller för förståelse av psykos som låter sig omsättas i en teorigrundad behandling. En doktorsavhandling tycktes faktiskt vara det bästa sättet. Varför skulle inte jag underordna mig samhällets ordning för kunskapsredovisning när jag begärde att mina psykotiska patienter skulle underordna sig samhällelig ordning i många andra avseenden?

När jag kontaktade professor Lars Jacobsson i Umeå visade det sig att han tyckte det samma. Från 1992 var sedan Lars min handledare i avhandlingsarbetet. Jag har uppskattat hans ledarskap mycket. Det har varit fascinerande att få vara med om hur mina textfragment kunnat organiseras, struktureras, till att bli en meningsfull berättelse. Hans stödjande och uppmuntrande arbetssätt har inneburit att jag inte har gett upp hela saken utan i stället alltid känt mig glad och hoppfull efter våra handledningstimmar.

Under arbetets gång har många läst vad jag skrivit och bidragit med synpunkter som jag sedan har fått diskutera i handledningen. Det har varit mina arbetskamrater i och utanför psykiatri i Härnösand och på andra platser i landet. Jag vill särskilt tacka min hustru Else-Lotte för hennes engagemang i mina texter och hennes uppmuntran under de år arbetet tagit samt våra barn Johan, Anna och Mats för att de så fint har klarat av min upptagenhet i projektet. Jag vill också tacka klinikföreståndaren Yngve Nilsson, kontaktpersonerna på Norrgården med dess föreståndare Göran Olsson, våra gemensamma patienter med psykos för vilka vi delat hopp och oro. Dessutom tack till arbetskamraterna vid Psykiatriska öppenvårdsmottagningen i Härnösand. De har aldrig visat några sura miner över mitt engagemang i avhandlingsarbetet utan de har verkligen bidragit med uppmuntran och tilltro till min förmåga att genomföra arbetet. Detta gäller också mina sjukhusdirektörer Hans Sundsten och Rune Oskarsson samt min nuvarande chefsöverläkare Ann-Charlotte Åberg.

En stor glädje och förmån har jag haft av att 1971 träffa Palle Villemoes som under många år blev min chef, lärare, handledare och kamrat. Han har bland annat lärt mig att en yrkesmässig identitet som läkare, psykoterapeut och handledare kan verka för en humanisering av den psykiatriska vården och ge en ovärderlig hjälp till terapeuten i kontakten också med de psykotiska patienterna.

Bengt-Göran Aronsson har varit medförfattare till kapitel 7 och genomfört den utvärdering och den uppföljning av de första 11 patienterna som genomgått behandling på Norrgården. För det samarbetet tackar jag. Kerstin Mellander är sekreterare vid öppenvårdsmottagningen i Härnösand. Hon har tålmodigt och skickligt hjälpt mig med datorarbete och utskrift av alla de versioner av manuskriptet som skickats ut till förhandsläsarna.

Hans Malker och Västernorrlands landstings FOU-enhet har bidragit ekonomiskt till tryckerikostnaderna, vilket jag tackar för.

Härnösand i april 1999-04-02

Bo Edenius

1. INTRODUKTION OCH SYFTE

*För länge sedan, några korta år,
dem lyste samma sol som vår,*

*och samma dag till deras kind sig slöt
och samma tid i deras timglas flöt*

Bertil Malmberg

Allmänt om psykos och samhälle

När en person går bort, säger vi ibland att han ”går ur tiden”. Man måste då tänka sig att den personen tidigare har gått in i tiden. Den teori och den behandlingsmetod för psykos som denna avhandling omfattar gäller just problemet att hjälpa människor in i tiden, när de inte själva har lyckats med detta under sin uppväxt. När människan föds är det en rent biologisk händelse. Det som sedan möter den nyfödda är, förutom rent materiella förutsättningar för omvårdnad, en familjekultur med förväntningar, kulturella och samhällsliga ordningar och regler. Den teori jag avser beskriva handlar om att dessa förväntningar och ordningar kan vara mycket olika och därför medföra olika konsekvenser för individen.

På omslaget till denna bok finns ett avsnitt ur Michelangelos målning ”utdrivningen ur paradiset”. Adam och Eva har smakat kunskapens frukt vilket var förbjudet. Som straff fördrivs de bort från den omedelbara och paradisiska gudsgemenskapen. Den ängel som verkställer utdrivningen kan ses som representant för Gud. Han är helt obeveklig och svärdets blågrå metall visar att det inte ges någon pardon. Jag tolkar den scenen som att Adam och Eva utsätts för en ”urbortträngning”, i ordets ordagranna mening. De tvingas också in i kunskapen som de tagit till sig med frukten. I och med utdrivningen utsätts de för indrivningen i kunskapens språklighet som kan ses som organiserad enligt en linjär tidsaxel. Först kommer subjektet sedan predikatet o.s.v. Den nya symboliska ordning som Adam och Eva nu är indrivna i och underkastade har som nackdelar distansering från det ursprungliga och omedelbara samt begränsning till de möjligheter språkligheten rymmer. Människorna har nu alltid språkliga beskrivningar och spekulationer för yttervärlden och sitt inre. Man kan till och med säga att yttervärlden blir identisk med den språkliga beskrivningen av den. Detta ger möjlighet till kommunikation och förståelse mellan människorna. Tyvärr också en del missförstånd. Men om hela denna språkliga kommunikationsmöjlighet förblir ointagen återstår ett tidlöst och stillastående utanförskap där personen själv blir hela världen, för sig själv. Språkets mening blir privat och resulterar alltid i missförstånd. En psykotisk människa upplevs av andra människor som främmande, obegriplig och skrämmande.

Psykos är en ganska vanlig form för sjuklighet eftersom 0,4 - 1,0% av befolkningen lider av psykosjukdom av schizofrenikaraktär. Frekvensen är ungefär densamma i alla länder. I

Sverige har 35 000 - 40 000 personer schizofrenidiagnos (Allgulander 1992). Jag tror att allmänheten känner till väldigt lite om dessa människor. De har ju varit undandömda i familjer eller på mentalsjukhus och på så sätt blivit osynliggjorda. Många tror att de är förståndshandikappade. Andra tror att de är en del av alkoholisterna eller missbrukarna som blivit, eller hela tiden varit, avvikande personligheter. Begreppet psykos har, utanför hjälparnas eller de sjukas krets knappast någon innebörd. Innebörden blir då alltför lätt en metafor för något okänt och ont som är omöjligt att kontrollera. Galenskap används ofta som skällsord när man menar något annat som man inte klargör för sig. Ibland används galenskapen som en magisk hjälp till att skapa mening i en förtvivlad situation. Rimligen allmänorienterade personer säger i media att någon omtalad våldsverkare eller diktator måste vara en psykiskt mycket sjuk person, detta trots att talesmännen i allmänhet inte kan veta någonting om eventuell psykiatrisk bakgrund till onda handlingar. På detta sätt placeras världens ondska i något som låter mer möjligt att få kontroll över, samt en grupp människor att förlägga skuld på. Om bara gärningsmannen omhändertas så kan vi vara lugna igen.

Jag minns hur en flicka på Norrgården, det behandlingshem i Härnösand för unga psykotiska patienter, som denna bok handlar om, kommenterade TV-aktuellt när en framstående politiker sade att det måste vara en psykiskt sjuk person som sköt Olof Palme: "Det är en sån där som vi då!" Skulden hade direkt hamnat hos fel person. De enda som, utanför sjukvården, kan ha en tydligare bild av vad en psykotisk människa kan vara är de som träffat sådana eller har någon i sin familjära närhet med psykos. Benämningen psykos kan då ha fått en mening men är ändå så svår att förstå sig på att företeelsen ändå blir skrämmande. Resultatet kan bli att psykiatri, som ämne i läkarstudierna känns oroande, tråkigt, fränstötande eller provocerande till ilska. Å andra sidan kan också ett livslångt intresse födas, att kunna förstå något av detta som finns, men som är svårt att förstå och som många inte vill höra talas om. I massmedia beskrivs bakgrunden till psykos omväxlande som felfunktion i hjärnan, fel i arvsmassan eller som uppväxt i en ogynnsam, psykosskapande miljö. De olika teorifälten kring psykosfenomenet kan ge uppfattningen att psykiatrin själv inte har bestämt sig för vilken orsak som det egentligen är till psykos. När det gäller andra sjukdomar i kroppsliga organ är massmedia inte alls lika tydliga i att berätta om att även till dessa sjukdomar finns olika teorier avseende uppkomst. Vid kroppsliga sjukdomar finns också ofta möjligheter att visa sjukdomseffekterna visuellt med fotografier, röntgenbilder eller på andra mer lättförmedlade sätt som kan ge illusionen att man förstår och har kontroll över sjukdomarna, åtminstone hur de ser ut på bild. När det gäller psykos finns inte denna enkla möjlighet till visualisering. Bilden av en kromosom ligger på alltför stort avstånd till hur en psykosjuk betar sig för att det skall vara någon bra hjälp till förståelse. Rädslan för att förlora sitt förstånd är kanske också större än rädslan för smärtor och sår. Behovet att skapa, i någon mening, bilder som ligger närmare fenomenen och således hjälp till förståelse av psykoserna är ännu otillfredsställt och därför ett väsentligt arbetsområde inom psykiatrin.

Det centrala i förståelse av psykos kan vara något som inte alls är materiellt förankrat och således inte tillgängligt för våra sinnesorgan. Det kanske i stället är fråga om hur en människa får sin värld benämnd och uppbyggd genom föräldrarnas tal. Denna metaforiskt och språkligt symboliska bild är egentligen den enda vi har. Konfrontationer med andra människor som har annorlunda eller fragmenterade världsbilder utan vår logik och tid, uppfattas som att de har en psykisk eller andlig sjukdom. Det innebär emellertid också en provokation och ett ifrågasättande av vår egen världsbild, våra egna fördomar. Den personen blir det frestande att

förkasta, med världsbild och allt. Denna bok är ett försök att beskriva hur man kan förstå psykosföreteelsen.

Alternativet är att lära känna den andres värld och som genom en förälders tal, hjälpa in i de viktigaste elementen av den världsbild, som de flesta av oss har gemensam, och som gör oss till bröder och systrar i denna ”vår gemensamma enda värld”. Om vi har viktiga erfarenheter gemensamma i våra världsbilder kan vi tycka oss känna igen oss i varandra, förstå varandra. Var och en av oss har en personlig historia med allmänmännsliga inslag som släkt, tid, generationer, logiska tidssamband mellan elementen samt det viktigaste, subjektet ”jag”, i denna historia eller myt om mig själv. När jag finns som ett ”jag” finns också de andra som ”du” eller ”de”. När dåtiden finns så finns också framtiden. Det kan bildas en struktur, en uppbyggnad eller ordning, av hur saker och personer är relaterade kring mig, här i min värld. Kunskapen om generationerna och tiden ger tyvärr också den logiska följden att jag själv har begränsningar och ett slut. Detta är den allra svåraste kränkningen av vår bild av oss själva, vår narcissism. Men vi delar den med alla andra, vare sig vi vill se den eller ej. Elementen i världsbilden, dess natur är inte materiell utan symbolisk, språkliga ljudbilder som leder till ständigt nya i den talade, textuella utläggningen.

Språket är symboliskt eftersom det hänvisar till något annat än sig självt. Ordet ”bil” är inte en bil utan hänvisar bara våra tankar till en riktig bil. I tal och skrift befinner vi oss i en symbolisk ordning.

Kombinationerna av elementen i de personliga myterna, historierna, kan vara oändligt många. Vissa grundpelare går dock inte att komma ifrån. Eftersom byggnadsmaterialet är ord, så är grammatiken, det vill säga logiken, ofrånkomlig. Oidipuskomplexet med reglerna för sexualiteten och familjebildningen är lika ofrånkomlig. Kastrationskomplexet med lagarna för alltings början och slut, även mitt eget, är ofrånkomligt (Laplanche 1980). Om grammatiken, oidipuskomplexet och kastrationskomplexet vävs in i min personliga historia så är jag sedan strukturerad, som mina medmänniskor. Vi förstår varandra eftersom vi alla har dessa grunderfarenheter och livsvillkor gemensamt.

Komplex betyder inneslutning eller gruppering av tankar och fantasier kring ett gemensamt tema. Oidipustemat hänvisar till den grekiska legend som berättar vilket hemskt straff som väntar den som dödar sin far och gifter sig med sin mor. Kastration innebär i detta sammanhang den symboliska kastration, begränsning, som följer på kulturens och samhällets lagar och regler. Att kastrationen är symbolisk betyder att den är formulerad i språklighetens ordning och inte kroppslig eller materiell.

I en kultur som nästan enbart uppehåller sig vid existensens materiella sidor, även när det gäller hälsa och ohälsa, blir sjukdomar i den symboliska ordningen något främmande och skrämmande. Vi känner nog igen oss själva i de begränsningar som bristande jagstruktur manifesterar sig eftersom strukturerade, friska, människor hellre engagerar sig i den materiella världens föremål än den symboliska ordningens konsekvenser för vår bräckliga existens. Jag menar att materialism kan tolkas om en tröst eller en flykt från upptagenhet med existensens villkor. Dessa är ju inte odelat positiva eftersom de innehåller hotfulla aspekter som sjukdom och död. Vi vill inte alltid se vår existens villkor och bortträngningen av dem hotas om vi inte

får fortsätta klamra oss fast vid illusionen om de skenbart eviga, kontrollerbara och trygga tingen. En parodi på denna livshållning är seriefiguren Joakim von Anka som strålar som en narcissistisk sol då han tar en simtur i sin penningsilo. I de ögonblicken kan man tänka sig att han upplever sig som både komplett och odödlig. Varken grammatiken, tiden eller dödligheten berör honom det minsta, just då. Det kan vara en regression i jagets tjänst ungefär som våra ansvarsbefriade semesterresor till exotiska badstränder.

Om psykos enbart var exotism skulle några problem mellan psykos och normalitet inte behöva uppstå. En psykotisk människa talar emellertid till mig utifrån ett totalt förkastande av kastrationskomplexet. Ett totalt bejakande klarar få av oss. Det totala i förkastandet angriper den strukturerades bortträngning nästan brutalt. Sådan rak direktitet är vi inte beredda att försvara våra bortträngningar, vårt bortseende, mot och då framkallas den skräck som lätt uppstår inför nästan medvetandegjort bortträngt material. Denna avhandlings teori är därför problematisk inte bara genom sitt objekt, psykos, utan också genom sin natur med få materiella referenser. Däremot är arbetet inte kritiskt mot naturvetenskapligt kunskapsinhämtande om det centrala nervsystemet eller arvsmassan, det befinner sig bara inom ett annat kunskapsområde. Människan är ju varken endast materia eller enbart psyke utan båda och kan, med lika stor rätt, beskrivas ur båda aspekterna.

Om behovet av en modell

I psykiatrins arbete med behandling av psykotiska patienter finns ett stort behov av stöd från en modell, ide eller teori som ger förståelse för, och möjlighet att göra sig en bild av, den psykotiska processen och ett sammanhang med livet i andra avseenden än de rent kliniska. Detta behov har inte minst patient- och anhörigorganisationer uttalat sedan många år. Bland behandlingspersonal upplevs renodlade biologiska synsätt alltför begränsade och tekniska. Träning och pedagogiska tekniker inom psykoterapiområdet kan uppvisa kvantifierbara effekter men ger ändå ingen helt tillfredsställande förståelse för vare sig sjukdomarnas uppkomst eller rationell åtgärd behandlingsmässigt (Cullberg 1993). Ofta har rent farmakologiska interventioner skett parallellt med psykiatrisk omvårdnad. De två insatslinjerna har då inte haft något idémässigt med varandra att göra. Den kliniska situationen har många gånger tett sig splittrad och inte minst behandlingspersonal har känt missnöje med vad som kunnat erbjudas till patienterna. Det råder en besvärande brist på effektiva behandlingsalternativ förutom symtomlindring med neuroleptika.

Den som är drabbad av psykos, för egen del eller som anhörig, finner att tillvarons existentiella möjligheter är det som så påtagligt blir förstört. Behandlingspersonal upplever ofta detsamma. Relationer, etik, autonomi och ekonomi är de viktigaste problemområdena förutom lidandet i sig. I det följande skall presenteras en modell för att förstå och behandla psykoser.

Villemoes modell för utveckling av jagets struktur erbjuder ett språk för både psykosens bakgrund och manifestationer inom relationsområdena (Villemoes 1989). Just att flera viktiga aspekter kan förstås inom samma teori och att dessutom terapeutiskt agerande följer logiskt är mycket värdefullt och ger det sammanhang mellan sjukdom och liv som alla inblandade önskar sig. De terapeutiska, tekniska konsekvenserna av teorin kommer från Villemoes som

inspirerats av Jaques Lacan och är tillämpade på den psykoterapienhet han förestår i Härnösand. Dessutom har Norrgårdens behandlingshem i Härnösand använt samma modell för unga psykotiska slutenvårdspatienter i behandlingshemmets miljöterapeutiska program.

Både psykoterapienheten och behandlingshemmet har blivit utvärderade av externa forskare. Speciellt på behandlingshemmet har resultatutvärdering skett. På psykoterapienheten har man lagt större vikt vid processforskning. På båda ställena har det varit möjligt att, på ett sätt som alla inblandade upplever logiskt och relevant, beskriva process- och måluppfyllelse.

Eftersom vår tid är mycket inriktad på materialism, ekonomism och industriella lösningar inom dessa båda "ismer", finns en konflikt närvarande inom psykosbehandling. Man kan förvänta sig en industriell, naturvetenskaplig och effektiv lösning. När försök till sådan lösning många gånger visat sig otillfredsställande har man ändå svårt att kunna acceptera kraften i en mellanmänsklig dialog. En sådan är kanske inte riktigt i linje med den gällande kulturen. Om dialog, enligt teoretiskt anvisad metodik, skulle bejakas som behandling, skulle farmakologisk behandling kanske hänvisas till en något mer sekundär roll, ungefär som anestesi till kirurgi. Nödvändig, men endast som stöd till annan behandling. Detta skulle kunna uppfattas som ett hot och en kris för det rådande paradigmet med rent naturvetenskapliga lösningar. Ett sådant paradigmskifte är kanske relevant att genomgå men det sker inte lätt och inte fort.

Enligt Landstingsförbundet är den årliga kostnaden för det svenska samhället, för psykisk ohälsa, större än 45 miljarder kronor. Direkta sjukvårdskostnader är 18 miljarder (Allgulander 1992). Eftersom de psykosjuka är de allra mest handikappade och hjälpbehövande av alla psykiskt sjuka går en stor del av dessa pengar till denna grupp. Exakt hur mycket just de psykosjukas hjälp kostar har varit omöjligt att räkna ut med någon säkerhet. Siffrorna är från 1992 och är Landstingsförbundets beräkningar.

Teoribakgrund

Psykoanalytisk teori, enligt Sigmund Freuds tradition, beskriver neurosen som en fixering i oedipal problematik. Här finns en konflikt mellan överjagets dömande attityd och detets impulsstyrda strävan mot omedelbar driftstillfredsställelse. Denna struktur liknar judendomens spänning mellan Guds dömande attityd och människornas olydnad och självupptagenhet. Denna psykoanalytiska tradition har visat sig ha en mäktig livskraft och man har också kunnat se effekt vid psykoterapi med neurotiska personer. Däremot konstaterade Freud att metoden inte fungerade vid psykos (Svensson 1977).

Psykoanalytisk teori, enligt Jaques Lacan, lägger i stället över tyngdpunkten på människans svårigheter att helt underordna sig kastrationskomplexet. Dess konsekvens är dödlighet och ofullkomlighet och dessutom den symboliska ordning, språklighet, i vars text varje unik människa befinner sig som subjektet "jag", huvudpersonen. Denna symboliska ordning fixerar människan i ett nät av tid, regler, generationer, könstillhörighet, släktförhållanden och alla de regler som är associerade med dessa. Denna ordning får, för varje människa, sin myt i form av den personliga historien. En följd av denna är också fångenskapen i tiden med en början och ett slut för det individuella livet. Lacan betonar jagets utveckling, eller strukturering, som avgörande för hur individen hanterar de grundläggande existentiella problem som

kastrationskomplexet medför. Jaget har funktion som medlare mellan överjaget och detet, på samma sätt som det är i den kristna kultur som Lacan levde i, där Kristus är den förlåtande medlaren mellan Gud och människor. Jagstrukturen inträder man inte i genom den biologiska födelsen. Den kräver en dialektisk livssituation mellan föräldrarna och barnet.

Enligt Lacan hanterar psykotikern inte kastrationskomplexets konsekvenser alls utan förkastar hela problematiken genom att upprätthålla ett utanförskap till den symboliska ordningen, civilisationen (Lacan 1966). Detta utanförskap innebär att befinna sig utanför tiden och att sakna regler. En motvilja mot att inordna sig i den symboliska ordningen kan märkas då en psykotisk människa inte vill ta emot hjälp eller bli frisk. Det finns existentiella vinster i det psykotiska tillståndet eftersom det innebär förkastande av regler, stävan, brister, dödlighet o.s.v. Vägen från psykos till neuros kan tänkas gå via jagets strukturering, via en personlighetsutveckling som förutsätter en dialektisk livssituation. Villemoes beskriver denna förändring som ett förflyttande av "fadersnamnet" från den symboliske fadern till något materiellt, som då får funktion som fetisch, ett viktigt föremål som upplevs kunna komplettera livets brister, och sedan vidare till språkligheten som sanningsbäraren. Det innebär att språkligheten som symboliskt system blir giltigt och meningsfullt. Det går att mena det man säger. Att språkligheten är symbolisk innebär att den kan ersätta det som inte föreligger i nuet. Begreppet "fadersnamnet" är tänkt som fadersrollen, en symbol för någon som med modern varit medskapande till ens existens, före ens eget biologiska liv (Edenius 1997). Dessutom betyder det bäraren av släktnamnet med anvisning på subjektets plats i släkt och generation. En viktig följd av detta är inträdet av tiden samt incestförbudet. Villemoes har utifrån Jaques Lacan beskrivit psykosens natur samt utarbetat en terapeutisk teknik som tar fasta på psykotikerns inträde i den symboliska ordningen med kastrationskomplexet som problemcentrum i stället för neurosens oidipuskomplex som är neurosens problemcentrum (Villemoes 1989).

Fascination av och intresset för de psykotiska människornas värld kan liknas vid intresset för religion och konst. Likheten ligger i att både vid psykos och vissa kulturyttringar flyttar man sig utanför den av språklighetens begränsningar präglade symboliska ordningen, inom vilken tiden och reglerna finns. Nyfikenhet på det okända och mystiska väcks inför dessa människor som fungerar annorlunda än vi. De ger en inblick i ett återvändande till tiden före kastrationskomplexet, då de språkliga och kulturella begränsningarna ännu inte lyckats göra oss underkastade, för att omskapa oss till subjekt. Människans ångest och längtan, "begäret", kan också ses som en strävan efter att omintetgöra kastrationskomplexets konsekvenser i form av brister och begränsningar för individens existens, eftersom människan tycks ha svårt att helt acceptera dessa.

Prästen Lennart Koskinen har skrivit om den språkliga strukturens begränsningar och möjligheter (Koskinen 1989). Han har liknat den vid tennisplanen där man kan utöva virtuost tennisspel, men egentligen inte så mycket annat. Alla bollar utanför de uppritade linjerna hamnar utanför strukturen och underkänds. De medräknas helt enkelt inte. Koskinen har liknat bollkallarna vid präster; de kan springa med bollar här liknade vid budskap, och passera till utanförskapet utanför tennisplanens linjer. När det gäller de schizofrena så förefaller de befinna sig i ett annat medvetandetillstånd som ej är begränsat, definierat, eller intvingat i en språklig, kulturellt reglerad ordning. De befinner sig i ett utanförskap. De har inte gjort sitt inträde i tennisplanens begränsning med linjer och regler, innanförskapet. Mystiska erfarenheter inom den religiösa sfären kan liknas vid detta gränsöverskridande eller transcendens. På

liknande sätt är det med bruket av droger som till exempel LSD, där man ju också talar om resor ("trippar") utanför de normala erfarenheternas möjligheter, omöjliga att riktigt kunna beskriva för de oinvigda, med hjälp av orden.

Schizofrena patienter kan ses som människor som av någon anledning har förkastat kastrationskomplexet. De har alltså kvarstått i ett utanförskap som vi andra inte kan definiera eftersom våra språkliga möjligheter till definition endast rör sig inom det språkliga systemets eller den symboliska ordningens område. De kan ses som transcendenta. De kan nå dit vi, som är fångar inom den symboliska ordningen, aldrig kan nå.

Den kliniskt arbetande psykiatern kan ha nytta av en teori med förståelseaspekter (Cullberg 1993). Det är bra om teorin ger en modell för både förståelse av psykosens uppkomst, dess natur, samt anvisning på behandling samt även friskhetens struktur. Teorin utesluter inte att en bidragande orsak till psykos kan vara neurobiologiska faktorer. Med psykos avses här något generellt, ett patologiskt psykiskt tillstånd, en existentiell stil. Jagstrukturen har varit för svag i förhållande till de påfrestningar den utsatts för. En svaghet i jagstrukturen kan ses som ärftlig. Den kan också ses som förvärvad i en otillräckligt strukturerad uppväxtsituation. Om diagnosen schizofreni används, avses enligt DSM-systemet, att psykos i generell mening kvarstått under lång tid.

Beträffande cykliskt återkommande psykoser menar vi att personlighetsutvecklingen kvarstår i ett olöst kastrationskomplex, detta i samma mening som att neuros innebär ett kvarblivande i ett olöst oedipuskomplex. Vid en överdeterminerad livssituation kan individen då bli psykotisk eller neurotisk, beroende på hur långt den tidigare personlighetsutvecklingen kommit. Ett exempel är puerperalpsykos. För att modern skall kunna uppfatta förlossningen som något mer än bara separation eller amputation fordras att födelse har en preformerad mening i en språkligt strukturerad modell där familj och nyfött barn, moderskap och historia samt framtid gör förlossningen begriplig och glädjande. Utan den symboliska strukturen finns bara en förvirrad fysisk belägenhet som kanske görs något mer begriplig via en privat, paranoid hjälpkonstruktion. En nödstruktur måste skapas av modern själv i den plågade situationen. Krisbearbetningen blir då svår eftersom patienten inte kan använda orden för att meddela sin upplevda situation, befintligheten är ett utanförskap i förhållande till andra människors språkliga definition av den rådande situationen.

Syfte

Syftet med denna avhandling är att undersöka om det är möjligt att använda en teoretisk utveckling, enligt Villemoes, inspirerad av Jaques Lacans omskrivning av psykoanalytisk teori för förståelse och behandling av psykos. Målet är att beskriva en teori om psykos hos patienter som fortsätter vara psykiskt handikappade trots farmakologisk och annan psykiatrisk behandling samt att bidra med att ge en bild av vad psykos skulle kunna vara och innebära i den drabbades existens. Syftet är inte att jämföra denna methods effektivitet med andra behandlingsmetoders. Därför gjordes en naturalistisk studie utan kontrollgrupp. Däremot ville jag pröva att validera teorin genom att utröna om metodens användande kan ha effekt på våra patienters psykotiska tillstånd och om deras personlighetsutveckling framskrider under och efter behandlingen enligt den beskrivna teorin. Ett sådant stöd för teorin, eller avsaknad av

det, hämtar jag från erfarenheterna av våra patienter samt uppföljningen av deras livsöden efter behandlingens avslutande.

En god utveckling för patienterna skulle kunna vara ett stöd för den teori som ligger till grund för behandlingarna. Det skulle då också ge oss en större förståelse för psykosens natur. Dessutom skulle vi få tillfredsställelsen att kunna utveckla behandlingsprogram för ungdomspsykos som på ett rationellt sätt bygger på förståelse enligt en teori. Detta är inte oförenligt med de arbeten som inriktar sig på studier av kroppens och framförallt genernas eller hjärnans funktioner, eller onormala funktioner vid psykos. Där handlar det om en materiellt förankrad forskning som söker efter kroppsliga orsaker till psykos. Detta arbete rör sig endast inom våra patienters existentiella belägenhet, deras symtom, sociala kompetens, livskvalitet samt behov av samhällshjälp i form av psykiatri eller kommunalt boende. En viktig del av validering av teorin tillskriver jag fallbeskrivningarna där patienternas förändrade funktioner, enligt ovan, är centrala.

Tidigare arbeten med psykospsykoterapi, som utgått från psykoanalytisk teori och praxis har inte alltid givit tillräckligt uppmuntrande resultat (Cullberg 1995). Den klassiska psykoanalytiska teorin har koncentrerat sig på tolkningar av patienternas tal med fokusering på oedipuskomplexet. Freud själv betraktade sådan terapi som mest lämpad för överföringsneuroserna, de neurotiska tillstånden. Han ansåg inte metoden framgångsrik vid narcissistiska neuroser såsom psykos och andra svårare personlighetsstörningar, där ingen överföring uppstod för att kunna tolkas. När så, även i vår tid, neurosteknik används för behandling av psykotiska tillstånd riskerar resultaten att bli nedslående och metoden riskerar att falla i vanrykte.

Lacan beskrev hur psykotiker förkastade kastrationskomplexet. Med förkasta menas i detta fall att människolivets begränsningar aldrig blivit en del av ens världsbild (Laplanche 1980). Om fadersnamnet får möjlighet att verka så skulle inte kastrationskomplexet kunna förkastas. Då skulle vissheten om släkten och generationerna anvisa plats för individen. Det skulle senare kunna bortträngas, som hos neurotiker, men det skulle likafullt ha sin verkan ur det omedvetna genom att orsaka symtom, felsägningar o.s.v. Villemoes utgick ifrån detta och konstruerade en teoretisk modell där kastrationskomplexet skulle få möjlighet att verka på de psykotiska personerna. Han tar alltså inte fasta på neurosens fixering vid oedipuskomplexet utan på psykotikerns totala tillkortakommande inför kastrationskomplexet. Det är denna nya teori och metodik vi har prövat på Norrgårdens behandlingshem och Psykoterapienheten i Härnösand för att kunna återupprätta psykoanalysens plats vid behandling av psykotiker. Men då får inte tekniken längre vara sådan som är avsedd för neurotiker.

En effekt av det förkastade kastrationskomplexet är att tiden inte fungerar som en ordnande princip. En följd av det är att den personliga historien inte existerar som kontinuitet, liksom att framtiden och fantasin om den inte heller kan fungera. Utan en sammanhängande personlig historia, utan tidssammanhållna meningssamband om sig själv, kan en person inte fungera som annat än just splittrad och osammanhängande och utan ett samlat intentionellt subjekt.

Vår behandlingsmodell består av tre behandlingsfaser (se figur 1). Varje fas är en

förutsättning för den följande. Under den första fasen framväxer en förtroendefull relation mellan patient och behandlare som skapar en gemenskap, en "vi-anda". Den andra fasen består av ett berättande av den personliga historien med släkt och därmed olika generationer. Detta medför en inplacering och fixering av subjektet i släkt och generation enligt tid och plats. Detta är ordnande eller strukturerande. Det är emellertid också en begränsning, en låsning, av existensen för den enskilde och innebär därför en kris med förlust av alla andra tänkbara livsvillkor som nu blivit omöjliga. Ett bejakande av generationer och därmed tid innebär också ett bejakande av dödligheten, särskilt den egna, vilket också är en kris med förlusttema. Den tredje behandlingsfasen har som mål att avveckla behandlarens betydelse för patienten och säkra autonomi för patienten.

Under passagen av de tre behandlingsfaserna sker, enligt den använda teorin, ett förflyttande av "fadersnamnet". Detta innebär att platsen för beslut och värdering, platsen för auktoritet och sanning, vandrar från föräldraauktoriteten till behandlaren under den första behandlingsfasen. Under den andra behandlingsfasen vandrar fadersnamnet vidare till den personliga historien med dess subjekt, som är den berättande själv. Under den sista fasen förankras Fadersnamnet i den egna språkligheten i och med att viktiga beslut delegeras från behandlaren till patienten. Patienten har då uppnått autonomi. Förflyttningen av Fadersnamnet är ganska lätt att följa och därmed finns möjlighet att avgöra hur långt patienten kommit i sin personlighetsutveckling (se figur 2). Utvecklingsprocessen, patientens berättelse om sin egen historia, kan göras till objekt i stället för att patienten, som person objektiveras, förtingligas. Man undviker då de negativa följderna som senare kan ha för en människas självkänsla.

Sammanfattning av syftet

1. Det första huvudmålet med arbetet är att pröva om det går att utveckla en miljöterapeutisk behandlingsmetod ur den teori om psykos som Villemoes utvecklat.
 - 1a. Ett delmål är att försöka utforma metoden så att inte patientens person utan hans utvecklingsprocess görs till objekt för behandlingen.
 - 1b. Det andra delmålet är att utröna om patienten, vid behandlingens slut, kan avstå från sin behandlingsassistents betydelse som hjälpjag.
 - 1c. Det tredje delmålet är att använda temporalisering, via patientens historia, som en grundstruktur för att uppfatta världen.
 - 1d. Det fjärde delmålet är att undersöka om patienterna utvecklingsprocesser genomgår enkelt formulerbara och typiska "hållplatser".
2. Det andra huvudmålet är att undersöka om erfarenheterna från behandlingsarbetet gör det möjligt att vidareutveckla den teori som används.

Behandlingsgruppen

För att pröva möjligheten till psykosbehandling användes Norrgårdens behandlingshem i Härnösand. De 24 första patienterna som behandlades där fick bli föremål för en utvärdering

och en senare uppföljning. Patienternas behandling skötes av författaren med medarbetare på Norrgården. Initiativ till behandlingsuppföljning togs också av författaren. Uppföljningen genomfördes däremot av en psykolog och psykoterapeut som inte har någon relation till behandlingshemmet eller dess patienter. Behandlingsuppföljningen skedde under handledning från Institutionen för tillämpad psykologi vid Umeå universitet. Resultatet av behandlingarna fick, av de utvärderade patienterna och av utvärderaren, redovisas i denna avhandling. De utvärderade patienterna var de som varit inskrivna mer än 4 veckor på behandlingshemmet och som hunnit bli utskrivna före december 1992, då utvärderingen påbörjades. Behandlingsgruppen beskrivs mer utförligt i behandlingskapitlet (se kapitel 7).

Någon kontrollgrupp har inte använts. Syftet med arbetet var inte att jämföra effekterna hos olika behandlingsmetoder. Antalet patienter i de unga åldrar som behandlas på Norrgården, är så få att behandlingsgrupp och kontrollgrupp skulle ha blivit mycket små. Det bedömdes som viktigare att få möjlighet att utvärdera en större behandlingsgrupp för att undersöka om den behandlingsmetod som användes hade någon positiv effekt på patienterna. Patienterna var unga men inte nyinsjuknade varför sannolikheten för spontanförbättringar under Norrgårdsvistelsen inte kunde antas vara stor. Patienternas psykos hade lång duration då de kom till behandling. De hade också genomgått flera behandlingsförsök med neuroleptika och psykiatriska vårdavdelningar samt stödkontakter i psykiatriska öppenvårdsteam. Att låta en kontrollgrupp fortsätta med den tidigare, redan prövade, behandlingsformen ansåg jag vara mindre intressant än att få en större behandlingsgrupp. För denna patientgrupp skulle bortfallet kunna bli stort, under den långa tid en sådan här behandlingsuppföljning måste ta, med resultat att behandlings- eller kontrollgruppen skulle kunna bli så små att jämförelser i behandlingsresultat skulle kunna bli mycket utsatta för slumpskillnader.

De patienter som behandlas på Norrgårdens behandlingshem har oftast diagnoserna schizofreni eller atypisk psykos. I uppföljningsgruppen finns också personlighetsstörning representerad. Den sistnämnda diagnosgruppen behandlas inte längre på behandlingshemmet.

Metod

Behandlingsarbete och forskning är invävda i varandra i detta arbete. Avsikten var redan då Norrgården startade, att kunna beskriva det som förhoppningsvis skulle hända med patienterna och vår miljöterapi. De patienter som remitterats till Norrgårdens behandlingshem har undersökts av författaren vid ett mottagningsbesök. Vid detta tillfälle ställdes diagnos med hjälp av datorprogrammet Opcrit 3.2 (McGuffin 1991). Om diagnosen är schizofreni eller atypisk psykos accepteras patienten till Norrgården. Den första tiden accepterades också patienter med personlighetsstörning. Under ett möte med patient och familj informeras om Norrgårdens behandlingsmodell samt programmet för föräldrastöd som sköts av en psykolog, behandlingshemföreståndaren samt författaren.

Under behandlingens gång sker handledning (av författaren) för kontaktpersonerna under en timme per vecka och i enlighet med den jagstrukturerande modellen. Varje vecka sker också internutbildning för kontaktpersonerna under en timme per vecka. Utbildningen handlar om den aktuella psykosteorin samt jagstrukturerande psykoterapi. Sådan terapi, i form av

miljöterapi på behandlingshemmet, sker sedan under veckorna av kontaktpersonerna med deras patienter.

Forskningsarbetet utgår från den tillämpade teorin och kan snarast beskrivas som en subjektivt empirisk metod av deltagande observationskaraktär. Samma teoretiska struktur behandlas sedan i varje nytt kapitel men med allt mer praktiska och vårdtekniska synpunkter för varje nytt kapitel. Slutligen presenteras de utvärderade patienterna och deras förändring under behandlingstiden och uppföljningstiden.

Målet med behandlingen är att patienterna skall kunna klara eget boende med en självupplevd bra livskvalitet. Detta är huvudmålen som formulerades när Norrgården började sitt behandlingsarbete 1986. Dessutom finns andra mål, nämligen bestående hälsa utan beroende av psykiatrisk service annat än i mycket liten omfattning. Huruvida dessa mål har uppnåtts kommer att redovisats i kapitel 8. Rent praktiska aspekter på hur behandlingsarbetet utföres skall redovisas liksom i vilka avseenden synsättet på verksamheten har förändrats på behandlingshemmet under de 10 år som verksamheten bedrivits.

2.

ANDRA LIKNANDE PSYKOSBEHANDLINGSMODELLER

Andras tankar och behandlingsförsök vid psykotiska tillstånd. Några exempel.

Exemplen som jag valt att kortfattat beskriva avseende synsätt på schizofreni, behandlingens uppläggning samt utvärdering av behandlingsresultat, är de inriktningar som betytt mest som inspiration till vårt eget synsätt och metodik. Eftersom huvudsyftet med mitt arbete inte är att beskriva andras arbete med psykoterapeutiskt orienterad psykosbehandling, utan mitt eget, har de olika synsätten, utvärderingsdesignerna och resultaten beskrivits mycket kortfattat och ofullständigt. Syftet har endast varit att ge en bakgrundsbild av detta arbetsfält innan det egna synsättet, behandlingsmetoden och behandlingsresultaten beskrivs i större fullständighet.

Michiganprojektet

Synen på den schizofrena störningen

Michigan State Psychotherapy Project leddes av Karon och VandenBos (Karon 1972,1990 och 1992). De ser schizofreni som en interpersonell störning. Sammanfattningsvis kan den beskrivas som en balansgång mellan skräck och ensamhet. Många gånger lever den sjuke i en växling mellan dessa extrema sinnestillstånd. Grundaffekten för den schizofrene är dock skräck. Många klassiska schizofrenisymtom kan förklaras av detta. De visade att den viktigaste indikatorn på risk att insjukna i schizofreni är kommunikationsavvikelser hos föräldrarna. Barn till schizofrena är sårbarare än andra, men varken de eller andra barn blir schizofrena om inte adoptivföräldrarna kommunicerar på ett destruktivt sätt. Karon framhäver också faktorer som misshandel, incest och fattigdom. Karon hänvisar till den finska adoptionsstudien av Tienari från 1991 (Tienari 1992).

Kataton stupor kan lätt förstås som en skräck för att dö vid kroppsrörelse. Samma beteende finns hos djur vid extremt dödshot. Alla rörelser upphör varvid hotet ofta försvinner. Detta blir då en livräddande strategi i stället för något obegripligt. Hallucinos jämförs med drömmar. Alla hallucinerar då de drömmer. Eftersom schizofreni är en interpersonell störning så blir röster det modus som hallucinosen tar sig. Även i vaket tillstånd kan alla människor hallucinera vid extrem motivation t.ex. hunger, törst, trötthet eller övergivenhet. Vanföreställningar, även paranoida sådana, kan förstås som överföringsmotstånd. Karon beskriver många exempel på vanföreställningar som patienter har kunnat berätta upphovet till. Ofta har det rört sig om misshandel från föräldrarnas sida. Det kan också vara en egendomlig inläring från föräldrarnas eller i övrigt under uppväxten. En människa kan ha fått klart för sig att ett begrepp har innebörder som ingen annan människa kan hålla med om. Vidare kan föräldrarna ha tillhandahållit en isolerad familjesituation. Ingen

utanför familjen har då fått chansen att korrigera felinlärningar hemifrån. Schizofrena ger då fortsättningsvis uttryck för sina säregna erfarenheter och uppväxtförhållanden.

Tidig brist beskrivs som brist på trygghet för barnet samt brist på överensstämmelse i uppväxtkulturen i den egna familjen jämfört med omvärldens uppväxtkulturer. Detta resulterar i svår kommunikation. En annan brist är att ursprungsfamiljen inte alltid tagit hänsyn till barnets behov utan endast tagit hänsyn till egna, kanske perversa, behov. Vidare har det funnits brist på korrigerande goda erfarenheter från omvärlden, på grund av ursprungsfamiljens isolerade livssituation.

Konflikt beskrivs som ett typiskt schizofrent dilemma. Konflikten ligger i behovet att avhjälpa ensamhet respektive skräck för närhet. Om ensamheten åtgärdas ökar skräcken. Om skräcken åtgärdas uppstår mer ensamhet. Detta är konflikt i annan mening än neurotikerns omedvetna, intrapsykiska, konflikt mellan överjag och det. Den schizofrenes konflikt är inte omedveten eller i behov av tolkning utan smärtsamt medveten och möjlig att lyssna till och ge förståelse för.

Forskningsdesignen

Vissa svårigheter vid psykospsykoterapiforskning redovisas. I bland har psykospsykoterapierna bedrivits av oerfarna terapeuter. Särskilt då sådana resultat jämförs med kompetent genomförd psykofarmakabehandling kan resultaten utfalla till psykoterapins nackdel. Den psykoteraeutiska metodiken kan också vara olämplig för psykospatienter. Detta kan vara fallet om psykoanalytiker med lång erfarenhet av uteslutande neurotiska patienter används för psykospsykoterapi.

En annan svårighet uppstår vid bruket av DSM-III för diagnostiken. En viktig diskriminerande faktor mellan schizofreni och psykosis NUD är där durationen. Hela 6 månaders psykos måste föreligga innan man får kalla tillståndet för schizofreni. En kompetent genomförd och snabbt insatt psykospsykoterapi har god effekt före 6 månader. Därför blir inte de lyckade fallen diagnosticerade som schizofreni utan endast de mindre lyckade. En vanlig nackdel anges också vara att en del undersökningar använder alltför korta terapitider eftersom man önskar få fram resultat till forskningsrapporter så snabbt som möjligt.

The Michigan State Psychotherapy Project påbörjades 1966. Patienterna randomiserades till tre grupper. Dessa grupper fick enbart psykoterapi, psykoterapi och neuroleptika samt enbart neuroleptika. Den psykoanalytiska psykoterapin genomfördes med slumpmässig tilldelning av terapeuter enligt roterande schema. Totalt 36 patienter med endast 12 patienter i varje grupp medgav noggrann uppmärksamhet på förlopp. Effekt mättes på tankestörningar, livskvalitet samt behov av hospitalisering. Mätningarna gjordes efter inskrivningen samt vid 6, 12 och 20 månader. Medelbehandlingstiden var 70 sessioner under 20 månader, oavsett när patienten blev utskriven..

Synen på lämplig behandling

De biologiska behandlingsmetoderna beskrivs som stympande, skadliga och onödiga. Utbildningen av behandlare beskrivs som dålig. Karon ägnar mycket kraft åt att förklara varför det är på detta sätt. Sakernas tillstånd beror i varje fall inte på att det saknas tillräckligt tydliga behandlingsresultat med psykoterapi eller på att forskningen är otillräcklig. Ett antal behandlingsresultat rapporteras där effekterna tydligt talar till förmån för psykoanalytisk behandling. Den biologiska behandlingen är sämre vad avser prognos. Detsamma gäller DSM-III-trenden. Denna ger inga prognostiska anvisningar. Det framstår som märkvärdigt att inte all schizofreniterapi sker med psykoterapi. Svaret är att psykoterapi är svårt, väcker obehagliga affekter under arbetets gång samt att psykoterapi lär oss oönskade sanningar om oss själva. Vi har ett behov av att obehagligheterna finns kvar där borta hos de psykiskt sjuka, annars skulle vi behöva dela på bördorna.

Den bästa behandlingen är psykoanalytisk psykoterapi. Möjligen kan en kort tids medicinering accepteras inledningsvis. De beskrivningar Karon ger på lyckad psykoanalytisk behandling har formen av krisbearbetning där psykotiska symtom försvinner då patienten fått berätta vilka traumata som orsakat dem. Detta att intresserat lyssna till sin psykotiska patient är det centrala. Vidare inställningen att allt, i princip, går att förstå samt att ett accepterande av att obehaglig överföring orsakas av att patienten känner detsamma.

Resultat

Skillnaderna i behandlingseffekter blev signifikanta i, de tre mätta avseendena, till psykoterapiens fördel, speciellt om terapeuten varit erfaren i relevanta avseenden för just psykospsykoterapi. I enlighet med Bleuler fann man också att de schizofrena tankestörningarna verkade vara centrala i sjukdomen (Bleuler 1911). Alla andra symtom var sekundära. Ju snabbare tankestörningarna förbättrades ju bättre prognos hade patienten. På fyra år har den initialt dyrare psykoanalytiska behandlingen betalat sig, i jämförelse med endast farmakologisk behandling.

1981 påbörjades en ny undersökning där patienterna gavs 70 terapisesessioner. Resultatet blev den gången bättre för psykoterapigruppen, jämfört med psykofarmakagruppen, avseende livskvalitet, behov av psykiatrisk slutenvård samt psykotiska symtom.

Karon framhåller att de biologiska genvägarna vid schizofrenibehandling är förrådiska. De är mycket enklare att genomföra och kräver inte samma emotionella engagemang som psykoterapi. Dessutom verkar medicinering med ge snabbare utskrivningar med skenbart bättre ekonomi på mycket kort sikt.

Behovsanpassad behandling av schizofreni

Synen på den schizofrena störningen

Klaus Lehtinen skriver att personer som drabbas av schizofreni kan ha genetiskt betingad vulnerabilitet som i viss miljö kan ge schizofreni (Lehtinen 1994). De flesta människor skulle

uppvisa störningar vid anpassningen till en katastrofsituation. Efter en tid återvänder emellertid copingförmågan som tidigare. Hos en mycket vulnerabel människa kan mer ordinära kriser förorsaka sammanbrott i copingförmågan. Schizofreni är överkänslighet men i princip fullt möjligt att anlägga förståelseaspekt på (Alanen 1989).

Synen på lämplig behandling

Erfarenheter från Åbo under 1970-talet har fört fram ett systemorienterat synsätt med flera nivåer. Det centrala är att man med vardagliga ord åstadkommer en nydefiniering av den dynamiska händelse som skett i nätverket av nära relationer. Man skall alltså fokusera på kris och familj.

Den första nivån kallas för undersökningsskedet. Detta kan innebära en enstaka träff eller en månads upprepade träffar. Patientens egna behov av hjälp får helt och hållet styra insatserna från psykiatrin. Detta kallas för behovsspecifik vård vid schizofreni (Alanen 1991). Den psykotiska personen skall alltid närvara liksom också de närstående. Från första stund är inriktningen krisinriktad och familje- och omgivningsorienterad. De följande nivåerna beror på personens individuation. Personer med långt framskriden individuation kan gå direkt från undersökningsskedet till individualterapi. Individualterapin kallas för den högsta formen av schizofrenibehandling. Många patienter måste emellertid först passera en nivå med kristerapi, terapeutiskt samhälle, terapi i primärfamiljen o.s.v. Allt enligt den speciella patientens egna specifika behov. All schematisering av behandlingen skyr man. Perspektivet är mycket individinriktat samtidigt som familjen och omgivningen finns med, åtminstone i undersökningsskedet.

Den bild Lehtinen ger av behandlingen är inte inriktad på orsaken till en sjukdom. Tvärt om söker man sig bort från en medicinsk modell. Vanliga ord och förståelighet i ett normalt livssammanhang är det centrala. Däremot talar Lehtinen om att man inte kan bortse från en biologisk grund till mänsklig utveckling. Vidare framhålles det troliga i en genetiskt grundad sårbarhet, en medfödd brist i försvaret mot påfrestningar. Detta visar på ett deficitsynsätt på schizofreni.

Undersökningsskedets strävan att förklara och nydefiniera patientens situation får inte sammanblandas med neuropsykoterapins tolkningar av intrapsykiska konflikter. I Lehtinens fall handlar det om påfrestningar från yttrevärlden och inte konflikter mellan teoretiska intrapsykiska instanser.

Forskningsdesign och resultat

1976 - 77 påbörjades en undersökning av alla nya schizofrenigruppens patienter i Åbo. Uppföljningarna kom efter 2 och 5 år. Dessa visade att en till varje individuellt fall anpassad psykoterapeutisk behandling klart förbättrade prognosen, både kliniskt och socialt. Lehtinen betonar att det inte rör sig om en kontrollerad studie. 54 personer undersöktes och "typiska schizofrenipatienter" uttogs till studien.

Lehtinen ifrågasätter värdet av kontrollerade psykoterapiundersökningar. Att slumpmässigt fördela ett relativt litet antal patienter till olika behandlingar kan ge felaktiga resultat. Olika patienter passar för och är motiverade till helt olika behandlingsstrategier. En slumpmässigt tilldelad behandling kan vara passande eller opassande till varje särskild patient. En viss patient skulle sannolikt endast välja en behandlingsstrategi varför de övriga får mindre chans att lyckas. En sådan undersökning skulle därför, felaktigt, kunna visa att samtliga behandlingar är utan effekt. Enda möjligheten är därför att effekt endast bör mätas om varje patient får just den behandling som är mest passande för honom.

Sätermodellen

Synen på den schizofrena störningen

Rolf Sjöström har utvärderat Barbro Sandins modell för psykoterapi vid schizofreni (Sandin 1986, Sjöström 1982). Denna innebär att en schizofren människa har stannat upp i sin personlighetsutveckling. I psykologiskt avseende är hon därför ett barn. Kroppen är naturligtvis vuxen men detta är bara en komplikation. Att relatera till ett barns psyke i en vuxens kropp är förvirrande och skrämmande för omvärlden. Det kan också vara farligt med den vuxnes fysiska styrka i kombination med barnets dåliga impuls kontroll. Orsaken till den avstannade psykologiska utvecklingen är barnets överlevnadsstrategi i en miljö som är ytterst otillfredsställande eller hotfull och oförutsägbart.

Den schizofrene patienten får ångestlindring till det fruktansvärda priset av en autistisk tillbakadragenhet till en värld med hallucinationer och vanföreställningar. Regressionen till barnets reaktionsmönster, som finns hos många schizofrena patienter, tolkas som ett instrument med vilket patienten ytterligare kan reducera sin ångest, men regressionen rymmer också ett viktigt reparativt, potentiellt läkande, element i och med att det möjliggör analys och medvetandegörande genom känslomässigt upplevande och integrering av tidigare traumatiska upplevelser. Grunden för detta intensiva behov av ”säkerhetsmanövrer” och symtom, menar man, ligger i uppväxtsituationen där förhållanden i samspelet mellan just den individen och just den miljön varit sådant att barnets inbyggda förmåga till känslomässig växt och utveckling blev, i stället för att vara något naturligt och lustfyllt, något farligt och hotande för det senare schizofrena barnet. Tillbakadragande och stillastående under viktiga utvecklingsfaser blev i stället karakteristiskt.

Sandin / Sjöström räknar inte med en intrapsykisk konflikt som kräver tolkning. Snarare är synsättet förenligt med brist på utvecklingsbefrämjande miljö under barnaåren. Det Sandin kallar tolkningar av tidiga traumatiska upplevelser innebär verbalisering av minnen, som i kristerapi.

Med stigande biologisk ålder och ökande krav från vuxenvärlden skapas så en ökande klyfta till den inre emotionella mognaden och det uppstår ett kvarblivande i ett barnsligt förhållningssätt med oförmåga till vuxet ställningstagande och handlande.

Synen på lämplig behandling

Målet för behandlingen är att minska denna klyfta så att patientens förvrängda självbild och verklighetsuppfattning kan bli mer realistisk och möjliggöra ett självständigt liv, utan behov av schizofrena symtom och säkerhetsventiler. Detta mål kan nås, menar Barbro Sandin, genom att patienten får kontakt med och upplever minnen av tidigare traumatiska upplevelser i den takt hans trygghet och tillit till terapeuten medger det. På detta sätt kan patienten börja våga att åter växa känslomässigt. Klyftan mellan biologisk och emotionell utvecklingsnivå minskar liksom rädslan och hotet från just själva växandet. Behovet av symtom minskar. Dessa progressiva, växande, faser i patientens utveckling under terapin avbryts i bland av starkt regressiva faser, ofta med stark oro och excitation med en rik flora av psykotiska symtom. Under dessa perioder blir omhändertagandet av patienten på en psykiatrisk vårdavdelning viktigare än de formella terapitimmarna.

Terapipatienterna behandlades enligt Barbro Sandins Sätermmodell. Den beskrivs som psykodynamisk. Synsättet är linjärt som en tidsaxel. Det handlar om en normal personlighetsutveckling som stoppats. Under behandlingen sätts den igång igen. Själva den psykotiska personlighetsstrukturen är inte problematiserad utan snarare normaliserad. Det är fråga om ett normalt barnpsyke i normal vuxenkropp. Psykiska traumata orsakar utvecklingsstoppet.

Forskningsdesignen

Studien var retrospektiv och 14 patienter undersöktes sex år efter terapistarten 1973 - 75. Patienterna utvaldes av terapeuten från 57 unga män med diagnosen schizofreni enligt RDC (Research Diagnostic Criteria), vilket innebär operationella definitioner. Kontrollgruppen hämtades från de kvarvarande medelst ”matchade par”. Matchningsvariablerna hämtades från Strauss och Carpenters skalor över framtida prognoser: Tidigare tid på sjukhus, arbetsförmåga, grad av sociala kontakter samt symtom registrerades. Man använde journalmaterialet för utgångsvärdena.

I en prospektiv studie där 16 patienter med terapistart 1980 - 82 gjordes uppföljningar med 6 månaders intervall upp till 6 år efter terapistart. Undersökningarna videofilmades och två psykologer gjorde skattningar efter dessa band. Om en patient totalvägrade så gjordes skattningar från journaldata. Man använde även här Strauss och Carpenters prognostiska variabler, symtomskattning gjordes med CPRS, skattning av livskvalitet enligt Kajandis skala, schizofrenidiagnos enligt DSM-III. Dessutom mättes konsumtionen av neuroleptika. Livskvalitetsskattningar kunde endast göras för 4 patienter i vardera gruppen. Fördelningen av patienter till grupper gjordes med randomiserat urval. Terapierna varade genomsnittligt i 162 timmar. Sex av sju terapier blev avslutade.

Resultat

Probanderna klarade sig signifikant bättre än kontrollerna avseende variablerna sjukhusid, arbetsförmåga och symtom. Beträffande sociala kontakter framkom ingen skillnad. Sju av probanderna var neuroleptikafria året före efterundersökningen medan en av kontrollerna var det. Kontrollgruppen fick sin behandling på en psykiatrisk vårdavdelning. Resultatmässigt

visar det sig att i fem av sex variabler finns svaga tendenser till psykoterapins fördel. Skillnaderna är inte signifikanta. Materialen var mycket små på grund av stora bortfall. Emellertid förbättrades 41% av terapipatienterna, framför allt avseende symtom och arbetsförmåga, medan 3% av kontrollerna förbättrades. Bland terapipatienterna fanns en större spridning än bland kontrollerna. De fyra patienterna som uppvisar störst förbättringar, fanns bland psykoterapipatienterna.

NIPS -projektet

Redan för 175 år sedan, då de första mentalsjukhusen, eller hospitalen som de först kallades, öppnade i Norden, fanns uppfattningen att mentalt sjuka borde ha bättre prognos om de fick hjälp så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet. NIPS - projektet, Nordic investigation of psychotherapeutically oriented treatment for new schizophrenic patients, utgick från just denna ide (Alanen et al 1994, Armelius 1992). I de Nordiska länderna har den psykiatriska psykosvården bedömts vara ganska lika. Regionala skillnader inom varje land kan vara större än de genomsnittliga skillnaderna mellan länderna. Endast inom akademisk psykiatri verkar vissa typiska skillnader finnas. Finland och Norge har här en tradition inom socialpsykiatri och psykodynamisk förståelse. Danmark och Sverige har starkast tradition att se psykoser som biologiskt grundade sjukdomar. Den psykodynamiska traditionen finns dock starkt utvecklad på många landsortssjukhus utanför den akademiska världen.

NIPS - projektet har som mål att studera vilken inverkan tidig psykoterapeutisk behandling har på de schizofrenas prognos. De deltagande klinikerna hade en stark psykodynamisk orientering. 1983 påbörjades arbetet med att samla en så stor kohort som möjligt. Gruppen schizofrena störningar innehöll diagnoserna schizofreni, schizofreniform psykos samt schizoaffektiv psykos. Demografiska och personliga variabler insamlades liksom behandlingsplan och diagnos. Detta skulle ge en baslinje för uppföljning av patienternas utveckling under de följande åren. Alla nya patienter med schizofreni skulle få individual- och, eller familjeterapi under 2 år. Den psykotiska processen skulle studeras liksom behandlingsresultatet efter 5 år.

Resultat

Av ursprungligen 65 patienter kunde 57 stycken utvärderas efter 5 år under 1988-89. Armelius beskriver designen som en multicenterstudie med naturalistiska drag. Det är inte en experimentell studie där kontrollgruppens patienter inte skulle få psykoterapi alls. Att placera svårt sjuka i kontrollgrupp utan behandling skulle vara oacceptabelt ur etisk synpunkt. Utan jämförelsematerial kan man emellertid inte bevisa att psykoterapi är bättre eller sämre än annan behandling eller skiljer sig från spontanförloppet. Det är bara möjligt att beskriva hur patienterna förändras och hur mycket de förändras. Danmark bidrog med 12 patienter, Finland med 30, Norge med 12 och Sverige med 11 patienter.

Under den 5-åriga uppföljningstiden skedde 2 suicid i den svenska gruppen och 1 i vardera av de övriga ländernas grupper. Suicidfrekvensen för 5-årsperioden blev 6%.

Bedömning av allmän funktionsnivå innefattande sociala relationer, arbete, symtomfrihet,

ingen psykosdiagnos, inga neuroleptika och ingen sjukhusvård, visade att 50% fungerade bra i dessa avseenden efter 5 år. Skillnader mellan olika behandlingsplaner visade sig bero på olika diagnoser och olika status vid starten av programmet. En tydligt bättre funktionsnivå efter 5-års perioden fanns hos 80% av patienterna.

Paraplyprojektet

Detta projekt kallas även behandlingshemsprojektet och utgår från Institutionen för tillämpad psykologi vid Umeå universitet (Jeanneau 1995). Ett antal psykiatriska behandlingshem för psykotiska och personlighetsstörda patienter i Sverige vände sig till institutionen för att få hjälp med utvärdering av sin verksamhet. Det övergripande syftet är att beskriva och utvärdera effekten av att behandlas på behandlingshem samt att få veta mer om vilka psykologiska problem och resurser patienter med psykiatriska störningar har. Detta för att kunna planera för bättre behandling och vård.

Mål

I projektet ingår närmare 30 svenska behandlingshem omfattande 250 patienter och 400 personal. Projektet avsågs, från början, löpa över 5 år. Man ville få behandlingshemmen belysta ur samhällets, behandlarnas och patienternas perspektiv. Varje patient fyller i frågeformulär, genomgår psykologiska tests och deltar i en intervju varje år under projektets 5 år. Intervjuerna kan också videospelas. Behandlingshemmen beskrivs även fysiskt samt personalmässigt då de anställdas uppfattningar om psykisk störning kartläggs. Huvudansvarig för hela projektet är professorn i klinisk psykologi Bengt-Åke Armelius.

Patientdata mättes med Kernbergs stukturella intervju. Vidare används DMT (Defence Mechanism Test). Diagnos ställes enligt DSM-III-R och bedöms enligt Strauss-Carpenter skalan. Självbild och relationer mäts med SASB (Structural Analysis of Social Behaviour). Patienternas egna skattningar av symtom användes. Ytterligare instrument användes för patientbeskrivning. Efter fem år görs alla dessa mätningar en gång till. Universitetets forskare står för dessa mätningar.

Patienterna skattas och beskrivs också av personalen på behandlingshemmen. Personalen själv studerades med SSAB samt en del andra instrument för bland annat utbrändhet och arbetstillfredsställelse samt psykologiskt klimat.

Resultat

Av de 30- talet deltagande behandlingshemmen finns, i mars 1999, 16 rapporter om lika många behandlingshem färdiga. I dessa beskrivs behandlingshemmen enligt ovan. Dessutom analyseras kostnader per patient för tiden före, under och efter behandlingshemstiden. Behandlingsresultaten är mycket varierande. Vissa behandlingshem ger endast marginella förbättringar medan andra får förbättringar för hälften av patienterna. Det är inte ovanligt med försämringar för några patienter. Det framkommer också vissa problem med utskrivningarna då en del patienter är beroende av fortsatt stödkontakt på behandlingshemmet. I dessa fall

anser man ändå att vården är billig eftersom patienten inte behövt den dyrare konventionella slutenvården.

Fallskärmsprojektet

Detta projekt har som mål att , på ett behovsanpassat sätt, bemöta, behandla och uppfölja förstagångsinsjuknade psykotiska patienter och deras familjer (Cullberg 1996).

Alanen beskrev 1986 den behovsanpassade behandlingen som alternativ till ”treatment as usual”. Resurser är mobilt team, speciella slutenvårdsresurser som möjliggör tidig intervention, lättillgänglighet, familjeinriktning, psykoterapeutiskt stöd samt minsta möjliga antipsykotiska medicinering. Dessutom betonas betydelsen av kontinuitet och uppföljning under 5 år samt anpassad dygnetruntvård.

Fallskärmsprojektet är ett multicenterprojekt som leds från FoU-enheten vid Södermalms psykiatriska sektor av professor Johan Cullberg samt dessutom från enheten för Psykosocial Forskning och Utveckling (EPFU) i Nacka av docent Claes-Göran Stefansson och psykolog Sonja Levander. 8 Stockholmssektorer och 19 psykiatriska sektorkliniker i landet i övrigt deltar.

Jämförelsegrupp skall bli patienter som vid förstagångsinsjuknandet vårdas konventionellt och som beskrivs vad avser utfall och vårdkonsumtion. Man intresserar sig för olikheter i förlopp och vårdbehov hos olika kliniska subgrupper samt för samband mellan personlighetsfaktorer och förlopp. En särskild studie av kostnadseffektiviteten planeras också.

Mål

Målet är att kunna bidra till förbättrad vårdorganisation för förstagångsinsjuknade psykotiska patienter. Målet är också att uppnå avsevärda vinster av både humanitär och ekonomisk art för den berörda patientgruppen, som hittills vanligen rönt ett rutinmässigt omhändertagande med hög risk för framtida utslagning och invaliditet. Slutenvårdskonsumtionen bör minska, liksom medicinkonsumtionen. Prognos och livskvalitet bör förbättras liksom den totala vårdkostnaden. Man hoppas också kunna identifiera undergrupper med speciella behandlingsbehov.

Plan

I de medverkande sektorerna brukar 400-500 patienter med förstagångspsykos bli aktuella under 2 år, varav 150 - 200 hamnar inom schizofrenispektrum. Varje förstagångsinsjuknad patient följs med psykiatriska, biologiska, psykologiska och sociala baslinjedata. Man avser göra uppföljningar efter 1, 3 och 5 år.

Soteria House Project

Soteria House startade i maj 1971 i San Francisco Bay Area. Det bestod av en villa där

förstagångspsykotiska patienter behandlades under 2 år var och en. Patienterna var mellan 15 och 30 år gamla. Där fanns upp till 6 patienter i taget. Principen var att patienten ledsagades genom sin psykotiska tid i stället för att dämpas ned.

Vid konventionellt omhändertagande med hospitalisering och neuroleptika som huvudingredienser i behandlingen återinsjuknar 50% av patienterna i ny psykos inom 2 år. Dessa brister gjorde försök med nya behandlingsmetoder relevanta (Mosher 1973, Mosher 1975, Mosher 1982). Soteria House finns också i Bern, Schweiz (Ciompi 1991).

Synen på schizofreni

Det handlar om ett förändrat medvetandetillstånd som är helt förståeligt och naturligt i förhållande till patientens livskris. Personligheten är fragmenterad och det föreligger svårigheter att skilja mellan inner- och yttvärld samt mystiska sensationer. Dessa fenomen kan finnas också i människors normala erfarenheter. Psykosen kanske till och med är en chans för den sjuke att starta en personlighetstillväxt. De "sjuka" fenomenen skall då behandlas som trovärdiga och giltiga eller till och med "sanna" för den som berättar att han erfar dem. Bidragande till att galenskap har uppstått kanske just har varit det att personens erfarenheter har negerats av viktiga närstående eller behandlare.

Metoden

Urvalet av personal var mycket noggrant och okonventionellt. De sökande värderades avseende förmåga att vara delaktig i psykotikerns värld. Vidare förmågan att vara närvarande på ett lugnande sätt utan att bli invasiv eller krävande. Man skulle kunna verbalisera känslor men framför allt bara vara med och inte göra något med patienten.

Resultat

Kontrollpatienterna vårdades på en bra men konventionell psykiatrisk vårdavdelning på ett universitetssjukhus. Vid jämförelse 2 år efter utskrivning hade Soteriapatienterna signifikant mindre patologi. Soteriapatienterna var mindre apatiska och hade mindre motoriska störningar. Soteriagruppen var mer anpassad i samhället. Soteriapatienterna lämnade signifikant oftare föräldrarna och flyttade till ett eget boende. Soteriagruppen tog sällan psykofarmaka samt fick större självbestämmande och oberoende.

Beträffande återintagning och vårdkostnad förelåg inga skillnader. 50% återintogs ej medan 25% återintogs flera gånger.

3. **VILLEMOTES, AV LACAN INSPIRERADE, PSYKOSBEHANDLINGSMODELL**

*”Livet måste levas framåt
men kan bara förstås bakåt”*

Sören Kierkegaard

Struktureringsmodellen för jaget

De begrepp Villemotes använder i sin modell, av psykos och för psykosbehandling, kan jämföras med den normala personlighetsutvecklingen och dess kritiska moment (Villemotes 1989). För behandlingen av våra patienter tänker vi oss att en sådan jag- eller personlighetsutveckling inte följt sitt normala förlopp utan stoppat upp på ett tidigt stadium. Vi tänker oss vidare att den normala processen för personlighetsutveckling kan återupptas om den psykotiska personen tillhandahålls gynnsamma förutsättningar för det.

Efter födelsen är människobarnet minst lika hjälplöst som nyfödda djurungar. Rent funktionellt är fortfarande barnet och modern en enhet. Detta är också förutsättningen för barnets överlevnad. Man kan spekulera i att barnet upplevelsemässigt inte upplever någon skillnad mellan sig och modern. De är verkligen ett, som ur barnets perspektiv, är komplett och fullkomligt. Inget ytterligare behövs eller är ens tänkbart. Allt blir tillgodosett i denna paradistillvaro, som det kan te sig senare ur den reflekterande vuxnes perspektiv. Detta är symbios i en relation av primär narcissism.

En invasion i paradiset krävs för att detta stillastående och tidlösa, perfekta tillstånd skall brytas. Man kan tänka sig familjens fadersroll som aktören i detta. Modern vänder sig med tiden allt mer mot fadern och lämnar barnet till allt längre stunder av övergivenhet. De moderlösa stunderna är skapade av att någonting drar i modern. Hon är begärande i riktning bort från barnet. Riktningen är mot den reale fadern som i teorin representeras av den symboliske fadern, vilken ju i vissa fall inte behöver vara den biologiske fadern, utan någon annan som ibland får bli viktigare för modern än vad barnet är.

Freud observerade hos sitt barnbarn att det tog till sig en lek i de moderlösa stunderna, där barnet kunde låta föremål försvinna (Freud 1920). Det var en trådrulle. Freud märkte en viss nöjdhet hos barnet när det kontrollerade trådrullens försvinnande och återkomst. Freud tolkade trådrullen som en fetisch. Fetischens närvaro skänkte en tröstande komplettering till

den fullkomlighet som rådde vid moderns närvaro. Fetisken medförde beroende och bundenhet till föremålet.

Med tilltagande mognad hos barnet blir det tydligt att modern kan vara närvarande eller frånvarande och behöver då ersättas. En åtskillnad mellan mor och barn är skapad. Den preoidipala modern som ingick i den primära narcissismens problemfrihet är för alltid borta och den första bortträngningen, urbortträngningen, är genomliden (de Waelhens 1978). I den kristna kulturens mytologi finns en ursprunglig utdrivning ur paradiset som kan föra tankarna till psykoanalysens urbortträngning. Detta är utdrivningen ur paradiset som Adam och Eva utsattes för, då de smakade på frukten från kunskapens träd och som förde dem bort från den direkta gudsgemenskapen. De upptäckte sin nakenhet som de skämdes för. Denna utdrivning ur paradiset är avbildad på avhandlingens omslag i den version som finns i Sixtinska kapellets tak i Vatikanen.

En liknande verkan har urbortträngningen. Individen lämnar den omedelbara närheten mellan verklighet och sinnesintryck. Emellan dessa tränger sig den symboliska ordningen i form av en intellektuell karta av världen som slutligen är språkligt symboliserad. I och med detta blir också världen organiserad enligt språkets villkor. Det som är möjligt måste följa grammatikens regler. Dessa regler kan styra vår varseblivning tillsammans med sinnesorganens fysiologiska och genetiska möjligheter och begränsningar. Skammen som Adam och Eva erfor då de fick syn på sin nakenhet för tankarna till kastrationskomplexets verkningar då människan får syn på sina skröpligheter, ofullkomligheter, begränsningar och den egna dödligheten.

Det som senare följer i Nya Testamentet är att ordet är hos Gud, ja ordet är Gud. Efter utdrivningen ur paradiset kan detta tolkas som att språkligheten är en gudomlig gåva till människorna. Detta liknar vår teoris synsätt att den språkliga ordningen blir vår intellektuella karta över världen. Den styr vårt tänkande och upplevande. Den anger vad vi kan lägga märke till och vår tankes nästa steg, hänvisningen, sambanden med mening. Lacans teori om personlighetsutvecklingen kan således tyckas väl förankrad i västerländsk tanketradition.

En följd av urbortträngningen är behov av att finna ersättningar och ett letande efter sådana i yttervärlden. Det som i begynnelsen var längtan åter till det paradisiskt fullkomliga blir till begäret, som för barnet allt längre ut i yttervärlden i jakten efter den perfekta kompletteringen eller fetisken. Begäret för då barnet på allt längre distans från det ursprungligt åtrådda och ingen ersättning kan vara tillräcklig. Den enda vägen leder utåt i ett livslångt sökande som aldrig kan nå målet. Sökandet upphör först i döden.

Allt detta är ju vuxnas efterhandskonstruktioner och inget som barnet kan berätta om. Barnet fortsätter bara sitt sökande efter komplettering till den fullkomlighet som ofrånkomligt gått förlorad. Med ytterligare mognad kan barnet leta efter vad den reale fadern har, som barnet inte har, och som kan förmå modern att överge barnet ibland och allt längre stunder och kanske allt oftare. Vad har större makt över modern än barnets krav. Vad drar i modern mer än barnet? Signalementet på den som gjort inbrytningen är inte längre bara visuell utan kan uppfattas som någon som är hänvisad till i moderns tal, den symboliske fadern (Edenius

1996). Den viktige personen kallas vid namn, fadersnamnet (Strauss 1987). Fadersnamnet, om barnet tar det till sig och inte primärt förkastar det, innehåller släktens namn. Släktnamnet hänvisar vidare till de olika släktingarnas namn, deras könstillhörighet och generationsskillnaderna som innehåller tiden. Sexualiteten i dess anvisade konstellationer och i dess förbjudna är incestförbudets installation. Slakten, generationsskillnaderna och könsskillnaderna installerar sexualiteten.

I och med att fadersnamnet inte förkastas har barnet inträtt i samhällets mest grundläggande ordning eller spelplan. Detta system, som endast kan förmedlas från generation till generation artikulerat i språket, kallas i denna modell för den symboliska ordningen. Om barnet gjort sitt inträde i denna centrala ordning är det fritt att spela enligt dess regler. Barnets existentiella position är tydlig i vad som får och inte får göras samt straffet vid överträdelser. I och med tidens inträde blir döden ofrånkomlig. Tillsammans med alla de andra inskränkningarna i den symboliska ordningen utgör denna lag kastrationskomplexet, som för varje ny människa har sitt ursprung och sin sanning från fadersnamnet.

Om fadersnamnet primärt förkastas, som en följd av att modern inte hänvisar till den symboliske fadern eller vänder sig till denne, kvarstår primär narcissism och barnet får aldrig någon möjlighet till gemenskap eller ersättningar utanför symbiosen (Jurenville 1984). Om barnet först bejaktar fadersnamnet men sedan tvingas förneka det inför kastrationskomplexets smärtsamma klarsyn angående allas begränsning, blir då ett psykotiskt fundamentalt utanförskap följden (de Waelhens 1978). I båda fallen kan hjälpen vara att förse den solitära psykotikern med gynnsammare förutsättningar till att bättre tåla inträdet i den symboliska ordningen och därmed möjlighet till gemenskap. Ett absolut krav är emellertid att fadersnamnet får möjlighet att träda i kraft så att kastrationskomplexet passeras. Först då kan det före detta barnet reda sig självt. Auktoriteten i fadersnamnet har fått vandra från den primära narcissismen till fetischen. Sedan vidare till bästisar och idoler för att slutligen, genom den personliga historien, få sin förankring i den egna språkligheten. Först då gäller barnets eget tal med inneboende egen auktoritet. Människan har blivit subjektet, ”jag” i sin språkligt artikulerade, egna historia.

Fadersnamnet med en förankring i primär narcissism innebär totalt beroende och existens som objekt. Ett rent, omedierat och osymboliserat vara. Fadersnamnet i fetischen innebär ett ägande men med avsevärt beroende och ofrihet kvar. En ägandets form av existens. Fadersnamnet i den egna språkligheten innebär att kunskap finns. En vetandets existens. Endast i språkligheten finns kunskap. Kunskapen omfattar vad som är både närvarande och frånvarande, allt som går att lära med språket som redskap om sig själv och om yttvärlden. Den kunskapen innesluter också begränsningarna och den egna förestående döden. Ett accepterande av kostnaderna för att bli autonom kanske kan vara alltför stora för en del människor och de avslutar då sin personlighetsutveckling som objekt för andras hanterande av dem. De tar inga initiativ, gör inga val. De är då inte subjektet i sitt eget livs historia. Avhandlingens titel ”Gud eller Svensson” vill visa på de två alternativ som finns för alla människor.

Valets ena alternativ är att existera utanför tiden men i en ibland grandios ensamhet. Möjligheten finns att på detta sätt behålla sitt liv i den primära narcissismens fullkomlighet.

Detta är det psykotiska livet. Det andra alternativet är att underkasta sig vetenskapen om livets och egna begränsningar men i gemenskap med alla andra människor som har sina liv under samma villkor. Nackdelen med detta liv är att den primära narcissismen är för alltid förlorad. I gengäld har yttervärlden förgyllts något av den omedvetna längtan efter det paradiset som man lämnat. Det begär som uppstått efter den ursprungliga förlusten präglar ett liv med utåtriktad ambition. Det som eftersträvas i detta friska liv skymtar som en skuggfantasi bakom yttervärldens eftertraktade objekt. Då de erövrats har skuggfantasin snabbt flytt bakom nästa objekt att eftersträva. Ensamheten är dock botad och det har uppstått en existens som möjliggör begär och gemenskap.

Beskrivning, metaforisering och förståelse

Förståelse av psykotiska tillstånd skulle kunna innebära tolkning av psykosens manifestationer. Tolkning innebär metaforisering av dessa manifestationer. Det kan vara hallucinationer och vanföreställningar, ensamhet och skräck. Metaforisering innebär idéer om att manifestationerna av psykosens borde tänkas som något annat (Lakoff 1980). Det skulle kunna vara att psykosens egentligen är krisreaktioner eller något fel i hjärnan eller en ovanligt stor sårbarhet redan vid måttliga påfrestningar. En beskrivning av psykotiska manifestationer behöver däremot inte innebära moment av metaforisering eller förståelse. Det stannar då vid att symtomen beskrivs.

Beskrivning är det som finns i en psykiatrisk journals avsnitt om psykisk status. Ett sådant avsnitt avses vara objektivt i den meningen att de psykotiska manifestationerna kan observeras och beskrivas som något utan annan mening än vad som var och en kan observera. Det språkliga modus som används till detta är indikativ. Detta innebär endast ett utpekande av vad som föreligger för var och en att iaktta.

Ett viktigt val är således om förståelse av psykos innebär en indikativ beskrivning av psykotiska manifestationer eller om det innebär en metaforiserande jämförelse med något annat som man känner till. Problemet är om man kan nöja sig med beskrivningen, till exempel enligt DSM-IV, med en lista på manifestationer. Det heuristiska värdet är då att manifestationerna kunnat inplaceras i en klassifikation som redan är accepterad av den vetenskapliga världen. Detta har ett begränsat värde om man vill försöka förstå en medmänniskas manifestering av sin existens.

När en observatör skall beskriva en psykotikers manifestationer sker ett antal, mer eller mindre medvetna, val. Observatören är beroende av sin träning i vilka manifestationer som skall beskrivas samt hur. Observatörens träning är av ett professionellt slag och syftar till ett objektivt och opersonligt speglade. Resultatet av observationerna kan logiskt leda fram till sjukvårdstekniska åtgärder.

Observation och beskrivning är inte avsedda att skänka den psykotiska personen kunskaper och förståelse. Däremot kan klassifikation av symtom leda till lindring av symtom genom externalisering av det onda till en sjukdom med ett namn samt i bland lindring för andra människor som kan befrias från psykosmanifestationer i sin livsmiljö genom symptomatisk behandling. Detta kommer dock in i ett senare skede än beskrivningsskedet. Den psykotiska

personen kan under en sådan bedömningssituation förväntas känna sig förtingligad, förringad och undanhållen en förtroendefull relation som han kanske hade hoppats få från sjukvården. Detta trots att situationen utformas lege artis från observatörens sida. Troligen känner sig den sjuka oförstådd och missnöjd. Detta kan vara fallet i större grad inom psykiatri än inom somatiska specialiteter.

I den psykiatriska situationen kommer patienten med sig själv som person och inte med ett organ där det onda lätt kan lokaliseras. Det är, i psykosfallet, en situation av oförmedlad existens. I det somatiska fallet kommer patienten med en dysfunktion eller dysfunktionell del av sin kropp. Här är situationen ett havande eller ägande. Att vara en lidande som förtingligas är värre än att äga en dysfunktionell kroppsdel som förtingligas. Psykotikerns situationen är ett totalt underkastande under observationen, egentligen ett utsläckande av det unika självet som endast patienten borde äga. Det kan förväntas att psykotikern blir försämrad av den diagnostiska proceduren och uppvisar en ovanligt stor mängd psykotiska manifestationer.

Vid metaforisering liknas lidandet vid något annat som den lidande är förtrogen med. Det kan vara traumata eller annat ur livssituationen. Den lidande och hjälparen gör åtgärden tillsammans. Resultatet blir en berättelse eller en myt av historicerande karaktär. Lidandet kommer in i ett sammanhang av något större annat, till exempel psykotikerns historia. Detta att terapeuten och patienten förenas i utforskandet av ett mer avlägset, externaliserat, sammanhang förflyttar lidandet på avstånd och frigör det från patienten. Lidandet blir isolerat och utanför. Detta avstånd ger förutsättning, perspektiv, för symboliserande, till exempel verbalt. Den införda distansen förhindrar också att nusituationen skulle kunna upplevas som förringande. Den lidande och undersökaren blir i stället partners i en gemensam produktion av en berättelse.

Resultatet av att införa ett avstånd till det undersökta objektet genom införandet av ett tredje objekt som gör att patienten inte själv behöver bli objekt, ger honom möjlighet att behålla det unika självet i nusituationen. Det ger till och med möjlighet till ett förtroendefullt samarbete med undersökaren, en slags jämställdhet mellan undersökare och patient, en gemenskap. I och med distansen i det externaliserade uppstår en möjlighet för patienten att börja hantera sin existens med symboliska medel. Resultatet bör vara att patienten är herre över sitt eget liv om än med katrationskomplexets begränsningar.

Rationellt modifierad teknik

Behandlande och handledande personal inom psykosvården verkar inom ett medicinskt sammanhang med akademiska traditioner. Den svenska tillsynsmyndigheten kräver att verksamheten inom vården skall baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet. När det gäller psykoterapi vid neuros så är traditionen lång inom både psykoanalytiskt grundade tekniker liksom inom behavioristiskt grundade tekniker. Farmakologisk behandling har också både vetenskap och beprövad erfarenhet att stödja sig på, både vid neuros- och psykosbehandling. Här gäller symtomlindring som mål. Däremot uppstår stora svårigheter vid psykoterapeutisk behandling av psykos.

Om psykoterapeututbildningarna vid universiteten framför allt skulle lära ut neurostekniken, skulle sedan de utexaminerade psykoterapeuterna, då de återvänder till psykiatrisk klinisk praxis, möta svårigheter med psykiatrins psykotiska patienter. I dessa möten uppstår inga överföringsneuroser som kan bearbetas. I stället tar sig relationen mellan patient och psykoterapeut karaktären av ett olustigt möte. Ibland blir mötet i stället mycket ömsesidigt och personligt men utan slut och bot. Dessa intuitiva, ej teoretiskt grundade, mottagningsrelationer har många gånger kallats för stödterapi. De kan ha sociala eller kontrollerande avsikter men de saknar utgångspunkt i någon teori för förståelse och behandling av psykos. Resultatet av att ingen terapeutisk process startar kan bli att terapeuterna tar generellt avstånd från teorier inom området; kanske förkastar dem som traditioner och riter utan praktiskt värde för behandlingen eller att verksamheten är av artistisk natur och att man därför bör ta avstånd från alla teoretiska tvångströjor. Resultatet kan också bli att terapeuterna upplever ett tydligt behov av teorigrund i detta svåra arbete.

Forskning inom området har oftast skett med psykoterapeuter som tillägnat sig neurosteknik eller inte har psykoterapiutbildning alls, till exempel i en del amerikanska studier som beskrivits av Karon (Karon 1972). Om en teori kan formuleras kring psykos där terapeutiska implikationer blir tydliga så borde detta vara ett givet forskningsfält. Vidare borde terapeuter låta sin psykoterapeutiska teknik ansluta till teorins terapeutiska implikationer. Praxis blir då alltmer sammanhängande, kommunicerbar och konvergerande med vetenskap och så småningom, beprövad erfarenhet. Det är en sådan teoretisk grund som kommit till användning vid psykiatriska kliniken i Härnösand i samband med psykosbehandling på behandlingshem och i individualpsykoterapi.

Det icke närvarande

Enligt skolastisk filosofi menas med subjekt bäraren av egenskaper, till exempel en människas egenskaper. Med objekt menas då föremålet för en upplevelse eller en tanke, till exempel föreställningen, tanken eller meningen om dig, om mig. Från 1700-talet kom objekt att innebära det som subjektet är ställt gentemot. Latinets objectum betyder kasta framför, lägga. Förhållandet mellan subjekt och objekt är ett viktigt filosofiskt problemområde. Distinktionen mellan subjekt och objekt har blivit fast från och med 1800-talet. Vid den tid då S. Freud var verksam var skiljandet mellan subjekt och objekt fullbordat i de europeiska intellektuellas kultur. På 1800-talet kan detta ha varit något nytt och spännande att tillämpa inom medicinen. I vår tid tar vi det som något självklart, så som så mycket annat som blivit kvar under lång tid i den kultur vi lever i.

Den franske filosofen Paul Ricoeur har, inom hermeneutiken, utvidgat Heideggers och Gadamers beskrivning av människans "vara i världen" till att omfatta människans språkliga och historiska vara samt att dessutom betona objektiveringen. Den senare är en process som för människan på avstånd från sig själv. För att förstå sig själv måste hon gå över yttre sammanhang, sociala institutioner och andra kulturella sammanhang i vilka hon lever. Förståelse av sig själv innebär då preformerade metaforer för hennes plats, existens, i världen. Både historiciteten och den sociala metaforiseringen av jaget innebär krav på en språkighet som kan fungera som text, som är objekt för subjektet. Jaget måste vara strukturerat så. Det förutsätts alltså en rörelse av den inre världens kroppsbundna hunger, törst, kinestetiska upplevelser o.s.v. till ett begär mot objekt som finns utanför kroppen och som förmedlas i

språklighetens medium.

Yttervärlden kan hanteras med kroppens egna verktyg men måste då finnas i direkt kroppskontakt eller imaginärt som en angelägenhet för sinnesorganens registrering. Frånvarande objekt kan omfattas endast med symboliska hjälpmedel till exempel föremål som fotografier, hårlockar, brev som ting förslutna i rosett, förlovningsringar eller med språkets hjälp som brev eller utbyte av förtroenden om det saknade objektet. Med den symboliska ordningens språkighet kan också frånvarande objekt i någon mening ägas i form av kunskap. Ägandet kan då utvecklas till kunskap om både närvarande och frånvarande objekt i både rumslig och tidsmässig mening. Det flydda kan hållas kvar som historisk text och det ännu ej inträffade kan omfattas via modus konjunktiv eller implikation.

En människa som, på grund av avsaknad av begär, inte kan söka sitt objekt i yttervärlden blir beroende av kroppskontakten och sinnesorganens signaler. Till och med dessa kan vara individuellt olika och begränsade eftersom en förståelse via tolkande metaforisering förutsätter språkfunktion med historicitet och temporalisering, alltså en förmåga att hantera text. Saknas detta får den egna språkligheten mindre auktoritet, mindre sanningsfunktion. Människan fortsätter att leva i en värld där tingen är i direkt kroppskontakt eller kan ses eller höras. Något därutöver finns inte, förrän det dyker upp i den geografiska närheten. Förmågan att förena sig med en annan människa kring en gemensam ”text”, om något icke närvarande, saknas då mer eller mindre. Isolering och hjälplöshet föreligger. Ett avhjälpande av denna belägenhet innebär temporalisering och förankring av auktoritet i den egna språkligheten. Detta kan kallas för att jaget struktureras.

Sammanfattning

Psykosbehandling är i denna modell det samma som personlighetsutveckling. En formulering har därför gjorts av jagets strukturering och vilka förutsättningarna är för en sådan.

Målet med denna psykosbehandling, om den skall ha bestående effekt i en personlighetsutveckling utöver psykosen, är en genomgång av kastrationskomplexet. Vägen till denna nya personlighetsstruktur kräver att fadersnamnet kan få effekt, först i fetisch och sedan som sanningsfunktion i språket. Hur vi försöker åstadkomma detta i praktiken beskrivs i ett senare avsnitt.

4. DIALEKTIKEN MELLAN TEORI OCH PRAKTIK

*”- och icke, vad de tänka där de stå
orörligt stilla, medan molnen gå.”*

Bertil Malmberg

Den första kontakten

I vår egen praktik på Norrgården (Jansson 1992), har vi vissa procedurer vid de första kontakterna med en blivande behandlingshemspatient. Det första är alltid att någon i den psykotiska personens nätverk ringer till behandlingshemmet och får där viss information om behandlingens yttre form. Det kan vara hur lång behandlingstiderna i allmänhet är, hur sjuka och hur gamla de andra patienterna är, om det finns schema för dagliga aktiviteter, hur ofta psykotikern får träffa sina anhöriga o.s.v. Initiativtagaren till denna första kontakt kan vara en förälder, en skolsköterska, en kompanichef, en släkting eller en distriktsläkare, en medarbetare i ett psykiatriskt team eller en psykiatrisk vårdavdelning. Detta första samtal utmynnar i att den frågande uppmanas ringa upp överläkaren på behandlingshemmet.

När samtalet med överläkaren är ett faktum brukar den frågande ha kommit på ytterligare frågeställningar som handlar mer om behandlingens innehåll. I denna fas av samtalet redovisas inte den teoretiska grunden för behandlingen på annat sätt än att behandlingen är byggd på psykoanalytisk teori. Jag brukar också upplysa om vilka andra behandlingshem som kan vara alternativ till Norrgården samt deras teoretiska grund, till exempel kognitivt inriktade behandlingshem eller enheter som bygger på rehabiliteringsmetodik i form av tydligt strukturerad träning på behavioristisk grund. Jag berättar också om de ekonomiska villkoren eftersom varje vård dygn kan kosta upp emot 2500 kronor. Eftersom en typisk behandlingstid är 2 år kan inte någon enskild betala detta själv. Det måste ordnas med en läkarremiss från en klinikchef som därmed tar kostnaden på sin kliniks budget.

Nästa steg i förberedelsearbetet för intagningen är att beställa en tid för samtal mellan den sjuke och hans familj samt överläkaren. Detta samtal sker inte på Norrgården utan i ett samtalsrum på psykiatriska mottagningen i Härnösand. Den tid som avsätts för samtalet måste

vara tillräcklig för att ingen tidspress skall öka ångestnivån hos de deltagande. Tre timmar brukar avsättas även om samtalet oftast är naturligt avslutat efter 2 timmar. Familjen får alltid ta de första initiativen till samtalsämnen. Nästan alltid kommer, oftast fadern, in på tidigare erfarenheter av hur det har gått för tidigare patienter. Han är också intresserad av hur livet gestaltat sig för dessa människor då det blivit färdigbehandlade, i bästa fall och i sämsta fall. Slutligen vill de höra om vår teori. Det finns en oro för att behandlingen är flummig eller enbart intuitiv och teorilös. I detta skede lämnas en teoretisk redogörelse där också centrala begrepp som fadersnamnet och de tre behandlingsfaserna förklaras i vardagliga ord. Det verkar som om föräldrarna blir lugnare av att något överordnat, opersonligt, teoretiskt system finns som behandlarna har att hålla sig till. De dagliga aktiviteterna och vardagslivet på behandlingshemmet intresserar också.

Under detta samtal är patienten passiv. Då överläkaren vänder sig till denne kommer oftast inget svar utan en av föräldrarna svarar i stället. Patienten går i bland ut ur rummet men kommer tillbaks om en stund. Ingen försöker hindra honom att lämna rummet.

Överläkaren, som är författaren, är sedan intresserad av familjen och släkten samt kamrater, intressen och hur skolan har fungerat, hur familjen bor och om det har funnits psykiska problem eller krisartade händelser. Stor vikt läggs vid denna tillbakablick också hur familjen först upptäckte att patienten inte varit som andra jämnåriga. Särskilt viktigt är det att klargöra vad som förevarit kring psykotikern då denne först blev sjuk. Inträffade dödsfall, skilsmässa, syskon kom till eller någon förälders sjukdom, somatisk eller psykisk, missbruk o.s.v.

En viktig del i samtalet är att berätta för föräldrarna om vad behandlingen kan komma att innebära för dem. Det handlar om att den psykotiske familjemedlemmen skall komma i gång med sin personlighetsutveckling, psykologisk mognad, strukturering, och att han därmed blir förändrad som person. Eftersom detta många gånger verkar skrämmande för föräldrarna kan man se det som att föräldrarna kommer in i en krissituation. För att de skall klara ut denna fortast möjligt samt för att förhindra att deras sämre mående skall störa patienten på Norrgården, bör föräldrarna själva besöka en terapeut regelbundet. Denna terapeut är vanligen en psykolog som är legitimerad psykoterapeut och som inte arbetar på Norrgården utan i det öppenvårdsteam som finns närmast till för föräldrarna. Det är viktigt att den blivande patienten får höra att föräldrarna kommer att få stöd och hjälp då patienten själv inte längre är hemma.

Detta möte avslutas med en formell diagnostik. Här sitter överläkaren ensam med patienten och använder ett frågeformulär med symtom av olika slag. Frågeformuläret blir något opersonligt tredje som varken är en del av patienten eller överläkaren. Data bearbetas senare i dator med hjälp av Opcrit version 3,2 (Mc Guffin 1991). Resultatet blir diagnosen enligt DSM-systemet. Med hjälp av frågeformuläret, som vi arbetar gemensamt med, blir inte diagnosticeringen en polariserad, starkt ojämlig relation, där överläkaren själv vet allt om patienten och patienten inte vet något. Det blir frågeformuläret och datorn som skall ge oss bägge ett besked så småningom.

Om familjesamtalet gjort det troligt att patienten och framför allt familjen i övrigt är intresserade av att pröva Norrgården så går de gemensamt till behandlingshemmet för ett

första besök där. De blir mottagna av föreståndaren och den behandlingsassistent som blivit utsedd till patientens kontaktperson.

Existensens villkor vid psykos

För att kunna formulera vilken terapeutisk modifikation som skulle kunna tänkas verksam vid psykos kan man utgå från skillnaderna i de existentiella, grundläggande villkoren vid neuros respektive psykos.

Vid den symbiotiska relationen till den preoidipala modern råder, kan man som vuxen retrospektivt anta, en fullkomlig existens. Modern kanske, från den vuxnes återblickande perspektiv, uppfattas som kompletterad på ett självklart och ofreflekterat sätt. Under sådana villkor uppstår aldrig konfrontationer med ofullkomligheten. Någon sådan har ännu inte kunnat uppstå. Givetvis finns då inte heller reflektion kring den fullkomliga komplementära dyaden. Det finns ju ännu inte det språkliga verktyget till att reflektera med.

Då den symboliske fadern tränger sig in i dyaden upphör denna i sin fullkomliga form. En hänvisning till fadersnamnet blir herefter alltid en realitet. Ofullkomligheten medför en saknad tillbaks till den fullkomliga dyaden. Fadersnamnets ständiga närvaro omöjliggör den första ursprungliga existensen. Dyaden har i sin fullkomliga form trängts bort. Till en början sker detta med övergångsobjekt av materiell natur. Dessa fetisch, tröstande föremål, kräver en rumslig närvaro för att fungera. En större autonomitet uppkommer vid symbolisk representation av den ursprungliga dyaden i språklig form, hur ofullkomlig och halvdan ersättningen än är i jämförelse med originalet. Denna kan modifieras och kan alltid finnas närvarande. Dock skänker den kvarvarande saknaden en upplevelse av mening åt ersättningarna.

Fadersnamnets auktoritet över dyaden blir så mäktig som moderns struktur, och därav tal, gör den till. Om fadersnamnet, av modern, åtminstone någon gång prioriteras före barnets vilja visas fadersnamnets överlägsna giltighet och kraft, dess funktion som lag. Det kan också uppstå ett hopp hos barnet att fadersnamnets auktoritet och makt måtte verka till barnets fördel. Detta kanske också är det första fröet till eller förutsättningen för att en separation och individuation skall komma i gång.

I en psykoterapisituation kommer en person, med ovanstående historia, med ett hopp om att terapeuten skall kunna ha lösning på viktiga svårigheter i existensen. Det talade ordet som terapeuten låter höra får en tyngd sådan som fadersnamnet borgade för. Det terapeuten säger till sin patient blir mycket giltigt, som ett facit. På detta sätt fungerar överföringen för den så strukturerade patienten. Boten ligger sedan i bearbetning och upplösning av överföringen, dit fadersnamnet vandrat från sin bortträngning i symtomet. Fadersnamnet hade trängts bort i det neurotiska symtomet. Detta gäller för neurotiska patienter.

Om däremot den ursprungliga dyaden inte omintetgörs av fadersnamnet så sker inte den ursprungliga bortträngningen av den fullkomliga kompletteringen av den preoidipala modern,

utan dyaden fortsätter i stället ostört. Urbortträngningen blir ofullständig. Fadersnamnet får inte verka för att skapa en symbolisk referens. Dyaden är i form av primär narcissism. Ingen riktig skillnad har fått uppstå. Ett jag och ett du finns inte som polariteter.

När en person med denna icke neurotiska struktur i sin existens utsätts för de polariseringar, skillnader, som inte kan förstås eller dyaden tillfälligt upphör, uppstår en kris i fundamental mening. Ett trauma liknande amputation sker. Personen kan då i sin skräck rikta aggressivitet mot någon annan eller sig själv, suicidera, eller försjunka i autism. En tredje möjlighet är att fadersnamnet uppfattas i sin dyadsplittrande roll. Förmågan att uppfatta fadersnamnet är emellertid inte modifierat eller symboliserat via övergångsobjekt eller språk. Fadersnamnet kommer då till personen som hallucinos. Den hallucinatoriska rösten bestämmer över personen såsom något som utifrån, överindividuellt och mäktigare tilltalar personen. Denna psykos uppstår eftersom det är ofrånkomligt att fadersnamnet drabbar förr eller senare även om det är osymboliserat.

Något sökande efter en terapeut som, på ett symboliserat och meningsfullt sätt, förväntas bidra med sanning kan inte ske eftersom fadersnamnet inte fått sin referensfunktion. Ingen överföring i neuropsykoterapins mening inträffar. Däremot kan likhet, som i symbiosen, lindra polariseringar och andra traumata. En relation till terapeuten som till en början kan ersätta den ursprungliga symbiosen skulle kunna ge lindring och skapa en ny narcissistisk relation som fadersnamnet kunde verka på. Om detta vore möjligt skulle urbortträngningen kunna ske i vuxen ålder i stället för barndomen.

Parallellprocessen i handledningen

Under den första behandlingsfasen på Norrgården är målet att en förtroendefull relation skall uppstå mellan patienten och hans kontaktperson. Kontaktpersonen måste då vara densamma hela behandlingstiden och är inte utbytbar. Medlet för att så säkert och fort som möjligt uppnå detta är ett uppriktigt intresse för, en hoppfull attityd till patientens framtid och ett icke polariserande, mildrande av olikheter, förhållningssätt gentemot patienten. Den kompletterande funktion som modern haft tidigare skall nu kontaktpersonen överta. Denna blir därför idoliserad som den som har svar på alla frågor och kan fatta besluten åt patienten. När målet är uppnått märker de andra inom personalgruppen detta tydligt. Vanligen märks det genom att patienten börjar fråga efter sin kontaktperson när denna är ledig. Kontaktpersonen märker endast att relationen till patienten har blivit konfliktfriare och trevligare och att hon allt mer tänker på sin patient då hon inte är i tjänst. Det har uppstått en verklig ömsesidighet.

Under denna första behandlingsfas är handledning central. Eftersom den läkande kraften kan tänkas bestå i en parallell process är det viktigt att handledaren kan överföra, från sig till kontaktpersonen, allt det som kontaktpersonen har till uppgift att överföra till sin patient (Ekstein 1977). Handledaren, författaren, måste därför hysa hopp inför framtiden, världen är rolig att utforska, ett vänligt intresse i relationen till kontaktpersonen och ett icke polariserande förhållningssätt till densamma. Man kan som ett tankeexperiment föreställa sig det motsatta, inte helt ovanligt i tider då sjukvårdsenheter under årtal utsätts för nedläggningshot. Handledaren skulle då vara pessimistisk och inte se någon framtid för behandlingshemmet eller den tillämpade behandlingsmetoden. Han skulle klaga inför

kontaktpersonen över alla mörka hot som finns. Det bästa skulle då vara en längtan tillbaks till en tid då en större trygghet rådde. Är det ens möjligt att kontaktpersonen sedan kan förmedla hopp inför framtiden till sin patient? Knappast i längden.

Om inte handledaren själv har glädje av sitt liv och har något som intresserar honom eller lockar honom inom eller utom yrkesutövningen. Är det då möjligt att kontaktpersonen kan gå från sin handledare och själv visa på så mycket roliga möjligheter det finns att begära utanför en övergiven dyad? (Edenius 1994). Även om kontaktpersonen själv skulle vara en allmänintresserad människa så skulle åtminstone tiden närmast efter handledningstillfällena vara nedgångsperioder. Om handledaren inte kan visa ett vänligt intresse för kontaktpersonens upplevelser av och fantasier kring sin patient utan i stället, på ett auktoritärt expertbetonat sätt mest intresserar sig för medicinlistor och kroppsliga undersökningar. Inför dessa mer rutinmässiga plikter som man bör utföra för alla patienter, faller det sig då naturligt för kontaktpersonen att uppriktigt vara intresserad av sin unika patients upplevelser och fantasier? Det måste finnas en stimulans för kontaktpersonen att nedtona sin person för att lyfta upp patientens självkänsla genom att lösa problem genom diskussion där patientens mening är aningen viktigare än kontaktpersonens. Nej, troligen skulle även kontaktpersonen bli ängslig att förlora kontrollen över patienten och patienten skulle bli mer orolig i stället för mer autonom.

Kraven på en handledare i psykospsykoterapisammanhang är således stora. Förutom att det inte bara räcker med psykoterapiutbildning och handledarutbildning avsedda för neurosterapier bör de ha utbildning i psykoterapi som är modifierad för icke neurotiskt strukturerade patienter. Förutom denna formella kunskapsgrund bör de absolut ha erfarenhet av att själva ha haft psykotiska patienter i psykoterapi. Det är inte troligt att erfarna kontaktpersoner kan få så stor tillit till en kliniskt oerfaren men teoretiskt kunnig handledare som de behöver för att starta parallellprocessen med idolisering, tillit, hopp och intresse för den andra personen samt ett icke polariserande förhållningssätt. Begäret efter världen därutöver förutsätter också att handledaren i sin egen personlighetsutveckling har nått fram till ett sådant begär.

Åtminstone skall handledaren kunna fungera på sublimerad nivå under gynnsamma omständigheter. Under stark stress primitiviserar givetvis också en handledare, liksom alla andra människor. Om handledaren har en klar livsåskådning i existentiella frågor kan han kanske klara sig på sublimerad nivå under en starkare stressutsatthet än en annan handledare som endast kan se sig i sin yrkesroll och på grund av detta riskerar bli allt för ensidig, med endast ett referenssystem, och därmed sårbar.

När kontaktpersonen får ökad betydelse för patienten i jämförelse med den förälder som tidigare varit den dominerande kallar vi det för att fadersnamnet, i dess fetischform, maktfunktion, har vandrat över till en ny förankring hos kontaktpersonen. Modern upplever ofta detta som förlust och tomhet och hamnar i en krissituation. För att inte föräldern skall återkräva inflytandet över sitt psykotiska barn behöver många föräldrar egen regelbunden och krisbearbetande samtalskontakt. Detta är inte bara för att skydda föräldrarnas psykiska hälsa utan också för att skydda patientens chans att få fortsätta sin personlighetsutveckling ifred på behandlingshemmet.

Situationen i psykotikerns nya existens är att fadersnamnet, i fetischform, har flyttat från ena föräldern till kontaktpersonen. En konkurrenssituation kan nu råda mellan föräldrar och behandlingshem. Kontaktpersonen är idoliserad och en narcissistisk enhet råder. I bästa fall slår sig patienten till ro på behandlingshemmet och en slags tidlös frid råder, ungefär som i den ideala barnkammaren. Den första narcissistiska behandlingsfasen är i och med detta avslutad. Utan handledning, där detta tydliggörs, finns risk att utvecklingen gör halt här. En relativ harmoni råder och patientens psykotiska symtom är knappt märkbara. Att det fridfulla tillståndet inte är stabilt, i avsaknad av den narcissistiska dyaden, märks inom ett par dygn om patienten åker hem eller skriver ut sig i förhoppningen att han nu är frisk i sig själv. Patienten blir då snabbt psykotisk igen. Om han återkommer till behandlingshemmet inom ett par veckor kan det tidigare fridfulla tillståndet åter finnas. Tillfrisknandet sker fortare efter varje ny separation från kontaktpersonen på behandlingshemmet. Den andra separationspsykosens symtom försvinner efter en eller två veckor.

Den primärt narcissistiska dyad som patienten haft som sin existens villkor före behandlingen har han nu men tillsammans med en kontaktperson. Nästa mål blir att låta fadersnamnet åter flytta men denna gång till språket för att ge det dess lagfunktion. Hittills har språket inte haft någon verklig egen tyngd. Ingen skillnad har funnits mellan sanning och lögn. Det har gått att säga vad som helst det har ändå inte betytt något särskilt. Med lingvistisk nomenklatur har signifié varit flytande. Ett ord har kunnat ändra sin betydelse precis hur som helst, från ena sekunden till nästa, och helt oförutsägbart för andra människor.

Under hela denna första narcissistiska behandlingsfas har de dagliga aktiviteterna blivit de som kontaktperson och patient ägnat sig åt. Något schema, som i skolan eller militärtjänsten, skulle kunna föra den viktiga personlighetsutvecklingen i bakgrunden. Det skulle vara risk att man tyckte sig ha gjort sitt jobb med patienterna om man fullföljt det som schemat föreskrivit. Dessutom skulle ett aktivitetsschema kunna innebära en kraftig polarisering av var makten finns. Den finns hos den som bestämmer schemat och patienten blir reducerad till en slav, ett objekt, i stället för ett autonomt subjekt. Det är däremot möjligt att göra ett schema tillsammans eller att låta patienten själv göra ett.

Teknik vid ofullständig urbortträngning

Eftersom det vid psykos inte existerar hopp, intresse för världen eller överföringsneuros, faktorer som förutsätts vid neuroterapi, så måste psykoterapiteknik vid psykos vara modifierad från neurotekniken. Om tekniken skall vara rationell så måste den modifieras i enlighet med sin teori. Om också kravet på beprövad erfarenhet skall vara uppfyllt så krävs att utfallet prövas. Endast då blir erfarenheten beprövad.

Vid utvärdering av behandlingsresultat är det mycket tillfredsställande om sådana parametrar som ingår i teorin kan "mätas". Risken är annars att man gör ett men mäter något annat. Till exempel kan psykotiska symtom behandlas med neuroleptika. Vid utvärdering av behandlingsresultaten mäts däremot inga kemiska eller neurofysiologiska parametrar. Sådana skulle förmodligen tyckas irrelevanta i klinisk utvärdering. I stället mäts beteendeparametrar

trots att sambandet mellan dessa och farmakakemin är okända. Ofta saknas till och med modeller för hur gränssnittet mellan kemikalier och beteendeparametrar är beskaffat. Man antar bara att det skall finnas ett orsakssamband från kemikalier till beteenden utan stöd i någon teori.

Om psykos beror på ofullständig urbortträngning med förkastande av fadersnamnet som resultat, leder till att kastrationskomplexet inte inträffar, så sker inte heller oidipaliseringen. Om det dessutom vid psykos endast kan finnas ”relation” i en primär narcissism så kan inte heller överföringsneuroser uppstå. Om teorin säger allt detta så följer vissa konsekvenser för vad en rationell psykospsykoterapi har att hantera.

Ofullständig urbortträngning medför att senare bortträngningar inte sker (Laplanche 1980). Av det skälet fungerar inget omedvetet som kan göra yttervärlden lockande genom projektion av omedvetet innehåll. På det språkliga planet kan då inte något stå för något annat, på ett bestående sätt. Metaforisering kan inte ske. Orden blir enkla etiketter för föremål. Glömska kan inte ske annat än av neurologiska orsaker. Förmåga att, via symbolisering, distansera och bearbeta kriser fattas. Vid psykos kan man inte bortse från något som föreligger. Resultatet blir en extrem utsatthet för omständigheter som psykotikern inte själv kan påverka, eftersom han är objekt.

Vid psykoterapi skall urbortträngningen få förutsättningar att inträffa. En narcissistisk spegelrelation skall etableras och sedan utsätts för något tredje som kommer emellan i form av fadersnamnet. Den situationen skulle då åstadkomma symbolisering och ersättningsobjekt i form av fetischer. Eftersom urbortträngningen medför senare bortträngningar förväntas större glömska samt större lockelse från objektvärlden.

I psykoanalytisk litteratur anges att Freuds tyska term ”Verneinung” avser en logisk, grammatisk operation (Laplanche 1980). Detta motsvarar närmast engelskans ”negation”. En sådan lingvistisk operation kan tjäna bortträngning. Ett hävande av bortträngningen skulle då kunna bestå i att negationen i satsen uteslöts. Detta kan ju ske spontant vid ofrivilliga felsägningar. Omgivningen tolkar då gärna, skadeglatt, felsägningen som närmare sanningen än om negationen hade fått vara med i satsen. Den talande kan bli generad och känna sig avslöjad på ett närmast oanständigt sätt. Det är som om talaren hade fått en halv insikt. Dessvärre har han nog inte det. Det verkar finnas en isolerande barriär mellan den emotionella upplevelsen av att ha blivit ertappad och den intellektuella kunskapen om negationens skyddande funktion av motstånd mot att låta det omedvetna få bli ett fullt tal.

På det sättet kan ett ”ja” i betydelsen överhoppat ”nej” bli ett fundament till ett senare ännu mer noggrant ”Verneinung”, det vill säga en ännu effektivare bortträngning av ”ja”. Realiteten av ”ja” är omedveten.

Tyskans ”Verneinung” kan, på engelska också innebära ”denial”. Detta innebär ett mer medvetet förnekande av vad jag har gjort eller har blivit tillskriven att ha gjort. Det behöver inte alls finnas inslag av lögn i ”denial”, men kan givetvis göra det. Ett förnekande i ”denial”-

mening kan innebära en bestämd vägran att gå med på ett bejakande eller accepterande. Det kan vara ett medvetet etiskt, eller kanske politiskt, avståndstagande. Där kan också finnas effekter av förskjutning där förnekandet får inta ett metaforiskt förintande av den representant för ”ja”-ståndpunkten som får antas vara hatad av den förnekande. I det fallet skulle en älskad ”ja”-agent ha framkallat ett entusiastiskt bejakande från den som nu förnekar.

Freud använder också ibland det latinska ordet ”Negation”. Han gjorde också den erfarenheten att, under en pågående analys, innebär minskad bortträngning av omedvetet material just negation. Nästa steg, som Freud betraktade som seger, var då klienten lättade litet på negationen och sade -”jag trodde faktiskt inte att ...” eller -”jag skulle då aldrig ha kunnat tro att ...”.

Under en analys märkte Freud att om ”Verneinung” i meningen av att ett ja av försvarsskäl i stället sades som ”nej” skulle det kunna vara en viktig signal på att den föregående tolkningen från Freud var på rätt väg, men att klienten ännu inte var redo att säga ja till tolkningen. Detta skulle särskilt kunna vara fallet om en klar isolering märks mellan en tydlig fysiologisk reaktion på en korrekt iakttagelse av Freud sammanfaller med ett uttalande som just förnekar det som verkar så tydligt, utifrån sett. Ett försiktigare närmande till ämnet får förstås senare visa om tolkningen verkligen var som terapeuten trodde eller inte.

En identisk situation där klienten säger nej till tolkningen, men i meningen ”denial”, skulle kunna tyda på att tolkningen verkligen var helt fel. Emellertid skulle ett denial också kunna tyda på att ett ännu effektivare motstånd mot det omedvetna innehållet föreligger och ett förnekande som ”måste” upprätthållas. Här får verkligen framtiden också visa vad som var riktigt. För tillfället måste klienten få vara fredad i denna situation. Annars riskerar man att få en klient som är så mycket på sin vakt att fortsatt psykoterapi blir bortkastad tid för alla inblandade.

Om ”ja” finns i patientens personliga historia så blir ”nej” bortträngningen av ”ja”.

Om ”ja” bara finns i en falsk bild som tillskrivs klienten utifrån, så blir ett ”nej” just nej.

I båda fallen måste ett ”ja” ha föregått ett ”nej”. ”Ja” är en nödvändig förutsättning, orsak, till ”nej”. ”Nejet” måste ju ha något att negera.

Det ”ja” som hålles bortträngt av ”nejets” barriär kan ändå artikuleras fonemiskt som ”ja” om detta framkallas av tortyr eller betalning för falskt vittnesmål eller hot att om inte ”ja” artikuleras, trots att ”nej” är mer rätt så blir den sannare utsagan bestraffad.

En helt annan innebörd ligger i Lacans term foreclosure, Freuds Verwerfung eller svenskans förkastande. Detta liknar spädbarnets oförmedlade utspottande av föda utan att knappt ha smakat på den först. Den finns helt enkelt inte i sinnevärlden som möjlig föda. Därför finns inte heller något att förneka, borttränga eller negera. För psykotiker är detta förkastande en specifik försvarsmekanism. Det kan då gälla exempelvis fadersnamnet som aldrig ens blivit

aktuellt för bortträngning.

Om fadersnamnet är förkastat vid psykos bör en rationell psykoterapi ge förutsättningar för fadersnamnet att få sin verkan. Fadersnamnet betraktas som sanningsförvaltaren som innehar spelreglerna. När fadersnamnet får verka, genom sitt reglerande och begränsande ”nej”, innebär detta en övergång till kastrationskomplexet. Dess effekt är medvetenhet om ens egna begränsningar, ens plats i världen, vilka regler som gäller, vilka straff som gäller samt ens egen förestående död. Detta komplex är en universell och basal svårighet i alla människors liv. Vi har det dock alla gemensamt vilket gör oss till universella olyckssyster och olycksbröder. Man skulle kunna förvänta att passage av kastrationskomplexet blir en större svårighet för en psykotisk människa än för en frisk. Det innebär sannolikt också att psykotikern behöver ett mer utvecklat jag för att få tillgång till försvar.

Fadersnamnet med sitt kastrationskomplex borde medföra att sannings- eller bedömningskompetens uppstod. Viss reflekterande attityd kunde förväntas i samband med passerandet av kastrationskomplexet, kanske till och med nedstämdhet. Medvetandet om tiden borde höra samman med större sammanhang i den egna berättade historien samt behärskande av tiden, både förfluten och kommande. Historiens text har ett subjekt i berättelsen, ett jag som automatiskt skulle kunna polariseras i ett du. Planering inför framtiden borde också bli möjlig men även oro inför framtiden.

Som en följd av ovanstående resonemang skulle förutsättningar för oidipalisering finnas. I en modifierad terapiteknik som tar hänsyn till alla dessa speciella villkor för existensen vid psykos skulle terapin börja med utveckling av en primärnarcissistisk relation och fortsätta med att fadersnamnet får sin verkan i kastrationskomplexet. Då fadersnamnet är bejakat upphör hallucinosen och fetischkärleken uppstår. Dessa får sin mening av fadersnamnets verkan. Slutligen blir språkligheten meningsfull, då fetischer inte ensamma skyddar mot kastrationens konsekvenser, utan individen blir underkastad språkligheten och dess regler med logik, hänvisningar och olika tempus samt mening i de olika personliga pronomina. Fadersnamnets auktoritet och meningsskapande verkan har nu effekt på individens språklighet med incestförbudet som ett universellt starkt tecken på att oidipalisering är fullgjord.

Hur vi gör

Den personlighetsutveckling som vi vill att våra patienter skall genomgå har sin början i en primärnarcissistisk bundenhet, oftast till modern. Tätheten i deras ömsesidiga beroende har fått fortsätta under åren och någon tredje instans med regler och sanning har inte tillförts dem. Existensen i denna dyad är tidlös och utan intresse för omvärlden. De har varandra men ingenting annat.

I den existensen inträder så småningom en tredje part i form av någon myndighet, det kan vara socialtjänst, primärvård eller psykiatri, skola, värnpliktsmyndighet eller annan. Hot om separation från dyaden har tillkommit. Likaväl som barnet har sitt fadersnamn ”förkastat” likaväl har den andra partnern i dyaden kanske möjlighet att uppfatta något rimligt i en myndighets föreskrivande av vård för barnet, till exempel på behandlingshem. Det är då alltid föräldrarna som lyder myndigheten, det är aldrig ”barnet” som kommit på bättre tankar och önskar behandling. I bland har tidigare hot om förestående separation funnits kring dyaden.

Resultatet har blivit psykos hos "barnet". En placering på psykiatrisk klinik kan leda vidare till behandlingshem utan att patienten tar ställning; det är vårdpersonalen och ibland en förälder som för händelseförloppet framåt och patienten, berövad sin "andra halva" flyter med i händelseutvecklingen som ett objekt för andras åtgärder. Patienten tar inte heller ställning eller uttrycker vilja, det är "den andra halvan" som måste kunna det.

Patienten flyttar till Norrgården utan förmåga till eget begär, vilja, utan tillgång till tiden, utan egna initiativ men kanske redan med neuroleptikabehandling. Den lågstimulusmiljö som finns på behandlingshemmet är schemalös och garanterar lugn och kravlöshet. Patienten får röra sig utan instruktioner i denna miljö, utan andra påpekanden än vad som sker då man tar in på ett vandrarhem. "Där äter vi, där är Ditt rum, här är Din kontaktperson". Vi är inne i inskolningsperioden. En svårighet är att dyadens andra halva nu går hemma, övergiven och orolig för hur barnet mår. I patientens närvaro förmedlas en psykolog till föräldrarnas stöd under denna svåra första tid. När patienten tydligt får se att föräldrarna inte är fullständigt övergivna, vågar han börja intressera sig för sitt nya boende.

Efter en tid i undran bland de som bor på Norrgården börjar patienten vistas allt mer på sitt rum. Nattetid går hon upp och äter i kylskåpet och far inte illa av sin självvalda isolering. Flera gånger dagligen gör kontaktpersonen kontaktförsök genom den stängda dörren men undviker att vara påträngande. Efter två till tre veckor sitter patienten en morgon ute bland de andra och ser glad och nöjd ut. Föräldrarna vill nu ofta få ta hem sitt "barn" men i allmänhet blir patienten allt mer trygg med att vara på behandlingshemmet. I bland verkar detta oroa föräldrarna och de ökar intensiteten i sina försök att få hem sin ungdom på fler och längre permissioner. Patienten brukar ledsna på att åka hem efter en tid. Besöken i hemmet brukar medföra att patienten är mer psykotisk då hon återkommer från permissionen. De övriga på Norrgården märker att patienten frågar oftare efter sin kontaktperson.

Relationen dem emellan blir alltmer förtroendefull. Dessa förändringar kan ta något år i anspråk. Denna första narcissistiska behandlingsperiod är den allra viktigaste. Avbrott i den leder till snabba psykosåterfall. Så länge den pågår avbleknar de psykotiska symtomen allt mer. Neuroleptika minskas nu försiktigt och resultatet brukar bli att patienten lever upp och deltar i aktiviteter, som framför allt hon själv, tar initiativ till. Under varje behandlingsfas sker handledning för kontaktpersonen varje vecka, dessutom internutbildning lika ofta. Parallellprocessen kräver att kontaktpersonen får stimulans och yrkesmässig utveckling för att hans patient skall stimuleras till personlighetsutveckling (Edenius 1994). Föräldrarna har inte längre något märkbart inflytande över sitt barn och vi kallar det för att fadersnamnet nu är förankrat. Det är inte längre hos föräldrarna, utan i den nya enheten på Norrgården, den mellan patient och hennes kontaktperson. Samvaron med patienten upplevs ofta som trevlig och avspänd nu.

Den andra behandlingsperioden, som oftast blir betydligt kortare, kallas för arbetsfasen. Kontaktpersonen är nu speciellt intresserad av patientens historiska minnen. Det är egentligen historiska fragment för det går trögt och är inte alls någon biografi som berättas i kronologisk följd. Patienten saknar ju tidsdimensionen. Kontaktpersonen har däremot tiden integrerad i sitt jag. De två människorna har nu en förtroendefull gemenskap, de är ett starkt vi med en stor gemensam kunskap. Eftersom 1' och 2' person ännu inte fungerar som åtskiljande, kan

kontaktpersonen i sitt samtal med patienten föra in tidsaspekter till patientens historiska fragment. Först i grov form som tidigare - senare, före - efter eller långt efter o.s.v. Ganska snart införs årtal och tidsskillnader; ”det du nu berättar borde vara 10 år efter det du sade förut”. Det kontaktpersonen säger har stor betydelse, en sanningsfunktion. Det som kontaktpersonen säger är sant.

Fadersnamnet är ju nu förankrat hos kontaktpersonen. Endast historisk tid avhandlas i början. Försök till fantasier eller önskningar om framtiden faller av ointresse, det säger inte patienten något än. Patienten dras alltmer in i positionen som berättelsens huvudperson. Den historiska texten innehåller människor; först ett alltid närvarande centrum, jag, som allt kretsar kring till exempel olika släktingar, platser, dem, vi och du. I den framväxande biografien fixeras patienten allt mer i detta jag. Patienten blir subjektet i sin historia. Historien kommer också genom kontaktpersonens intresse och bekräftelse att få prägel av sanning, patientens öde. Det hände verkligen så som historien säger. Sanningsfunktionen, eller fadersnamnet, är nu förankrat i historien och därmed i språket. Språket blir en symbolisk modell för patientens värld och liv. Det går inte att ta sig ur den nu. Patienten är underkastad den symboliska ordningen. I den framgår vem patienten är och vilka de andra är, vad världen består av. Skillnaderna blir det centrala. En morfar är en sådan men en farmor är något annat medan jag själv är ytterligare en annan. När patienten vet vad hon själv är i kontrast till de andra som hon inte är, vet hon också vad hon inte är, alltså hennes begränsningar och hennes plats i tillvaron med vad som tillkommer den platsen. Hennes eget livs möjligheter framträder då som tydligare och blir allt fler.

Denna utveckling under arbetsfasen kan ta från några månader till ett halvt år. Härefter kommer en dramatisk och kritisk vändpunkt. Patienten börjar tala om hur det skall kunna tänkas bli i hennes framtid. Patienten har nu börjat reflektera och oroa sig för sin framtid. Patienten vet nu precis hur det gick för kamraterna i uppväxten samt kan insiktsfullt uppleva vilka skillnader i förutsättningar de har. Patienten har de sämsta oddsen. Nu har patienten en helt annan attityd i sina relationer. Hon är tystare, mycket mer modifierad i sitt språk samt nedstämd. Inte som vid klinisk depression utan som vid en personlig förlust. Den här personlighetsförändringen brukar ske mycket snabbt, ofta under ett enda dygn och vi brukar kalla den för den ”mentala U-svängen” (Brodsky 1986). Kontaktpersonen upplever att nästa morgon möter hon en mogen och frisk människa som oroar sig helt realistiskt för hur hon skall klara sig i framtiden med de handikapp hon haft. Vi anser nu att kastrationskomplexet är genomlidet. Patienten är nu också strukturerad. Arbetsfasen är därmed slut. Patienten beklagar men bejakar sina tillkortakommanden. Hon har begär och längtan efter ett normalt liv men är rädd att hon inte skall klara det och få behålla sin nya insiktsfulla autonomitet.

Följande fas för den nu jagstrukturerade människan är avslutningsfasen. Den innebär egentligen en rehabilitering där patienten får till sig delegerat att bestämma allt mer själv. Ett inträde i hennes nya kompetens, som hon knappt själv vågar tro på än.

Det icke närvarande

Sigmund Freud beskrev en hypotetisk process som han kallade urbortträngning (Freud 1915). Det skulle tänkas vara något som medverkade i alla senare bortträngningar. Resultatet av

denna den första bortträngningen var en omedveten kärna av idéer som utövade attraktion på medvetandets innehåll allt framgent. Freud menade också att ofullständig urbortträngning under barndomen senare i livet resulterade i psykos.

Lacan kallar den första signifianten, betydelsebärande enheten, för S1 (Lacan 1966). Detta motsvarar den preoidipala modern, hur vi som spädbarn kunde tänkas uppfatta henne som då var en del av oss själva. Henne minns vi inte senare i livet. Detta kan ses som en följd av urbortträngningen. "S" betyder signifiant eller hänvisare. I detta fall får den preoidipala modern status som hänvisare i efterhand, nachträglich som Freud kallade sådana efterhandskonstruktioner. Det är först som vuxen och i konstruktionen av en modell eller ett symboliskt system för mitt liv som nyckelaktörerna tilldelas denna signifiantfunktion, som en orsak till sådant som sker senare.

I den personliga historien och i planeringen av framtiden tänks signifikanter hänvisa mig till logiska implikationer. Vid självreflektion utses orsaker till historiska fakta i mitt liv. Dessa orsaker konstateras, eller konstrueras, i efterhand. De är signifikanter och har övergått från omedveten existens till medveten existens i och med att de artikuleras språkligt. Denna möjlighet att se "orsak och verkan" i den personliga historien gör denna historias *subjekt* alltmer fixerat och beroende genom de implikationer som språkssystemets inneboende logik, de grammatiska reglerna, tillåter för meningsbyggnaden. Den personliga historien blir inte något med en egen sann konstruktion eller struktur. I stället blir den i allra högsta grad beroende av språklighetens förutsättningar, grammatiken. En illusion av verklig sanning skulle närmast vara referenspunkten, O-punkten, i form av ursprunget, början, S1. Det blir grammatiken som får status av den underliggande främsta sanningsfunktionen. Detta som Lacan benämner "A". "A" betyder Autre vilket är Den andre med stort A som är själva sanningen. Vid konstruktion, strukturering, av ett materiellt byggnadsverk till exempel en bro, är det självklart att byggstenarna, deras förutsättningar för sammanfogning och isärhållning är ofrånkomliga och sanna förutsättningar för vilken bro det är möjligt uppföra. Språklighetens grundförutsättningar avgör också vilken historia det är möjligt att rekonstruera med sitt tal.

Urbortträngningen är den första avskiljningen av subjektet från omgivningen. I fallet S1 urskiljes subjektet från den preoidipala modern. Urskiljningen orsakas av inverkan från S2, fadersnamnet. I fadersrollen, den symboliske faderns förutbestämda funktion för symbiosen, ingår att splittra symbiosen och införa en första skillnad. Härvid är S1 historia och urbortträngningen har fullbordats. Andra resultat av denna är att subjektet kan få syn på en moder, nu när hon har kommit lite på distans. Dessutom framträder en fader, först i sin funktion av S2 eller hänvisning till pappas vilja, i moderns tal till barnet, senare som den mänskliga, unike, egna fadern. Under lång tid kommer emellertid fadern att uppbära auktoriteten från sitt ingripande som S2. S2-skuggan kan vara så kraftig att den mänskliga fadern inte skyntas förrän årtionden senare, efter sin fysiska död eller aldrig. Gengångare till S2 visar sig kanske framgent i form av världsliga auktoriteter.

Förutsättningen för att kunna relatera, känna igen, förhålla sig till något är att detta något är någon annan stans än där jag själv är, samt att detta något inte är identiskt med mig. Uppstår identitet så följer av detta att jag förlorar ett objekt, en objektförlust. Det motsatta gäller också. Om jag börjar kunna relatera till en text om mig så har jag fått mig som objekt. Detta objekt av mig är någon annanstans och icke identiskt med mig. Återerövringen av min

identitet blir inte helt tillfredsställande, begäret blir inte stillat. Texten om mig måste fortsätta skapas som i en jakt på det egna kompletta subjekt som ju aldrig kan bli ett objekt samtidigt. Begäret och otillfredsställelsen vidmakthålls då så som vid neuros.

Det finns en vanlig formulering av begärets mål. Det är att man vill bli genuin eller identisk med sig själv. Detta är ett uttryck för längtan efter fullständig sanning avseende mig själv. I bilden av att bli identisk med sig själv ingår att något annat än mig själv skall äntligen ingå i själva mig själv. Ungefär som en efterlängtd återförening, efter lång tids ofrivillig separation. Denna splittring eller bortträngning av någon del av mig går också igen i uttrycket att tala om sig själv. Vem talar om mig själv? Tydligt inte riktigt jag själv utan någon lite annorlunda instans som kan få ett perspektiv på mig, det egentliga mig, det som omtalas, men som har blivit ofullständigt genom bortträngning av den instans som kan få perspektiv på mig själv och även omtala mig, liksom utifrån. Detta omtalande sker i språklig form.

Beskrivningen av min identitet sker inom lingvistikens domän. Även om jag skulle avbildas så måste bilden tolkas av andra i ord. Om tolkningen, beskrivningen, av mig sker i dialektiskt sammanhang så måste en språklig beskrivning komma för att någon konsensus skall uppnås eller för att få en ny utgångspunkt för diskussion och korrigerings av bilden av mig. En ikonisk avbildning av mig inför ett antal människor ger ett okänt antal olika intryck hos dessa personer som tittar. Många beskrivningar av mig skulle kunna framkomma, dock inte förrän var och en som sett min bild har språkligt presterat en text om mig. Utflykter utanför språkligheten måste bli tillfälliga, annars blir de inte kommunicerbara med andra utan något helt privat intuitivt. Försök till dagboksskrivande om upplevelser av ospråklig natur innebär ett återvändande till språkighetens symboliska ordning, möjlighet och samtidigt begränsning, en reduktion och ett förfrämmande. Ett avlägsnande från upplevelsen eftersom en upplevelse är inte identisk med en beskrivning av den. Däremot ger det en distans som möjliggör förståelse.

Sammanfattning av behandlingsuppläggnings

När vi följer behandlingsgången i stort upplever vi den som en tydlig parallell till vad varje barn har att genomgå i sin familj för att bli en vuxen person. Med det menar vi att den personlighetsutveckling vi försöker hjälpa våra patienter till inte är någon manipulativ teknik på annat sätt än vad vanlig barnuppfostran är. Av någon anledning har våra patienter inte kunnat fullfölja sin möjliga personlighetsutveckling hos sina föräldrar. Det hela har stoppat upp redan före urbortträngningen, vid primär narcissism. Vi avser överföra patienten med sin utvecklingspotential till Norrgården och försöker där iscensätta den strukturering som "borde" ha skett redan hemma nästan 20 år tidigare. Barbro Sandin hade visat att det var möjligt (Sandin 1986, Sandin 1990).

I enlighet med teorin måste patienten genomgå vissa utvecklingsfaser för att kunna bli en psykiskt normal person. Med det menar vi en person som har så mycket gemensamt med de flesta av oss andra att personen kommer att accepteras som en medbroder eller medsyster och inte en någon som gör bara det som det passar personen själv. Patienten måste också bli i stånd att planera sitt liv efter egna önskemål och i likhet med hur andra människor planerar för sin framtid.

Våra mål med psykosbehandlingen på Norrgården var formulerade så att patienten skulle klara eget boende samt vara nöjd med sin livskvalitet.

Personlighetsutvecklingen måste följa den för oss alla utstakade vägen. I vår teori formuleras det så att fadersnamnet måste få utöva effekt, så att den primärt narcissistiska dyaden upphör och urborträngningen kommer till stånd. Den preoidipala modern (S1) är i och med detta ohjälpligt förlorad för alltid. Kvar finns längtan som blir till begär. Livet tar form av ett sökande i världen efter något man inte kan uppnå men färgas av S1. En existentiell möjlighet är att bli kvar i den ursprungliga dyaden och förbli, det omvärlden kallar, en psykotiker, utan längtan, begär, intresse eller nyfikenhet. Alternativet kan åstadkommas genom att fadersnamnet (S2) erbjuds en ny förankring hos kontaktpersonen på Norrgården. Detta sker under den första fasen.

Figur 1.

	Fas 1 Narcissistisk fas	Fas 2 Arbetsfas	Fas 3 Avslutningsfas
Mål	Idolisering	Personl.historien(tiden) Symtomfri och välfungerande	Förankra narcissismen Pat tar sin historia med sig
Metod	Intresse Icke polarisering	”Vi-anda” Två minns på en bänk	Delegation Sista ordet /Terapeuten avstår/
Risker	Polarisering Våld Erotisering Terapeut vill ej avsluta	Psykos (lakunära ?)	Om terapeut återtar delegation Sorg hos terapeut

Figur 1 visar den jagstrukturerande behandlingsmodellen. Alla tre behandlingsfaser måste passeras innan behandlingen är avslutad. Bilden visar också de mål, metoder och risker som är förknippad med varje fas.

Narcissistisk fas

Se figur 1.

Målet med denna fas är idolisering av kontaktpersonen. Det rör sig ju om personer kring 20 års ålder och den idolisering som utvecklas liknar mycket normala tonåringars beundran för sina idoler. När detta mål är uppnått så känner kontaktpersonen trivsel tillsammans med sin patient på samma sätt som föräldrar kan göra vissa beviljade stunder då tonåringar blir ”små” igen och blir förtroliga med sina föräldrar och visar att de tycker om dem och litar helt på dem. Sådana stunder kan ju ge föräldrarna kraft att stå ut med de frigörelseansträngningar som kan följa stunden efter. Kontaktpersonen tänker i denna fas på sin patient under fritiden och patienten frågar efter sin kontaktperson. Att målet med denna behandlingsfas är uppnått brukar bli klarlagt under handledningen.

Målet uppnås inte lätt. När fadersnamnet flyttar över till kontaktpersonen så lämnar det också föräldrarna. Detta upplever föräldrarna som regel som sorg som i bland förkläds till vrede och svartsjuka riktad mot Norrgården. En svår tid följer där patienten slits mellan föräldern och Norrgården. Det är mycket viktigt att föräldrarna får psykologiskt stöd att genomlida denna separationskris. Krisen kan ju många gånger vara starkt överdeterminerad hos föräldrarna. Gamla traumata på temat övergivenhet aktualiseras och vreden kan ta omogna och destruktiva former. Beroende på föräldrarnas egen struktureringsgrad eller mognad kan de bearbeta krisen eller låta bli och i stället agera ut sin kränkning. För härnösandsbor finns en psykolog anlitad för att kämpa med uppgiften att förmå föräldrarna till bearbetning i stället för utagerande. För utomlänspatienter ordnas med kriskontakt i hemortens öppenvårdsteam. Detta ordnas så att patienten tydligt skall se att föräldrarna inte kommer att stå ensamma om hon slår sig till ro på Norrgården. Ganska ofta blir emellertid inte bearbetningen för föräldrarna någon enkel sak utan en längre eller kortare tid förflyter där patienten slits svårt mellan föräldrarnas krav att hon skall vara alltmer i föräldrahemmet, många gånger varje dag och helst hela dagen. Vi försöker att endast bjuda motstånd på ett mildt men tydligt sätt i kampen om patienten. Slutresultatet blir oftast att patienten själv stannar hos sin kontaktperson och föräldrarna blir lämnade att klara sig själva eller att acceptera den hjälp vi erbjuder deras barn.

Metoden för att uppnå målet *idolisering* är intresse och ett icke polariserat förhållningssätt. Intresset och nyfikenheten på patienten är av det slag som brukar vara lätt att visa vid hembesök hos patienter men är svårare att upprätthålla på en institution. Vid ett hembesök nedtonar man gärna sin egen aktivitet och blir mer avvaktande. Man frågar kanske om bakgrunden till fotografier eller föremål i patientens hem för att göra sig en inre bild av det liv som patienten lever. Intresset gäller också livsområdet utanför bostaden som grannar närstående och trakten. Ingående frågor om patientens inre liv och känslor brukar man vara avvaktande med tills patienten själv tar upp sådant. Framfusighet på detta område framstår som oartigt, okänsligt och gränslöst. På Norrgården är det inte fråga om besök i patientens hem utan just en institution. Eftersom vi uppfattar förhållningssättet vid hembesök som naturligare och skonsammare, tror vi det är mer ägnat att lättare leda fram till en förtroendefull relation eller idolisering, så småningom.

På en institution av typen vårdavdelning är vi annars vana att vara effektiva i den meningen att vi snabbt ger oss på patientens känsloliv, psykotiska manifestationer och andra patologiska företeelser. Dessa brukar vi avhandla under behandlingskonferenserna i stället för med patienten. De psykotiska manifestationerna visar sig ju oftast tydligt nog utan att vi behöver ägna oss åt dessa under samvaron med patienten. I stället skall kontaktpersonen, med sin patients hjälp, skapa en inre bild av patientens liv. I familjelivet, som det fungerar i normala fall, är föräldrarna mycket intresserade och uppmuntrande när det gäller barnens dagliga liv och framsteg och inte bara deras tillkortakommanden. För att upprätthålla detta intresse, trots att det skall ske på en institution, sker handledningen under denna första behandlingsfas med intresse för patientens liv, hur det gestaltar sig hemmavid. Frågor och undranden aktualiseras under handledningen. Kontaktpersonen kan gå från sin handledning, varje vecka, med förstärkt nyfikenhet på sin patient.

Ett *icke polariserat förhållningssätt* innebär att det inte görs någon stor sak av olikheter. De viktigaste olikheterna som kan skada processen är könsolikheter och maktolikheter. På

vårdavdelningarna visar sjukvårdens vita, gröna eller glada uniformer vilka som tillhör den bestämmande klassen. Låsta dörrar, hur nödvändiga de än kan vara vid vissa tillfällen, är kraftfulla symboler för maktutövning. Psykotikerns svaga jag tål inte provokationer som innebär markeringar av könstillhörighet eller maktlöshet. Det går inte alltid att undvika samtal kring olikheter, men det måste då ske på ett sådant sätt som om samtalet skedde under ett besök i patientens hem, med respekt och varsamhet. I diplomatisk praxis antar jag att detta förhållningssätt tillämpas med fred som resultat om det lyckas och med konflikt som resultat om det misslyckas. Så är det också på Norrgården. Under handledningen diskuterar vi ofta hur kontaktpersonen skall kunna närma sig ett område med olikheter men på ett icke polariserande sätt. Anklagelser och omhändertaganden är naturligtvis extrema polariseringar. Flirt är det också.

Riskerna under denna första behandlingsfas är agerande med våld om maktolikheter framhållits. Våldet kan riktas mot kontaktpersonen eller mot patienten själv. Medicinutdelning kan vara en kraftfullt polariserande tillfälle som kan leda till att patienten slår personal eller tar en överdos själv. Givetvis kan patienten fuska genom att inte svälja medicinen om han upplever att situationen är präglad av tvång eller någon form av hot eller maktutövning. Att sådant agerande försvårar utvecklingen av förtroende och idolisering är självklart. Ett överdrivet tillmötesgående sätt mot patienten är också olämpligt. Den jagsvaga patienten upplever kanske detta som erotiskt intresse och markerar själv, kraftigt, sin könstillhörighet. Detta förvirrar gärna kontaktpersonen och relationen blir störd. En tredje risk är att arbetssättet under denna fas präglas av hänsyn och konfliktfrihet så att arbetet blir angenämt och vilsamt för kontaktpersonen. Det är inte fel att så sker utan detta är ju i stället målet med denna behandlingsfas. Problemet är i stället att patient och kontaktperson gärna skulle fortsätta på detta sätt resten av den gemensamma tiden. Om så skulle ske skulle varje kontaktperson ha en patient under sin aktiva tid och kontakten dem emellan skulle successivt bli lika narcissistiskt, ömsesidigt uppbindande som den primära dyad patienten en gång kom ifrån.

Man kan tycka att det vore billigare för samhället om patienten hade stannat hemma hos sin riktiga förälder hela tiden i stället för att byta till en kontaktperson eller terapeut där utvecklingen ändå stoppar upp på samma nivå som det skedde i barndomshemmet. I detta läge mår patienten bra och uppvisar minimala eller inga psykotiska symtom. Om kontakten med kontaktpersonen avbryts blir patienten åter psykotisk. Om kontakten återupptogs avklingar psykosen inom ett par veckor. Detta har skett många gånger på Norrgården då patienter tycker sig må tillräckligt bra och lämnar behandlingshemmet till förmån för sina föräldrar, en partner eller eget boende. Det håller aldrig utan patienten måste återvända till sin kontaktperson för att kunna må bra igen. Att återvända till modern hjälper inte heller eftersom fadersnamnet redan flyttat från föräldrarna till kontaktpersonen. Patienter är lockad in i en fälla om inte fadersnamnet får dyka upp någon annan stans ifrån och bli förankrat på en ny plats som inte är en ursprunglig dyad.

Under handledningen märks när målet med den narcissistiska fasen är uppnådd. Båda parter i dyaden mår bra och paradiset måste lämnas för att sökas ute i världen, där det inte finns, men ändå lockar, annars får patienten inget begär och inga intressen utan finns bara i tidlöshet och utan att bli subjekt i sitt eget liv. Det faktum att man måste drivas ut ur paradiset är ett universellt existentiellt villkor som gör oss alla till olycksbröder och olyckssysstrar samtidigt som det ger oss chansen att kunna få forma våra egna liv inom de ramar samhällsstrukturen ger.

För att åstadkomma en relation som kan överta den primära narcissismen från modersrelationen får vår patient en kontaktperson som bara är hans eller hennes. De visuella mötena bör vara relativt frekventa men behöver inte vara långvariga varje gång. 5 till 15 minuter räcker. Patient och kontaktperson bör träffas många gånger varje vecka för att skapa den personkänedom och förtrogenhet med varandra som ger behandlingsalliansen inför den följande, något mer frustrerande, arbetsfasen. På ett behandlingshem blir detta naturligt på samma sätt som i en familjesituation. Karaktären på mötena får inte likna möten med en neurosterapeut där neutralitet och viss frustration skall gälla. Inte heller skall fokus vara känslor eller analys av relationer, eftersom de personliga pronomina, ”jag” och ”du”, inte fungerar. I stället skall dessa möten vara stödjande och primärt narcissistiska, i ett ”vi”. Detta kan ske om kontaktpersonen iakttar två förhållningssätt i sin roll. Först gäller det att visa intresse och vidare att iaktta ett icke polariserande förhållningssätt.

Intresset vid mötena skall förena patient och kontaktperson kring något icke närvarande som kommer att förena allt mer vid följande möten. De materiella förhållandena kring patientens liv är bra som samtalsämnen, eftersom de naturligt leder vidare mot en historisering. Det icke polariserade förhållningssättet innebär att skillnader mellan de två inte framhålles. De viktigaste skillnaderna, som polariserar i stället för att förena, är sådant som gäller makt och könstillhörighet. Om relationen kan hållas på detta diplomatiska sätt uppstår en förtroendefull, god och närande kontakt mycket snart. Den relationen blir ett exempel på primär narcissism som inte blir låst eftersom det är något frånvarande som förenar.

Kontaktpersonen kan, i början av behandlingen, intressera sig för hur patienten har det omkring sig på hemorten. Det kan gälla var man handlar, hur bostaden är uppbyggd, hur skolan är med skolväg klasskamrater o.s.v. Sedan kommer den egna familjen i fokus med olika släktingar o.s.v. Intresset för detta måste kontaktpersonen stå för, särskilt i början. Snart upplever patienten mötena som givande och roliga, just på grund av kontaktpersonens intresse.

Eftersom fokus hålles till icke närvarande förhållanden blir risken mindre för polarisering i form av olikhet i makt. Frågor och beslut om hemresor, medicinering och annat måste kontaktpersonen också hänvisa till någon annan. Det blir en avdelningsföreståndare eller läkare som får representera auktoritet och symbolisk fader, någon utomstående som står för regler och makt. Intresset och avståndet från maktutövning understöds av konstant handledning som också är av någon utomstående, tredje. Denna relation kan lätt bli så avspänd och präglad av gemenskap att den kan riskera dra ut onödigt långt i tiden. Stor kännedom om teorin och ständig handledning utifrån garanterar att det inte uppstår ett tidlöst avstannande i primär narcissism.

Under behandlingens gång har fadersnamnet givits förutsättningar för några vandringar. Först från den primärnarcissistiska tvåsamheten i den primära symbiosen till den första hållplatsen i en motsvarande relation med kontaktpersonen. Uppgivandet av det primära objektet i urborsträngningen behöver inte genomlidras eftersom ersättare finns med intresse och utan skillnader.

Arbetsfas

Nästa vandring för fadersnamnet går från idoliseringen i tvåsamheten till berättelsen om den egna historien. Sanningsfunktionen uppkommer av själva förspråkligandet genom kontaktpersonens bejakande vilket blockerar patientens förkastande. Sanningsfunktionen i berättelsen, som får patienten som huvudperson, ”subjektiverar” denne. Patienten blir subjektet ”jag” i berättelsen. Det ligger helt i det grammatiskt korrekta språkutövandet med en sanningsfunktion. Hållplatsen för fadersnamnet är nu den personliga historien. I och med detta finns fadersnamnet i något endast språkligt, symboliskt, närvarande. Historiciteten inkluderar så småningom även framtiden, vilket för patienten gör tiden komplett funktionell som ett villkor för vetande, inkluderande både förståelse, sammanhang och planering.

Det är i denna behandlingsfas som struktureringen inträffar.

Målet med arbetsfasen är just personlighetens oidipala strukturering, vilket i praktiken innebär att patienten blir reflekterande och slipper merparten av de psykotiska symtomen. Med strukturering avses den process där fadersnamnet får effekt genom sanningsfunktionen i språket, så att patienten kan passera kastrationskomplexet. Själva passagen sker snabbt efter det att patienten just börjat använda futurum i sitt tal. Vårt intryck är att passagen tar mindre än ett dygn, förmodligen endast några timmar. Vi kallar passagen för ”den mentala U-svängen”. Effekten är mycket tydlig för alla i patientens närhet. I strikt mening skulle behandlingen vara klar i och med U-svängen, att kastrationskomplexet har passerats. Patienten har nu tillgång till sin personliga historia där hon är subjektet, jaget i berättelsen. Hon har fått sin plats i historien, kulturen och samhället samt relationerna till andra människor, så som kastrationskomplexets lag- och sanningsfunktion föreskriver. Dessutom kan patienten klara futurum det vill säga planera framåt i tiden samt förutse konsekvenser, implikation.

Förutsättningen är dock att den narcissistiska fasen lett fram till en tvåsamhet med genuin vänskap. Detta innebär att parterna har en värld gemensam. Den världen har de hjälpts åt att leva sig in i under det första året på Norrgården. Det enda sättet vi känner till som skulle förkorta tiden för den narcissistiska fasen är att föräldrarna får en tillräckligt effektiv krishjälp i sitt separationstrauma då deras barn flyttat till Norrgården. Om inte den narcissistiska fasen varit tillräckligt effektiv, så kan patienten visserligen uppnå U-svängen men omedelbart återgå till borderlineexistens med depression, men utan det normala sorginslaget i passagens spår. Det kan också hända att patienten oscillerar kring kastrationskomplexet så att omväxlande maniska, övermodiga, perioder växlar med pessimistiska depressiva perioder. Patienten får då sin existens i form av en bipolär affektiv störning som kan bestå under lång tid. För att detta inte skall ske, det medför viss suicidrisk så småningom, måste allt göras för att den narcissistiska fasen ger patienten kraft nog att våga passagen till oidipal personlighetsstruktur där subjektet är underkastat den symboliska ordningen, språklighetens sanningsfunktion, där fadersnamnet, S2, fått en stabil förankring i språket.

Metoden för att nå detta mål är en gemensam genomgång av den personliga historien. I den ”vi-anda” som nu finns mellan patient och kontaktperson sker struktureringsprocessen på det sättet att patienten bidrar med historiska fakta i form av fragment som minnen. Dessa kompletteras av kontaktpersonen med intresse och tidsaspekt. Resultatet blir att de historiska fragmenten ordnas i tiden. Först i form av före - efter. Senare med en mer exakt tidsangivelse som årtal och tid mellan de olika fragmenten. Då uppnås en historisk text där patienten är

huvudpersonen i form av berättelsens subjekt, textens jag. Ju mer bearbetad texten blir ju starkare blir jaget eftersom det får fler och fler förankringar i historien och dess relationer. Kontaktpersonens intresse och narcissistiska gemenskap med patienten ger sanningsprägel åt texten. Den blir sann och giltig. Patienten, som subjektet i texten, blir sann och giltig. Fadersnamnet förankras på det sättet allt starkare i patientens tal. Det är alltså den förtroendefulla gemenskapen, "vi-andan", som ger texten överhöghet så att patienten blir underkastad den.

En risk som finns i denna fas är de lakunära psykoserna. Om kontaktpersonen, som är mycket aktivare i denna fas än han var i slutet på den förra, leder in erinrandet på traumatiska minnesfragment på ett överraskande sätt, så kan patienten råka i ett kristillstånd med förvirring. Det motsvarar krisförloppets chockfas. Kontaktpersonen måste notera vilka händelser som direkt föregick krisen. Därefter återgår dyaden till en tids återupptagande av den narcissistiska fasen. Psykosen brukar då avklinga inom någon vecka. När sedan arbetsfasens arbetssätt återupptogs måste den krisutlösande händelsen bearbetas långsamt och i små steg som vid krisbearbetning. Här efter fortsätter arbetsfasen tills patienten börjar använda futurum och sedan passerar U-svängen. Efter en bra narcissistisk fas varar arbetsfasen under några månader till ett halvt år.

Den del av arbetsfasen som nu återstår är kort. Den präglas inte längre av historien utan främst av framtiden och nuet. Patienten börjar nu, på ett realistiskt sätt planera för resten av sitt liv.

Då arbetsfasen pågått någon månad brukar patienterna börja individualpsykoterapi på psykoterapienheten i Härnösand. Där får patienten en psykoterapeut som inte arbetar på Norrgården. Den terapeuten handleds av föreståndaren på psykoterapienheten vilken inte heller arbetar på behandlingshemmet. Om patienten går i individualterapi sker avslutningen av terapin där och inte på behandlingshemmet. Kontaktpersonen märker snart att intensiteten i dyaden minskar påtagligt och handledningen blir då en hjälp för kontaktpersonen att kunna lämna över patienten till den nya terapeuten utan att försöka hålla honom kvar hos sig. Anledningen till att individualterapi ingår i behandlingsgången är att vi från början ansåg det viktigt att efter en tid avlasta kontaktpersonen så att inte ett bestående beroende skulle utvecklas. Individualterapierna med Norrgårdspatienter går avsevärt fortare än liknande terapier med polikliniska patienter.

Avslutningsfas

Sista vandringen för fadersnamnet sker då den tredje behandlingsfasen, avslutningsfasen inträder. Ett överlämnande sker genom absoluta delegeringar. Kontaktpersonen har då överlämnat all sanningsfunktion till patientens egna beslut och inget finns kvar. Patienten blir då trött på behandlingsrelationen och tillskriver i stället sig själv vikt och betydelse för den egna framtida livsresan. Detta ger självbestämmande, autonomi.

Målet med denna behandlingsfas är att befästa narcissismen i det egna jaget. Patienten skall också lösgöras från dyaden med kontaktpersonen.

Metoden för detta är att kontaktpersonen återtar den narcissistiska fasens mer tillbakadragna

förhållningssätt. Ett viktigt undantag från detta finns. Kontaktpersonen måste ta initiativ till att ge delegationer till patienten att själv göra val och fatta beslut samt hålla reda på tiden. En sådan delegation får aldrig återtas. Om så sker dras patienten åter in i dyaden och minskar sin autonomitet. Kontaktpersonen känner ett så stort ansvar för sin patient och är så angelägen att patientens framtid skall utvecklas bra, att det kan vara svårt att våga släppa patienten till självständighet. Här är åter handledningen av stor betydelse. Kontaktpersonen känner själv vemod eller sorg då patienten alltmer intresserar sig för sitt framtida liv efter Norrgården. Den krisen hos kontaktpersonen måste bearbetas i handledningen.

Det är som om kontaktpersonen förlorar sin egen narcissism. Detta tar tid att komma över och den tiden går inte att skynda på av effektivitetsskäl. Situationen för kontaktpersonen liknar den som föräldrarna befann sig i då deras barn flyttat till Norrgården, i början av den narcissistiska behandlingsfasen. En viss tids karantän inträder därför när patienten själv fått bestämma slutdatum och flyttning till eget hem. Karantänen innebär att kontaktpersonen inte genast tar sig an en ny patient utan väntar med detta tills hon själv känner sig fri nog till en ny dyad. Situationen liknar också den där en förälder, på något sätt, förlorat ett barn. Det blir onödigt komplicerat och förvirrat kring identiteterna om föräldern genast skaffar ett nytt barn. Att släppa taget om det förra tar tid. På Norrgården brukar denna karantän ta några månader.

Risken med denna fas är att kontaktpersonen återtar delegationerna från patienten. Det innebär att hon inte släpper taget utan vill undvika sin egen sorg genom att hålla sig och patienten kvar i dyaden. I handledningen lotsas kontaktpersonen förbi denna fara genom ett krisbearbetande förhållningssätt.

Behandlingsgången finns i schematisk form i figur 1.

Ovanför schemat med behandlingens innehåll finns markerat tiderna i normalfallet. Narcissistisk fas beräknas till ett år. Arbetsfasen fram till strukturering tar mindre än ett halvt år. Vistelsen på Norrgården antar då alltmer karaktären av elevboende vid någon utbildningsinstitution.

Behandlingsformuläret

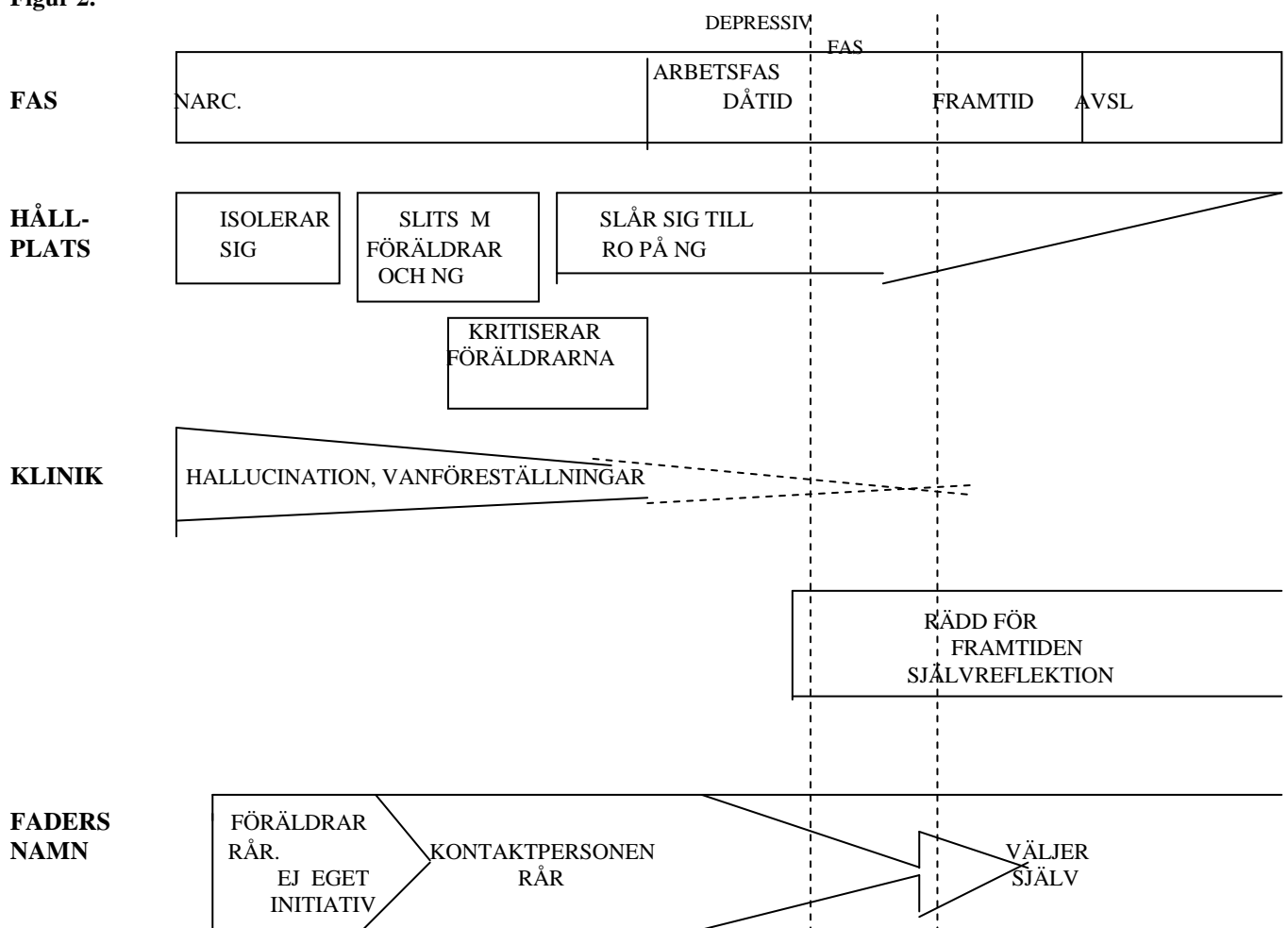
Se figur 2, sid. 57.

För varje patient på Norrgården finns ett behandlingsformulär. Detta är utformat och justerat enligt våra erfarenheter. Figur 2 är ett sådant formulär. Högst upp anges de tre behandlingsfaserna. Under dem olika sätt att manifestera sin existens, beroende på strukturingsgrad. När en ny patient kommer till Norrgården kan man se att han isolerar sig på sitt rum, har hallucinationer och vanföreställningar samt är mest beroende av den sanning som utgår från en av föräldrarna. Efter en tid, 6 - 18 månader, slits patienten mellan föräldrarnas och kontaktpersonens auktoritet. Psykotiska symtom finns kvar, åtminstone ibland. Patienten kritiserar föräldrarna och visar allt mer tillit till kontaktpersonen. Efter detta skriver kanske patienten ut sig om han inte kan stå ut med föräldrarnas oro över att bandet till barnet tunnas ut. Om patienten däremot stannar på Norrgården kommer en lugn och harmonisk period då patienten slår sig till ro. Detta byts till kaos och återinsjuknande om kontaktpersonen slutar

arbeta på Norrgården. Något mer än var annan patient stannar och mycket få kontaktpersoner har slutat frivilligt.

Vid inträdet i arbetsfasen har patienten börjat berätta sina minnen men framtiden finns inte än. De psykotiska symtomen är mycket nedtonade. Den depressiva fasen motsvarar "den mentala U-svängen". Psykotiska symtom finns i allmänhet inte längre men i stället oro för framtiden eftersom kastrationskomplexet har fått effekt genom tidsstruktureringen. Kontaktpersonen får mindre betydelse eftersom patienten nu gör egna val. Slutligen uppstår ett slags missnöje med att bo på Norrgården och patienten planerar sin framtid utanför behandlingshemmet. Fortfarande kan kontaktpersonen få vara med som smakråd men patienten bestämmer själv. Diskussionerna är nu mellan två vuxna jämlikar, kontaktpersonen har inte längre ett självklart inflytande. Psykotiska tecken kan förekomma sparsamt ännu en tid men patienten är nu reflekterande och har distans till dem. Patienten diskuterar om dessa fenomen på ett sakligt sätt med kontaktpersonen.

Figur 2.



Figur 2 visar det behandlingsformulär som varje patient har. Överst visas de tre behandlingsfaserna. Därunder de hållplatser, kliniska symtom och placering av fadersnamn som vi med hjälp av praktiken funnit infaller i de

olika faserna. De streckade, vertikala linjerna i slutet av arbetsfasen motsvarar det tillfälle då futurum börjar fungera och patienten är strukturerad, formuläret är tänkt att läsas med tidsaxeln från vänster till höger.

Utskrivningen

Inflyttningen till Norrgården sker nästan alltid från ett boende hos föräldrarna. Utflyttningen sker lika ofta till ett eget boende som patienten, tillsammans med kontaktpersonen, skaffat under den sista tiden på behandlingshemmet. Det hela sker helt odramatiskt och på samma sätt som andra friska ungdomar flyttar till eget boende. Under ett par år efter utskrivningen gör patienten korta besök på behandlingshemmet för en pratstund eller en kopp kaffe. Besöken brukar vara rätt glesa och varar endast någon timme eller mindre. Besöken liknar vanliga ungdomars besök hos föräldrarna efter utflyttning. Någon önskan hos patienten att få stanna kvar eller flytta tillbaka till Norrgården förekommer inte om patienten fullföljt

behandlingsgången och inte skrivit ut sig före struktureringen. Om patienten går i individualterapi så brukar han fortsätta terapin under en tid efter utflyttning till eget boende. Föräldrakontakten brukar nästan alltid vara återupptagen i detta skede. Den kontakten har precis samma karaktär som kontakten med Norrgården och kontaktpersonen. Den övergår till glesa telefonsamtal för att ibland sedan helt upphöra eller bli mycket sporadiska.

Sammanfattning av behandlingens huvudlinjer

Idolisering

Idolisering är målet med den första, narcissistiska, behandlingsfasen. Vägen dit är intresse och ett icke polariserande förhållningssätt. På grund av att psykotiska personer inte har ett fungerande subjekt, "jag", kan man inte tala med patienten om "jag och du" utan att vara invasiv och väcka rädsla för utplåning. Om man i stället talar om något tredje, icke närvarande här och nu, blir det mer neutralt och mindre hotfullt.

Fadersnamnet

Kvaliteten eller makten som garanterar att det som sägs gäller, representeras av fadern, föräldrarna, hemmet, skolan eller andra sammanhang där någon auktoritet råder. Exemplet är representationer av fadersnamnet. För att en psykotisk person skall kunna börja tala ett gällande, fullt, tal måste ett tidigare förkastat fadersnamn få möjlighet att börja verka på det egna talet. När så sker upphör hallucinosen. Patienten blir då inte längre utsatt för hörselhallucinosen, utan möjlighet att värja sig och utan sammanhang med situationen.

Detta sker när patient och kontaktperson har en förtroendefull relation. Då patienten berättar fakta från sin historia och kontaktpersonen lyssnar med intresse och acceptans, ja då blir det sagda gällande och fadersnamnet har fått börja verka på den egna berättelsen i det egna talet.

Historisering

När patienten berättar den historia som kontaktpersonens lyssnande och fadersnamnets auktoritet gör giltig, är patienten ”jag” i berättelsen. Detta jag är huvudpersonen för en mängd associationer och hänvisningar i berättelsen, som gör ”jag” till en tryggt förankrad instans. Detta sker i arbetsfasens första del som handlar om det förflutna.

Vid passage av U-svängen tillkommer framtiden som ju, för den enskilde individen, har ett slut. Framtidens tillkomst är en alltså en ofrånkomlig begränsning. Med tiden krymper manöverutrymmet alltmer och möjligheterna blir alltmer begränsade. Prioriteringar och val blir nödvändiga. Detta är kastrationskomplexets lag. Detta sker genom att kontaktpersonen endast behöver vara den andre som lyssnar. Det förflutna är en unik historia, mer eller mindre detaljerad. Framtiden medför fantiserandet av en oändlig mängd möjligheter och val, samt, mycket snart, desto fler avståenden. Först nu talar man om att patienten är strukturerad.

Delegering

När patienten blivit ett ”jag”, med sin historia fylld av sammanhang med referenser till detta ”jag”, kan patienten ha en instans att bestämma utifrån. Delegering innebär att man hjälper till att ge patienten valsituationer att fatta beslut om. Dessa beslut måste sedan respekteras. Varje ointetgörande att ett sådant patientbeslut fungerar som ett övergrepp över det mest centrala hos patienten, det ”jag” från vilket beslutet utgått.

ERFARENHETER FRÅN ARBETET PÅ NORRGÅRDEN

*”Och de ha var och en sin värld och rymd,
för alla andra ögon skymd.”*

Bertil Malmberg

Modifierad teknik

En neurotiskt strukturerad person som lider söker hjälp på eget initiativ. Hjälpen söks hos någon som antags veta. Fadersnamnet är då förankrat hos den andre. En icke neurotiskt strukturerad person, en borderlinestrukturerad eller en psykotisk person, har inte fadersnamnets sanningsgivande funktion förankrat hos den andre eller i språkssystemet utan har förkastat det så att det kommer till personen i form av hallucinos eller har förankrat det i fetisch. Vid psykos finns därför lidandet som rent osymboliserat vara. Livet i sig är lidande. Vetande och initiativ till hjälp måste tas av någon annan. Det kan vara en anhängig, skolsköterska, militär personalfunktionär eller någon annan som har sanningsfunktionen placerad utanför sig själv. Det kan jämföras med små barn som troligen inte själva söker sig till dagis eller börjar skolan på eget initiativ. Någon annan, som är vetande, måste ta barnet vid handen och gå tillsammans till skolan. Väl där bör inskolning ske. Det innebär i allmänhet att föräldrarna och läraren visar samförstånd och förtroende. Fadersnamnet har då, till en del, överlämnats från förälder till läraren. Senare, fast kanske svagare, till skolan och skolsystemet, skolstrukturen.

Vid psykos måste på liknande sätt någon annan, som är vetande, gå med den psykotiske, som ännu ej är vetande, till behandlingshemmet. I fortsättningen måste inskolningen ske där. Föräldern måste sedan också fortsättningsvis vilja att den psykotiske skall vara på behandlingshemmet. Om föräldrarna förlorar sitt förtroende och vilja till behandlingshemsvård för sitt barn har den psykotiske ingen egen motivation utan återvänder hem och behandlingen är avbruten. Någon motsvarighet till föräldrakvartarnas förtroendeuppehållande funktion måste finnas. En föräldrastödande funktion bör, på liknande

sätt som i skolan, finnas för behandlingshemmet. Denna kan mycket väl vara stationerad lite i periferin till behandlingshemmet, till exempel en psykolog vid öppenvårdsteamet och som föräldrarna känner.

Våra erfarenheter 1986 - 1996

Innan Norrgården öppnade 1986 företog personalgruppen ett antal resor till några av de behandlingshem som redan fanns i landet. En viktig fråga för oss var hur många patienter vi skulle kunna behandla samtidigt. De råd vi fick i detta avseende var detsamma från alla behandlingshemmen. Vi tog fasta på råden och har sedan levt efter dem. Med de 12 tjänster som finns på Norrgården är 11 patienter för stor grupp, det blir rörigt och nödvändigt med ett organiserande av patientgruppen som just en grupp. Det individuella perspektiv vi ville ha försvann då. När det var för rörigt sökte sig patienterna också helst till sina rum eller skötte sig själva. När patientantalet har varit för litet, till exempel bara 4 patienter så blir balansen till personalgruppen helt fel. Behandlingshemmet kom då att alltför mycket domineras av personalen och patienterna försvann åter som individer eftersom organisationen blev polariserande. 8 patienter fann vi vara det optimala. Då kan ett par kontaktpersoner vila inför att småningom få en ny patient och vi har ett par rum lediga för utskrivna patienter som tillfälligt behöver få flytta in hos kontaktpersonernas ”föräldraomvårdnad”.

Arbets schemat för personalen var konstruerat för att undvika nattpersonal. Från tiden med avdelningsomvårdnad hade vi lärt att nattpersonal mycket fort och lätt hamnar utanför gemenskapen och förlorar i kompetens. Särskilt som vi ämnade satsa intensivt på kontinuerlig internutbildning och processhandledning var det otillfredsställande att en hel grupp natttjänstgörande medarbetare skulle bli utanför allt detta som skulle ge kontaktpersonerna en egen stimulans och utveckling. Vi har därför en sovande kontaktperson på plats varje natt med möjlighet att inkalla ytterligare en som ligger i beredskap för detta i bostaden. Med dagtjänst och följande natttjänst blev arbetspasset ett dygn. Under de första 2-3 åren upplevdes detta mycket tungt och alltför lång tid för tjänstgöring. Efter det tredje året har emellertid alla tyckt att detta går bra och den uppfattningen har sedan kvarstått.

Våra erfarenheter av inskolningstiden har förändrats under åren. Efter ett års verksamhet upplevde vi att det avgörande var att patienten och hans psykiska störning skulle passa på behandlingshemmet. Vår erfarenhet var att det inte går att samtidigt ha patienter med psykotisk störning och patienter med personlighetsstörning. Vid ett tillfälle skulle vi påbörja inskolning av en patient som inte var psykotisk, och inte hade varit det heller, men belastad av en grav personlighetsstörning. När kvinnan, för första gången, kom in i behandlingshemmet, blev hon helt bestört av vad hon såg av de övriga patienterna som redan var intagna. Vår nya patientkandidat satte sig efter en stund ner och grät, sedan sade hon att hon inte kunde stanna kvar. Hon gick ifrån oss och återkom inte. Då vi tog kontakt med henne berättade hon att alla övriga patienter hade varit så väldigt mycket sjukare än vad hon tyckte hon själv var. Hon sade att hon var rädd att bli som de andra där om hon skulle stanna.

Vid ett annat tillfälle under de första åren blev faktiskt två patienter med personlighetsstörningar intagna. Patienterna hade inga psykotiska symtom. Tämligen snart började patienterna ett missbruk av både tabletter, som de skaffat på annat håll, och alkohol.

Dessutom påbörjade de ett slags politiskt arbete med att försöka uppvigla de övriga patienterna mot personalen. De psykotiska patienterna drogs inte med i revolten utan åkte därifrån eller drog sig undan. De såg alla mycket olyckliga ut. Vi lyckades inte komma till tals med upprorsmakarna på ett förtroendefullt sätt, utan tvingades skriva ut dem från Norrgården.

Det sätt vi bestämde oss för att använda för att prioritera mellan de inremitterade patienterna var att behandlingshemsläkaren skulle ha ett bedömningssamtal med alla före inskolningsperioden. På detta sätt undvek vi i fortsättningen att skriva in personlighetsstörda patienter. Våra patienter var alla, i fortsättningen, psykotiska. Denna problematik var aktuell för oss från 1987 - 1991.

Från 1992 - 1996 har det största problemet varit patienternas föräldrar. Redan 1992 märkte vi att många patienter, nästan samtliga, hade modern som bästis. Detta blev ett hinder för anknytningen till kontaktpersonen under den första, narcissistiska, behandlingsfasen. Denna fas var den viktigaste för att en personlighetsutveckling skulle kunna börja. Den ena eller båda föräldrarna rådde över patienten med ett ytterst starkt inflytande som inte ville brytas upp av sig självt. Det verkade ofrånkomligt att vi måste arbeta mer med föräldrarna. Detta föräldrarbete har vi sedan gjort på olika sätt och i tilltagande omfattning.

Vi såg att våra psykotiska patienter hade svårt att själva fatta beslut. Därför ville vi skapa ett förtroende hos föräldrarna för Norrgården, så att de skulle kunna överlämna inflytandet över sina barns beslut till kontaktpersonen på behandlingshemmet. Vi införde en familjefas med fyra träffar hemma hos patienten och hans föräldrar. Detta skulle likna barnens inskolning där barnen får se att föräldrar och lärare/kontaktperson kommer överens och börjar lita på varandra. Detta räckte emellertid endast en begränsad tid. Sedan återtog föräldrarna sitt inflytande över sitt barn och våra patienter började vistas alltmer hemma och tillbringa allt kortare tid med sin kontaktperson. Det kunde också uppstå en slitning där patienten inte kunde välja utan slets mellan föräldrarna och behandlingshemmet.

1994 började vi ta med föräldrarna på inskolningen på själva behandlingshemmet förutom träffarna hemma. Dessutom anlätades en erfaren psykolog för föräldrakontakterna fortsättningsvis. Detta var en klar förbättring men inte tillräcklig. Vi införde då också träffar var tredje månad mellan familjen och behandlingshemsläkaren. Detta skapade ett större lugn för patienten, förmodligen för att föräldrarna blev lugnare och vågade släppa efter på sitt inflytande.

Från 1995 hade vi fått klart för oss att föräldrarna hade ett stort behov av information och råd på grund av sin osäkerhet i situationen. Behandlingshemmets föreståndare fick ta dessa informativa insatser på sin lott. Samma år startades en studiegrupp för föräldrar med psykotiska barn. Denna hölls kvällstid och alla föräldrar deltog i studiecirkeln som nu hållits tre gånger. Den pågår under en termin.

Vissa föräldrar med mycket stor egen problematik får också delta i intensivt familjearbete, där också patienten deltar. Terapeuterna som används till detta måste vara mycket välutbildade och ha lång erfarenhet av psykotiska personer samt personer med personlighetsstörning.

Struktureringen och avslutningen

Under denna arbetspräglade fas sker ett helt livsavgörande skifte. Arbetsfasens första fokus är endast förfluten tid. Vid det avgörande skiftet, som sker mycket plötsligt, inkommer framtid som ett ytterligare fokus. Att framtiden fungerar beror på att fantiserande och historiens logik kan tillämpas. Vid detta skifte, här benämnd med ett uttryck lånat från Joseph Brodsky, ”den mentala U-svängen”, kommer omgående sorg av det som nu saknas (Brodsky 1986). Det saknade ingår i det historiska som nu blivit förflutet och aldrig mer återkommande. Det kan uppfattas som förlorat och passerat endast i ljuset av den nyvunna framtiden. Det primära narcissistiska objektet är förlorat som urbotträngning och kan endast återfås i form av ett sökande efter det. Det är så Brodskys U-sväng kan ses.

Efter urbotträngningen får livet en omvänd riktning. Sökande efter det som fanns bakåt i tiden kan då endast ske i det enda alternativet i form av framtid. Individens rör sig då bara allt längre bort, utefter en tidsaxel, från det som åtrås. Begäret och intresset för omvärlden är på detta sätt introducerat. Hela situationen är tragisk och ingår i alla strukturerade människors basala existentiella villkor. Alla andra människor på jorden blir då våra olycksbröder och olyckssystrar. Därför sorgen. Instängningen i denna tidsstruktur ger autonomitet till att planera sitt agerande men ger begär att gå vidare och helst lämna strukturens fängslade gränser. Detta kallar vi för kastrationskomplexet. Detta är uppnått i och med att den mentala U-svängen är passerad och genomliden i arbetsfasen.

Den tredje behandlingsfasen har som mål att befästa fadersnamnets förankring i patientens egen språkfunktion och garantera den dess sanningsfunktion. Metoden är att delegera beslut till patienten. Dessa beslut rör främst tider. Det kan vara när det aktuella mötet är slut just denna gång eller alla gånger. Slutligen delegeras slutdatum för vistelsen på behandlingshemmet. Det centrala är att delegationer aldrig återtages. Det är just kontaktpersonens bejakande som ger autonomitet till egna beslut. När detta skett är fadersnamnet förankrat i den egna språkfunktionen och behandlingen är slut. Sorgen finns nu hos kontaktpersonen medan den före detta patienten är beslutsam.

Depressioner under behandlingens gång

Vid två tillfällen under behandlingen brukar förstämningstillstånd uppträda. Det första kommer under den första fasen, den narcissistiska. När patienten slits mellan föräldrarna och Norrgården är detta en mycket olycklig men ofrånkomlig lojalitetskonflikt. I teoritermer ser vi detta som att föräldrarna inte lätt släpper sitt inflytande över sitt handikappade barn. Det är detsamma som att fadersnamnet med svårighet och lidande övergår från moder till kontaktperson. Under denna period försöker vi vara försiktiga i våra krav på att patienten skall vistas på Norrgården för att kunna utveckla sin relation till kontaktpersonen. Om föräldrarna skärper sina krav på inflytande över barnet släpper vi efter något. Samtidigt intensifierar vi föräldrarnas kontakt med deras psykolog och behandlingshemmets läkare, för att föräldrakrisen vid separationen skall kunna bearbetas och inte ageras ut mot patient och behandlingshem. Risken är att den första tiden drar ut på tiden. Någon stor risk för melankoli eller suicidförsök verkar det inte finnas om denna försiktighet iakttagas. Det suicid som

förekommit inträffade då kontaktpersonen försvann då patienten befann sig mellan idoliseringen och U-svängen.

Det andra förstämningstillfället kommer direkt i samband med struktureringen, U-svängen. Patienten får då tillgång till framtiden och dessutom reflekterande förmåga. Han ser klart sitt handikapp i jämförelse med jämnåriga. Oron över om han skall klara ett normalt liv är stort. Mellan åren 1986 - 1999 har fyra suicidförsök förekommit, trots att kontaktpersonen hjälper och stöder sin patient samtidigt som patienten ofta går i individualterapi vid denna tid.

Vi har inte behövt använda antidepressiva läkemedel vid dessa två sorgperioder.

Vår nuvarande form för föräldrakontakten

Redan 1987 var det klart att föräldrarnas oro ökade då deras barn, vår patient, började förändras under sin personlighetsutveckling. Fram till 1989 försökte vi upprätthålla en gräns mot föräldrarna för att skapa ett fredat område på behandlingshemmet med arbetsro för den viktiga första, narcissistiska, fasen. 1990 hade vi fått klart för oss att någon gräns mot föräldrarna inte gick att upprätthålla. Därför tillskapades ett ständigt växande system av insatser för föräldrarna. Dessa insatser är beskrivna tidigare i detta kapitel. Det genomgående har varit att insatserna skett utanför behandlingshemmet. Vid utvärderingen för år 1995 konstaterade vi att vi funnit en bra form. Föräldrarna deltog i en studiecirkel om psykoser. Lärarna var erfarna kliniker inom området. De hämtades från klinikens egna läkare och terapeuter.

Efter varje lektion hade grupperna en diskussion under ett par timmar, kring lektionens innehåll. Förutom studiecirkeln träffade föräldrarna den patientansvarige läkaren var tredje månad. Varje sådant möte tog, förvånansvärt regelbundet, ungefär två timmar i anspråk. Efter varje sådan träff märktes ett tydligt ökande lugn hos föräldrarna och samtidigt hos vår patient. Vidare har psykologen regelbunden stödjande kontakt med föräldrarna och intresserade syskon. Slutligen har föreståndaren information och konsultation för föräldrarna. Det rör oftast om hur föräldrarna skall förhålla sig till sitt barns förändrade sätt under utvecklingens gång. Behovet av konsultationen upplevs av föräldrarna då patienten är hemma på permissioner. Konsultation till dem som svarar för föräldrastödet har också införts. Psykologen och föreståndaren behöver ibland tala om sina föräldrakontakter.

En tredje form av föräldrastöd, förutom studiecirkel och psykologkontakt, är ”överläkarsamtalen”. Föräldrarna får veta från början att de när som helst kan överenskomma om tid hos den vårdansvarige läkaren. Vissa föräldrar gör det ungefär var tredje månad. Vid dessa samtal deltar, förutom föräldrarna och Norrgårdens föreståndare, ibland också syskon och vår patient. Vid det första samtalet av detta slag som jag deltog i lämnade jag en halv dag öppen. Det visade sig att den första timmen användes av föräldrarna till kritik mot vissa rutiner på Norrgården. Det kunde också vara några händelser som de hört talas om och som de inte tyckte var bra. Medicineringen granskas och ifrågasätts. Dessutom sätts läkaren på svåra prov när han ställs inför frågor som vad psykos är och hur det uppstår. Första timmen är aktiv, ifrågasättande och helt fokuserad på behandlarna och vad de eventuellt kan, inte kan eller vilka fel de kan ha gjort.

Den andra timmen präglas av en helt annan atmosfär. Föräldrarna talar lågmält och liksom för sig själva. De ställer frågor som närmast är retoriska eller riktade till dem själva. Det är knappt fråga om samtal längre. Läkaren får rollen som lyssnare. Mycket av befarad, tidigare dold egen skuld aktualiseras nu. Den första timmen granskas ju bara vilka fel andra kan ha gjort. Den andra timmen granskas, på ett självreflekterande sätt, vilka fel man som förälder kan ha gjort. Tyngd och vemod präglar denna del av mötet. Föräldrarna berättar om historiska händelser ur familjens liv. Ofta sådana händelser som mycket väl kan ha varit traumatiska för vår patient.

Den sista timmen riktar föräldrarna sin uppmärksamhet mot läkaren igen. Nu ställs frågor som inte alls är nedlåtande, snärjande eller föraktfulla. Nu är frågorna vädjande och präglade av föräldrarnas sorg över att deras barn blev psykotiskt. Frågorna gäller framtiden. Vad skall bäst ske nu? Hur kan vi i familjen bäst hjälpa till? Återigen får läkaren försöka få familjen att se att de kan lämna över sitt ansvar och behandlingsarbetet till behandlingspersonalen och i övrigt fortsätta ha de gemensamma kontakter med psykiatrin som de redan har. Sist men inte minst rekommenderas föräldrarna att äntligen försöka komma igång med det egna liv som hittills blivit så präglat av det psykotiska barnet. De får också veta att andra patienter som blivit förbättrade har återknutit kontakten med sina föräldrar efter behandlingen. Detta har varit det vanligaste och kontakten med föräldrarna är då som vuxenkontakt från båda sidor.

Våra erfarenheter av handledningen

1987 hade vi som grund för handledningen att utnyttja en parallellprocess där utveckling hos kontaktpersonerna underlättade en utveckling hos deras patienter (Ekstein 1977, Edenius 1994). I början deltog 3 handledare där en var utbildad psykoterapihandledare, en var psykolog med lång erfarenhet samt en som var en lika erfaren kurator. Det visade sig vara bäst om kontaktpersonen fick vara den mest aktiva i handledningsgruppen. Dessutom gav handledningarna mest om kontaktpersonen förberedde varje handledningstillfälle. Om ett stillestånd inträtt i patientens utveckling fanns särskilt stort behov av handledning för att åter komma igång med patientens utveckling. Den första tiden hade varje handledare en timmes handledning varje vecka.

1988 stod det klart att både 3 och 2 handledare var för många. Varje handledare hade sin egen metodik och sitt eget arbetssätt. Det borde endast vara en enda handledare. Däremot skulle handledningen förekomma regelbundet en timme varje vecka. 1992 beslutades att handledningsgruppen skulle hållas relativt liten på 4-5 kontaktpersoner. I stället bildade vi två handledningsgrupper. Någon utomstående skulle inte delta i handledningen eftersom tryggheten och öppenheten minskade när det fanns publik. Varken läkare under utbildning eller sköterskeelever tyckte om att vara utslutna från handledningen. Vi tyckte också det var synd eftersom det skulle vara mycket utbildande för eleverna. Men patienternas behov, och därmed kontaktpersonernas, prioriterades högre.

1993 hade vi gjort erfarenheten att under perioder då handledningen inte kunde upprätthållas varje vecka, svarade patienterna med att deras personlighetsutveckling gick långsammare eller

avstannade. Då handledningen återupptogs började patienterna utvecklas igen. Medicineringsfrågor diskuterades inte under processhandledningen utan fick vänta till de speciella konventionella sittronder och läkarsamtal som skedde var eller var annan vecka. Vid akuta medicinska problem ordnades däremot en akut läkarkonsultation redan samma dag.

Alla utvärderade arbetsår, från 1986 till 1996 gav vid handen att handledningen borde förberedas av kontaktpersonen. Sedan har den motsatta synpunkten vuxit sig allt starkare. Det var mycket effektivt att komma till sin handledningstimme med öppet sinne och utan någon klar dagordning. I samspelet mellan kontaktperson och handledare framkom allt tydligare de förståelseaspekter som var givande, intresset ökade för ens patient samt lade grunden till ytterligare ett steg i patientens utveckling. Eftersom vi arbetar med parallellprocesser i handledningen framstår det som viktigt att inte polarisera där. Krav på förberedelse och andra sätt att utöva makt över kontaktpersonerna skulle öka risken för att de sedan skulle polarisera mot patienterna. Dessa skulle då må sämre och kanske stanna eller gå tillbaks i sin personlighetsutveckling.

Förutom handledning hade kontaktpersonerna gruppsamlingar varje morgon och eftermiddag för rapportering och kamratkonsultationer.

Våra erfarenheter av yttre kontakter

De första två åren rådde en viss skepsis mot Norrgården, från de lasarettanslutna vårdavdelningarna. Vi arbetade då med inbjudningar och besök som efter något år hade förbättrat våra relationer avsevärt. Behandlingshemmets erbjudande till patienterna skulle ju vara ett alternativ till avdelningsvård och en viss konkurrenssituation fanns. Kontakterna med öppenvårdsteamerna i upptagningsområdet tog lite längre tid att förbättra men vårt arbete med dem sköttes på samma sätt och med samma resultat som med vårdavdelningarna.

En stor kontaktverksamhet upprätthölls under många år med landets övriga behandlingshem av liknande slag. Vi gjorde studiebesök hos varandra och vi anlätades för föredrag och handledningshjälp. 1996 hade Norrgården haft 114 studiebesök, kallats till 11 föredrag om verksamheten samt haft ett 70-tal handledningstillfällen på andra behandlingshem.

1991 var ett synnerligen utåtriktat år. Stockholmstidningarna och riksradiion gjorde då flera stora inslag om Norrgården. Före detta patienter ställde också upp och berättade i massmedia om vad de tyckte sig ha fått ut av vården.

Våra erfarenheter av medicinering

Redan under 1980-talet önskade vi hålla neuroleptikadoserna på lägsta möjliga nivå. Orsaken var att våra patienter var unga och vi ville till varje pris undvika risken för tardiva dyskinesier. Vi tyckte också att dämpande farmaka borde avskärma eller minska patienternas vitalitet, energi och upplevande av medlevarskapet med kontaktpersonen. Vi ville ha patienten så klar och erfarande som det gick utan att för den skull falla i den motsatta fällan nämligen att de

psykotiska manifestationerna fick störa den optimala klarheten i upplevandet hos patienten. Vi märkte också snart att patienterna redan efter någon vecka kunde uppvisa extrapyramidala biverkningar. De kom oftast hemifrån eller från en avdelning för psykotiska patienter. Behandlingshemmet har öppna dörrar och frihet att röra sig som man vill samt att gå för sig själv till sitt rum. Detta påtvingar patienten betydligt mindre mängd stimuli än vad som skedde i den miljö de kom ifrån (Ottosson 1995). Då uppstår biverkningar och patienten kan sänka sin neuroleptikados utan att psykosen försämrats. Den högre dosen behövdes kanske för att ge ett skydd mot alltför kraftiga stimuli på avdelningen eller hemma, där expressed emotionnivån kanske har varit oförmånligt hög (Orhagen 1990).

Ibland har kriser inträffat då patienten försämrats i sin psykos och diskussion om vårdintyg och överförande till vårdavdelning med låsta dörrar uppstått. Vi har då alltid tyckt att det är bättre med en tillfällig höjning av neuroleptikaskyddet jämfört med tvångsvård som skulle innebära en kraftfull polarisering och maktutövning, som också den försämrar patientens psykos. Vi har sett neuroleptika som ett hjälpmedel men inget botemedel. Man kan jämföra med kirurgins syn på smärtlindring. Det är också ett helt acceptabelt hjälpmedel men får inte förväxlas med vad patienten behöver för att kunna bli frisk.

Semestrarna

Det första året, 1986, vågade vi inte lämna våra patienter utan anlitate vikarier under kontaktpersonernas semestrar. Vi fann att patienterna ändå åkte hem till sina föräldrar. De tyckte det var meningslöst med Norrgården utan den egna kontaktpersonen. Härefter har semestertiden inneburit att patienterna åker hem samt att Norrgården stänger. Det har gått allt bättre för varje år. Den förberedelse inför semesterstängningen som vi gör med patienterna påbörjar vi allt tidigare, helst redan i mars. Detta för att kunna planera hur patienten skall fördriva sin sommar. Förvånansvärt många patienter har utvecklats positivt under den relativt korta semesterseparationen från Norrgården. Den största nyttan av att klara sig själv under sommarsemestern har de patienter som kommit relativt långt i sin personlighetsutveckling, en bit in i arbetsfasen. Mest påfrestande verkar detta vara för de som är i början eller mitten av den narcissistiska fasen, alltså nybörjarna.

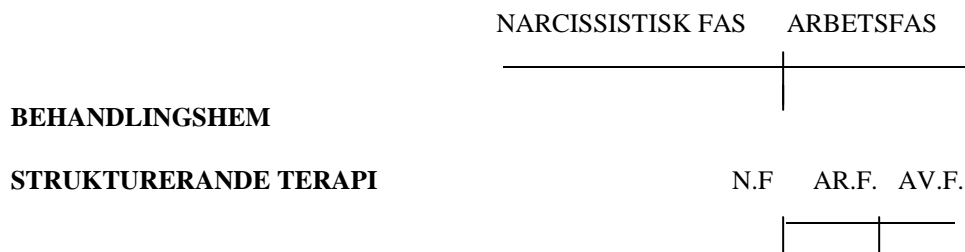
Våra erfarenheter av den jagstrukturerande individualterapi

Se figur 3, sid. 68.

Fram till 1987 ansåg vi att alla patienter som ville ha en egen psykoterapeut, utanför Norrgården skulle få hjälp till att få den möjligheten. Så skedde också i några fall. Från 1988 ville vi införa sådan individualterapi, i samma jagstrukturerande form som Norrgården använder, som rutin för att underlätta den förestående separationen från kontaktpersonen. Från 1990 har också Norrgårdens personal önskat intensifierad utbildning, träning och handledning i denna terapiform. Särskilt som det ibland har varit brist på psykoterapeuter, har patientens hela behandling kommit att ske i form av Norrgårdens insatser. Det har inte märkts att struktureringen skulle vara mindre fullständig för att den enbart skett i miljöterapi utan individualterapi.

Ett viktigt motiv för individualterapi är att det avlastar kontaktpersonen. Denna har varit djupt engagerad i sin patients öde under hela den narcissistiska och halva arbetsfasen. Detta tar i allmänhet mellan ett och två år. Om patienten då får en terapeut så minskar tyngden av ansvar för kontaktpersonen. För patienten blir terapin en bekräftelse på att han nu hunnit så långt i sin utveckling att han skall börja i terapi.

Figur 3.



Figur 3 visar hur den jagstrukturerande individualterapi kompletterar miljöterapi på Norrgården. Av den översta raden framgår att patienten genomgår den narcissistiska fasen och något av arbetsfasen på Norrgården. Om patienten vill kan sedan alla tre behandlingsfaserna upprepas i jagstrukturerande individualterapi. (N.F = narcissistisk fas, AR.F = arbetsfas, Av.F = avslutningsfas)

I bland har psyko terapeuterna haft brist på patienter och vi har då skickat patienter dit redan i den första behandlingsfasen. Patienterna har då fortfarande varit omotiverade för individualterapi och den har blivit längre än om den startats i den andra behandlingsfasen. Dessutom har Norrgårdens kontaktpersoner blivit allt mer kompetenta att bedriva sådan terapi själva. Under en period undervisade Villemoes i detta på Norrgården just som ett svar på kontaktpersonernas önskan att förbättra sin egen terapeutkompetens. En ytterligare bakgrund till individualterapi på psyko terapienheten har varit att kanske kunna öka tempot i personlighetsutvecklingen. Vi utgår numer från att det är en fördel för våra patienter att påbörja individuell jagstrukturerande psyko terapi i början av arbetsfasen.

En risk med individualterapi har varit att om inte patienten först utvecklas till att själv kunna önska denna terapi så blir den något vi bestämmer åt patienten. Detta innebär en viss polarisering och maktutövning samt reducering av patientens begynnande autonomi. Det var sådant vi ville undvika. Det kanske utvecklas till att de patienter som i arbetsfasen önskar terapi, de skall få den. De som inte vill detta genomför hela behandlingen på behandlingshemmet. Det senare har skett i flera fall med gott resultat.

Våra erfarenheter av internutbildningen

Alltifrån Norrgårdens start 1986 har personalen fått internutbildning. Tanken var att man kunde förvänta en parallellprocess. Om kontaktpersonerna hela tiden utvecklades och upplevde stimulans i arbetet genom detta, så skulle det komma patienterna tillgodo så att deras personlighetsutveckling blev säkrare. Detta tycker vi har bekräftats av våra erfarenheter.

Litteraturen som vi använt har varit Villemoes böcker om psykosor och psykospsykoterapi i jagstrukturerande form. De första två åren tyckte kontaktpersonerna att denna teoriutbildning låg på ett allt för högt plan och var svår att tillägna sig. Från 1989 upplevdes teorin som lättare och förståelsen ökade. Från 1991 ville några kontaktpersoner dessutom gå steg-1 utbildning, som också bedrivs på psykoterapienheten. Internutbildningen på Norrgården är en timme varje vecka och all personal deltar.

En komplikation har uppstått då någon eller några kontaktpersoner har bytts ut. De nya som kommit till har varit ohjälpligt efter i kunskap. I internutbildningen har då den enda möjligheten varit att börja från början igen. Repetitionen för de "gamla i gården" har inte varit bortkastad utan har befast och ökat kunskaperna ytterligare. Den uthålliga satsningen på utbildning och handledning under dessa år har fått kontaktpersonerna att uppskatta sin egen utveckling och förståelse för de psykotiska manifestationerna. Man tycker också det är bra att ha hittat en modell att både förstå och arbeta efter.

Våra erfarenheter av utskrivningar

Då vi startade Norrgården 1986 trodde vi att utslussningen skulle bli ett svårt problem. Dels hade vi fått veta, från andra behandlingshem, att patienterna ville stanna kvar och närmast bosätta sig på behandlingshemmet. Dels visste vi själva, från klinikens egna vårdavdelningar att utskrivningen kunde vara mindre uppskattad av patienten.

Redan 1988 märkte vi att patienterna själva signalerade tydligt när det närmade sig utskrivning. Patienten hade då genomsnitt varit på Norrgården 1½ år. Struktureringen hade kommit långt och arbetsfasen pågick. Särskilt i slutet av arbetsfasen, efter U-svängen, gick det inte att hindra utflyttning. Patienten började visa att separationen från oss förestod genom att allt intensivare planera eget boende. Kontaktpersonen kunde få vara med för att välja möbler o.s.v. men han var bara ett smakråd utan egentlig makt. Denna längtan efter eget boende var mycket stark hos patienterna. I teoritermer visade detta att patienten nu verkligen var ett begärande subjekt. Själva flytten var alltid odramatisk och tedde sig som när vilken ungdom som helst flyttar till sitt första egna boende. Patienten var ivrig, klart ivrigare än kontaktpersonen som alltid kunde känna viss oro för hur hans patient skulle klara sig utan honom. Detta verkade patienten inte bry sig om ett dugg.

Patientens rum fick stå kvar ett par månader, om det skulle bli tal om att åter flytta "hem". Detta brukade emellertid inte ske, utom i ett par undantagsfall då patienten flyttat före U-svängen. Ofta kom då patienten åter för ett par veckor eller månader. Han behöll sitt eget hem och flyttade sedan åter dit. Däremot kom patienterna på besök till Norrgården. Besöken var

korta men många. De ebbade sedan ut med tiden. När besöken var som flest funderade vi på att ha vissa bestämda tider då de kunde få komma, ungefär som till en öppenvårdsmottagning, men det fungerade aldrig. De besökte oss när de själva ville det eller hade vägarna förbi. Återigen var det den före detta patienten som själv styrde sitt eget handlande. Vi kunde bara visa uppriktig glädje åt besöken samt genuin nyfikenhet över hur det gick med det egna livet. Vi hade en pärm där vi antecknade hur patienten hade det. Småningom kom det endast en del telefonsamtal. Kontakten verkar ebba ut successivt under ett par år. Någon svårighet att "få ut" någon patient har inte förekommit. Framför allt kontaktpersonen känner saknad och oro under en tid efter utflyttningen. Saknaden är ett stående inslag i handledningarna.

6. FALLBESKRIVNINGAR

*"Och tingen voro liksom utan klang
och utan syskonskap och sammanhang*

*och ingenting var längre fast
och själva ljuset var en sträng som brast"*

Bertil Malmberg

Fallbeskrivningar av de i utvärderingen ingående, Norrgårdens 11 första, patienterna

Diagnos före intagning till Norrgården gjordes kliniskt vid intagningstillfället samt retrospektivt med datorprogrammet Opcrit 3,2 vid journalgenomgång och diskussioner med samtliga inblandade kontaktpersoner på behandlingshemmet. Utskrivningsdiagnos gjordes på samma sätt. Alla kliniskt ställda diagnoser samt alla datorstödda diagnoser är ställda av författaren. Vid Aronssons utvärdering av patienterna 1992 samt uppföljningen 1996, gjordes också granskning av diagnostiken. Se kapitel 7.

Av hänsyn till sekretessen har alla namn och vissa fakta ändrats. Det som ändrats är annat än rent kliniska data. Patienterna skall inte gå att identifiera, men deras mer allmängiltiga psykiatriska syndrom, skall vara så tydligt igenkännbara som möjligt.

Ann

Ann bodde hos sin mor och styvfar. Hon kände sig utanför i familjen och utanför bland jämnåriga. Bäst trivdes hon, trots att hon var vuxen, bland barn i 3 års åldern. Grannar kallade i bland på polis då hon satt i sandlådan eller i gungan tillsammans med de små barnen i lekparken. Hon drabbades av paranoid psykos och vårdades på psykiatrisk vårdavdelning med neuroleptikabehandling.

1986 sept

Intagningen på Norrgården vid 22 års ålder. Hon var paranoid och kände sig åsyftad. Hon tyckte också att människor tittade konstigt och skrämmande på henne. I bland lämnade hon behandlingshemmet för att leka med de minsta barnen i en lekpark. Polisen skjutsade henne då tillbaks till Norrgården. Hon sade att hon kände sig som 3 år gammal själv. Ann knöt fort an till sin kontaktperson efter en tid av isolering på sitt patientrum. När hon började slå sig till ro på Norrgården började hennes mor locka Ann till sig med gåvor och god mat i myckenhet. Ann var kraftigt överviktig. Det blev en maktkamp mellan behandlingshemmet och Anns mor om inflytandet över Ann. Modern var inte intresserad av någon egen terapeutisk kontakt. Efter en tid märktes det tydligt att Ann blev nedstämd och olycklig över att inte kunna vara hos sin mor och behandlingshemmet släppte då efter för att inte skada Ann i den svåra lojalitetskonflikten.

1987 maj

Ann skrevs ut och hon flyttade direkt hem till sin mor. Någon jagstrukturerande individualpsykoterapi påbörjade hon aldrig. De första 2 månaderna verkar ha varit tillfredsställande i hemmet men sedan intogs Ann 2 gånger på sjukhus efter självmordsförsök med tabletter.

1988 jan

Ny intagning på Norrgården. Nu uppvisade hon en helt annan sida av sig själv. Hon hade börjat dricka vin samt berusa sig på tabletter. Vid försök av personalen att ta ifrån henne droger och vin slog hon personalen. Varje försök till gränssättning väckte hennes vrede och våld. Någon mening med behandling på Norrgården fanns inte längre. Inte heller ville vi skriva ut henne till en destruktiv hemmiljö. I stället remitterade vi henne till ett privat behandlingshem i Värmland.

1988 apr

Utskrivning från Norrgården och överflyttning till externt behandlingshem. Detta behandlingshem meddelade så småningom att Ann hade ändrat sig och skulle gå att vårda på Norrgården igen.

1989 juni

Ny intagning på Norrgården. Redan från första dagen visade det sig att Ann drack och slogs dagligen. Vi krävde då att hon skulle ta Antabus för att få stanna kvar. Detta gjorde hon också en tid. Någon anknytning till kontaktpersonen blev aldrig möjlig utan det var fortfarande föräldrahemmet som kallade på henne med gåvor och mat.

1989 dec

Utskrivning från Norrgården. Ann längtade och fantiserade konstant efter en mor som skulle älska just henne. Vissheten om att hon inte skulle få den kärleken hemma kanske var det som fick henne att ändå stanna på behandlingshemmet. Så länge hon inte var hemma kunde hon åtminstone drömma om ett paradiset som hon skulle få komma till. Vid den sista utskrivningen berättade hon att hon nu upplevde sig som 13 år gammal och hon lekte inte längre med små barn.

Ann flyttade genast hem till sin mor. Modern dog emellertid efter en tid och Ann flyttade till en egen lägenhet. Hon trivdes inte och hade svårt att klara de dagliga sysslorna i hemmet. Hon

fick därför en bostad i ett kommunalt gruppboende. Hon fick också hjälp till en praktikplats där hon fick meka med bilar. Detta var egentligen det enda hon tyckt varit roligt. Hon planerar nu åter att försöka bo i en egen lägenhet. Senaste tiden, från 1996 har hon kommit in i en kyrklig församling och verkar må bra av det. Hon har fått ett nätverk där.

Efter utskrivningen har Ann haft regelbunden kontakt med ett psykiatriskt öppenvårdsteam. Hon går där för samtal en gång per vecka. De paranoidea dragen är nästan borta och hon tycker inte det är några större problem längre att vara med andra människor.

Kontakten med Norrgården har fortsatt hela tiden efter utskrivningen. Det är nu endast fråga om telefonsamtal med några veckors mellanrum.

Sammanfattning

Ann var rädd för människor och litade endast på små barn. Hon menade att hon aldrig fått vara ett älskat barn. Det var själva omvårdnaden hon längtade så intensivt efter. Hon kunde byta på dockor och låtsas att dockan var hon själv och hon själv var mamma. De uthålliga insatserna från Norrgården, externt behandlingshem och öppenvårdsteam har säkert fått henne att känna sig lite omvårdnad och sedd eller uppmärksammad. Hennes självkänsla har sannolikt ökat av dessa insatser, annars skulle det troligen kommit fler självmordsförsök. Dessa upphörde emellertid efter intagningen den andra gången i januari 1988.

Då fadersnamnet började få förankring hos kontaktpersonen blev processen omedelbart avbruten av att modern återtog sitt inflytande. Någon regelrätt jagstrukturerande insats kom därför aldrig till stånd. Ingen historicering kom igång heller. Det blev en lång, och ständigt avbruten, halvfärdig narcissistisk behandlingsfas. Det skulle kunna kallas stöd. Detta är i sig inget dåligt utan har kanske varit livräddande. Ann hade inte ens de yttre förutsättningarna för att i lugn och ro kunna genomgå en jagstrukturerande insats. Den påfyllnad av självkänsla som hon verkar ha kunnat ta till sig har emellertid fått henne att fortsätta leva, fått henne att känna sig lite vuxnare och att snart kanske kunna klara helt eget boende. Arbetet som bilmekaniker har ju också varit ett lyckokast.

Symtom vid intagningen:

Uppfattade sig som en 3-åring

Paranoidea symtom 1-2 år före intagning

Tyckte människor tittade konstigt och skrämmande på henne

Mycket stark modersbundenhet

Berusade sig på alkohol och tabletter

Varje gränssättning väckte vrede och våld

Intagningsdiagnos enligt DSM IV, kliniskt:

Paranoid schizofreni

Intagningsdiagnos enligt DSM III-R, ur Opcrit 3,2 programmet:

Paranoid schizofreni

Utskrivningsdiagnos enligt DSM III-R, ur Opacrit 3,2 programmet:

Paranoid schizofreni

Situationen 1996:

Svaga paranoida symtom, vissa problem att umgås med andra

Bor i kommunalt gruppboende

Praktikplats på bilverkstad. Ann tycker det är roligt.

Gick i samtal i psykiatriskt öppenvårdsteam tills helt nyligen

Planerar helt eget boende

Diagnos 1996, enligt DSM-IV:

Paranoid schizofreni

My

My upplevde sin uppväxt som präglad av kontaktlöshet. Mamma var alkoholist och föräldrarna skilde sig då My var 10 år. Då började My skolka från skolan. My fick gå på barnpsykiatriska mottagningen och de sociala myndigheterna fosterhemsplacerade henne. Dessa placeringar kunde My aldrig acceptera. Hon flyttade i stället till ett hyresrum, för sig själv. I detta rum försökte My ta sitt liv med hjälp av tabletter. Hon vårdades då på en psykiatrisk låst vårdavdelning. När hon återvänt till sitt hyresrum försökte hon igen med suicidförsöken. Denna gång stod hon framför sin spegelbild och högg sig i bröstet med en kniv. Hon blödde mycket men kom till sjukhus och blev räddad till livet igen.

1987 mars

Inkommer till Norrgården från en låst psykiatrisk vårdavdelning. Hennes ålder var 22 år. Under flera månader satt hon på kökssoffan och tittade intensivt på de andra. Hon sade inget själv men om man frågade henne något svarade hon med lång latens.

1988 jan

Nu börjar det märkas en viss slitning hos My mellan pappan, där tydligen fadersnamnet fanns, och kontaktpersonen på Norrgården, med vilken hon börjat prata och ta promenader. Hon börjar också berätta ur sin historia. Vid denna tid märks ingen depressivitet eller oro men heller ingen planering för framtiden. Det är historien som engagerar. Eftersom hon tycker att hon mår så mycket bättre vill hon pröva eget boende.

1989 jan

My skriver ut sig och flyttar till egen lägenhet. Eftersom kontaktpersonen oroar sig uppsöker hon My i hennes lägenhet. Där märker hon från dag till dag hur My far allt mer illa. Till slut kan man säga att My lever i ren misär. Hon har blivit paranoid. Hon äter nästan ingenting och är uttorkad. Då My äntligen kommer med till sjukhus är det av ren utmattning. Hon behandlas på Norrgården men medicinklinikens läkare kommer dit för att hjälpa till med det medicinska. My har också en urinvägsinfektion som måste behandlas.

1989 juli

Nu isolerar sig My på sitt patientrum under ett par veckor. Hon äter och dricker ensam under

nätterna. När hon sedan kommer fram ur isoleringen knyter hon snabbt an till kontaktpersonen. Hon talar nu sällan om fadern och kontaktpersonen har blivit den viktigaste människan.

2 månader senare kommer My äntligen till ro på Norrgården. Förutom det förflutna börjar hon också planera för framtiden. Nu börjar hon också i jagstrukturerande individualterapi på psykoterapienheten. Denna terapi avbryts efter 6 månader då terapeuten flyttar till en annan stad. Då terapin avbryts bedömdes My vara mitt i U-svängen. Hon talade om framtiden men var mycket oroad för den. Dessutom var hon lätt sorgsen. Hon beslutar sig emellertid för att åter pröva att bo i egen lägenhet.

1990 juni

Utskrivning. Under två år bor hon själv utan att hamna i förra boendeförsökets misär. Hela tiden går hon i öppenvårdsteamet och använder neuroleptika i liten dos. Efter utskrivningen gjorde hon ett intoxikationsförsök på grund av att hon led av sin ensamhet i livet. Hon tyckte att hennes liv var alltför torftigt och hon längtade intensivt efter att få en vän.

1997

Vid kontakt med henne 7 år efter utskrivningen visar det sig att hon fortfarande plågas av ensamhet men hon planerar alltmer för sin framtid. Dels vill hon börja arbeta och dels vill hon nu göra ett nytt försök med en fullständig jagstrukturerande terapi.

Sammanfattning

My`s uppväxt upplever hon som kontaktlös. Det som flera år senare upplevs som svårast är fortfarande ensamhet och avsaknaden av en vän. Alltså fortfarande kontaktlösheten och känslan av att leva ett torftigt liv på grund av detta.

Under behandlingshemstiden knöt My till slut en förtroendefull relation till sin kontaktperson. Faderns namnet fick också överflyttas till den relationen och sedan till My`s historia. På behandlingshemmet började viss planering av framtiden. Detta avsåg man skulle befastas under individualterapi som tyvärr avbröts för tidigt. My blev historicerad för förfluten tid och blev därmed ett subjekt. Bristen i struktureringen som gäller framtiden visar sig i hennes oförmåga och hjälplöshet när det gäller att planera sitt liv för att få en vän och slippa ensamheten. Eftersom hon nu, sju år efter utskrivningen, planerar jagstrukturerande terapi kan man hoppas att en fullständig sådan skulle kunna ge henne verktygen att styra sitt liv åt det håll hon själv vill i stället för att passivt sitta och sakna och vara missnöjd.

Symtom vid intagningen:

Suicidförsök med kniv framför spegel, eller med tabletter

Under flera månader satt hon på kökssoffan och stirrade på de andra

Undantagsvis svarade hon på frågor

Dricker alkohol under nätterna

Historien börjar engagera henne mycket

Intagningsdiagnos enligt DSM IV, kliniskt:

Borderline personlighetsstörning

Inskrivningsdiagnos enligt DSM III-R, ur Opcrit 3,2 programmet:

Schizofreni

Utskrivningsdiagnos enligt DSM III-R, ur Opacrit 3,2 programmet:

Borderline personlighetsstörning

Situationen 1996:

Lider av ensamhet och kontaktlöshet

Börjar kunna planera för framtiden

Planerar börja jagstrukturerande individualpsykoterapi

Diagnos 1996 enligt DSM-IV:

Borderline personlighetsstörning

Linn

Linn levde sin barndom hos sina biologiska föräldrar och 3 syskon. Under uppväxten var hon blyg och tyst men mycket framgångsrik i skolstudierna. Hon skall ha blivit mobbad av skolkamraterna. En bror och mormor var de som stod henne närmast av alla i familj och släkt. När Linn var 16 år dog brodern i en bilolycka. Nästan samtidigt dog också mormor. Linn blev sedan förändrad och föräldrarna vågade inte släppa ut henne utan Linn framlevde sina dagar i villans gillestuga. Modern tog hem kläder då Linn behövde något nytt. Man ansåg att det inte gick att ta med henne till affärerna. På kvällarna gick man promenader med henne. Vid flera tillfällen blev Linn intagen för sluten psykiatrisk vård, från vilken hon också rymde vid flera tillfällen. Hon gick också på öppenvårdsteamet i staden där hon fick neuroleptika ordinerat. På detta sätt förflöt åren mellan 16 och 19 års ålder. Tillståndet var stabilt såtillvida att psykosen inte förändrades. Vid ett tillfälle försökte hon skära modern och sig själv med en förskärare. När Norrgårdens behandlingshem skulle starta sin verksamhet skrev ansvarig psykiater remiss dit.

1986 sept

Intagning på Norrgården vid 19 års ålder, med 3 års anamnes på psykos. Hon kom direkt hemifrån sin familj. Under det första halvåret var Linn djupt psykotisk, närmast autistisk. Om man försökte prata med henne verkade hon inte märka det. Något svar fick man inte. Oftast satt hon på golvet eller gräsmattan och gungade fram och åter. Emellanåt tog hon blommor och blad och åt upp. Hon åt också papper. I bland skrattade hon utan att man kunde förstå varför. Under dessa 6 månader var hon i alla fall kvar på behandlingshemmet och försvann inte. Under denna tid behandlades hon med neuroleptika.

1987 mars

Nu skedde en förändring. Hon blev lugnare och började måla tavlor. Dessa tavlor föreställde en människofigur som var hårt surrad med rep utefter överkroppen. Benen var små och såg knappt användbara ut. Hon blev lugnare och slutade gunga fram och åter.

1987 april

En ny orolig men mer utagerande period inträdde. Hon försvann många gånger från

behandlingshemmet. Hon tog sig in till främmande människor och stal mat. I affärer stal hon kläder och i kiosker stal hon godsaker. Det blev många resor från staden till Norrgården, med polis. I bland rymde hon och sprang längs bilvägarna till föräldrarna. Vissa bitar av resvägen kunde hon få lift men långa sträckor sprang hon. Hon hade också utvecklat en rädsla för att bli förgiftad av mat och medicin på Norrgården. Det var därför hon försörjde sig själv med matstöld. Vid en sådan rymning sprang hon till sin kontaktman. Detta tillfälle var början på en förtroendefull kontakt dem emellan.

1988 aug

Under denna sommar fick hon vara med Norrgården på en lantlig och stimulusmässigt mycket stillsam semestergård som sjukhuset ägde. Nu skedde en vändpunkt till. Linn stannade hela sommaren utan att rymma. I slutet på sommaren försvann förgiftningsideerna helt. Hon gav helt rediga svar på frågor, började kritisera sina föräldrar och slog sig till ro på Norrgården. Under denna tid ville hon berätta mycket om sin historia. Det rörde sig mycket om familj, skola och släkt. En alldeles speciell intensitet kom med i samtalen då hon berättade om sin döde bror och sin mormor. Det var som om orden inte räckte till så hon klädde sig då i broderns jacka och mormoderns skor och klänning. Hon kunde då också ta fram broderns blodiga mynt från bilolyckan. Hennes tal var helt upptaget av hennes förflutna tid. Planer om framtiden fanns inte alls. Det planerades för individualterapi men Linn började då konsumera alkohol på behandlingshemmet i mängder som vi inte alls kunde kontrollera där. Planerna på egenterapi fick skjutas på framtiden.

1989 dec

Utskrivning på grund av spriten. Hon överflyttades direkt till en rehabiliteringsavdelning där det inte gick att missbruka.

Efter utskrivning från avdelningen har hon bott i egen lägenhet och sammanbott sedan en tid med pojkvän. Linn gjorde under flera år täta besök på och hade telefonkontakter med Norrgården. Hon gick i öppenvårdsteamet och ordinerades där neuroleptika. Detta skedde rätt mycket på hennes eget krav. Hon hade knappt några märkbara psykotiska symtom längre men hon var rädd att bli psykotisk om hon blev utan medicinen. Kontaktpersonen har gjort flera visiter i Linns hem. Där är det rent och fint samt råder ordning och reda.

Mellan 1995 och 1997 har Linn gått i individualpsykoterapi och tillägnat sig framtiden. Hon är numera rent och helt normalt klädd och hon ser lugn och harmonisk ut. Neuroleptika håller man på att mycket långsamt trappa ned. De penninglån hon tog under de mer förvirrade dagarna håller hon på att nu betala tillbaks.

Sammanfattning

Läsning av journaler, speciellt med tanke på Linns utagerande sätt då hon bearbetade dödsfallen, får en att tro att dessa, hennes mest närståendes död, skulle vara traumatiska förluster som hon inte klarade av på egen hand. Hennes familj i övrigt försökte klara förlusterna genom att inte tala om dem. Hennes långvariga förvirringstillstånd omöjliggjorde varje försök till relation med kontaktpersonen. Den grundliga avsaknaden av tillit kan märkas i hennes föreställningar om att mat och medicin var förgiftade. Rymningarna kan också förstås utifrån detta, liksom stölderna.

Det tog mer än 2 år innan Linn kunde slå sig till ro på Norrgården och ha en god kontakt med kontaktpersonen. Nu påbörjades arbetsfasen med genomgång av historien. När det kom till brodern och mormodern räckte inte orden till att börja med, utan fetischer fick lov att medverka. Det blev kanske alltför påfrestande ändå och Linn började suppa. I ett efterhandsperspektiv åstadkom drickandet att bearbetningen blev uppskjuten flera år. Den har dock kommit igång i en strukturerande individualterapi i öppenvårdsteamet. Efter 2 år behärskar Linn framtiden lika bra som historien. Färdiggörandet av struktureringen och bearbetandet av de svåraste kriserna kom igång 5 år efter utskrivningen från Norrgården.

Symtom vid intagningen:

Autism
Hallucinos
Katatoni
Åt blommor och papper
Förgiftningsideer

Intagningsdiagnos enligt DSM IV, kliniskt:

Kataton schizofreni

Intagningsdiagnos enligt DSM III-R, ur Opcrit 3,2 programmet:

Schizofreni

Utskrivningsdiagnos enligt DSM III-R, ur Opcrit 3,2 programmet:

Residualschizofreni, kronisk

Situationen 1996:

Började individualpsykoterapi som hon avbröt
Eget boende som är rent och välordnat
Normalt klädd
Ser lugn och harmonisk ut men det kan variera
Återbetalar gamla penninglån
Inga märkbara psykotiska symtom
Långsam avslutning av neuroleptikabehandling, egen rädsla för återinsjuknande
Sammanboende

Diagnos 1996 enligt DSM-IV:

Ingen psykiatrisk diagnos

Dick

Dick växte upp hos sina biologiska föräldrar och en äldre broder. Brodern vårdades långa perioder för sin schizofreni. Även Dick själv vårdades från 22 till 32 års ålder under diagnosen schizofreni. Under dessa 10 år var han hemma på permission endast under somrar och helger. I övrigt bodde han på vårdavdelningar på ett stort mentalsjukhus. Under sjukhustiden utbildade han sig inom ett hantverk. Dessutom målade han tavlor med framför allt religiösa

symboler som motiv.

1986 sept

Intagning på Norrgården vid 32 års ålder. Han hade flera psykotiska symtom som var plågsamma. Han upplevde att fadern satt på taket och styrde honom. Han trodde också att han var Jesus. Det allra svåraste var nog ändå att han tyckte att människor som tittade på honom tog bort kroppsdelar från honom. Han kunde också tycka att han flöt ut på golvet då han betraktades av andra. Tiden på Norrgården präglades av att Dicks tillstånd svängde mellan förbättringar och försämringar. Fadern arrangerade utställningar för hans målningar men han plågades mycket av allt folk vid vernissagerna.

1986 dec

Den första förändringen som blev bestående var att Dick knöt ett förtroendefullt band till sin kontaktperson. Hon fick följa med honom ut för att skydda honom mot alla onda blickar från människorna. På hans eget initiativ inleddes minskning av neuroleptika. Hans psykotiska symtom minskade då i intensitet men ersattes av hetsätning, kräkning och inkontinens. Dick gick aldrig i individualterapi eftersom den verksamheten inte riktigt kommit igång vid den tiden.

1987 maj

Nu börjar Dick berätta sin personliga historia för kontaktpersonen. I början var det endast minnen från den 10-åriga sjukhusvistelsen. I princip var han mycket kritisk och missnöjd med den tiden och den livsmiljön. I början av sin berättelse sade han sig vara hopblandad med personers andar. Det var svårt att avgöra om han var psykotisk eller kom från en miljö där man talade på det sättet. Troligen var det psykos eftersom han började hallucinera mer under denna tid.

Småningom övergick historieberättandet till att handla om släkt och familj. Några tankar om framtiden fanns inte alls. Psykosen minskade under denna tid och Dick började kunna slå sig till ro och känna sig trygg på Norrgården. Han fick också förmågan att säga nej till fadern då denne ville få med Dick ut på tavelutställningar. Från nov 1987 började han också säga nej till kontaktpersonen. Han avgränsade sig nu allt mer som en egen person. De psykotiska symtomen var nästan helt försvunna. Det som kvarstod var hallucinationer av en liten tomte som var rätt oförarglig.

1989 dec

Dick skrev ut sig till egen lägenhet i en grannstad. Eftersom han inte klarade att sköta lägenheten flyttade han hem till föräldrarna i stället. Under de två åren 1990 -91 intogs han på psykiatrisk vårdavdelning vid två tillfällen för att avlasta föräldrarna. Vid det sista vårdtillfället fick han plats på ett kommunalt skyddat boende. Han har sedan under åren flyttat till ett nytt sådant som är mycket normalt i sin utformning. Under denna tid målade han allt mindre men verkade må väl. Hela denna tid fick han en låg dos depåneuroleptika.

1995 jan

Nu bor han åter i en helt egen lägenhet där han trivs mycket bra. Han kan sköta den och han håller den ren och fin. Flera gånger har han bjudit in kontaktpersonen och de övriga från Norrgården för att stolt visa upp sitt fina och normala boende. Han är rätt aktiv med att motionera och hjälpa människor. Han går också matlagningskurser. De psykotiska tecken som finns kvar är stimuluskänslighet. Denna får honom att endast ha ett fönster öppet, i taget, i

lägenheten. Inte heller sätter han igång TV-apparaten. Några planer på att ta bort neuroleptika helt finns inte än.

Sammanfattning

Dick hade varit mycket lång tid på mentalsjukhus och kom från en familj med flera schizofrena medlemmar. Under de 10 sjukhusåren hade Dick inte tagit några stora steg mot tillfrisknande. Frågan var naturligtvis om Dick skulle förklaras "klinikfärdig" eller få ännu en chans. Vad som var det rätta beslutet gick inte att få veta förrän efteråt.

Från början var Dick mycket rädd för andra människor. Han upplevde dem som direkta hot mot hans kropp. Dessutom hade han vanföreställningar och hallucinationer. Anledningen till att han knöt an till kontaktpersonen så fort, efter cirka ½ år bara, kan ha varit att hon var lämplig för sin uppgift men också att han faktiskt kände henne från tiden på mentalsjukhuset. Kontaktpersonen hade arbetat där som skötare. Att han slets mellan faderns konstnärliga ambitioner, för Dicks räkning, och Norrgården är alldeles klart. Faderns namnet satt förankrat hos fadern, vilken Dick upplevde satt på taket och styrde. Kanske är det den maktkoncentrationen som senare reducerades till en harmlös tomtegubbe. Det senare var Dicks sista hallucinatoriska innehåll. Detta att Dick slutat måla tavlor, trots att han fått sälja en del, tyder också på att han inte vill göra det som fadern bestämt.

När Dick började berätta sin historia minskade de psykotiska symtomen men de ersattes av blemmiska och inkontinenssymtom. Även dessa symtom hade minskat betydligt då Dick skrevs ut efter 3 år. Det som inte hunnits med var framtiden. Han hade alltså inte riktigt klarat ut U-svängen eller kastrationskomplexet. Om han hade fått möjligheter att gå i jagstrukturerande psykoterapi så hade han kanske klarat ut detta också. Som situationen nu blev hade han inte riktigt fått fadersnamnet förankrat i den egna språkligheten. Resultatet är att Dick lever endast i nuet men med en klar personlig historia som givit honom tiden samt förvandlat honom till ett subjekt. Han är nu inte längre ett objekt som kan gå sönder. Han är hel men klarar inte många sinnesintryck utan måste skydda sig för sådant. Trots detta gömmer han sig inte i lägenheten utan rör sig ute på stan, bland människorna, vilket går bra så länge han själv bestämmer.

Det krävdes 6½ år från utskrivningen tills han kunde sköta ett eget hem och känna trivsel i sitt liv.

Symtom vid intagningen:

Paranoida vanföreställningar

Övriga vanföreställningar

Hörselhallucinos

Mycket rädd för människor

Upplevde att hans kropp förstördes av blickar

Intagningsdiagnos enligt DSM IV, kliniskt:

Paranoid schizofreni

Inskrivningsdiagnos enligt DSM III-R, ur Opcrit 3,2 programmet:

Schizofreni

Utskrivningsdiagnos enligt DSM III-R, ur Opcrit 3,2 programmet:

Residualschizofreni, kronisk

Situationen 1996:

Eget boende efter 7 år i kommunalt särskilt boende

Kan själv hålla bostaden ren och ordnad

Aktiv med att utföra uppdrag åt behovande

Går kurser

Kvarvarande stimulusöverkänslighet

Tar fortfarande neuroleptika

Möjligen hallucinos som ej dominerar över honom

I bland något ovanlig i klädseln, dock ej uppseendeväckande

Diagnos 1996 enligt DSM-IV.

Residualschizofreni

Elin

Elin bodde hos sina föräldrar i glesbygd. Familjen var djupt engagerad i en kristen frikyrka som var mycket sträng. Beteendet var avgörande för acceptans och man hade en syndakatalog. I samband med att Elin, som var duktig i skolan, studerade vid ett universitet långt hemifrån fick hon psykotiska symtom med röster och vanföreställningar. Hon vårdades inom slutenvårdspsykiatri på studieorten. Efter utskrivning från sjukhuset flyttade hon genast hem till föräldrarna igen. Hemkommen blev hon psykotisk igen och tvångsvårdades vid psykiatriska kliniken i Härnösand. I sin psykos var hon mycket aggressiv och farlig. Hon hoppade på människor och försökte skada dem. Behandlades med höga doser neuroleptika.

1988 juli

Inskrivning på Norrgården vid 21 års ålder. Redan från första dagen var de psykotiska symtomen borta och neuroleptikadosen kunde mycket snart sänkas. Någon psykos återkom inte under hela vårdtiden, bortsett från att hon under den första tiden var förvirrad vissa nätter. Däremot var Elin ”uppvarvad”. I ett högt tempo arbetade hon som om hon var anställd husa på Norrgården. Hon bakade och städade samt gick ärenden åt alla som behövde. Hon hjälpte inte bara personalen utan också medpatienterna. Hennes generositet var global så till vida att hon inte gjorde någon skillnad alls mellan olika personer. Hon verkade glad hela tiden men var distanslös och upplevdes lätt påträngande. Vi fick ett intryck av att hon kämpade för att göra gott och göra gott intryck.

1988 okt

Nu inträffade en avgörande händelse i och med att Elins kontaktperson skulle flytta till en annan ort och följaktligen måste skiljas från Elin. En ny kontaktperson utsågs genast. Elin och den andre kontaktpersonen inledde nu en lång tids samtal som var mycket emotionella och intensiva. Krisen att behöva byta kontaktperson blev rätt snart bearbetad men samtalen ledde av sig själva in på Elins familj och hennes historia. Då den första kontaktpersonen flyttat och endast den nye var kvar inleddes en 5 månader lång genomgång av Elins personliga historia. Under denna tid kritiserade Elin också sin familj. Detta var svårt för henne och hon tyckte sig

vara svekfull. Kontaktpersonen hjälpte henne emellertid att inte skuldbelägga föräldrarna utan i stället förstå dem.

1989 juni

Mot slutet av historiseringen uppstod en erotiserad överföring till kontaktpersonen som emellertid kunde bearbetas och hanteras genom en intuitivt känslig gränsdragning, som aldrig blev till ett avvisande av Elin person i övrigt. Elin hade nu ändrats i några viktiga avseenden. Hon började söka sig utanför Norrgården genom att be om hjälp att få själavårdande samtal med en terapiutbildad statskyrkopräst på en själavårdsbyrå nära behandlingshemmet. Någon jagstrukturerande individualpsykoterapi, på sjukhusets psykoterapienhet, gick hon aldrig i. Under denna tid började hon, till sin egen förvåning, kunna se att även människor som inte var kristna kunde vara goda människor som man kunde lita på. Hon hade fått lära sig motsatsen hemma. Hennes attityd mot omgivningen var förändrad. Hon var mycket lugnare i sitt sätt och inte alls påträngande utan kunde vara helt normalt avvaktande inför en kontakt. Hon var fortfarande glad men hade samtidigt något allvarligt reflekterande i sitt sätt. I slutet på sommaren 1989 bestämde hon sig själv för en kortare utlandsresa. Den skulle vara ett prov på om hon skulle våga tro på ett liv utan Norrgårdens stöd. Resan gick bra, men hon hade varit mycket rädd för att bli psykotisk. Nu började hon planera för ett eget hem. Hon handlade keramik och stolar så hennes lilla patientrum snart blev alldeles för trångt. Som ett slutgiltigt prov på att hon nu verkligen var frisk företog hon en mycket lång resa till andra sidan jorden där hon kunde bo en tid hos släktingar. Ingen psykos drabbade henne denna gång heller.

1990 apr

Nu var Elin så säker som hon tyckte sig kunna bli. Hon skaffade en egen lägenhet och började arbeta. Även detta gick bra så hon flyttade till en universitetsort där hon fullbordade sina studier. Nu arbetar hon som chef för flera tiotal medarbetare med synnerligen kvalificerade arbetsuppgifter och är glad och trivs med sitt liv.

Ända sedan utskrivningen har hon haft telefonkontakt med Norrgården. Hon har också gjort besök för kaffedrickning och pratstund. Trots att hon nu bor långt bort har dessa kontakter fortsatt även om de sker glesare. I april 1997 har hon ännu inte behövt mer hjälp från psykiatrin och hon använder inga psykofarmaka.

Sammanfattning

Elin hade lärt sig att goda människor fanns inom församlingen samt att man måste leva med syndakatalogen ständigt för ögonen. I den akademiska miljön drabbades hon säkert av en helt annan värld. Hon mycket rädd och ensam utan församlingen och dess stöd. De våldsamma och krigiska uttrycken som hennes psykos tog sig kan också tyda på att hon uppfattade människorna omkring sig som mycket farliga och onda. Hon tyckte sig kämpa för sitt eget och kanske också andras liv. När hon flyttades från en låst vårdavdelning till ett öppet behandlingshem så bidrog detta genast till att hennes rädsla minskade och hennes psykos, i dess förvirrade form, försvann. I stället ansträngde hon sig desperat för att vara till nytta och till lags.

Initiativ och maktcentrum var säkert ännu modern, församlingen och syndakatalogen. Det verkade gälla att samla så många goda gärningar som möjligt. Vid byte av kontaktperson

ställdes frågan på sin spets om den nye var att lita på. Denne dådde nämligen inte att han inte var religiös. Då hon lärt känna honom fann hon honom inte bara pålitlig utan också älskansvärd. Eftersom detta inte stämde med kunskaperna hemifrån kom hon att börja ifrågasätta allt mer som hon lärt sig hemma. Det var inte lätt för henne men gick att genomföra om syndakatalogen fräntogs status av fadersnamn och detta övergick till kontaktpersonen i stället.

Hennes nuvarande yrke brukar räknas som en typisk sublimeringsform och därmed är hon underkastad den symboliska ordningen och strukturerad på neurotisk nivå.

Symtom vid intagningen:

Paranoida vanföreställningar sedan 1 - 2 år.
Mycket aggressiv och farlig
Förvirring i episoder
Hypoman till manisk
Distanslös och påträngande
Mycket emotionell
Gränslöshet

Intagningsdiagnos enligt DSM IV, kliniskt:

Schizoaffektivt syndrom

Intagningsdiagnos enligt DSM III-R, ur Opcrit 3,2 programmet:

Atypisk psykos

Utskrivningsdiagnos enligt DSM III-R, ur Opcrit 3,2 programmet:

Ingen psykiatrisk diagnos

Situationen 1996:

Eget boende
Förvärvsarbete regelbundet
Inga psykotiska eller affektiva symtom
Inga psykofarmaka
Hög livskvalitet

Diagnos 1996 enligt DSM IV:

Ingen psykiatrisk diagnos

Mia

Mia bodde hos sina föräldrar tillsammans med en bror. Föräldrarna var alkoholmissbrukare. Mia har berättat att syskonen fick ta hand om sig själva eftersom föräldrarna var ute och festade eller var berusade i hemmet. Hon ger en bild av övergivenhet. Vid upprepade tillfällen vårdades Mia inom psykiatrin för tillnyktringar och avgiftningar efter alkohol och tablettmissbruk.

Även psykiatrins öppenvårdsteam var inkopplat mellan slutenvårdsepisoderna. På avdelningar och öppenvårdsteam såg man en utvecklingspotential hos Mia och remitterade henne därför till Norrgården för att hennes svaga och sårade jag skulle få en chans att bli starkare. Mia behövde få självkänsla och självrespekt nog för att sluta vara självdestruktiv. Mia hade erfarenhet av bensodiazepiner sedan 13 års ålder samt alkohol i regelbunden användning sedan 16 års ålder.

1988 aug

Intagning på Norrgården vid 30 års ålder. Hon överfördes direkt från en vårdavdelning där hon avgiftats. Vid ankomsten var hon klädd som en tonårsflicka i 15-årsåldern. Hennes ansikte var däremot mycket härjat och vittnade tydligt om ett hårt liv med missbruk. På Norrgården grät hon mycket och hade mycket ångest. Hon tyckte underlaget gungade och försvann under henne. Hon kände också domningar i kroppen. Sitt lidande beskrev hon alltid i kroppsliga termer och inte i beskrivning av känslor. Hon började vistelsen med ett par veckors självvald isolering på sitt rum. Sedan knöt hon en tämligen god kontakt med sin kontaktperson. Några tecken på psykos visade sig aldrig. Psykos hade ju inte heller visat sig tidigare. Mia betraktades i stället som en borderlinepatient som kanske skulle kunna få nytta av jagstrukturerande individualpsykoterapi. Sådan psykoterapi erbjöds hon också vid flera tillfällen men hon ville aldrig vara med om något sådant. Ett typiskt sätt hos Mia var att skylla sin olycka på andra. Det var framförallt sjukvården och de sociala myndigheterna som orsakade hennes olycka genom sin dålighet och ovilja att verkligen hjälpa. Mias mor stödde sin dotter energiskt i detta utplacerande av ansvar till andra. Kontaktpersonen lyckades aldrig få Mia att inse att det skulle gå att själv påverka sitt öde. Ett försök gjordes att behandla Mia med neuroleptika. Tanken var att hennes kroppsliga sensationer skulle kunna vara av vanföreställningskaraktär. Medicineringen förändrade emellertid ingenting och utsattes så småningom.

Någon slitning mellan Norrgården och modern uppstod aldrig. I stället gick ofta Mia hem till modern där de drack tillsammans. Efter ett par dagar brukade Mia återkomma till Norrgården med svår ångest. Så småningom lierade sig Mia med en annan blandmissbrukande patient på kliniken. Dessa två försökte nu uppvigla de övriga patienterna till att ta sin rätt i egna händer eftersom det var psykiatrin som hade skulden till patienternas olycka. De övriga patienterna blev rädda och stängde in sig på sina rum. Efter en tid undvek de att vara på Norrgården. För att rädda de övriga måste vi skriva ut Mias medkämpe mot hans vilja.

1989 maj

När Mias lierade inte längre fanns på plats flyttade hon till sin pojkväns lägenhet. Kontaktpersonen från Norrgården försökte återuppta kontakten genom många hembesök hos Mia. Det var alldeles klart att Mia nu drack alldeles för mycket och hon var inte alls intresserad av Norrgården längre.

1989 juni

Utskrivning eftersom Mia inte var intresserad av någon behandling längre. I stället företogs samråd mellan Norrgården, kommunen och öppenvårdsteamet för att kunna åstadkomma något gemensamt nätverk till stöd för henne. Många tjänstemän var engagerade i detta arbete under många år. En del försök till sysselsättning lyckades en tid men blev aldrig varaktiga. Ofta intogs Mia på sjukhuset för tillnyktring och avgiftning, precis som före Norrgårdsförsöket.

Vid ett tillfälle, då Mia var kraftigt berusad, föll hon i sjön och var nära att drunkna. Detta chockade henne och hon verkade vara nära en omprövning av sin livsstil. Öppenvårdsteamet försökte ge stöd under denna tid. Snart var krisreaktionen emellertid borta från medvetandet och drickandet fortsatte som förut. Kommunen lyckas vissa tider hämta henne till olika sysselsättningar. Hon har kvar sin kontakt i öppenvårdsteamet dit hon går i bland och hon klarar eget boende. Sådan är situationen i april 1997.

Mia har tagit telefonkontakt med sin kontaktperson på Norrgården mycket glest. Det förvånande är att hon över huvudtaget ringer i bland. Hon är då inte anklagande utan verkar mjukare i sin attityd.

Sammanfattning

Mia växte upp med besvikelse, ensamhet och övergivenhet samt missbruk. När något gick illa skyldes det på andra människor. Att man skulle kunna förändra sin situation själv verkar inte ha funnits med som tänkbart alternativ. På Norrgården förlade Mia roten till sitt lidande till andra människor eller myndigheter. När sedan en lierad patient hade precis samma uppfattning var det säkert oemotståndligt för Mia. Här var äntligen en person som sade samma saker som man hade sagt hemma. Kontaktpersonen hade inte en chans att konkurrera med både modern och den lierade. Fadernamnet fanns hela tiden kvar hos dem medan drogerna närmast är att se som fetisch. Egentligen hann en narcissistisk behandlingsfas endast komma igång då den kom av sig igen. Erbjudandet om psykoterapi sågs nog som ytterligare ett sätt att försöka förstöra hennes liv ytterligare. Säkert fick Mia en engagerande livsuppgift när hon och hennes lierade skulle försöka upplysa och uppvigla de övriga patienterna till revolt mot psykiatri och andra myndigheter.

Eftersom den narcissistiska fasen inte fick en chans att stärka Mias självkänsla kunde det inte heller bli någon arbetsfas med historicering och strukturering. Vi har inte nått henne alls. Hon lever opåverkad i en existens med tidlöshet och där hon är objekt för andras aldrig upphörande försök att ”hjälpa” henne. Utifrån sett verkar hennes liv bestå av en växling mellan rus och ångest.

Symtom vid intagningen:

Alkohol och tablettmissbruk i livsfarliga doser sedan 13 års ålder

Självdestruktiv

Mycket ångest och sorg

Underlaget gungade och försvann under henne

Domningar i kroppen

Drack med modern

Skyllde alla olyckor på andra

Sökte sig till andra missbrukare

Försökte uppvigla övriga patienter mot Norrgården

Inga psykotiska symtom

Intagningsdiagnos enligt DSM IV, kliniskt:

Antisocial personlighetsstörning med alkoholberoende i övrigt blandmissbruk

Intagningsdiagnos enligt DSM III-R, ur Opcrit 3,2 programmet:

Borderline. Beroende av sedativa

Utskrivningsdiagnos enligt DSM III-R, ur Opcrit 3,2 programmet:

Borderline personlighetsstörning

Situationen 1996:

Försök till sysselsättning blev aldrig varaktiga

Hon klarar nu eget boende

Drickandet fortsätter

Inte längre lika anklagande mot andra utan har blivit mjukare i sin attityd.

Diagnos 1996 enligt DSM-IV:

Alkoholberoende och möjligen antisocial personlighetsstörning

Inez

Inez far var schizofren. Föräldrarna skildes då Inez var liten. Den styvfar som kom sedan skall ha varit fientlig mot flickan. En syster till Inez behölls av modern medan Inez skickades bort. Hon placerades i flera olika fosterhem där hon utsattes för sexuella övergrepp vid flera tillfällen. Inez blev alltmer provocerande och utagerande så att hon blev svår för fosterföräldrarna. Hon genomgick också abort. Sedan tidiga tonår drack hon regelbundet alkohol och levde promiskuöst. Skolarbetet fungerade inte alls. Hon skolkade mycket och gjorde endast sporadiska besök i skolan. Vid dessa tillfällen verkar hon ha fått uppföra sig mycket illa utan att läraren protesterade. Inez berättar att läraren sade att det viktigaste var att Inez fanns på plats i skolan igen. Detta kunde inte Inez ta emot utan snart skolkade hon igen. Hon gjorde också minst ett suicidförsök med sprit och tabletter. Resultatet blev att hon vid flera tillfällen vårdades på psykiatriska avdelningar. Vid dessa vårdtillfällen var hon paranoid samt hallucinerade.

1988 sept

Inez kom till Norrgården direkt från en psykiatrisk vårdavdelning. Hon var 22 år gammal. Den första tiden var det tydligt att hon inte litade på någon. Hon misstänkte att alla ville henne illa. Vid några tillfällen brände hon sig med tändstickor och cigaretter. Hon fick en kompis på stan till vilken hon många gånger flydde, från Norrgården. Flickorna söp mycket då de var tillsammans.

1989 april

Kontakten med kompiserna avslutades och Inez började vistas mer på Norrgården. Hon började också gå en folkhögskolekurs som var samhällsorienterande och förberedande för yrkesutbildning. Hon var nu mer tillitsfull och neuroleptikadosen började försiktigt minskas. På alla hjärtans dag gav hon, till kontaktpersonens överraskning, denna en present. Nu inleddes en harmonisk period där Inez efterhand knöt ett allt starkare och förtroendefullt band till sin kontaktperson. Några psykotiska symtom kvarstod inte nu längre. Inez arrangerade själv personalen på Norrgården till ett psykodramaspel. Olika personer utsågs, av Inez, till

olika släktingar och andra viktiga personer. Sedan agerade hon ut sin besvikelse, vrede men också längtan gentemot dessa rollfigurer omkring henne.

Helt oväntat gjorde modern ett besök på Norrgården med Inez syster i sällskap. Under detta besök demonstrerade modern totalt ointresse för Inez men mycket stor kärlek till systemen. Då modern gått hem gick Inez undan och tog en överdos Magnecyl. Denna förgiftning behandlades på en medicinavdelning och Inez återvände sedan till Norrgården. Hon började nu med att mindre dramatisera och mer berätta sin historia för kontaktpersonen. Hon hoppades också på en återförening med sin biologiske far. Tillsammans med kontaktpersonen gjordes ett besök på det psykiatriska sjukhem där fadern vårdades. Den kontakten fortsatte inte.

1989 nov

Inez tyckte nu att hon var så frisk att hon ville pröva eget boende. Hon fick då tillgång till en träningslägenhet som kliniken förfogade över. Kontaktpersonen besökte Inez i lägenheten så ofta som möjligt. Flyttningen var ett eget initiativ vilket var en styrka hos Inez att förverkliga. Tyvärr klarade hon inte det egna boendet och i sin besvikelse brände hon sig igen med tändstickor och cigaretter. Hon återvände efter rätt kort tid till Norrgården.

1990 jan

Nu hände något viktigt igen. Inez blev gladare och fick framtidstro. Hon upplevdes , för första gången, som stabil. Hon kunde säga ett klart och tydligt ”nej” när det behövdes och hon planerade sin framtid med skola och arbete. Hennes planering verkade realistisk. Nu tyckte hon att hon var mycket starkare och ville åter pröva att klara sig själv.

1990 aug

Skriver ut sig till egen lägenhet. Denna gång klarar hon boende utmärkt. Hon städar och sköter sitt hem på ett närmast pedantiskt sätt. Då kontaktpersonen besöker bostaden tycker hon att Inez har det mycket fint. Hon har nu en kontaktperson i ett öppenvårdsteam. Under denna tid går hon yrkesutbildning i en grannstad och börjar, på eget initiativ, jagstrukturerande individualpsykoterapi på vår psykoterenhet. Terapin avbryter hon efter 6 månader. Yrkesutbildningen avbryter hon också. I stället inleder hon en kortare period med spritmissbruk och suicidförsök.

1994

Inez blir gravid och föder sitt barn. Under graviditeten gick hon i regelbundna samtal i öppenvårdsteamet. Barnet innebär den mest påtagliga vändpunkten i hennes liv. Hon slutar med allt missbruk och lever verkligen för sitt barn. Hon pratar mycket förståndigt och trovärdigt om sin situation nu. Hon säger att hon vet vad hon själv gått miste om under sin egen barndom. Hon är fast besluten att ge sitt eget barn allt det hon själv inte fick.

De senaste 3 åren har Inez liv verkat fungera helt utan problem av allvarlig art. I början av sitt föräldraskap fick hon stöd och hjälp från kommunens mödra- och barnhem. Inez har börjat studera igen, denna gång på Komvux. Hon har blivit medlem i en grupp ensamstående mödrar som utgör ett fint stödjande nätverk. Hon siktar på ett framtida yrke inom något omvårdande område. Barnets far har varit helt utanför under ett par år. Under det sista året har barnafadern släppts in något och barnet och dess pappa får träffas regelbundet.

Sammanfattning

Inez barndom, familjesituation och ungdomsår levdes under så oförmånliga omständigheter man kan tänka sig. Resultatet blev också att hon inte kunde lita på någon människa. Hon levde självdestruktivt på många olika sätt. Naturligtvis kunde hon inte lita på sin kontaktperson från början heller utan fortsatte i sin vanliga stil efter intagningen på Norrgården. Under 6 månader pågick detta. Sedan ändrades allt, kanske för att kontaktpersonen visat sig inte vända Inez ryggen utan fanns hela tiden väntande eller jagande henne på stan för att rädda henne.

Någon konkurrens mellan föräldrar och Norrgården uppstod ju aldrig. Om föräldrarna hade lockat Inez med föräldraambitioner så hade Inez kanske återvänt hem till modern men modern demonstrerade ju i stället tydligt att Inez inte hade något gott att vänta från sin mor. Alltså fanns ingen väg tillbaka utan endast Norrgårdens anvisade väg framåt.

Vid första försöket till eget boende hade Inez endast arbetat med relationer till släkt och förfluten tid. Den personlighetsstrukturen räckte inte för att klara sig själv. När hon tillägnat sig framtiden också så verkade strukturen tillräcklig för att klara eget boende bra. Det var alldeles tydligt att Inez nu var ett tydligt subjekt i sitt liv. Det märktes på säkerheten i hennes sätt att säga nej. Fadernamnet fanns nu tydligen stadigt förankrat i den egna språkligheten. Det som sades det gällde! Efter utskrivningen förekom en självdestruktiv period men den avbröt hon och de senaste 4 åren har hon stabiliserats i sin modersroll. Hon verkar kunna underordna sig barnets framtid och lycka och ta detta som sin livsuppgift. Barnet har ju också givit henne ett nätverk med kvinnor i liknande situation som hennes. Från utskrivningen tills det blev riktigt bra gick det 4 år. Detta visar på nödvändigheten av långa tidsförlopp då man skall bedöma behandlingsresultat.

Symtom vid intagningen:

Misstänksam
Utagerande
Brände sig själv
Missbruk
Suicidförsök

Intagningsdiagnos enligt DSM IV, kliniskt:

Borderline personlighetsstörning

Inskrivningsdiagnos enligt DSM III-R, ur Opcri 3,2 programmet:

Schizofreniformt syndrom

Utskrivningsdiagnos enligt DSM III-R, ur Opcri 3,2 programmet:

Borderline personlighetsstörning

Situationen 1996:

Ensamstående mor
Inget missbruk sedan 3 år
Studerar på Komvux

Medlem i nätverk av ensamstående mödrar

Planerar yrkesutbildning

Diagnos 1996 enligt DSM-IV:

Ingen psykiatrisk diagnos

Per - Erik

Per-Erik växte upp i en familj där onda andar och djävlar ingick i kulturen. Familjen har beskrivits som djävulsdyrkare. Fadern var synnerligen dominant och utsatte Per-Erik för bland annat djävulsutdrivningar. När föräldrarna hade skilt sig fick Per-Erik en styvfader som han tyckte mycket om. Tyvärr dog styvfadern nästan genast då han kommit i familjen. Detta tyckte Per-Erik var hans livs stora sorg. Händelsen följdes av flera intagningar på psykiatrisk slutenvård på grund av psykos samt ett suicidförsök. Vården skedde i en grannstad. Då Per-Erik remitterades till Norrgården hade han vårdats i 4 månader på en psykiatrisk avdelning.

1990 mars

Intagning på Norrgården vid 21 års ålder. Per-Erik var extremt osäker och rädd för människor. Mest gömde han sig på sitt rum. Han hallucinerade för hörseln och hörde en röst som sade ”Du är sjuk”. Han menade att det var systemens röst. För dessa besvär behandlades han med neuroleptika. Redan efter ett par månader hade han knutit bra an till sin kontaktperson. Inga komplikationer med slitningar till föräldrarna förekom.

Han kom snabbt igång med att berätta sin familjehistoria och redan efter 6 månader fick han starta sin jagstrukturerande individualterapi. Denna trivdes han bra med. Under terapitiden vilade han mest på sitt rum mellan terapisessionerna. Han erövrade inte bara förfluten tid utan började också planera sin framtid. Efter ett år på Norrgården slutade han ta sin neuroleptika, utan att någon fick veta detta. Han tog sedan alla tabletter på en gång i suicidsyfte. Senare berättade han att det var för att han ville straffa sina föräldrar. När talet om utskrivning kom var det ett kraftfullt eget beslut. Han hade då inga hallucinationer utan talade om sina gamla röster som inbillningar.

1991 aug

Skriver ut sig till egen lägenhet i grannstaden. Där skaffar han både katt och bil. Vid telefonkontakterna med Norrgården sade han sig må bra och så lät det också på hans röst. Vid besök uppträdde han fullständigt normalt och verkade glad och nöjd. Han berättade att han återupptagit kontakten med grannstadens öppenvårdsteam där han också deltog i aktivitetsgrupp och matlagningskurs som arrangerats av psykiatrin.

1995

Suicid i mammans garage med hjälp av alkohol och tabletter. Han hade skrivit ett avskedsbrev.

Sammanfattning

Per-Eriks uppväxtmiljö var mycket ovanlig. Där förekom kult kring onda andar och djävulsutdrivning. Där förekom skilsmässa och traumatisk förlust av den styvfader som Per-

Erik verkade ha knutit stora förhoppningar till. Före Norrgårdstiden hade han varit psykotisk och vårdats nästan 2 år för detta. På Norrgården var han mycket rädd och undflyende, till en början. Nedvärderande hallucinos förpestade hans dagar även om neuroleptika dämpade plågan en hel del.

I egenterapin täckte han förfluten tid och även framtiden. Han fick också förmåga att själv fatta avgörande beslut. Egentligen borde han kunna vara strukturerad och ha förmåga att klara sitt liv bättre. Detta verkar också ha varit fallet vid de kontakter han tog med Norrgården efter utskrivningen. En ovanlighet är att allt gick så fort. 1½ år från inskrivning till utskrivning. Ofta är det en slitig period då fadersnamnet flyttar från föräldrar till kontaktperson. Något sådant förekom inte för Per Erik. När han knöt an till kontaktpersonen förekom ingen vanda och det gick inte att veta varifrån fadersnamnet kom. Det kanske kom från styvfadern som Per-Erik tyckte så mycket om. Styvfadern dog ju mycket fort och oväntat. Det är mycket osäkert om Per-Erik sedan fick någon vuxens hjälp med sorgearbete så att fadersnamnet skulle kunna flytta till någon annan, att livet skulle kunna gå vidare.

På något sätt dog fadersnamnet kanske med styvfadern. Dog i mening av förkastande. Ett förkastat fadersnamn kan ju återkomma som hallucinos. Kanske Per-Erik trodde att han var för dålig eller sjuk för att styvfadern skulle vilja leva kvar. Detta att dö av olika beslut kanske inte var någon främmande tanke i denna miljö där onda andar och djävlar kommunicerade med föräldrarna under uppväxten.

Per-Eriks 3 suicidförsök, inklusive de sista fullbordade, motiverade han med vreden mot föräldrarna.

Under 4 år efter utskrivning från Norrgården levde Per-Erik, som det verkade, ett bra liv. Det är helt okänt, för oss, om det var någon överdeterminerad påfrestning som sedan tillstötte 1995 eller om det bara var alkoholens avhämmande verkan som hjälpte honom att förverkliga det som han återkommit till under många år, detta att välja att sluta leva.

Symtom vid intagningen:

Rädd för människor
Gömde sig på rummet
Hörselhallucinos

Inskrivningsdiagnos enligt DSM III-R, ur Opcrit 3,2 programmet:

Schizofreni

Utskrivningsdiagnos enligt DSM III-R, ur Opcrit 3,2 programmet:

Ingen psykosdiagnos

Diagnos 1992, enligt DSM IV:

Residualschizofreni, kronisk

Situationen 1992:

Inga hallucinationer eller märkbar osäkerhet vid utskrivningen. Efter några år med eget boende, husdjur, egen bil och, som det verkade och som han själv sade, välmående och nöjd

med livet, suiciderade han 4 år efter utskrivningen från Norrgården. Han hade dessförinnan återtagit kontakt med hemstadens öppenvårdsteam.

Susanna

Susanna bodde hos sin far. Modern hade lämnat familjen i en skilsmässa som var fullkomligt oväntad för Susanna. De utåt mest märkbara symtomen verkar ha debuterat efter skilsmässan. Emellertid hade Susanna redan tidigare lidit av mobbning i skolan. Susanna kom på remiss från ett öppenvårdsteam där man behandlade henne för paranoida vanföreställningar samt stödde henne under en polisutredning. Hon var anklagad för telefonterror och för att ha skickat pornografiska tidningar hem till personer.

1990 okt

Inskrivning på Norrgården vid 18 års ålder. Den allra första tiden förflöt lugnt och Susanna skrev mycket poesi samt spelade och komponerade. Efter en tid fick hon rädsla för att maten skulle vara förgiftad och att folk skulle ta sig in i hennes och faderns bostad. Hon började då vara frånvarande från Norrgården för att kontrollera hemmet samt låsa till det med bl.a. en kedja. Hon började klä sig i uniformsliknande kläder och blev mycket god kompis med en kvinnlig medpatient. Denna vänskap varade hela vårdtiden. I bland var de osams och slogs handgripligen. Det gällde vanligen svartsjuka i något triangeldrama där det blivit tre flickor i gänget. Kontaktpersonen hade svårt att få någon plats för en gemenskap med Susanna. Auktoriteten fanns hos Susannas kompis.

1991 aug

Mamman hade börjat höra av sig och Susanna slets mellan modern och Norrgården, framför allt med kamraten där. Inga psykofarmaka användes. Susanna bytte nu namn till moderns efternamn samt sammangaddade sig med kamraten till en revolt mot de vuxna kontaktpersonerna på Norrgården. Susanna var uppenbarligen involverad i en kraftfull frigörelse. Kamraten var den ledande i detta.

1991 sept

Susanna bestämde sig själv för att skriva ut sig från Norrgården. Någon jagstrukturerande individualpsykoterapi ville hon aldrig påbörja. Hon sökte och valde själv en egen lägenhet i en grannstad. Hon var nu viljestark och bestämd. Hon tar inga psykofarmaka. Snabbt efter utskrivningen påbörjade hon en regelbunden telefonkontakt med kontaktpersonen på Norrgården. Hon ringer fortfarande rätt ofta. Vid samtalen är hon glad och talar om normala saker som gardiner och annat som rör hennes eget liv. Går på ett dagcenter för sysselsättningen samt planerar nu själv att söka psykoterapi. Hon planerar för sin framtid och har erkänt de brott som hon varit åtalad för 1990 och då nekat till. Hon skriver mycket poesi som hon skickar till sin kontaktman.

Sammanfattning

Förutom en del tidigare kamratsvårigheter blev Susanna paranoid efter en chockartad skilsmässa där föräldrarna eller andra inte kunde ge något stöd eller krisbearbetning. Hon hade sannolikt stor nytta av sin förmåga att dikta och musicera samt själv komponera musik. En varaktig jämnårig kamrat fick hon, för första gången kanske, på Norrgården. Någon ytterligare

vuxenkontakt verkade hon inte alls vilja ha, snarare tvärt om. Med kamratens stöd genomförde hon ett kraftfullt avståndstagande från kontaktpersoner och andra vuxna på Norrgården. Eget boende har hon klarat alldeles utmärkt och hennes diktande fortsätter. Det märkliga är att hon, efter att ha övergivit Norrgården och kontaktpersonen, har en kontinuerlig och väninnek relation till den kontaktperson hon förnekade så energiskt före utskrivningen.

Fadersnamnet placerades tydligt hos kamraten och har sedan förankrats i poesins språkighet. Poesin är dialektisk och skickas till kontaktpersonen som symboliska meddelanden om henne själv. Förmågan att planera för framtiden fungerar, som det verkar, helt normalt. Allt tyder på att Susanna är strukturerad. Detta verkar dock ha skett, till stora delar, efter den formella utskrivningen från behandlingshemmet. Susanna verkar ha använt sig av behandlingshemmet till det hon behövde, så att hon kunnat fortsätta sin personlighetsutveckling på egen hand. Vad hon egentligen behövde kunde kontaktpersonen inte veta vid inskrivningen. Vi antog ju en del om det men först i efterhand kan man se tydligare att patienten tagit för sig efter sina egna behov. Hon behövde oss till att ta avspark ifrån, för att sedan återta kontakten på ett jämställt och vuxet sätt. Det liknar mycket en tonårsfrigörelse. I detta fall fungerade den egna familjen inte till detta utan Norrgården fick vara ”stand in”. Så här var situationen i **mars 1997**.

Symtom vid intagningen:

Paranoida vanföreställningar från 15 år till inskrivning vid 18 års ålder.

Rädd för förgiftad mat

Rädd att folk skall tränga sig in till henne

Hon terroriserar andra

Kontrollerar och låser om sig

Klär sig i uniformliknande kläder

Intagningsdiagnos enligt DSM IV, kliniskt:

Paranoid schizofreni

Intagningsdiagnos enligt DSM III-R, ur Opcrit 3,2 programmet:

Depression med psykos

Utskrivningsdiagnos enligt DSM III-R, ur Opcrit 3,2 programmet:

Vanföreställningssyndrom paranoisk

Situationen 1996:

Susanna har inga vanföreställningar

Hon tar avstånd från sina tidigare vanföreställningar

Planerar för sin framtid

Skriver mycket poesi

Eget boende

Inga psykofarmaka

Diagnos 1996, enligt DSM IV:

Ingen psykiatrisk diagnos

Tobias

Tobias adopterades vid 6 månaders ålder och han bodde hos sina föräldrar. Han beskriver sin far som mycket dominant. Dessutom upplevde Tobias honom som invasiv och mycket auktoritär. Fadern kunde vara brutal som att sparka sönder dörrar när Tobias ville vara i fred. Han påbörjade en musikutbildning som måste avbrytas då han blev deprimerad fick ökad ångest och blev förvirrad så att han inte kunde koncentrera sig på studierna. Förvirringarna blev vid ett par tillfällen så svåra att han vårdades inom slutna psykiatrisk vård i en grannstad. Bedömningen efter den vården blev att det rörde sig om en tidig störning med både depressiva och psykotiska drag. Alltför stora yttre påfrestningar orsakade sedan dessa psykoser. När Tobias ville söka sin ursprungliga släkt och framför allt sin mor, blev han förbjuden detta av fadern.

1990 okt

Intagning på Norrgården vid 18 års ålder. Han kom direkt från en låst psykiatrisk avdelning och han sade att han varit olycklig i 10 år. Han var så nervös och spänd att då han skulle äta gemensamma måltider så måste han äta med händerna. När han försökte använda bestick skakade hans händer så det var omöjligt att få i sig någon mat. Han var mycket blyg och osäker på andra människor. Målet med Norrgårdsvistelsen formulerade han som att han ville lära sig om livet. Tobias knöt bra an till sin kontaktperson. Han var ganska öppen och ville gärna berätta om hur jobbigt det var hemma. Från mars 1991 minskade hans osäkerhet påtagligt och han kunde gå ut utan fruktan för människorna.

1991 apr

Tobias börjar jagstrukturerande psykoterapi på vår psykoterapienhet i Härnösand. Detta blev ett klart lyft för honom. Han kom fort in i arbetsfas och historiseringen engagerade honom mycket, även på Norrgården efter terapitimmarna. Terapin varade 23 sessioner under 6 månader. Efter terapin hade han oro för framtiden och hur han skulle klara av krav och påfrestningar utan att bli förvirrad igen. Några psykotiska symtom hade inte visat sig under Norrgårdsvistelsen. Inga psykofarmaka hade använts.

1992 okt

Utskrivning till egen lägenhet i en grannstad. Han brukade ringa i bland för att tala med sin kontaktperson på Norrgården. En stor påfrestning kom då fadern dog. I samråd med kontaktpersonen gick han ändå på begravningen. Efteråt hade han ett fåtal glesa krisbearbetande samtal i ett öppenvårdsteam på hemorten. Härefter ingen psykiatrikontakt eller medicinering, bortsett från enstaka telefonsamtal som tidigare. Han har, efter utskrivningen, genomgått en konstskola med bra resultat. Numera arbetar han på ett tryckeri. Det är situationen i april 1997.

Sammanfattning

Tobias hade haft osäkerhet om sitt ursprung samt en auktoritär och brutal uppfostran. Symtomen var förvirring samt nedstämdhet och ångest. Han var också så rädd för människor att hans skakningar tvingade honom att äta med händerna.

Anknytningen till kontaktpersonen gick bra och det blev en narcissistisk fas på 6 månader. Anknytningen gick troligen fort eftersom det inte uppstod någon kamp om Tobias, mellan föräldrar och Norrgården. Föräldrarna överlät fadersnamnet, utan minsta protest, till

kontaktpersonen på Norrgården. Resultatet av den fasen var att han, med sin nu förbättrade självkänsla, slapp sin skräck för människor och han kunde sedan utvecklas vidare i en fruktbar arbetsfas med historicering och strukturering. Egenterapin stärkte hans självkänsla ytterligare och han blev gladare och planerade för framtiden även om framtiden också oroade honom.

Efter egenterapin kvarstannade Tobias på Norrgården i ett år innan han vågade börja sitt liv i eget boende, starta utbildning och börja arbeta.

Symtom vid intagningen:

Psykotiska symtom endast före intagningen på Norrgården

Deprimerad

Ångest

Förvirring

Konstant olycklig

Nervös och spänd

Blyg och osäker

Intagningsdiagnos enligt DSM IV, kliniskt:

Fobisk personlighetsstörning

Intagningsdiagnos enligt DSM III-R, ur Opcrit 3,2 programmet:

Schizoaffektiv depression

Utskrivningsdiagnos enligt DSM III-R, ur Opcrit 3,2 programmet:

Fobisk personlighetsstörning

Situationen 1996:

Bor i egen lägenhet

Inga psykofarmaka

Ingen kontakt med psykiatrien längre

Genomgått konstskola med bra resultat

Arbetar numer på ett tryckeri.

Diagnos 1996 enligt DSM-IV:

Ingen psykiatrisk diagnos

Ann-Sofi

Ann-Sofis far var alkoholist. Föräldrarna skildes och hon fick en fosterfar som hon tyckte mycket om. Skolarbetet var framgångsrikt. Då Ann-Sofi var 14 år blev hon, vid två tillfällen, våldtagen av bekanta till familjen. En tid efter började hon få perioder då hon blev helt stilla och okontaktbar. Vid dessa tillfällen kunde hon peka omkring sig och hon skrek och grät. Hennes ljud var inte begripliga ord. Från 16 års ålder har hon många tillfällen med avdelningsvård inom psykiatrien. Hon behandlades med neuroleptika.

1991 feb

Inkommer till Norrgården, från en vårdavdelning, vid 27 års ålder. De första veckorna på behandlingshemmet tillbringade Ann-Sofi sittande på kökssoffan. Hon iakttog mycket skarpt alla och allt som hände i köket. Hon pratade inte men i bland kunde hon låta med obegripliga ljud. Hon var rädd för duschen och wc eftersom hon var rädd att sugas ner i avloppet.

Efter två veckor började hon åter besöka sin gamla kontaktperson i öppenvårdsteamet. Där fick hon måla bilder. I övrigt var styvpappan den idealiserade och rådande personen. Här fanns fortfarande fadersnamnet.

Efter tre veckor förändrades Ann-Sofi helt. Hon blev gladare och började prata normalt. Hon knöt an tydligt och förtroendefullt till sin kontaktperson på Norrgården. För kontaktpersonen berättade hon händelser i slakten. Hon visade kort i sitt fotoalbum. Trots att hon fortfarande hade kökssoffan som sin favoritplats pratade hon nu normalt och hon blev allt gladare och mer kompetent att sköta sig själv. Rädslorna minskade. Sommaren 1991 började hon också fälla kritiska omdömen om sin mor.

1991 nov

Utskrivning från Norrgården. Ann-Sofi började plötsligt kritisera Norrgården och tyckte det var olidligt långtråkigt där. Därför bestämde hon sig, med stor beslutsamhet för att skriva ut sig till en egen lägenhet. Någon jagstrukturerande individualterapi hade Ann-Sofi inte hunnit börja. Trots att föräldrarna tydligt stödde och visade sitt förtroende för Norrgården ville Ann-Sofi inte flytta tillbaks till behandlingshemmet utan flyttade på eget beslut, och mot föräldrarnas vilja åter hem till föräldrarna.

I fortsättningen inträffade några korta slutenvårdsepisoder som inte var orsakade av dramatiska eller farliga händelser. Det viktigaste var emellertid att Ann-Sofi återgick till sin gamla kontaktperson i öppenvårdsteamet där hon nu fick rita sitt släktträd och berätta om slakten i anslutning till att trädet växte.

Efter ett par år flyttar Ann-Sofi från föräldrarna till kommunens skyddade boende. Hon fortsätter också i öppenvårdsteamet. Under en period upplevde hon att grannen tittade på henne och hon vågade inte sova. Hon började då medicinera med ett atypiskt neuroleptikum som öppenvårdsteamet ordinerade och kontrollerade. Fortfarande, 1997, kan hon vara rädd i bland men träffar då sitt öppenvårdsteam och talar om det som skrämmer henne.

Sammanfattning

Ann-Sofis sjukhistoria uppfattas som orsakad av de två våldtäkterna. Dessa bearbetades inte på ett symboliserat sätt med språket som medium. I stället reagerade hon med psykotiska symtom i form av katatoni och paranoida symtom.

I takt med att Ann-Sofi arbetade, synnerligen engagerat, med sin historia blev hon allt gladare och började kunna ta egna beslut. Detta tyder på att historiceringen gjorde henne till ett subjekt med tillhörande säkerhet om en egen identitet. Fadersnamnet övergick också från styvfadern till Ann-Sofis eget tal. Däremot tillägnade hon sig inte framtiden. Det hade hon säkert gjort om hon stannat på Norrgården eller genomgått jagstrukturerande individualterapi.

Struktureringen blev alltså ofullständig.

Resultatet, hittills, är att hon klarar skyddat eget boende men saknar förmåga till att planera sin framtid. Ann-Sofis tid är endast förfluten. I övrigt finns endast det omedelbara nuet. En annan effekt av den ofullständiga tidsstruktureringen är att hon blir utsatt för paranoida reaktioner vid påfrestningar. Dessa senare balanseras av öppenvårdsteamet och neuroleptika dämpar paranoians styrka.

Symtom vid intagningen:

Hon var helt stum

Hon satt på kökssoffan och iakttog alla andra mycket skarpt

I bland hade hon läten av obegripliga ljud

Hon var rädd för att sugas ner i WC och dusch

Perioder då hon var helt stilla och okontaktbar

I bland kunde hon börja peka runt om sig samt skrika och gråta

Intagningsdiagnos enligt DSM IV, kliniskt:

Kataton schizofreni

Utskrivningsdiagnos enligt DSM III-R, ur Opcrit 3,2 programmet:

Odifferentierad schizofreni, kronisk

Situationen 1996:

Sökt sig åter till sin psykoterapeut i öppenvårdsteamet för att rita och berätta färdigt sitt släkträd. Hon var glad och pratade normalt

Fortfarande neuroleptika och kontakt med öppenvårdsteamet

Hon klarar särskilt boende men har svår med framtiden vilket omöjliggör framtidsplaner

Fortfarande milda paranoida reaktioner vid påfrestningar

Diagnos 1996:

Residualschizofreni

7. UTVÄRDERINGAR AV VERKSAMHETEN VID NORRGÅRDEN

*”Ja, deras liv var både ljuvt och svårt
med mycken ofullkomlighet som vårt.*

*Men lönnligt närde de en högmodsdrom
att bärga livet undan livets ström”*

Bertil Malmberg

Detta kapitel är ett kommenterande referat av tre olika rapporter. Avsikten med kapitlet är att ytterligare försöka att belysa vår teoretiska ansats i ljuset av eventuella förändringar i patienternas livssituation och genom vad som händer med dem under och efter tiden på Norrgården. Här redovisas tre studier med olika aspekter på arbetet på Norrgården. Den första är två utvärderingar, 1992 och 1996, av de 11 första patienterna som följde behandlingen under en längre tid. Den andra är en utvärdering av några individualterapierna. Den tredje är en studie av temporalisering i individualterapierna.

Utvärdering av arbetet med Norrgårdens första 11 patienter

Utvärderarens roll

I samarbete med Norrgårdens personal och författaren utförde Bengt-Göran Aronsson två utvärderingar av de 11 första patienterna som behandlades för psykos på Norrgårdens behandlingshem i Härnösand (Aronsson 1999). Kommentarer utgår från utvärderingen men jag kompletterar utvärderingens resultat med egna erfarenheter av dessa patienter som jag lärt känna väl under deras behandlingstid och de kontakter de upprätthållit med Norrgården under åren efter utskrivningen. Kommentarer, erfarenheter och tankar kring dem är att se som en första början till framtida fortsatta hypotesbildningar och undersökningar. Utvärderingarna har skett på mitt initiativ och diskussioner har skett kontinuerligt under arbetets gång. Eftersom patienternas tillägnande av tiden utgår från deras personliga historia har jag också fått kännedom om hur deras liv gestaltade sig före behandlingen. Jag utgår från utvärderingens rubriker men behandlar dem inte i den ordning de har där. Anledningen till det är att jag eftersträvar en mer kronologisk beskrivning av deras liv så långt jag känner dem hittills.

Med hjälp av berättelserna från de 11 patienter som Aronsson har utvärderat, kan man få en bild av dessa unga människors bakgrund, sjukdomssymtom och svårigheter. Det kanske kan bidra till att de psykossjuka får "ett ansikte" och blir mer tydliggjorda. Utvärderingen ger också en klar bild av att det genom behandling är möjligt att normalisera dessa människor, mer eller mindre. Deras svåra utanförskap avhjälps i vissa fall dramatiskt. Utvärderingen visar också att detta kan åstadkommas till en betydligt lägre kostnad än den som Landstingsförbundet kom fram till 1992. Den stora fördelen av att göra detta kommer inte minst av att de psykossjuka insjuknar runt, ofta före, 20 års ålder. Det är därför av största vikt att den grupp som kommer att ha bestående handikapp görs så liten som möjligt och att de som förblir psykiskt handikappade får sitt handikapp minskat så mycket som det är möjligt.

Utvärderingsgruppen

Eftersom behandlingshemmet varit verksamt i sex år när utvärderingen skulle göras fixerades inte en viss period att utvärdera, utan valdes att studera samtliga patienter som under dessa år genomgått behandling. Kriterium för genomgången behandling var att ha varit inskriven vid behandlingshemmet mer än fyra månader och utskrivna senast december 1992

Under tiden oktober 1986 till december 1992 hade 24 patienter skrivits in och blivit kvar där mer än 4 - 6 veckor. Av olika skäl avslutade en tredjedel av dessa behandlingstiden innan fyra månader hade gått. Således återstod sexton patienter. För fem av dessa avbröts sedermera behandlingen varför antalet patienter som genomfört behandlingen under de dryga sex åren är elva.

Fyra år efter utvärderingen gjordes en uppföljning

Den första kullen skrevs in 1986 och skrevs ut 1989 eller 1990. Den andra kullen skrevs in 1988 och ut 1989 eller 1990. Den tredje kullen skrevs in 1990 och skrevs ut 1991 eller 1992.

Vid inskrivningen var medelåldern 23 år och patienterna hade varit psykossjuka i flera år. De hade haft psykiatrisk slutenvårdsbehandling i 1 - 10 år före intagningen på Norrgården. De flesta hade vårdats cirka 2 år. Den första kullen patienter hade dubbelt så lång behandlingstid, 3 år, jämfört med 1,5 år eller kortare för de två senare kullarna. De två senare kullarna bestod

också av något yngre patienter.

En utvärdering gjordes 1992 av behandlingsresultatet. 1996 gjordes, på samma sätt, en uppföljning. Tiden efter utskrivning från Norrgården var då mellan 5 och 7 - 8 år. De instrument som användes var patientintervju (enligt Chestnut Lodge, övers. A. Werbart), GAF-skalan i DSM III R, diagnostik enligt DSM III R axlarna I och II med hjälp av SCID, personalintervju, journalhandlingar, social situation (Strauss-Carpenter-skalan), upplevd livskvalitet (enl. Madis Kajandi).

De som avbröt behandlingen

Tabell 1. Antal patienter som avbrutit behandlingen.

Totalt antal inskrivna 1986 - 1992	24
Avbrutit före 4 månader	-8
Avbrutit efter 4 månader	-5
<hr/>	
Antal patienter som avbrutit behandlingen	13

Åtta patienter avbröt behandlingen före 4 månader på Norrgården. Se tabell 1. Av dessa var 3 utagerande eller alltför hotfulla. Tre skrev ut sig eftersom en förälder ville det. Två skrev ut sig för att de ville klara sig själva. Kön och diagnoser framgår av tabell 2.

Tabell 2. Diagnoser och kön hos patienter som avbrutit behandlingen före 4 månader.

Diagnos	Kön	
	man	kvinn
Schizofreni	2	1
Borderline	2	3
<hr/>		
Summa	4	4

Fem patienter avbröt behandlingen efter mer än 4 månader på Norrgården. Se tabell 3. Två av dessa var gravida och 2 var våldsamma. En skrev ut sig på grund av graviditet och konflikt med pojkvännen.

Tabell 3. Diagnoser och kön hos patienter som avbrutit behandlingen efter 4 månader.

Kön

Diagnos	man	kvinna
Schizofreni	1	2
Borderline personl.störn.	1	
Schizoid personl. störn.	1	
Summa	3	2

Mina kommentarer

Enligt våra erfarenheter så passade Norrgården bättre för psykospatienter än för patienter med personlighetsstörning. Psykospatienter är ju inte alltid psykotiska men de verkade ha det bra på Norrgården även då de fungerade bättre än i psykos, kanske på borderlinenivå. Däremot var det stora problem med de patienter som hade personlighetsstörningar vid inskrivningen. De led inte bara själva, utan agerade så att omgivningen led. Psykotikerna kunde acceptera kontaktpersonens förslag till åtgärd vid lidande. De personlighetsstörda accepterade inga förslag från behandlingshemmets sida, om de inte var en upprepning av deras krav, vilka ofta var omöjliga att tillgodose. Resultatet blev att den öppna och accepterande attityden från kontaktpersonerna ledde till försök till exploatering. Ofta gällde det att få tillgång till missbruksmedel. En anpassning till de personlighetsstörda hade offrat de psykotiskas intressen och tvärt om. Norrgården valde enhälligt att prioritera de psykotiska patienternas intressen. Vi gjorde inte detta lättvindigt utan det framtvingsades av att den ena efter den andra av de psykotiska meddelade att de tänkte lämna behandlingshemmet eftersom de inte mårde bra av den bråkiga och hotfulla atmosfär som rådde. Föräldrarna till de psykotiska patienterna höll sig väl underrättade om vad som skedde och bidrog till att vi måste skriva ut de personlighetsstörda trots att de ännu inte hade begärt det själva. Slutsatsen vi drog var att vi kunde behandla psykotiker men inte i sällskap med personlighetsstörda och missbrukande jämnåriga. Vår teori skulle kanske gå att tillämpa på de personlighetsstörda men vår metodik skulle i så fall få revideras starkt.

Ytligt sett kunde de personlighetsstörda ta för sig det de ville, även om det var via hot och brott, men de psykotiska stod hjälplösa i sin tidlöshet och sitt totala beroende. De senare behövde vår hjälp, de förra skulle behöva jagstrukturerande behandling i kombination med striktare gränssättning och ett påtvingat närmande till deras kastration och deras eget lidande, i stället för att försöka tvinga det på andra.

Det var emellertid inte bara personlighetsstörda som avbröt behandlingen i förtid. En annan grupp var psykotiska patienter vars föräldrar inte vågade lämna över sina barn till behandling hos oss. Det kan finnas olika skäl till det men i ett fall bedrev en far ett privat behandlingshem som han tyckte var bättre för sitt barn och han försökte behandla henne själv där. I andra fall stod inte någon av föräldrarna ut med separationen från sitt barn. Senare tog vi hand om föräldrakriserna på ett ambitiösare sätt. Det var tydligen inte så att föräldrarna bara var plågade av sitt barns psykosjukdom utan behövde det också att engagera sig för. I andra fall misstänkte vi att föräldrarna var rädda att barnet skulle berätta om vad som kunde ha skett i föräldrahemmet. Något fall ledde till avbrytande på grund av graviditet. Vi försökte faktiskt att vårda mor med barn på Norrgården vid ett tillfälle. Resultatet blev att all terapeutisk aktivitet med de övriga patienternas personlighetsutveckling stannade upp och alla var helt

engagerade i barnet och dess omvårdnad. Den patienten fick flytta hem till sina föräldrar.

Det kan inte nog betonas hur viktigt det är att patienternas föräldrar är med i processen. Från 1997 har vi en psykolog som träffar alla föräldrar. Vi har haft studiecirklar kring psykoser och olika behandlingsalternativ. Dessutom kan de föräldrar som vill få gå i egen psykoterapi. Däremot har vi endast vid ett tillfälle erbjudit familjeterapi och då hoppade föräldrarna av. Fortfarande har vi den uppfattningen att våra patienter skall bli autonoma och subjekt i den symboliska ordningen i stället för, endast, i sin barndomsmiljö. Patienterna är mellan 20 och 30 år gamla. Föräldrarna försöker vi hjälpa med deras lidande i öppenvård, psykologsamtal samt överläkarsamtal. Deras ungdomar försöker vi hjälpa på Norrgården. Ungdomarna har den ålder inne då de skall inträda i ett eget liv. På ett sätt har föräldrarna gjort sitt nu och separationen från barnen är adekvat i vår kulturs ordning.

Vårt intryck är att en del av de patienter som avbrutit behandlingen för tidigt, ändå verkar fortsätta sin personlighetsutveckling efter utskrivningen. De kanske, i en del fall, har kommit i gång igen med sin avstannade personlighetsutveckling hos oss, men fortsatt på andra platser än Norrgården. Möjligen har detta skett på ett annat sätt och kanske långsammare. I bland har patienter återkommit till Norrgården för en fortsättning. Det kan möjligen vara bättre för vissa personer att förändringarna får ske lite långsammare och kanske med ett blygsammare mål, än vår höga ambitionsnivå.

Gruppens livssituation före Norrgården

Av de 11 patienterna kom 10 från psykiatriska slutenvårdsavdelningar och en patient kom från föräldrahemmet. Patienterna levde med ångest, skräck, hallucinationer och vanföreställningar. Deras familjer hade också ett mycket stort lidande med sorg, rädsla, tankar om egen skuld och pessimism inför framtiden. Föräldrarnas liv hade kommit att till stor del präglas av deras psykotiska barns omvårdnad och olika försök att söka upp effektivare behandlingar än de tidigare fått.

Det allra största lidandet fanns dock troligen hos de sjuka själva som fick leva i sina egna världar fyllda av skräck, falska sinnesintryck och nästan total oförmåga att kommunicera sin situation så att de skulle kunna bli förstådda. Deras situation var sådan att de levde i isolering från andra människor, även om de rent fysiskt hade människor i sin närhet. Alla de 11 patienterna hade haft självmordstankar. Några hade också gjort försök att avsluta sina liv. Flera hade vanföreställningar om sina kroppar som upplevdes bli förändrade eller förstörda av andras blickar eller hårda tilltal. Någon upplevde sig vara ett litet barn och försökte leka med småbarn vars föräldrar naturligtvis blev rädda och kallade på polis. Någon levde i konstant kaos och kunde inte ens skapa sig en egen värld av vanföreställningar. I detta kaos dominerade känslan av skräck.

Mina kommentarer

Genom de behandlingar patienterna tidigare fått med antipsykosmedel inom psykiatrins slutenvård, kunde antagligen känslor och föreställningar dämpas mer eller mindre effektivt, men de blev inte friska utan endast lugnare. Passivitet och isolering kvarstod oförändrat. Ett typiskt drag hos dessa patienter var att de inte hade tillgång till tiden. De levde helt och hållet i

ögonblicket. De kunde inte berätta sin historia och de kunde inte planera något för framtiden. Givetvis kunde de inte heller passa tider. Initiativ och vilja måste finnas hos någon annan, vanligen en förälder eller en kontaktperson på vårdavdelningen.

Även på vårdavdelningarna fanns ogynnsamma förhållanden eftersom kontaktpersonen som blivit patientens hjälpjag ofta var frånvarande för sömn, schemalagt arbete eller annat i dennes eget liv. Själva miljön på vårdavdelningarna präglades av de allra oroligaste patienterna som hördes och märktes över allt annat. En sådan livsmiljö befordrar flykt in i den egna världen som i sig var beskaffad som beskrivits ovan (Ottosson 1983, Orhagen 1990). Ur omgivningens synpunkt blev patientens psykos svårare av denna skyddande autism. Resultatet blev att doserna av antipsykosmedel måste höjas för att framkalla lugn inför, nu inte bara den inre plågan, utan också den yttre skrämmande och förvirrande miljön. När psykiatrins tillgång på slutenvårdsresurser minskades under slutet av 1980- och början av 1990-talet minskade möjligheterna att differentiera omvårdnaden. De räddaste patienterna kunde inte längre få en fristad på en lugnare avdelning utan nu samlades alla psykossjuka på samma utrymme.

En vanlig uppfattning hos psykotiska personer är att andra människor kan veta vad de tänker, ser eller hör inom sig. I en tätt befolkad vårdavdelning leder det till att den inre världen ständigt tas bort av de andra. När den psykotiske vistas hemma är han nästan alltid inne på sitt rum för att kunna känna sig mer hophållen till kropp och psyke. Yttervärlden innebar ingen lockelse eller något av intresse. Beroendet av hjälpjag bidrog givetvis också till känslan av utanförskap, inkompetens och hjälplöshet.

Sammanfattningsvis levde våra blivande patienter med en livskvalitet som var så låg som det går att tänka sig. Detsamma gällde deras familjer.

Skoltrivsel och hemmiljö

Flera av våra patienter verkar ha varit tillfreds i skolan under första årskurserna. Några hade också intressen som de odlade, till exempel teater och dans. De verkar också ha klarat av skolans krav på inläring. En del hade också kamrater. De verkar inte ha haft någon särskild bästa vän utan de ingick i lite större kamratgrupper. Om kamraterna tyckte att de var avvikande på något sätt vet vi inte men ett par föräldrar har sagt att deras barn mer passivt fick följa kamratgruppen och att barnet gjorde som de andra men att det var något av isolering över dem, även i gruppen. De skulle ha saknat egna viljeytringar och inte försökt påverka kamratgruppen.

En stor förändring skedde i högstadiet. Nästan alla familjer berättar att det var då svåra problem uppstod. En del blev mobbade och gick inte till skolan. De upplevde skolan som något förfärligt. Det skall inte ha varit fråga om att de prioriterat roligare aktiviteter än skolgången utan mer ett passivt frånvarande. Några minskade sin närvaro i skolan till ett minimum. Någon blev så förändrad under den här tiden att föräldrarna, av säkerhetsskäl, höll sitt barn inlåst i familjevillans gillestuga. När modern skulle ekipera sitt barn så hämtades kläder hem för att provas i gillestugan. Först efter något år, när det blev tydligt att ingen förbättring av tillståndet inträdde av sig självt, sökte man råd från barn och ungdomspsykiatriska mottagningen. Ett par av patienterna blev inlagda på barnpsykiatriska

vårdavdelningar redan under högstadietiden. Om dessa slutenvårdserfarenheter medräknas så har samtliga 11 patienter i utvärderingsgruppen varit inom sluten psykiatrisk vård innan de blev patienter på Norrgården. De fick också behandling med antipsykotiska läkemedel under slutenvårdstiderna samt under perioderna då de var hemma.

Livet i familjen innebar, för de flesta otrygghet och bristande harmoni. Föräldrarna till 7 av de 11 skilde sig under barnens ungdomstid. Stämningen i hemmet beskrevs av patienterna som präglad av oro, rörighet, bråk och otrygghet. I ett par fall var fadern alkoholist. I ett par fall var också ett syskon eller en förälder psykotisk eller deprimerad. De flesta patienter beskrev att de inte hade upplevt kontakt med sin mor, hon kändes frånvarande. De flesta tyckte att de inte hade haft någon närhet i relationen till föräldrarna. Ett undantag var den patient som upplevt sin mor som alltför tätt inpå sig.

Sammanfattningsvis började de verkligen stora svårigheterna i högstadiet. Samtliga 11 patienter beskrev sin familjesituation som mycket svår att leva i. Det typiska var skilsmässor med bråk och oro, psykiskt sjuka närstående samt missbruk. Enligt Aronssons utvärdering var en typisk upplevelse hos patienterna att det saknades ”närhet” i familjen, framför allt kanske till modern. Nästan alla föräldrar har haft det mycket svårt före och under tiden deras barn varit på Norrgården.

Vårdmiljön

Av utvärderingen framgår att det i allmänhet funnits 8 patienter på Norrgården. Egentligen hade vi tänkt oss några platser till. Med tanke på att separationer alltid är mer eller mindre plågsamma reserverade vi några platser till nyligen utskrivna patienter. De skulle ha möjlighet att kunna komma tillbaks för en kortare vistelse om livet ”där ute” kärvade till sig på allvar. Det skulle vara ett bättre alternativ än att den utskrivne skulle behöva anlita okända konventionella vårdavdelningar någon annanstans. Personal och många medpatienter var ju nu dessutom bekanta. De skulle kunna vara en stor trygghet om utskrivningen inte var så definitiv.

Mina kommentarer

Om behandlingshemmet skall fungera som alternativ till vårdavdelningar kan det inte fyllas med alltför många patienter. Det måste finnas mycket luft och rymd i miljön. Vid gemensamma gruppaktiviteter bör också gruppstorleken vara lämplig så att ingen försvinner i mängden. Åtta patienter har vi tyckt fungerat bra i allmänhet. Färre går också bra men inte fler än åtta.

Det har funnits en tendens att de patienter som finns på behandlingshemmet följs åt i sin personlighetsutveckling. Deras utskrivningar sker då också ungefär samtidigt. De som skrivits ut kan inte genast ersättas med nya utan kontaktpersonerna måste bearbeta sin saknad efter den utflyttade skyddslingen. Dessutom visar det sig snart vilka patienter som inte kunnat hålla utvecklingstakten med de snabbaste. Vi har i allmänhet haft flera nya remisser i en väntelista att bedöma och välja från. Det är viktigt att när de övergivna vårdplatserna skall fyllas, ersättarna befinner sig i sin personlighetsutveckling, inte allt för långt från de kvarvarande patienternas. Det måste bildas en ny grupp som i sin tur kan följas åt i framstegen. Den nya gruppen följs åt under några månader sedan visar det sig att en del av gruppen drar ifrån och

några blir efter. Om det är samma personer som blir efter vid flera ”kullbyten” måste man fråga sig om de kan dra nytta av vad just Norrgården kan ge. Denna fråga vill vi avgöra under patientens tredje år. Oftast har efterslänrarna själva tagit upp frågan om utskrivning till någon form av boende.

Återflyttning till föräldrarna har nästan aldrig behövt ske utan eget boende prövas. Om det inte gått bra, trots kommunalt stöd och kontakt med Norrgården eller öppenvårdsteamet, har kommunalt skyddat boende blivit nödvändigt. Efter en tid har de kunnat försöka helt eget boende igen. I bland har det lyckats den gången. Det har också hänt att den utskrivne patienten skrivit in sig på vår rehabiliteringsavdelning för ett par korta vårdtider. Efter det första året som utskrivna har detta upphört och öppenvårdsteamet har räckt. Det typiska har varit att de utskrivna har klarat eget boende och fått den hjälp de behövt från öppenvårdsteamet. Över ett litet längre tidsperspektiv har också medicindoserna kunnat minskas avsevärt.

En del patienter har, enligt vår planering, påbörjat individualpsykoterapi i jagstrukturerande form under arbetsfasen på behandlingshemmet. Om de då passerat ”U-svängen”, brukar de använda Norrgården som ett boende av samma typ som ett elevhem eller ett studentrum. De går på sin terapi och berättar inte så mycket. Den tidigare så viktiga kontaktpersonen får inte veta så mycket längre. Dessa patienter verkar uttråkade av att bo kvar på Norrgården och skriver efter en kort tid ut sig till ett eget boende. De fortsätter emellertid sin individualterapi ”på egen hand”. De fungerar som vuxna och sköter sina tandläkarbesök och allt annat själva.

Även om patienterna själva är lättade då de flyttar till sitt eget boende finns ju kontaktpersonen kvar på Norrgården. Den personens ”arbete” med sin klient har varit mycket speciellt. Varje kontaktperson på Norrgården har endast en klient. Under den första narcissistiska fasen kommer de två människorna allt närmare varandra. En förtroendefull relation uppstår oftast inom ett år. Detta är nödvändigt för att sedan arbetsfasen och U-svängen skall kunna ske. Man skulle också kunna uttrycka samma sak så att det är först när klienten har levt med någon trofast närstående en tid som det svåraste kan klaras av. Man klarar inte att på egen hand gå igenom U-svängen eller kastrationskomplexet. Kanske är kastrationskomplexet det allra svåraste och smärtsammaste som varje människa måste genomlida för att träda fram som ett subjekt med kunskaper om sina fördelar men också om sina begränsningar, tillkortakommanden och svagheter.

Tidens gång och den egna dödligheten är svårt men nödvändigt att bejaka i någon mån. Att tiden är utmätt och har ett slut för alla, kanske vi aldrig helt bejakar och underkastar oss. Insikten om och underkastelsen under denna lag som vi lever under, kan vara rätt intellektuell under många år. Dess djupa, personliga innebörd tränger sig på oss vid några tillfällen under livet, kanske under traumatiska kriser och utvecklingskriser. Vi har många försvarsstrategier för att hålla innebörden i vår begränsning borta från vårt medvetande. Det räcker dock med en intellektuell kunskap om sakernas ordning i världen för att klara sitt liv. Problem kan uppstå senare om kriser drabbar. Om våra patienter är alltför försvarslösa, kan en chockfas i en kris förlängas och fördjupas till en varaktigare psykos. Om, som vi hoppas, klienten har tagit till sig sin kontaktpersons sätt att tala om och hantera dessa svåra saker så är patienten jagstarkare efter avslutad behandling.

En helt annan sak är det med landstingens sparande inom sjukvården. Även om Norrgården inte varit hotad av nedläggning så har ju personalen tvingats flytta till nya arbetsplatser på grund av lagstiftningen på arbetsrättsområdet. I ett fall gick det inte att få patienten som befann sig i slutet av den narcissistiska fasen, att acceptera att hans kontaktperson skulle försvinna för gott. I stället gjorde han ett mycket brutalt suicid då han var hemma på permission. Han tog också sin hund med sig i döden. Att relationen mellan kontaktperson och klient är en fråga på liv och död är svårt att förklara för icke professionella. Det är emellertid livsavgörande för en psykotisk patient att få behålla sin kontaktperson behandlingstiden ut. Just psykotiska människor blir särskilt skadade av separationer. När en psykotisk patient utsätts för en traumatisk separation är det lika farligt som att utsätta en gravt allergisk människa för stora doser av det de är allergiska mot.

Antagligen är det så att en relation av den digniteten som kontaktperson och hans klient har under arbetet med att hjälpa en människa från psykos och ut till ett nytt liv, inte riktigt finns på andra områden inom sjukvården. Det går att bryta den personliga kontinuiteten inom kroppssjukvården. Men här, inom den behovsanpassade psykiatriska vården, går det inte alltid. Det är för patienten som att byta en förälder. Om patienten är tillräckligt jagsvag så försvinner allt hopp tillsammans med kontaktpersonen. Det är inte alltid möjligt att förbereda patienten på separationen. Om patienten inte kommit in i arbetsfasen så har han inte tillgång till tiden, han kan inte se något i perspektiv eller vara med och planera något annat arrangemang. Någon annan föräldrafigur finns inte heller att ta över. Dessutom ligger en del av styrkan i metoden just i den förtroliga tilliten till en närstående människa.

Vare sig patienten lämnar oss på ett bra sätt eller på ett katastrofalt sätt så finns övergivenhet och oro kvar hos kontaktpersonen. Händelserna måste bearbetas och tid måste få gå innan kontaktpersonen kan ta sig an en ny patient. De skickligaste kontaktpersonerna är synnerligen äkta intuitivt engagerade och nyfikna på sin klient.

Kontaktpersonerna stimuleras kontinuerligt till det i den handledning som sker varje vecka. Det är viktigt att det hela tiden är samma handledare. Vi har försökt med två handledare som byter av varandra. Trots att de båda var väl insatta i metoden uppstod viss vilshenhet och missnöje på behandlingshemmet. Efter återgång till en handledare fungerade det bättre igen. Den ende handledaren får inte heller bytas ut mot någon annan. Handledaren arbetar inte med egna patienter från Norrgården. Just däri kan en del av tryggheten ligga. Ledningen av verksamheten ligger i en faderligare roll på det symboliska planet. Det gäller för handledaren att inte lockas att överge den symboliska identifikationen som handledare mot en imaginär identifikation och börja tro att man vet bättre. Handledarfunktionen liknar mycket dirigenten för en orkester med skickliga musiker.

Handledningen är en tjänande funktion. Att hjälpa artisterna, kontaktpersonerna och psykoterapeuterna, att se hopp och sammanhang. Handledaren skulle kanske vara en dålig kontaktperson eller terapeut men har sin roll i just detta att utifrån se till att intresse, nyfikenhet och hopp förs in i systemet och att det inte stannar upp för att bli endast omvårdnad. Handledaren går till väga på ett parallellt sätt till det sätt teorin och metoden

kräver av kontaktpersonerna och patienterna. (Edenius 1994). Handledaren måste visa verkligt intresse för händelserna och människorna, vara intresserad och ställa frågor på ett sätt som kan öka kontaktpersonernas nyfikenhet och ambition. Vid obegripliga händelser skall handledaren vara så erfaren i psykoterapi och handledning för psykotiska patienter, att motöverföring som uppstår i handledningsgruppen tolkas och formuleras. Detta öppnar det som varit låst och utmynnar i lättnad och glädje.

Resultat vid utvärderingen 1992 och uppföljningen 1996:

Tabell 4 Beskrivning av patientgruppen: namn (fingerat), ålder vid inskrivningen, diagnos, behandlingseriod(er). Månad anges med nummer under respektive år. (Ur: Aronsson 1999)

Namn	Inskr- ålder	Diagnos 1)	Behandlingsperiod vid Norrgården						
			1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Ann	22	Schizofreni	09-----05	01-04	06-12				
My	22	Schizofreni		03-----11	07-----06				
Linn	19	Schizofreni	09-----						12
Dick	32	Schizofreni	09-----						12
Elin	21	Atyp. psykos			07-----				04
Mia	30	Borderline			08-----				04
Inez	22	Schiz. syndr.			09-----				08
Per-Erik	21	Schizofreni					03-----		08
Susanna	18	Depr.m.psykos						10-----	09

Tobias 18 Schiz.-aff.depr.
Ann-Sofi27 Schizofreni

10-----09
02-11

1) Atyp. psykos = atypisk psykos, Schiz. syndr. = schizofreniformt syndrom, Depr.m.psykos = Depression med psykos, Schiz.-aff.depr. = schizoaffectiv depression

Vi får ganska ofta information från de f.d. patienterna via deras telefonsamtal och brev. Avhandlingens syfte var att utröna om den beskrivna teorin för psykos skulle kunna tillämpas och ge något troligt behandlingsresultat eller skulle behandlingsresultatet motsäga den använda teorin? Bortfallsgruppen verkade också vara olik behandlingsgruppen i viktiga avseenden såsom diagnos, pågående missbruk och motivationsbrist hos föräldrarna.

Efter utskrivning hade slutenvårdskonsumtionen minskat från 6 månader året före behandlingsstart, till mindre än 1 månad per år. Öppenvårdskonsumtionen hade samtidigt successivt ökat. Se tabell 4.

Beräkningen av kostnaden för patienternas vård grundas på 2000 kronor per dygn för slutenvård och 1000 kronor per öppenvårdsbesök. Ett år efter utskrivning från Norrgården kostade vården för dessa 11 patienter hälften av vad den kostade ett år före inskrivningen. Tre år efter utskrivning hade vårdkostnaden minskat till 20% av kostnaden ett år före inskrivning på Norrgården. Se tabell 5.

Tabell 5. Kostnad i kronor per patient och år. Sluten och öppen vård.

	Året före Norrgården	Tredje året efter behandl.	Uppföljningsåret
Sluten	342 000	36 000	0
Öppen	8 000	31 000	6 400

(Ur: Aronsson 1999)

Utvärderingen 1992

Symtom 1992:

Före inskrivningen på Norrgården hade 10 av de 11 patienterna vanföreställningar, hallucinationer, ångest, skräck eller misstänksamhet. Den elfte hade höggradig ångest, skräck och yrsel. De levde passivt och isolerat samt utan initiativförmåga. De hade inga intressen eller kontakt med kamrater. Samtliga hade självmordstankar och också gjort självdestruktiva eller suicidala handlingar. De hade sömnstörningar och många hade ätstörningar. För 7 f.d. patienter hade världen fått mer av lockelse och intresse 1992. Deras värld dominerades inte längre av vanföreställningar, kaos och oberäkneligheter.

Diagnoser 1992:

DSM-III-R diagnoserna före inskrivningen var 7 schizofreni, 1 schizoaffektivt syndrom, 1 depression med psykos, 1 atypisk psykos samt 1 borderline med tablettberoendeproblematik. 1992 var diagnoserna 1 odifferentierad schizofreni, 4 borderline personlighetsstörning, 3 residuals schizofreni, 1 vanföreställningssyndrom paranoid samt 1 ingen diagnos. Se tabell 6.

Neuroleptikaanvändning 1992:

Neuroleptikaanvändningen är omräknad till Klorpromazinekvivalenter per dygn. Första och andra året efter utskrivning var hälften av patienterna neuroleptikafria. Tredje året var 1/3 av patienterna neuroleptikafria. 4 patienter använde då neuroleptika. Dessa 4 patienter utgjorde den första kullens patienter som skrevs in då Norrgården hade öppnat. Deras doser var emellertid mellan 1/3 och 1/2 av doserna de haft vid inskrivningen. Övriga 7 patienter var nästan neuroleptikafria 3 år efter utskrivning. De två patienter som fortfarande använde neuroleptika, i andra och tredje kullarna hade mycket små doser, 40mg KPZ respektive 25mg KPZ.

Sociala förhållanden 1992:

Före inskrivningen hade 7 av de 11 patienterna inte prövat eget boende. Vid utskrivningen flyttade 10 av dem direkt till egen lägenhet. Deras boende var av normalt slag och inte ett "särskilt boende", kommunalt gruppboende eller dylikt. Det egna boendet var det som patienterna tyckte var det bästa och viktigaste som hänt dem efter behandlingen. Den patient som återvände till föräldrahemmet hade under hela behandlingstiden varit i nära kontakt med modern i stället för kontaktpersonen. 1 patient hade kommunal service för städning och matlagning.

Samtliga hade sjukbidrag eller sjukpenning utom patienten utan diagnos vilken hade studiemedel.

Tio av de 11 patienterna hade, 3 år efter utskrivning någon kamrat eller närstående. Föräldrakontakten upprätthölls av alla 11. 2 patienter gick i skola, 1 på högskola, 1 på folkhögskola samt 1 på praktikplats via AMI. Tre patienter hade tagit körkort.

Sex patienter hade uppnått en livskvalitet som var "mycket god livskvalitet". (Skattning enligt Kajandi). 1 skattade "medelmåttig livskvalitet" medan 4 skattade "under medelmåttig livskvalitet". Ingen upplevde sig ha "mycket dålig livskvalitet". Egen bostad var den viktigaste faktorn för livskvaliteten. Det näst viktigaste var upplevelsen av tillgänglig energi och kraft. Inga barn, frihetskänsla och självacceptans hörde också till det viktigaste i livskvaliteten.

Uppföljningen 1996

Vid uppföljningen 1996 hade 5 patienter öppenvårdskontakt i liten omfattning, genomsnittligt

8 mottagningsbesök under 1 år. 2 bodde i kommunalt boende och en var död i suicid. Resten av patienterna klarade sig utan psykiatrisk kontakt.

Symtom 1996:

Vid uppföljningen 1996 hade samtliga patienter, utom 3 som försämrats och 1 som suiciderat, fortsatt den positiva utveckling de påbörjat till utvärderingen 1992. Flera f.d. patienter hade utvecklats anmärkningsvärt mycket 1996. Upplysningar om detta finns i varje fallbeskrivning, till vilka hänvisas.

Av de tre försämrade patienterna bodde *den första* i kommunalt gruppboende. Hon var rädd att överhuvudtaget gå ut. Hennes neuroleptikados hade också ökat från 40 mg till 600 mg Klorpromazinekvivalenter.

Den andra patienten hade inte psykosdiagnos men väl borderline. Hon missbrukade alkohol och tabletter samt upplevde en mycket dålig livskvalitet.

Den tredje försämrade patienten hade flyttat till en annan stad. Vid uppföljningen upplevde hon det som viktigt att kunna få nya kamrater i den nya staden. Hon saknade mycket den avbrutna psykoterapi hon hade i Härnösand men hade just påbörjat en ny psykoterapi.

Trots dessa 3 patienters försämring jämfört med 1992, hade de kunnat behålla delar av den förbättring de hade uppnått 1992. Den tredje patienten hade också egen bostad och tog initiativ till terapi och kamratkontakter.

Per-Eriks suicid. Före intagningen på Norrgården hade Per-Erik gjort flera suicidförsök. Under åren efter utskrivning från Norrgården levde han emellertid, vad vi visste, ett ganska bra liv. Därför kom budet om hans suicid som något ohyggligt och oväntat.

Diagnoser 1996:

Diagnoserna redovisas i tabell 6 tillsammans med diagnoserna från 1992:

Tabell 6. Diagnoser före behandling, 1992 samt 1996.

Namn	DSM-III-R Före behandling (journaldata)	DSM-III-R 1992	DSM-IV-R 1996
Ann	Schizofreni	Borderline	Schizofreni
My	Schizofreni	Borderline	Borderline
Linn	Schizofreni	Residualschizofreni	0 diagnos

Dick	Schizofreni	Residualschizofreni	Residualschizofreni
Elin	Atyp.psykos	0 diagnos	0 diagnos
Mia	Borderline	Borderline+missbruk	Borderline+missbruk
Inez	Schiz.syndr.	Borderline	0 diagnos
Per-Erik	Schizofreni	Residualschizofreni	död
Susanna	Dep+psykos	Vanförest.syndrom.paraniskt	0 diagnos
Tobias	Schizoaff. dep.	Fobisk personlighetsstörning	0 diagnos
Ann-Sofi	Schizofreni	Odiff.schizofreni	Residualschizofreni

Av tabell 6 framgår att endast en f.d. patient blivit av med psykiatrisk diagnos till 1992. 1996 saknade fem f.d. patienter diagnos.

Övergången från psykosdiagnos till den förbättrade situationen 1996 tycks oftast gå via någon icke vanföreställningsdiagnos. Vanligen residualschizofreni eller borderline. Elin saknade diagnos redan 1992. Mycket tyder på att hon skulle ha fått borderlinediagnos mellan inskrivningen och 1992.

Neuroleptikaanvändning 1996:

Medeldosen neuroleptika, för den hälft av gruppen som fortfarande medicinerade, var halverad jämfört med 1992. Två patienter med medicin vid intagningen var medicinfria 1996.

Sociala förhållanden 1996:

1992 hade 10 patienter sjukbidrag och 1 studiemedel. 1996 hade 1 arbete, 3 studiemedel och 6 sjukbidrag. Den största förändringen 1996 var sysselsättning och intressen. Det märktes en högre grad av utåtriktning, aktivitet och ambition. Det fanns en önskan att ha något mer meningsfullt att göra, inte bara något som var roligt. Sju av de 10 upplevde en klart mer positiv tillvaro trots att det fortfarande var svårt att få kamrater i den utsträckning de önskade. Föräldrakontakten var mindre spänd och syskonkontakterna hade ökat mycket. Den positiva trend som funnits 1992, vad avser livskvalitet hade fortsatt till 1996. Se tabell 7. Den minsta förbättringen fanns avseende "självförverkligande" som hade medelvärdet 2,9 enligt Kajandi. Den största avseende det egna boendet, känslor, energi och känslan av frihet.

Den sociala förmågan, enligt Strauss - Carpenter, hade ökat för alla 10 patienterna. Förändringen låg mellan 2 och 16 poäng. Av dessa hade 3 patienter ökat speciellt mycket. Se tabell 8.

Tabell 7. Medelvärden för livskvalitet vid uppföljningen 1996.

Maximalt värde enligt Madis Kajandi är 5,0

Boende	4,1
Känslor	4,0
Energi	3,9

Frihet	3,8	
Inga barn	3,5	
Självacceptans		3,5
Känslöstämning	3,5	
Självsäkerhet	3,3	
Arbetsituation	3,1	
Självförverkligande	2,9	

Medelvärde	3,6	

Synen på Norrgården av fortfarande positiv hos de flesta. De uppskattade särskilt mycket samtalen, lugnet och tillgången på personal. Två patienter var kritiska mot Norrgården. Detta trots att en av de kritiska hade genomgått en positiv utveckling, enligt personalens bedömning. 1992 hade fortfarande 10 av 11 någon form av kontakt med behandlingshemmet. 1996 höll 6 patienter av 10 fortfarande kontakt men den var mycket sporadisk. Fyra hade helt slutat att höra av sig.

Tabell 8. Poäng enligt Strauss-Carpenter's skala före och efter uppföljning 1996. Social förmåga

	Vid inskrivning	1996	förändring
Medelvärde	2,8	11,6	+8,8

Aronsson har jämfört den försämrade gruppen med den förbättrade. Den försämrade gruppen hade längre tids vård före Norrgården, högre ålder vid inskrivningen på behandlingshemmet samt kortare behandlingstid där. Behandlingstiderna var endast 9, 10 och 12 månader. Deras kontaktpersoner berättade att det var svårt att nå en förtroendefull kontakt med dessa tre. Någon idolisering uppnåddes aldrig och historiceringen påbörjades inte. Aronsson drar slutsatsen att dessa patienter aldrig fullbordade den första, narcissistiska, behandlingsfasen. De skrevs ut från Norrgården då den endast befann sig i inledningskedet. De tre utskrivningarna skedde också abrupt och utan planering eller förberedelse.

Sammanfattning av förändringar mellan åren 1992 - 1996:

Tre patienter var försämrade och en hade suiciderat. Sju patienter hade fortsatt sin personlighetsutveckling.

Vanföreställningsdiagnos minskade, under uppföljningsperioden, från 10 till 2.

Den sociala situationen ändrades från beroende av sluten psykiatrisk vård till eget boende och mer utåtriktad och aktiv livsstil med intressen och kamrater.

7 av de 11 hade en social struktur där världen blivit lockande i stället för den tidigare passiva objektpositionen.

Avseende uppnådd livskvalitet, samhälleligt hjälpbehov och upplöst bundenhet till kontaktperson och behandlingshem hade klara förbättringar skett för de flesta i uppföljningsgruppen.

Utvärdering av några individualterapi

De 4 första patienterna från Norrgårdens behandlingshem som i arbetsfasen går i jagstrukturerande individualpsykoterapi på Härnösands psykoterenhet analyseras av Stencrantz och Malmgren (Stencrantz 1997).

Författarna arbetar med terapeuternas och handledarens minnesanteckningar. Eftersom psykoterapimetoden är ny finns inga andra beskrivningar eller utvärderingar att hänvisa till. Författarna beskriver synsättet på psykosens natur samt beskriver terapimetoden. De 4 terapierna redovisas med utgångspunkt från de tre behandlingsfaserna narcissistisk fas, arbetsfas samt avslutningsfas. Metoden är oprövad av de medverkande terapeuterna av vilka ingen arbetat på Norrgården.

Resultat:

Resultaten visar att den narcissistiska fasen blir längre ju sämre strukturerat jag patienten har vid terapins början. Narcissismen är motorn i jagutvecklingen och den skall byggas upp i denna fas. Patienterna dräneras på narcissism vid polariserande kommunikation som då terapeuten behåller för mycket makt i terapin. Detta blir tydligt då det skall ske en fasövergång med hjälp av delegation av tiden från terapeut till patient. Patienten kan då försämras i mående eller agerande. Vidare dräneras patientens narcissism om terapeuten inte lyckas fokusera intresset på patientens konkreta omgivning utan i stället intresserar sig för känslor och relationer vilket den jagsvage patienten inte klarar än.

Problem i arbetsfasen består i otydlig delegation av tiden vilket medför att patienten inte får sista ordet utan detta behålls av terapeuten. Det innebär en fortsatt maktpolarisering av terapeut över patient. Även i denna fas riskerar terapeuten att alltför mycket fokusera på kriser och relationer. Bristande strukturering kan märkas på att patienten inte har några framtidsfunderingar.

I avslutningsfasen är det centralt att auktoritet och kunskap, det vill säga fadersnamnet, inte finns kvar hos terapeuten utan överläts till patienten. Patienten kan annars inte utveckla en egen autonomi utan kvarstår i beroende till terapeuten. Även i denna fas riskerar terapeuten att själv välja fokus och intressera sig för mycket för kriser och relationer i stället för att delegera

makten över samtalsfokus till patienten. Framför allt kan terapeuten behålla en del av makten vilket medför att fadersnamnet, språkets sanningsfunktion, inte förankras hos patienten. Patientens subjektfunktion kan då inte etableras.

I en andra studie beskrivs de första fyra Norrgårdspatienter som remitterats till jagstrukturerande individualpsykoterapi vid psykoterapienheten i Härnösand (Stencrantz 1998). Patienterna undersöks med de 7 instrument som använts vid Institutionen för tillämpad psykologi i Umeå då andra behandlingshem utvärderats av den institutionen. Resultaten av studien beskrivs endast kortfattat här.

Syftet med studien var att beskriva patienterna före och efter terapin med olika test och frågeformulär i syfte att mäta förändringarna hos patienterna. Det görs också en jämförelse med motsvarande utvärdering vid ett behandlingshem på en annan plats i landet där konventionell psykodynamisk terapi tillämpas.

Mätningarna sker strax efter det att terapi påbörjats 1990, samt 2 - 3 år efteråt 1992. Patienterna hade skrivits in på Norrgården under åren 1987 - 1989. Åldrarna vid inskrivningen var 19 - 22 år. Patienternas kön var 3 kvinnor och en man. Medelvårdtiden på behandlingshemmet var 29 månader med variationen 1 år - 2 år 10 månader. Vården på Norrgården hade bedrivits under 1 - 2 år innan terapin startade. Alla hade diagnosen schizofreni vid inskrivningen.

Resultaten visade att 1 patient hade positiv självbild och tre hade negativ före terapin. De som hade negativ självbild hade också en negativ bild av båda föräldrarna. Efter terapin hade 1 patient negativ självbild och 3 hade positiv. Två patienter hade dessutom hög symtomnivå efter terapin däribland en som uppvisade få symtom före terapin.

Efter terapin hade alla patienter egen lägenhet men en patient bodde i bland hos föräldrarna och en sov ibland på en psykiatrisk avdelning. De sociala relationerna hade förbättrats för tre patienter. Tre patienter har, i självskattning enligt Kajandhi, bedömt att livskvaliteten och den egna sociala förmågan ökat.

Två patienter var helt medicinfria efter terapin. I övrigt visas samma resultat som i Aronssons undersökning vad gäller konsumtion av slutenvård och öppen psykiatrisk vård. Vid utvärderingen efter terapin hade slutenvård nästan helt utbytt mot öppen vård. Kostnaden för vården räknades ut efter 2000 kronor per slutenvårdsdygn samt 1000 kronor per öppenvårdsbesök. Resultatet blev för dessa 4 patienter att vårdkostnaden året före inskrivning på Norrgården var 480 000 kronor. Vårdkostnaden året efter terapin blev 66 000 kronor per patient.

En jämförelse med ett annat behandlingshem i landet visade sig vara svår. Det andra behandlingshemmet hade äldre patienter som kanske inte kan jämföras med Norrgårdens yngre, även om diagnosen var samma. Vidare har det andra behandlingshemmet i sin rapport uttryckt tveksamhet till om den insiktsorienterade psykoanalytiska terapin kan ge resultat för deras psykotiska patienter.

Vid terapins början, 1990, var diagnoserna 2 med schizoaffektivt syndrom, 1 med schizofreniformt syndrom och en med personlighetsstörningsdiagnosen schizoid personlighet. 1992 hade diagnoserna ändrats till 2 borderline, 1 residual schizofreni samt 1 utan diagnos på grund av att patienten inte ville vara med om någon ytterligare fullständig testning.

En studie av temporalisering i individualterapierna

I denna undersökning studerades minnesanteckningarna från två jagstrukturerande individualpsykoterapier, av den typ som tillämpas för Norrgårdens patienter, vid psykoterapienheten i Härnösand (Jansson, 1993, 1995). Två legitimerade psykoterapeuter hade fört minnesanteckningar efter varje samtal de haft med sina klienter. Den ena terapin bestod av 24 samtal under fem månader. Frekvensen var två samtal per vecka. Den andra terapin bestod av 44 samtal under 15 månader men med ett samtal per vecka.

Då man undersökte tempus i de två terapierna så uppvisade de samma uppbyggnad. Under de första samtalen talades det om nutid. Ganska snart minskade nutid och i stället ökade inslaget av förfluten tid starkt. Under avslutningsfaserna rörde samtalen nästan enbart nutid och framtid. Det visade sig också att språket under avslutningsfaserna blev rikare, mer affektladdat och hade större inslag av metaforer och symboler.

De beskrivna fynden är i linje med teorin eftersom den anger temporalisering som medel för jagstrukturering. I de granskade terapierna förändras också det temporala innehållet på samma sätt. Det skulle vara mycket intressant att genomföra en studie i ett större material med en sådan här metod som är anpassad till vår frågeställning.

8. DISKUSSION OCH KONKLUSIONER

Metodologiska aspekter

Den använda arbetsmetoden har närmast karaktären av subjektiv empiri och deltagande observation (Armelius 1980). Det har inneburit att författaren har haft flera roller. Förutom forskarrollen har jag haft uppgiften att vara läkare på behandlingshemmet vilket inneburit diagnostik och behandlingsplanering. Jag har också handlett kontaktpersonerna samt svarat för den fortlöpande utbildningen av kontaktpersonerna. Observatören har varit en del av det som observerats med de inslag av bias som då föreligger. En fördel med det arbetssättet är att jag hela tiden har fått ett brett informationsflöde med vid förståelse för patienternas och deras familjers situation före, under och efter Norrgårdstiden. Jag har också haft kontinuerlig

kontakt med samspelet mellan familj, patient och kontaktperson. Arbetssättet har gjort det möjligt att upptäcka de inslag i miljöterapi som verkar för respektive mot målen i behandlingsarbetet. Med ett mer distanserat och objektiverande arbetssätt kan det vara svårare att upptäcka alla viktiga aspekter av behandlingsarbetet. Eftersom detta arbete gäller teoribildning kan deltagande observation vara ett lämpligt arbetssätt.

En subjektiv grundad forskningsmetod har svagheter när det gäller validering och generaliserbarhet. Metoden har stor bias. Denna begränsning vidlåter alla subjektiva och okontrollerade studier. Forskaren deltar inte bara som observatör utan också som en aktiv teammedlem. Det är omöjligt att inte påverka de processer som studeras. Detta gör att en annan observatör, som också vore teammedlem, skulle kunna tänkas påverka miljöterapi på ett annat sätt, i enlighet med sin personlighet och sitt arbetssätt. Ett försök att i någon mån korrigera för det stora inslaget av subjektivitet är utvärderingen vars genomförande författaren försökt hålla sig utanför. Det är viktigt att andra, som inte är lika involverade, tar upp detta arbetssätt till granskning.

De fallbeskrivningar som lämnats i detta arbete har gjorts korta, av bland annat sekretesskäl. De uppföljda patienterna är medvetna om att de deltagit i en utvärdering och att resultatet beskrivits i rapport. Dessutom är namnen fingerade och faktauppgifterna något förändrade. Ändringarna är dock inte större än att behandlingspersonalen kan känna igen sina patienter. Däremot skall medpatienter inte kunna identifiera varandra. De som skulle kunna känna igen personerna bakom fallbeskrivningarna har ju dessutom redan en mycket god kännedom om patienterna.

Det är tänkbart att patienternas förbättrade situation med eget boende och förbättrad livskvalitet beror på annat än den behandling de fått på Norrgården. Livsbetingelserna har förbättrats påtagligt från före till efter Norrgårdstiden, vilken varar mellan 1 och 3 år. Patienterna har blivit äldre och skulle ha kunnat mogna till större autonomi på grund av detta och att de vistats på annan plats än i föräldrahemmet. Detta skulle kunna undersökas genom att en kontrollgrupp fick vistas på en Norrgårdslig plats där de fick medicinering som nu men där platsen saknade utbildade kontaktpersoner och där läkaren inte gav undervisning eller handledning i den teori och praktik som jag beskrivit samt att föräldrarna inte fick tillgång till den anhängvård som de får med de utgångspunkter vi haft. Om patienterna då fick samma förbättrade livskvalitet efteråt skulle teorin och behandlingsmetoden inte kunna ses som validerad. Givetvis skulle en sådan uppläggning av en undersökning vara värdefull men den skulle kunna ge etiska problem om man, som behandlingsansvarig, känner sig säker på att kontrollgruppen då undanhölls en värdefull hjälp.

Problemet är av samma typ som vid behandling mot livshotande somatiska sjukdomar. Det kan upplevas som inhumant att en kontrollgrupp där undanhålls från den behandling man tror är livräddande. För somatiska störningar kan man då göra behandlings- respektive kontrollgrupp med djur. Inom psykoterapeutisk psykiatri är det inte möjligt. Det är också svårt att i en kontrollgrupp undersöka frånvaro av användning av språkligheten, där fadersnamnet och kastrationskomplexet är centrala begrepp som är specifika för människan och hennes språkighet (Olsson 1997). Rimligen skulle det gå att använda Norrgårdens behandlingsformulär för att registrera och jämföra patienters struktureringsgrad. Det skulle

också vara möjligt att använda kliniska tecken på tilltagande strukturering. Sådana bedömningar görs i samband med våra patienters individualterapi men ingår inte ännu i rutinerna på behandlingshemmet.

Kan förändringarna för patienterna bero på slumpen? Av de 11 uppföljda patienterna fick 10 tydliga förbättringar i boende och livskvalitet. Några patienter fick mycket förbättrade liv. Att förbättringarna var så vanliga bland patienterna tyder inte på att slumpen är den troligaste orsaken till skillnaderna, även om det skulle vara möjligt. Det var de tre första patientkullarna som uppföljdes. Vi lärde oss metoden under deras behandling. Man skulle kunna undersöka patienter som påbörjar behandling nu när vi har större vana att använda denna metod. Skulle senare patienter uppnå samma eller bättre behandlingsresultat, så kunde det tyda på att metoden är det mest verksamma och att slumpen blir mindre trolig som förklaring till behandlingseffekterna.

Ett metodproblem som generellt gäller vid undersökning av nystartade behandlingsprojekt är att kompetensen rimligen ökar med ökad erfarenhet av metoden. När Norrgården startade inremitterades patienter som genomgått behandlingsförsök på andra håll men som inte svarat på behandlingarna. Mentalsjukhusen i Ådalen började avvecklas då Norrgården öppnade 1986. Därför kom i början patienter med flera års misslyckade behandlingsförsök bakom sig. En tidig utvärdering ger inte någon rättvisande bild av resultaten eftersom det krävs ett eller ett par år innan behandlingsmetoden blivit inlärd och intränad av behandlingspersonal och handledare. De första patientkullarna skulle kunna ha sämre prognos än senare kullar eftersom de första är mer blandade än de senare.

Om behovet av teoribaserad praktik

Det beskrivna sättet att arbeta med unga psykotiska människor har av mig upplevts som mycket tillfredsställande. Det har funnits en teori för psykosens uppkomst och natur. Behandlingssättet har varit en logisk följd av teorin och detta har gjort det möjligt att veta vad behandlingen kräver av behandlaren i varje enskild behandlingsfas. För utbildning och handledning har detta också varit en stor fördel. Teorins modell har fungerat som ett partitur (se figur 1). Handledaren har hela tiden haft framför sig patientens utveckling med delmål och vad som återstår att göra för att nå slutmålet, som är passage av U-svängen, med tempus futurum i patientens språk. Detta för att öka patientens autonomitet med eget boende och planering av den egna livssituationen.

De senaste åren har detta utvecklats ytterligare genom att vi har utvecklat ett behandlingsformulär med behandlingens tre faser och vad som erfarenhetsmässigt utmärker dessa (se figur 3). Under handledningarna har vi, med ett kraftigt rött streck markerat varje patients aktuella position i personlighetsutvecklingen, jagstruktureringen. De olika variablerna som vi kontinuerligt följer är behandlingsfas, "hållplats", kliniska symtom och fadersnamnets plats. Den centrala faktorn är fadersnamnet. De övriga tre ser vi som sekundära i förhållande till fadersnamnet och dess vandring från förälder via kontaktperson och till den egna språkligheten som ger förutsättningen för autonomi. När detta formulär används i handledningen blir patientens framsteg liksom kontaktpersonens arbetsfokus mycket tydligt. Mitt i arbetsfasen inträffar den mentala U-svängen.

I och med att den mentala U-svängen inträffat, och futurum blivit en realitet och en möjlighet, är patienten strukturerad i teorins mening. Den följande avslutningsfasen har som mål att befästa fadersnamnet i den egna språkligheten. Meningen med detta är att behandlingsresultatet skall bli bestående. Under första halvan av arbetsfasen börjar patienten ofta sin individualterapi som fungerar efter samma principer, i samma teori, som behandlingen på Norrgården. Behandlingsfaserna genomgås då ännu en gång men på kortare tid. En del patienter går inte i individualterapi men blir strukturerade ändå om de passerar U-svängen på behandlingshemmet i stället. Anledningen till individualterapi var från början att patienten enklare skulle kunna separera från kontaktpersonen. Separationen har dock aldrig blivit svår vare sig patienten genomgår individualterapi eller endast får sin behandling som miljöterapi på Norrgården.

Vi arbetar i ett miljöterapeutiskt sammanhang där vi talar om och tänker på våra psykotiska patienter i ett psykoterapeutiskt referenssystem. Detta blir möjligt tack vare att teori och behandling hänger så väl ihop. Vi använder också psykofarmaka men synsättet på dess användning blir som något som lindrar symtom och lidande innan den psykoterapeutiskt grundade miljöterapi hunnit resultera i symtomlindring. Psykofarmaka används alltid vid behov. En del patienter har inte använt psykofarmaka på Norrgården men ändå blivit strukturerade genom att passera U-svängen. Det verkar inte som om mer neuroleptika ger en säkrare passage av U-svängen, tvärt om verkar en kraftig medicinering även kunna minska utvecklingstakten. Alltför effektiv symtomreduktion kan leda till en alltför tidig utskrivning. Om så sker kanske patienten blir tvungen att fortsätta med neuroleptikamedicinering utan att ha uppnått någon stabil jagstrukturering.

En annan faktor som vi kommit att lägga allt större vikt vid är hur föräldrarna får stöd för sin egen skull. En psykolog, som inte arbetar på Norrgården, träffar alla föräldrar regelbundet. Orsaken är att de förväntas råka in i en kris när deras barn flyttar fadersnamnet från dem till kontaktpersonen. Dels utsätts föräldrarna för en separation och dels förlorar de inflytande och tillsyn över och möjlighet att skydda sitt sjuka barn. Eftersom barnet är handikappat blir de oroliga över att inte kunna vara till barnets stöd på samma sätt längre. Vi låter också föräldrarna gå en anhörigutbildning där de får teoriutbildning i olika behandlingsformer vid psykos. Dessutom får de delta i grupsittningar tillsammans med andra föräldrar till psykotiska ungdomar samt med en insatt gruppleddare.

Fördelar med detta sätt att arbeta är främst att teorin ger förståelse och behandlingsanvisningar inom samma teoretiska modell. Arbetet är därför teoretiskt motiverat hela tiden. Det blir också möjligt att följa jagstruktureringen på ett enkelt behandlingsformulär.Handledningen blir relativt enkel. Metoden anvisar för varje fas vad behandlarens uppgift är.

Användningen av psykofarmaka blir mindre betydelsefull. Farmaka ses som en hjälp på samma sätt som smärtstillande medel vid kroppslig sjukdom. Det är bra och nyttigt men inte avgörande för patientens öde i framtiden.

En nackdel med metoden är att den kan upplevas som teoretiskt svår till en början. Den har inte en naturvetenskaplig prägel utan är till hjälp med förståelse, mening och hopp.

Sjukvårdspersonal har ofta en naturvetenskapligt präglad utbildning. Kunskaperna inom detta kunskapsområde ökar under åren av kliniskt arbete. När nya kontaktpersoner kommer till behandlingshemmet är de tydligt efter de äldre i sin professionella kompetens. Det är därför viktigt att utbildning alltid pågår, år efter år. Kontinuiteten garanteras om behandlingshemmet har samma utbildare och handledare hela tiden. På Norrgården har det varit fallet. Så har också varit fallet på psykoterapienheten där individualterapierna sker.

Om en kontaktperson blir ofrivilligt uppsagd efter mer än ett års arbete med en patient, till exempel vid besparingar och omstruktureringar inom vården hamnar kontaktpersonen i en egen kris som är svår att skydda patienten från. Patienten blir också utsatt för att bli övergiven. Detta kan utsätta en ung psykotisk människa som börjat få hopp inför sin framtid, för ett så invalidiserande trauma att det kan bli dödligt. Det gäller att kontaktpersonen finns kvar under hela behandlingstiden. Detta förhållande gäller även vid annan psykoterapi.

Ett suicid har inträffat under behandling på Norrgården. Det skedde i samband med att kontaktpersonen blivit uppsagd när sjukhuset gjorde besparingar i sin personalbudget. Under åren har också några suicidförsök skett i samband med passagen av U-svängen. Vi har haft svårt att veta när den passagen skall ske. Den inträffar i slutet av arbetsfasen men den fasen har olika längd för olika patienter. De allra flesta har en period med dysterhet en tid efter passagen. Det är emellertid mycket ovanligt att den nedstämdheten blir så djup att vi har misstänkt någon suicidrisk. Vi vet inte varför några patienter får en suicidfarlig depression. I ett fall med suicidförsök verkade det emellertid som att patientens historia var så ovanligt traumatisk att en klarsyn om detta inte gick att bära. Den patienten pendlade fram och tillbaka över U-svängen innan han skrev ut sig från Norrgården.

Under senare år har allt fler psykiatriska ärenden handlagts i öppenvårdsteam. Det finns inget hinder för att använda denna jagstrukturerande behandling i öppenvårdsform. I de fall vi har försökt detta har det fungerat bra. En förutsättning är dock att patientens livsmiljö inte innehåller alltför destruktiva eller annars ogynnsamma betingelser. Om så är fallet är det antagligen viktigt med en anpassad omvårdnadsform som ett litet behandlingshem.

Slutsatser

Jag återknyter i denna sammanfattning till de frågeställningar som jag formulerat i kapitel 1, "Introduktion och syfte". Dessutom återknyter jag till kapitel 2, "Andra liknande psykosbehandlingsmodeller.

1. Skulle det gå att utveckla en miljöterapeutisk behandlingsmetod ur den givna teorin om psykos? Det har gått att utveckla en sådan behandlingsmetod. Metoden är till hjälp med att ge behandlarna en bild av vad psykos är. Metoden är också användbar till behandlingsarbete, både med miljöterapi på Norrgården samt med jagstrukturerande individualpsykoterapi på psykoterapienheten eller i öppenvårdsteamet.

1:a Skulle det gå att behandla psykos utan att patientens person görs till objekt för behandlingen? Att behandla någons personlighet skulle kunna vara en polariserande

maktsituation som kränker patientens självkänsla och motarbetar tillfrisknandet. Det har varit möjligt att arbeta med utvecklingsprocessen som objekt för behandlingsarbetet. Denna har varit något utanför både patientens person och behandlaren. De två har kunnat samarbeta för något tredje. Detta har förenklats ytterligare sedan vi infört behandlingsformuläret.

1:b Skulle det gå att undvika ett bestående beroende av kontaktpersonen som ett nödvändigt hjälpjag för patienten även efter behandlingstidens slut? Metoden har inte inneburit någon svårhanterad bindning mellan patient och behandlare, när separationen har skett i avslutningsfasen. Däremot har bindningen mellan förälder och patient varit en svårighet i den första behandlingsfasen. Den svårigheten har förorsakat en del bortfall från den första utvärderingsgruppen. Vi har tvingats till allt större engagemang med patienternas familjer under den första tiden. De f.d. patienterna har själva kontaktat sin kontaktperson via telefon, brev eller egna besök. Detta har emellertid inte uppfattats som ouppklarad separation utan som något roligt och helt naturligt. Vi har känt det som att våra f.d. patienter tänker på oss på samma sätt som vi tänker och talar om dem. Vi har, under ett par år, fått ha en närståenderoll eller en föräldraroll. Däremot tar aldrig de f.d. patienternas föräldrar kontakt med Norrgården efter deras barns utskrivning därifrån. Föräldrarna får däremot åter kontakt med sina barn, men på samma sätt som Norrgården.

1:c Skulle det gå att införa en temporaliserad grundstruktur för jaget via patientens alltmer utvecklade personliga historia? Det har gått att urskilja "hållplatser" i patienternas utvecklingsprocess. Våra erfarenheter har konkretiserats i vårt behandlingsformulär (figur 3). Formuläret och dess hållplatser har givit tydlighet och säkerhet när det gäller att bedöma en nivå av personlighetsutveckling, jagstyrka.

Tiden som grundstruktur innebär ett uppordnande av minnen och erfarenheter längs en tidsaxel. En följd av detta är ordningen med före och efter, orsak och verkan, möjligheten till logiskt resonerande samt den egna släkten med generationernas ordning. Av detta följer också sexualiteten och reglerna för den till exempel incestförbudet. I den egna historien ingår också "jaget" som subjekt, huvudperson, och den släktmässiga positionen för det egna jaget. Det framträder en bild av var "jag" har sin plats i ett stort överindividuell sammanhang. Det sker då också en reduktion av subjektet från en infantil omnipotens till medvetenhet om begränsningarna men också de eventuella möjligheterna. Resultatet blir ett underkastande under den rådande ordningen i kulturen med den sorg och saknad som förkrympandet medför. Till detta kommer tidsstruktureringens ofrånkomliga konsekvens med en början och ett slut på det egna livet. Upptäckten av detta bidrar till sorg vid struktureringen. Det är emellertid den existentiella svårighet som vi alla befinner oss mitt i. Utom de som lever i psykos.

1:d Sker olika patienters utvecklingar enligt något typiskt schema som är gemensamt för de flesta? Finns typiska hållplatser som alla måste igenom? Rent erfarenhetsmässigt har vi funnit de grundsituationer som verkar vara tämligen gemensamma för våra patienter. Dessa finns formaliserade i behandlingsformuläret. Detta har förändrats under årens lopp. Förändringarna har bestått i att mindre allmängiltiga situationer, hållplatser, har tagits bort och de mer allmängiltiga har behållits. Vidare har relationerna mellan hållplatsernas början och slut justerats. Slutligen har förändringar skett i hur hållplatserna infaller i förhållande till varandra.

2: Skulle det gå att utveckla teorin utifrån de behandlingserfarenheter vi gjort under åren? Under de år från 1986 som vi använt denna metod har också teorin bakom den modifierats och byggts ut. De olika "hållplatser" som de flesta patienter gick igenom har resulterat i det behandlingsformulär som numer varje patient har.

Det kraftfulla "fadersnamnet" har visat sig omöjligt att avvara ur teorin. Tvärt om har det visat sig vara helt avgörande, för en framgångsrik strukturering, att fadersnamnet kan flyttas från förälder till kontaktperson. Några av våra patienter har haft föräldrar som själva varit psykotiska. Om dessa föräldrar inte accepterat behandling för egen del, har de i stället behållit sin makt, fadersnamnet, över "vår patient" och patienten har skrivit ut sig eller utvecklingsprocessen har präglats av stillestånd. Teorin har genom sådana erfarenheter blivit bekräftad för oss och alltmer förankrad i vår vårdande verklighet. Tid som grund för världsbilden har också visat sig fungera. En viktig erfarenhet är att denna grundstruktur är så värdefull att personlighetsutvecklingen fortsätter i flera år efter dess tillägnande.

Vi har inte kunnat klara oss helt utan antipsykotiska läkemedel. Det praktiska behandlingsarbetet har inneburit att alla hjälpmedel som finns måste utnyttjas.

Frågan om det ligger något i denna teori och behandlingsmetod, har kanske kunnat få ett jakande svar med hänvisning till Aronssons utvärdering 1992 samt uppföljning 1996. Behandlingsresultaten är övervägande positiva 1992 och tilltagande positiva 1996. Att kunna bevisa att behandlingsmetoden orsakat dessa resultat är inte möjligt utan kontrollgrupp. Att skapa en sådan grupp har emellertid också stora problem. Frågan om behandlingsresultaten är spontanförbättringar får ställas mot det faktum att patienterna visserligen är unga men att de har varit sjuka en rätt lång tid, utan förbättring, innan de blev patienter på Norrgården. De patienter som blivit spontanförbättrade inom ett par år efter insjuknandet har inte kommit till Norrgården.

En annan möjlighet är att jämföra med andra liknande behandlingshem som gjort utvärdering i andra delar av landet. Sådana jämförelser gör både Aronsson och Stencrantz i sina rapporter. Det har emellertid varit svårt att veta om patientgrupperna varit likadana. Dessutom har uppföljningstiderna varit olika. Aronsson har ju visat att personlighetsutvecklingen fortsätter under flera år efter utskrivning. De jämförelser som gjorts har emellertid utfallit positivt för Norrgården (Aronsson 1998, Stencrantz 1998).

Patienter med diagnoser inom grupperna personlighetsstörningar och missbruk har vi inte kunnat arbeta med på Norrgården, på något bra sätt. De har skrivit ut sig eller blivit utskrivna efter relativt kort tid. Bästa resultat har vi nått med patienter som har psykosdiagnos av olika slag. Man skulle kunna försöka använda metoden även på patienter med personlighetsstörningar. Det skulle förmodligen kräva en omvårdnadsmiljö som var anpassad efter dessa patientgruppers behov.

Jämförelser med andra liknande behandlingsmodeller från kap. 2

Michiganstudien, 1966.

Karon framhäver att den avgörande faktorn för psykotisk utveckling är en ogynnsam uppväxtmiljö. Det första är att destruktiv kommunikation råder i en sådan miljö. Det andra är att uppväxtmiljön rymmer en ”kultur” som är helt annorlunda än den som finns i samhället utanför. Han betonar också att den diagnoskultur som DSM representerar inte givit något tillskott till prognosbedömningarna. Han framhåller också att schizofrenidiagnos i DSM kräver minst 6 månader med psykotiska symtom. De som blivit adekvat hjälpta direkt vid insjuknandet är symtomfria efter 6 månader. Hade de inte blivit det skulle de fått schizofrenidiagnos. Störningen i sig skulle inte ha varit någon annan.

Erfarenheterna från Norrgården stämmer för majoriteten av våra patienter. De har oftast haft en destruktiv och kaotisk uppväxtmiljö. Vi har emellertid också haft patienter med, vad vi kunnat se, en normal uppväxtmiljö.

Behandlingen som Karon förordar är en psykoanalytisk psykoterapi samt en kort tids medicinering. Karon påstår emellertid att de psykoterapeuter som varit tillgängliga för dessa studier inte haft adekvat utbildning för just psykotiska störningar. Deras resultat har blivit sämre än de mer erfarna terapeuternas. Terapierna bör, enligt Karon, ha kriser i fokus.

På Norrgården använder kontaktpersonerna och terapeuterna den modifierade teknik som just är anpassad till de psykotiska patienternas behov. Den neurosteknik som de flesta psykoterapeuter är utbildade i är inte anpassad till våra patienter. Den krisfokusering som Karon förordar tycker jag väl motsvarar vår genomgång av den personliga historien. Vårt mål med denna är emellertid den temporalisering som gör våra patienter till subjekt.

Behovsspecifik vård av schizofreni i Åbo, Finland.

Lehtinen förutsätter att vissa människor har en genetisk sårbarhet som gör dem oförmögna att klara ut en katastrofsituation. Psykos uppstår då en sådan människa hamnat i en miljö och en situation som inte kan hanteras. Psykosen är dessa människors enda sätt att anpassa sig till det som hänt. Synsättet inbegriper alltså både medfödd sårbarhet, ogynnsam miljö och en katastrofsituation.

På Norrgården har vi erfarenhet av att patienterna har ogynnsam livsmiljö samt ofta många katastrofsituationer under uppväxten.

Lehtinen anser att behandlingen skall ges med vardagliga ord. Detta för att patienten skall se sammanhanget mellan sig och katastrofsituationen. Med vid samtalen skall vara de närstående och omgivningspersoner som arbetskamrater. Helst bör dessa systemorienterade insatser leda fram till individualpsykoterapi. Detta menar Lehtinen vara det allra bästa för patienten som haft psykos. I bland måste ett mellanled vara miljöterapi.

Vårt arbete på Norrgården innefattar en stor insats för de närstående. Vi har också jagstrukturerande individualterapi som slutmål. Den miljöterapi som Lehtinen förordar finns på Norrgården. En skillnad är att vi behandlar patienten för sig och de närstående för sig. Även Lehtinen förordar emellertid individualterapi för den som blivit psykotisk. Han överger därmed det systeminriktade arbetssättet.

Sätermodellen.

Barbro Sandin ser på psykos som att den normala personlighetsutvecklingen har stoppats. Deras uppväxtmiljö har varit ytterst otillfredsställande. Den har varit hotfull och oförutsägbar. Den ångest som blivit resultatet av den miljön har hanterats med en autistisk tillbakadragenhet. Livet har blivit stillastående. I den förkrympta livssfären lever hallucinationer och vanföreställningar. Åtminstone upplever omvärlden det som vanföreställningar. För den drabbade är det hans värld. Dessutom betonar Sandin bristen på utvecklingsbefrämjande faktorer.

Den beskrivna miljön har vi sett hos de flesta av våra patienter och deras familjer. Emellertid har vi också sett enstaka psykospatienter som vi inte kunnat förknippa med förkrympande miljö.

Vi ser också psykos som avstannad normal personlighetsutveckling. Yttervärldens belastning har varit alltför stor för att en normal utveckling skulle kunna blomma ut.

Tre faktorer betonar Sandin för sin behandling. Verbalisering av traumatiska minnen. Alltså ett krisperspektiv. Tillit till terapeuten är det andra. Detta förutsätter att det är endast en terapeut, inte flera. Det tredje är modellen med en linjär tidsaxel utefter vilken utvecklingen sker. Finns detta vågar patienten återuppta sin psykologiska växt. Behovet av de inre producerade symtomen minskar då. Vidare påpekas att flera återfall kan ske under denna väg. Då krävs vanlig psykiatrisk omvårdnad och neuroleptikabehandling.

Sandins behandlingsmodell liknar Norrgårdens med verbalisering som hos oss är historicering. Tilliten till en terapeut motsvaras av att vi har endast en kontaktperson per patient. Den linjära tidsaxeln har också vi. Den framgår tydligt i både figuren med behandlingsgången och i behandlingsformuläret.

Soteria Hose projektet.

Från 1971 har man i San Francisco tagit sig an förstagångspsykotiker. Med psykos menar man ett fullt förståeligt ändrat medvetandetillstånd, med hänsyn till vad patienten varit med om. Man lägger störst vikt vid medlevarskap under krisbearbetning.

Medlevarskapet är ett ideal på Norrgården. Vi ser det som ett korrigerande föräldraskap som skall ge patienten ännu en chans att knyta an till en symbolisk förälder. Ett nytt försök där kontaktpersonen skall överföra fadersnamnet till sig och sedan vidare till patientens egen språklighet. Det kräver givetvis att kontaktpersonen själv har mogenhet nog att kunna axla föräldrarollen med auktoritativ kompetens och sedan själv känsla nog att delegera patientens framtid till patienten själv och som förälder minska och sedan helt avstå från sitt inflytande. Allt detta utan polariserande maktutövning men med uppehållande av hopp och intresse. Det gäller att kunna glädjas åt den andras framsteg. De egna blir ju inte av dem.

Resultaten är att den fortsatta vårdkostnaden blir oförändrad men att de f.d. patienterna har mindre autistisk tillbakadragenhet, de har ett större deltagande i samhället och att de klarar ett eget boende.

På Norrgården kan vi sympatisera med Soterias krisperspektiv. Deras resultat liknar våra bortsett från att Norrgårdens f.d. patienter verkar få en betydligt lägre vårdkostnad efter utskrivning.

Nips-projektet

Nips-projektet inbegriper flera psykiatriska behandlingshem i Norden. Man betonar här att hjälpinsatserna bör komma så tidigt som möjligt efter psykotiskt insjuknande. Deras 5-årsresultat var att 50% fungerade tillfredsställande i sociala avseenden.

På Norrgården anser vi också att hjälpen bör komma så fort som möjligt. Vi har inte kunnat uppnå ett sådant mål utan våra patienter är unga men har varit psykotiska i mer än ett år då de kommit till oss. Av 11 patienter hade 1996, 3 försämrats något, en suiciderat men övriga 7 förbättrats avsevärt. Norrgårdens resultat, motsvarande NIPS-projektets 50%, är 64%.

Andra samtidiga projekt.

Paraplyprojektet är ett brett upplagt och mycket omfattande projekt som beskriver, utvärderar och rapporterar om ett trettiotal behandlingshem i Sverige. Dessa vårdar patienter med psykos och borderlineproblematik samt tillhandahåller miljöterapi och psykoterapi. Projektet pågår i 5 år med start 1989 och involverar 266 patienter. Designen är en naturalistisk så kallad ekologisk design. Patienterna är inte slumpade till projektet utan avsikten är att man följer vardagen på behandlingshemmen som den är avsedd att vara. Ett stort antal mätinstrument används förutom patientjournaler och personlig information om patienterna. Bland mycket annat vill man undersöka hur patienterna påverkas av personalens vårdideologi. Denna mäts med ett formulär, (TIQ) som omfattar personalens värderingar och åsikter om hur behandlingen bör se ut och vad den bör innehålla (Jeanneau, Fogelstam & Armelius 1993). Eftersom projektet resulterar i en imponerande dokumentation och denna avhandling vill berätta om en teori om psykos behandlar jag kortfattat en liten del av paraplyprojektets rikliga dokumentation kring vårdideologi.

Flertalet behandlingshem har en psykodynamisk grundsyn med miljöterapi och psykoterapi som viktigaste behandlingsmetoder. Större variation finns avseende tilltron till andra terapiformer (Armelius et al. 1997). Tilltron till psykologiska orsaker till psykisk sjukdom är stor medan tilltron till biologiska orsaker är mindre. Det är vanligt att man har ett ganska litet hopp att farmaka skall hjälpa patienterna i något väsentligt avseende. Medicinen ses som ett komplement som kan lindra ångest och förvirring. Det framgår också att behandlingshemmen får sina patienter på remiss från psykiatriska vårdavdelningar där patienterna sannolikt redan genomgått behandlingsförsök med farmaka. Endast om detta inte hjälpt blir det aktuellt med remiss till behandlingshem. Det har också visat sig att yngre borderlinepatienter haft svårt att finna sig tillrätta i behandlingshemsmiljön (Armelius et al., 1996). Det finns också behandlingshem som försöker återupprätta föräldrafunktionen i en familjeliknande vårdmiljö. Man har då två kontaktpersoner för varje patient. En av varje kön. Dock finns bakom kontaktmannaparet ett team med konsultfunktion bestående av läkare, psykolog, familjeterapeut m.m. (Armelius et al. 1996).

Även om det finns en genomgående tendens för tilltron till psykologiska orsaker bakom psykiska sjukdomar och behandling med psykodynamisk inriktning så skulle det ändå kunna finnas olika tänkesätt för hur psykos uppkommer. Ibland kanske inte någon sådan tydlig tankemodell är för handen eftersom utbudet av behandlingsmetoder är brett och eklektiskt som om ändå olika synsätt fanns parallellt på samma behandlingshem. Det kanske till och med finns olika tankemodeller inom ett kontaktmannapar. Det finns kanske en diskrepans mellan det undersökta och beskrivna idealet för ur behandlingen bör vara organiserad och de egna föreställningarna om psykosens natur. Om så vore fallet skulle det kunna bidra till utbränning bland behandlingspersonalen. Det skulle vara intressant att undersöka om det är så. Kanske skulle ett gemensamt språk för psykos och dess behandling kunna vara att "fadersnamnet" måste få möjlighet att utöva effekt på en nära relation så att kastrationskomplexet kan passeras och bilden av verkligheten få en temporal struktur. Ett behandlingsformulär som det Norrgården använder är en avlastning för de inblandade. Det kan behövas eftersom kontaktmannaskap för en psykotisk ungdom är ytterst krävande och påfrestande. Behandlingsmetoderna skulle kunna vara oförändrade men situationen för både behandlingspersonal och patienter kanske blir lättare om endast utvecklingsprocessen, och inte de själva, är objekt. För att det skall kunna bli så måste den processen ha en tydlig beskrivning i språkdräkt så att den går att föreställa sig.

Sammanfattning

Andra författares resultat stöder, i flera avseenden, mitt arbete avseende både synsätt på den psykotiska störningens natur samt behandlingsresultatens rimlighet. Slutsatsen blir att vårt försök att tillämpa den jagstrukturerande behandlingsmetoden som miljöterapi kan ge lika bra resultat, för de unga psykotiska patienterna och deras närstående, som andra internationella och inhemska försök på området, till sannolikt betydligt lägre kostnad för samhället än enbart satsning på biologiskt grundad psykiatri på sjukhusavdelningar.

Jag har önskat betona vikten av en teori om psykos och psykoterapi som lyfter fram de

existentiella och de sociala sidorna av det psykotiska livet. Detta för att komplettera de biokemiska teorier som finns. DSM-systemet för psykiatriska symtom och diagnoser är inte avsett att öka förståelsen av psykos. Det är tvärtom avsett att vara teorilöst för att kunna användas i många psykiatriska miljöer. En teori om psykosens sociala konsekvenser kan göra det lättare för behandlarna eftersom de då kommer närmare det som patienter och deras närstående upplever som svårigheter med psykos. Det gör det också möjligt att, tillsammans med patienten, arbeta med utvecklingsprocessen som objekt i stället för patientens person. Vidare ger teorin ett stöd åt både behandlingspersonal och deras handledare. Det blir klart var deras patient befinner sig i sin utveckling och hur behandlaren där skall agera. Behandlarna blir inte längre hänvisade endast till sin intuitiva förmåga. Behandlingsformuläret gör det möjligt att enkelt kommunicera patientens jagstyrka och fatta beslut om när patienten kan tillgodogöra sig individualterapi eller skrivas ut.

En fortsättning på detta arbete skulle kunna vara att undersöka om olika behandlingshem har olika teorier om psykosens natur. Teorierna skulle kunna vara formulerade eller annars möjliga att härleda ur de behandlingsåtgärder som används. Om detta leder till olika behandlingsstrategier men ganska likartade behandlingsresultat skulle de verksamma inslagen i behandlingen kanske ändå vara de samma. Gemensamma terapeutiska faktorer skulle kunna vara kopplade till en eller flera av de behandlingsfaser som beskrivits i denna avhandling. Det skulle kunna vara en behandlingsinledning med intresse och ett icke polariserat förhållningssätt som leder till en terapeutisk allians med en förtroendefull relation och idolisering. Det skulle också kunna visa sig vara fråga om en historisering med tillägnande av den egna historien och släkten som ger en tidsstruktur åt världen. Detta skulle sedan kunna ge möjlighet till tankar om framtiden och planering för det egna livet. De patienter som bara genomgår en mer begränsad personlighetsutveckling kanske har kommit en bit in i den första behandlingsfasen med viss symtomreduktion och ett bättre mående. Dessa patienter har sedan kvar sin jagsvagheter vilket visar sig genom återinsjuknanden vid framtida polariserande påfrestningar i livet.

Ytterligare försök bör också göras för att tillgodose patienter med personlighetsstörningar och missbruksproblematik med en anpassad behandlingsmiljö som är gynnsam för deras behov av personlighetsutveckling. Undersökning av möjlighet till jagstrukturerande terapi i enbart öppenvård är också angeläget. Det är kanske möjligt för patienter som inte är djupt psykotiska eller lever i en destruktiv hemmiljö. Utifrån vår teori och praktik skulle en framgångsrik jagstrukturerande psykosbehandling i öppenvårdsform kräva tre ingredienser. Det första är en korrigerande föräldrafigur som motsvarar kontaktpersonen på behandlingshemmet. Det andra är kontinuitet. Behandlingen omintetgörs eller resulterar i ökad suicidrisk om kontaktpersonerna, föräldraersättarna, försvinner och ersätts av nya. Med en försvinnande kontaktperson försvinner också ett gryende hopp. Kontaktpersonen måste kunna ha sin funktion under hela den tid som krävs, kanske 2 eller 3 år. Det tredje är att det måste finnas en tredje person bakom kontaktpersonen som denna kan hänvisa till. Den personen är "fadersnamnet" och motsvarar släkt eller äldre generationer. Det kan vara lämpligt att "den tredje" är den behandlingsansvariga, handledaren eller ett engagerat team. Om det inte finns någon tredje instans riskerar den långvariga relationen mellan patient och kontaktperson att bli lika slutna och stillastående tidlös som patientens tidigare symbiotiska belägenhet med en förälder. Det måste finnas en hänvisning ut ur en komplementär tvåsamhet för att väcka nyfikenhet och begär.

REFERENSER:

ALANEN, Y. & LEHTINEN, K. & RÄKKÖLÄINEN V. (1989): Utvecklandet av vården av nya schizofrenipatienter i Finland. *Nord. Psykiatr. Tidsskr.* 43/1.

ALANEN, & LEHTINEN, & RÄKKÖLÄINEN (1991): Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Projekt. *Acta. Psychiatr. Scand.* 83:363-372.

ALANEN, Y. & UGLESTAD, E. & ARMELIUS, B-Å. & LEHTINEN, K. & ROSENBAUM, B. & SJÖSTRÖM, R. (1994): *Early Treatment for Schizophrenic Patients*. Scandinavian psychotherapeutic approaches. Oslo: Scandinavian University Press.

ALLGULANDER, C. (1992): *Behov av utvärdering i psykiatrin*. Stockholm: Norstedts förlag.

ARMELIUS, B-Å. (1992): Svårt psykiskt sjuka ungdomar blir friska med psykoterapi. *PsykologTidningen* 21/92.

ARMELIUS, B-Å, red. & AHLIN, G. (1980): *Ger behandlingen resultat?* Stockholm: Norstedts förlag. Sid. 96-104.

ARMELIUS, B-Å. & BROODH, C. & GRANBERG, Å. & HENNINGSSON, M. (1996): En 5-årsstudie av patienter och personal vid Högbo behandlingshem. Slutrapport nr 4 från Behandlingshemsprojektet. Institutionen för Tillämpad psykologi. Umeå universitet. Sid. 6-10.

ARMELIUS, B-Å, & BROODH, C. & GRANBERG, Å. & HENNINGSSON, M. (1996): En 5-årsstudie av patienter och personal vid dagavdelningen Villan. *Slutrapport nr 5 från Behandlingshemsprojektet*. Institutionen för Tillämpad psykologi. Umeå universitet. Sid. 9-13.

ARMELIUS, B-Å. & ARMELIUS, K. & BROODH, C. & HENNINGSSON, M. & SUNDIN, E. (1997): En studie av patienter och personal vid Ängsbacka behandlingshem och dagavdelningen Jägmästarvillan 1990-1995. Umeå: *Slutrapport nr 7 från Behandlingshemsprojektet*. Institutionen för Tillämpad psykologi, Umeå universitet. Sid. 10 - 15.

ARONSSON, B-G. (1998): Utvärdering och uppföljning av Norrgårdens behandlingshem. *Tips-rapport*. Umeå universitet, Institutionen för tillämpad psykologi, nr 51, maj.

BLEULER, E. (1911): *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. New York: Int. Univ. Press. Sid 237.

BRODSKY, J. (1986): *Att behaga en skugga*, Pendelns sång. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

CIOMPI, L.& DAUWALDER, H-P. & LAIER, CH.& AEBI, E. (1991): *Das Pilotprojekt "Soteria Bern" zur Behandlung akut Schizophrener*. *Nervenarzt*. 62:428-435.

CULLBERG & LEVANDER & STEFANSSON: *Fallskärmsprojektet, Behandling och uppföljning av förstagångsvårdade psykotiska patienter och deras familjer*. Södra Stockholms sjukvårdsområde. Psykiatrin, FoU-sektionen.

CULLBERG, J. (1996): "Fallskärm" för förstagångsinsjuknade. *Läkartidningen*, vol. 93, nr 45.

CULLBERG, J. (1995): *Att prioritera för psykoterapi*. En utredning för Stockholms läns landsting.

CULLBERG, J. (1993): *Dynamisk psykiatri i teori och praktik*. Stockholm: Natur och Kultur. Sid.227-229.

DE WAELEHENS, A. (1978): *Schizophrenia - A Philosophical Reflection on Lacans Structuralist Interpretation*. Pittsburgh: University Press.

EDENIUS, B. (1996): Om de viktigaste förutsättningarna för tillfrisknande från psykos. *Insikten* nr 3/96.

EDENIUS, B. (1997): Variationer kring kärnpunkten i psykosbehandlingen vid Norrgården. *Insikten* nr 4/97.

- EDENIUS, J. (1994): *Ideologin på Norrgårdens behandlingshem*. Examinationsuppgift i Företagsekonomi C, Mithögskolan, Samhällsvetenskapliga institutionen.
- EKSTEIN, R. & WALLERSTEIN, R. (1977): *Handledning och utbildning i psykoterapi*. Stockholm: Natur och kultur. Sid. 177-196.
- FREUD, S. (1920): Bortom lustprincipen. Standard edition, vol. xviii.
- JANSSON, P. (1992): *Norrgårdens behandlingshem*. Ett försök att realisera "god" psykiatri enligt psykiatriutredningen utifrån Lacaniansk behandlingsfilosofi. Organisationsanalys. Psykologlinjen, kurs L ht-92. Umeå Universitet. Institutionen för Tillämpad psykologi.
- JANSSON, P. (1993): *Jaget och dess text* - en tillämpning av en textteoretisk analys på minnesanteckningar från jagstrukturerande psykoterapi, baserad på Lacan. Uppsats, Institutionen för tillämpad psykologi, Umeå Universitet.
- JANSSON, P. & WIBERG, B. & VILLEMOS, P. (1995): Minnesanteckningar som symptom på patientens utveckling i jagstrukturerande psykoterapi. *Insikten* 4/95, sid.47-52.
- JEANNEAU, M. & FOGELSTAM, H. & ARMELIUS, B-Å (1993): Treatment ideology in personnel of treatment homes for patients with psychotic symptoms and borderline disturbances: A principal components analysis. Umeå: *DAPS, No 47*, Institutionen för tillämpad psykologi, Umeå universitet.
- JEANNEAU & ARMELIUS (1995): *Behandlingshemsprojektet vid Umeå Universitet*. Institutionen för Tillämpad psykologi. Umeå Universitet.
- JURANVILLE, A. (1984): *Lacan et la Philosophie*. PUF 1984.
- KARON, B. & VANDENBOS G. (1972): *The consequences of psychotherapy for schizophrenic patients*. Psychotherapy: Theory, research and practice.
- KARON, B. (1990): *Psychoanalysis, Psychoanalytic Therapy and the Process of Supervision*. Psychoanalytic Approaches to Supervision, ed. Lane, R. New York: Brunner Mazel.
- KARON, B. (1992): *The Fear of Understanding Schizophrenia*. Psychoanalytic Psychology, 9(2), 191-211.
- KOSKINEN, L. (1989): *Handbok för religiösa oskulder*. Stockholm: Verbum.
- LACAN, J. (1966): *D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose*. Paris: Écrits Seuil.
- LAKOFF, G. & JOHNSON, M. (1980): *Metaphors We Live By*. Chicago: The University of Chicago Press.
- LAPLANCHE & PONTALIS (1980): *The Language of Psycho-Analysis*. London: The Hogarth Press,

- LEHTINEN, K. (1994): Need-Adapted Treatment of Schizophrenia: Family Interventions. *British Journal of Psychiatry*, 164(suppl. 23), sid.89-96.
- Mc GUFFIN, P. (1991): A Polydiagnostic Application of Operational Criteria in Studies of Psychotic Illnes. Development and Reliability of the OPCRIT System. *Arch Gen Psychiatry*. August, Vol 48.
- MOSHER & MENN (1973): Characteristics of Nonprofessionals Serving as Primary Therapist for Acute Schizophrenics. *Hospital & Community Psychiatry*, vol. 24, num. 6, june.
- MOSHER, L. & MENN, M. (1975): Soteria: Evaluation of a home-based treatment for schizophrenia. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 45(3), April.
- MOSHER & MENN (1982): Soteria: An Aternative to Hospitalization For Schizophrenics. *Current Psychiatric Therapies*, p. 189-203.
- OLSSON, G. (1997): Psykoteraiporsknig för psykoteraieuter. *Nordisk Psykologi*, 49(2).
- ORHAGEN & D'ELIA (1990): Familjens emotionella klimat, recidivrisken och psykosocial intervention vid schizofrena störningar. *Nordisk Psykiatrisk Tidskrift*, I.
- OTTOSSON, J-O. (1995): *Psykiatri*. Stockholm: Almqvist & Wiksell. Sid. 199-204.
- SANDIN, B. (1986): *Den zebrarandiga pudelkärnan*. Stockholm: Rabén & Sjögren.
- SANDIN, B. & HAUGSGJERD, S. & NERGÅRD, J-I. & ROSSVAER, V. (1990): *Barbro Sandins disputation. Filosofisk och psykoanalytisk belysning av psykosen*. Stockholm: Rabén & Sjögren.
- SJÖSTRÖM, R. (1982): Psykoteraipi vid schizofreni en retrospektiv studie. *Läkartidningen* nr 37.
- STENCRANTZ, A. & MALMGREN, B-M. (1997): Jagstrukturerande psykoteraipi med fyra unga psykotiska patienter. Del-1 en processbeskrivning. *Tips-rapport*. Umeå universitet, Institutionen för tillämpad psykologi, nr 49, augusti.
- STENCRANTZ, A. (1998): Jagstrukturerande psykoteraipi - förändringar hos fyra unga psykotiska patienter, Del-2. *Tips-rapport*. Umeå universitet, Institutionen för tillämpad psykologi, nr 50, juni.
- STRAUSS, M. (1987): *La vrai fonction du père, cest d'unir un désir à la loi*. Philosophie présente Lacan. Paris: Bordas.
- SVENSSON, M. (1977): *Psykoanalytisk teknik*. Stockholm: Prisma.
- TIENARI, P. (1992): Interaction between genetic vulnerability and rearing environment. In: *Psychotherapy of*

Schizophrenia: Facilitating and Obsstructive Factors. Red. A. Werbart & J. Cullberg. Oslo: Scandinavian University Press.

VILLEMOES, P. (1989): *Hur jaget struktureras.* Härnösand.

VILLEMOES, P. (1984): *Jagstrukturerande psykoterapi.* Psykoterapienheten i Härnösand.

9. SUMMARY

Introduktion

Denna bok handlar om en teori för psykos och utveckling av en behandlingsmetod. De första kapitlen beskriver några andra försök till miljöterapi och psykoterapi vid psykos som varit inspiration för oss. Därefter redovisas den teori som vi använt. Sedan följer en redogörelse för behandlingsmetoden och våra erfarenheter av den. En viktig del är 11 fallbeskrivningar och två utvärderingar av hur det gått för dessa patienter. De utvärderade patienterna är de första som genomgått psykosbehandling enligt den beskrivna teorin på Norrgårdens behandlingshem i Härnösand i Sverige.

Kapitel 1

Varje människa föds in i den samhällsordning och den familjesituation som råkar vara rådande för just den människan vid just den tid som hon föds. Barnen är olika till sin konstitution och familjerna fungerar gynnsamt eller ogynnsamt i det interpersonella samspelet. Innan barnet blivit tillräckligt utvecklat för att kunna göra egna erfarenheter om yttervärlden och samhällsordningen får det kunskap genom föräldrarnas tal och omvårdnad. Den kunskap barn får om vad de är och vad de andra människorna är kommer att vara olika.

Ett barn som kommer ut i världen med mycket speciell och kanske skrämmande kunskap i bagaget, råkar ut för problem då det konfronteras med medmänniskorna.

En fundamental kunskap som varje människa behöver är att hon är en egen person och inte längre en del av den ursprungliga funktionella enheten mor och barn. Det som skall påbörja barnets utdrivning ur tvåsamhetens dyad är moderns hänvisning till fadern. Om ingen sådan hänvisning sker finns risk för att barnet växer upp i en mer eller mindre orubbad dyad. Barnet har då inte blivit en egen person, ett subjekt. Enligt den aktuella teorin har den människan stor risk att utveckla psykos senare i livet. Psykosens ursprung antas då vara förkastandet av den symboliserade fadern, ingen sådan symbolisering via moderns tal till barnet.

Moderns berättelse om världen och barnet kan bara ske i språkets symboliserade form, i den symboliska ordningen. Meningsfullheten och sanningen i det som modern berättar kommer från den tillitsfulla relationen barnet har med modern. Om någon utomstående skulle berätta för barnet om världen skulle det inte ha någon effekt. I moderns tal får barnet en bild av vad det själv är. Barnet blir ett subjekt. Barnets subjekt "jag" får sedan en tydlig mening i polariseringen till "du" och "de andra". Berättelser om släkten och generationerna ger som följd tiden med dess inneboende begränsningar: födelse, liv och död. De begränsningar som tiden implicerar kallas i teorin för kastrationskomplexet. Om barnet blir underkastat detta komplex har det tillgång till tiden och en tydlig position som subjekt med begränsningar och möjligheter.

Förkastande av den symboliske fadern och kastrationskomplexet

Kapitel 2

Om den ovan beskrivna processen inte sker introduceras ingen ny värld, språkligt symboliserad, för barnet. Barnet blir då kvar i sin ursprungsrelation med de följderna som blir oundvikliga. Avstannad personlighetsutveckling, isolering och en förvirrad kommunikation med andra människor. Språkligheten får också en svag ställning. Direkt utagerande ersätter symboliserad reflektion. Hela den oundvikliga konfrontationen med världen blir präglad av direkthet i stället för den dialog och förståelse som språkligheten skulle ha möjliggjort. Kontakten med medmänniskorna blir misslyckad och präglad av ömsesidig misstro. Detta ökar ytterligare den psykotiska människans tillflykt till isolering och ett liv i den egna inre världen. Nyfikenhet och intresse ersätts av egna fantasier och falska sinnesintryck som inga andra kan förstå. Den psykotiska människan lever i en privatvärld som är låst och stängd. Varje försök att kommunicera den till andra människor leder till någon form av ömsesidig förvirring, omöjlighet att komma till förståelse, konflikt eller diagnostik. Det outvecklade subjektet och jaget leder också till en speciell och helt privat kroppsbild. Den är fragmenterad och inte avgränsad från andra människor. Tankelivet är inte heller avgränsat från andras. Den som är psykotisk tycker sig tänka andras tankar om tycker att andra kan tänka de egna. Rädsla och misstänksamhet blir ofrånkomligt för den som är psykotisk.

Vid extra påfrestningar, framför allt separationer, saknas de möjligheter till förståelse och bearbetning samt anpassning, som tillgång till språkligheten skulle ge. Man kan i denna teori se psykos som en bristsjukdom avseende språklig symbolisering, en ametafori. En bristsjukdom som medför svaghet, handikapp, i språklighetens kraft. Privatspråk med varierande mening och omedelbart utagerande är det som står till buds.

Om behovet av en modell

Eftersom behandling av psykotiska patienter allt mer sker i öppenvård samt med patientens närstående involverade i behandlingsarbetet har det uppstått ett behov av hjälp till förståelse för psykosens natur enligt en teori eller modell som involverar patientens livsmiljö och den samhällsordning som råder i yttrevärlden. Det finns också i vår tid en tendens att försöka låta patienten vara i sin vanliga miljö så mycket som möjligt för att undvika de psykiatriska vårdavdelningarnas ogynnsamma emotionella miljö. Om däremot hemmiljön har en ogynnsam emotionell miljö vill man kunna utföra psykosbehandling på små behandlingshem med behovsanpassad miljö. Vidare vill man kunna erbjuda unga psykotiska patienter en mer innehållsrik behandling än vad enbart farmakologisk behandling innebär.

Psykos försämrar patientens liv inom många centrala livsområden. Det psykiska handikappet förstör möjligheter till relationer, etisk nivå, autonomi, ekonomi samt upplevelsen av en allmänt låg livskvalitet. Handikappen inom dessa livsområden förbättras sällan av enbart farmakologisk terapi, även om sådan terapi kan dämpa de positiva psykotiska symtomen. Det krävs någon form av psykoterapeutisk behandling för att bibringa patienten en större jagstyrka, en bättre psykisk struktur, en mer etablerad underkastelse under den språkligt symboliska ordningen. I den aktuella teorins behandlingsalternativ kan detta uppnås genom att möjliggöra för den symboliske fadern, "fadersnamnet" att få effekt på den ursprungliga symbiosen.

De flesta psykoterapeuter har sin utbildning och träning inom neuroområdet. När de sedan tillämpar neurosterapiliktade tekniker med psykotiska patienter så finner de att neurotisk överföring inte sker samt att behandlingsresultatet är nedslående. Precis samma erfarenheter gjorde Sigmund Freud. En psykoterapimetod för psykotiska patienter måste vara anpassad för psykosens speciella behov. Palle Villemoes har, inspirerad av Jaques Lacans texter om psykos, formulerat den aktuella teorin om psykosens väsen samt en psykoterapeutisk metod som följer ur psykosteorin. Författaren tillämpar den metoden på unga psykotiska patienter sedan 1986. Verksamheten bedrivs vid ett svenskt miljöterapeutiskt behandlingshem, Norrgården, i Härnösand.

Syfte

Syftet med detta arbete är att utveckla en teori och behandlingsmetod för att försöka komplettera den psykotiska patientens tidigare existens. Den metoden måste möjliggöra att den ursprungliga symbiosen kan spräckas och patienten får möjlighet att bli underkastad den språkligt symboliska ordningen. Urbortträngningen måste ske även om det blir många år senare än då den borde ha skett. Det ses som den enda möjligheten att öppna upp livet för den psykotiska människan. Behandlingshemmets mål är att patienterna skall kunna klara ett eget boende och uppnå en förbättrad livskvalitet. I detta arbete är behandlingsarbetet och forskningsarbetet intimt sammanvävda.

Syftet är att undersöka om den beskrivna teorin och behandlingsmetoden går att använda i arbetet med unga psykotiska patienter. Syftet är inte att jämföra behandlingsresultatet med andra metoders resultat utan endast att beskriva vad som sker med patienterna under pågående behandling. Det är ett försök att validera teorin genom erfarenheterna med våra patienter och uppföljningen av dem efter behandlingens slut. En viktig del av arbetet är fallbeskrivningarna. Om patienterna utvecklas positivt kan det ses som ett stöd för att teorin kan vara giltig. De patienter som kommer till Norrgården har redan behandlats för sin psykos i flera år, vid andra

behandlingsenheter, utan förbättring. Om de genomgår en personlighetsutveckling vid Norrgården kan det bero på behandlingen och inte spontanförbättring vid tillfälliga eller kortvariga psykotiska tillstånd.

1 Avhandlingens första huvudmål är att pröva om det går att utveckla en miljöterapeutisk behandlingsmetod ur den teori om psykos som Villemoes utvecklat.

1a Ett delmål är att försöka utforma metoden så att inte patientens person utan hans utvecklingsprocess görs till objekt för behandlingen.

1b Det andra delmålet är att utröna om patienten, vid behandlingens slut, kan avstå från sin behandlingsassistents betydelse som hjälpjag.

1c Det tredje delmålet är att använda temporalisering, via patientens historia, som en grundstruktur för att uppfatta världen.

1d Det fjärde delmålet är att undersöka om patienternas utvecklingsprocesser genomgår enkelt formulerbara och typiska "hållplatser".

2 Det andra huvudmålet är att undersöka om erfarenheterna från behandlingshemmet gör det möjligt att utveckla den teori som används.

Teoribakgrund

Kapitel 3,4 och 5

Det filosofiska området "människans vara i världen" var centralt för Heidegger och Gadamer. Paul Ricoeur har, inom hermeneutiken, utvidgat området till att omfatta människans språkliga och historiska vara samt att dessutom betona objektiveringen. Denna är en process som för människan på avstånd från sig själv. Ett avstånd krävs för att få syn på sig själv, någon annanstans. Man kan inte se sig från där man själv är. Man måste först bli ett objekt för sig själv. Historiseringen och metaforiseringen av jaget kräver språklighet som blir objekt till subjektet. I enlighet med detta blir jaget strukturerat men distanserat.

Jaques Lacan lade stor vikt vid människans svårigheter att underkasta sig de allmänmänskliga villkoren med livets begränsning. Andra sådana existentiella problem är alla de begränsningar och krav som kulturen och samhällsordningen, med sina auktoriteter, lägger på människorna. Lacan kallade detta för svårigheten att underkasta sig "kastrationskomplexet". Vidare betonade han betydelsen av jagets utveckling, strukturering, som avgörande för hur individen hanterar de existentiella problem som kastrationskomplexet medför. Den nödvändiga jagstrukturen inträder man i om man har en dialektisk livssituation tillsammans med sina föräldrar.

Enligt Lacan upprätthåller psykotikern, genom att inta ett utanförskap till den symboliska ordningen i civilisationen och kulturen, med dess regler och maktutövning mot individen. I detta utanförskap befinner sig psykotikern utanför tiden. Psykotikern är historielös på så sätt att hon inte kan berätta sin historia. På samma sätt är psykotikern utan framtid och kan inte planera eller utforma sitt liv själv.

Teori om jagstrukturering

Villemoes har beskrivit en möjlig metod för psykosbehandling utifrån Lacans beskrivning om psykos. Metoden måste förutsätta en gynnsam situation för att en psykotisk människa skall kunna underkasta sig kastrationskomplexet. Det behövs då en ställföreträdande föräldrainsats senare i livet som kan hjälpa den psykotiska till inträdet i den språkligt symboliska ordningen med tiden som grundstruktur.

Inträdet i tiden kan ske genom att patienten blir subjektet i den egna personliga historien. Den historien rekonstruerar patient och kontaktperson tillsammans. För att historiceringen skall få mening och upplevas som sann och viktig måste den förberedas med en behandlingsfas som är relationsbyggande på samma sätt som andra psykoteraformers uppbyggande av en terapeutisk allians.

Metod för jagets strukturering

Behandlingsmetoden är uppdelad i tre olika behandlingsfaser. Varje fas har sin metod, sitt mål och sina risker. Varje enskild patient har ett behandlingsformulär där vi registrerar de förändringar som tillståndet går igenom. Utvecklingen blir då det objekt vi observerar och planerar utifrån.

Kontaktpersonerna har varje vecka handledning och internutbildning. Denna fortgår år efter år. Handledningen ses som motorn i utvecklingen för patienten. Handledningen gör nämligen tydligt var patienten befinner sig utvecklingsmässigt samt vilken uppgift kontaktpersonen har i just den behandlingsfasen. Relativt tät handledning stimulerar också intresset för patienterna.

Den första behandlingsfasen

Den första behandlingsfasens mål är att uppnå idolisering av kontaktpersonen. Patienten måste se på sin kontaktperson som någon det verkligen går att lita på och som vet mycket om världen och livet. Metoden är att visa hopp och intresse för patienten samt att iaktta ett icke polariserat förhållningssätt. Det förra stöds av handledningen. Det senare innebär att nedtona alla uttryck för skillnader i makt och könstillhörighet mellan patient och kontaktperson. Det skall uppstå en harmonisk och förtroendefull relation. En terapeutisk allians som grund för den följande behandlingsfasen. Riskerna är att en eventuell polarisering resulterar i våld eller en erotiserad relation. En annan risk är att kontaktpersonen vill fortsätta den harmoniska patientkontakten i stället för att övergå till den arbetsammare andra behandlingsfasen. Ytterligare en risk är att patienten blir övermodig då de psykotiska symtomen avklingar och skriver ut sig till eget boende.

I denna behandlingsfas minskar patienten sin föräldrakontakt högst betydligt. I stället tyr sig patienten allt mer till sin kontaktperson. I mitten av fasen börjar de psykotiska symtomen bli mindre påträngande och patienten mer intresserad av de andra människorna på behandlingshemmet.

Den andra behandlingsfasen

Den andra behandlingsfasens mål är att patienten skall få tillgång till den personliga historien. I och med det också tillgång till tiden. Metoden är att kontaktperson och patient gemensamt och intresserat samtalar om patientens historia. Patienten är själv subjektet i sin historia och kontaktpersonens intresse gör detta berättarsubjekt till något intressant och bra.

Kontaktpersonen bidrar, förutom med sitt intresse, också med tidsstrukturen. Under arbetet uppstår patientens egen tidsstruktur. Efter en tid börjar patienten också få fantasier om sin egen framtid. I de allra flesta fall har patienten inte längre några psykotiska symtom nu längre. Efter inträdet av futurum i patientens tal förändras hennes personliga attityd vid samtalen. Hon är mer eftertänksam och reflekterande. Hon ser sin situation på ett realistiskt sätt och oroar sig för hur hon skall klara sin tillvaro tiden som nu ligger framför henne. Om patienten skulle skriva ut sig efter futurums inträde är risken liten att hon skulle bli psykotisk igen. Däremot har hon mycket dåligt självförtroende eftersom hon ser sitt liv tydligt i kontrast till andra friska jämnårigas. Hon vågar inte riktigt tro att allt skulle vara bra nu. En risk med denna behandlingsfas är att kontaktpersonen framtvingar en berättelse om något som ännu är språkligt orepresenterat, språkligheten kan ännu fungera ofullständigt. Resultatet kan bli en psykos eller förvirringstillstånd. Det brukar gå över ganska fort men visar att behandlingstakten måste minska.

I denna fas upphör de psykotiska symtomen ytterligare för att helt upphöra vid futurums inträde.

Den tredje behandlingsfasen

Målet är att förankra självkänslan helt i det egna jaget i stället för i något hjälpjag som kontaktpersonen samt att patienten tar till sig sin historia som något som bara tillhör patienten själv. Metoden är att delegera allt fler och allt viktigare beslut till patientens eget avgörande. Kontaktpersonen skall slutligen släppa allt inflytande. Risken i denna fas är att kontaktpersonen behåller krav på att få vara med och bestämma. Patienten blir då inte autonom. Sorg hos kontaktpersonen är också ofrånkomligt då patienten intresserar sig för mer och mer utanför deras relation som nu också blivit historia. Glädje och stolthet överväger emellertid hos kontaktpersonen.

I denna fas övergår Norrgården, från att ha varit patientens fasta plats i livet till att bli ett nödvändigt ont under tiden avslutningsfasen skall bli klar. Patienten är helt upptagen av att planera sitt liv efter Norrgården.

Teoretiska kommentarer till behandlingsmetoden

Fadersnamnet lämnar föräldrarna då den första behandlingsfasen har nått sitt mål. Detta är en besvärlig kris för föräldrarna som måste få psykologiskt stöd under denna tid. Annars finns risk att deras övergivenhet får patienten att skriva ut sig och flytta hem till dem igen. Nästa förflyttning av fadersnamnet är då historiarbetet blivit engagerat och intensivt. Sista förflyttningen sker då delegationerna givit makt och myndighet till patienten att fatta egna beslut utan att behöva fråga någon annan.

Kastrationskomplexet är passerat då patientens historiarbete har kommit till den punkt då patienten erövrat futurum. Denna passage är snabb och sker på något dygn eller kortare tid. Patienten har nu tidsstruktur med både historia och framtid. Livets begränsningar och

patientens plats i tillvaron är också del av patientens samlade kunskap. Allt detta befinner sig i språkets domän.

Utvärderingar av behandlingsresultat

Kapitel 7

Utvärderingarna har gjorts av en extern psykolog, Bengt Göran Aronsson. Behandlingshemmet tog in sina första patienter 1986. Dessa patienter hade en medelålder på 23 år. De hade varit psykossjuka i flera år och behandlats för psykos under 1 till 10 år. Medelbehandlingstiden före Norrgårdsintagningen var 2 år. Mellan 1986 och 1991 hade 24 patienter intagits. 13 patienter fullföljde inte behandlingen utan skrev ut sig. Kvar fanns 11 patienter för utvärdering. Den första utvärderingen skulle göras 1992. Tiden efter utskrivning från Norrgården var då mellan 1 och 4 år. Samma grupp av 11 före detta patienter uppföljdes även 1996. Då var tiderna efter utskrivning mellan 5 och 8 år.

Diagnos

Före behandlingen hade 10 patienter vanföreställningsdiagnos. 1992 hade 2 patienter sådan. 1996 hade 1 patient vanföreställningsdiagnos.

Livskvalitet

1992 skattade patientgruppen sin livskvalitet som över medelmåttigt. 1996 hade livskvaliteten utvecklats i positiv riktning.

Social förmåga

Patienterna hade genomgått en stor förändring i detta avseende. Framför allt förmågan att klara sig utan psykiatrisk vård hade ökat. Även de sociala kontakterna hade ökat liksom i någon mån även förmågan till meningsfull sysselsättning. Sysselsättningen och viljan att gå vidare i studier eller arbete hade utvecklats mycket från 1992 till 1996. Detta resultat är anmärkningsvärt, även i en jämförelse med resultatet från Behandlingshemsprojektet.

Kontakter med familjen

Av 10 patienter hade 6 utvecklat dessa klart positivt mellan 1992 och 1996. Föräldrakontakten var avdramatiserad och intresset för syskon hade ökat.

Boende och försörjning

1992 bodde 10 patienter i egen lägenhet. 1996 hade en patient efter några års studier gått ut i förvärvsarbete. Tre hade fått sjukbidraget utbytt mot studiemedel. Sex hade fortfarande sjukpenning eller sjukbidrag.

Synen på behandlingen

De flesta var positiva till vården på Norrgården. Man uppskattade mest samtalet, lugnet och tillgången på personal. Några saknade schemalagda aktiviteter.

Nuvarande relation till Norrgården

När 5 år hade gått efter avslutad behandling hade flertalet kvar en viss sporadisk kontakt med Norrgården. Fyra patienter hade avbrutit kontakten.

Olikheter i utvecklingen

1996 hade 6 patienter genomgått en klart positiv utveckling. Avstannad utveckling jämfört med 1992 gällde 1 patient. Försämring mellan 1992 och 1996 gällde 3 patienter. Dessa tre patienter hade inte uppnått målet med den första behandlingsfasen vid utskrivningen. En patient hade suiciderat några år efter utskrivningen.

Farmakakonsumtion

Vid inskrivningen på Norrgården hade hälften farmaka. 1992 hade också hälften sådan behandling. Dosen hade dock minskats. 1996 hade medeldosen ytterligare halverats. Två patienter var medicinfräa.

Vårdkonsumtion

Före behandlingen krävde alla patienter sluten psykiatrisk vård på hel- eller deltid. Efter behandling var slutenvårdsbehovet mer än halverat. 1996 konsumerades ingen slutenvård alls. Kort tid efter utskrivningen ökade öppenvårdskonsumtionen för att senare successivt minska. 1996 bodde två patienter i kommunens särskilda boende.

Vårdkostnad

Vårdkostnaderna hade halverats mellan året före Norrgården och året efter utskrivning. Efter ytterligare två år hade vårdkostnaderna ytterligare minskat till mindre än 1/5 av kostnaderna året före behandling. Efter ytterligare fyra år har den siffran ytterligare halverats till 1/10 av kostnaderna före behandling. Året före behandling var vårdkostnaden 350 000 kronor per patient och år. Sex år efter behandling var vårdkostnaden 30 000 kronor per år och patient.

Konklusioner

Kapitel 8

1 Det har varit möjligt att arbeta med utvecklingsprocessen, objektiverad och materialiserad i vårt behandlingsformulär.

1a Arbetet med utvecklingsprocessen har kunnat ske i form av ett gemensamt projekt för patient och kontaktperson. Patienten har sluppit objektivering av sin personlighet.

1b Metoden har inte lett till fortsatt beroende mellan patient och kontaktperson efter utskrivningen.

1c Det har gått att arbeta med temporalisering som mål. Detta har kunnat ske via patientens historia som en grundstruktur för att uppfatta världen. Patienter har fått tillgång till både förfluten tid och framtid.

1d Det har gått att arbeta med patientens personlighetsutveckling i form av delmål. Dessa finns förtryckta i vårt behandlingsformulär. I detta registreras datum då varje delmål är uppnått. Delmålen har kallats "hållplatser".

2 Det har varit möjligt att kontinuerligt utveckla teorin i dialektik med praktiken.

Resultat

Den använda teorin har varit mycket användbar för att förstå och behandla unga psykotiska patienter. Målen med eget boende och förbättrad livskvalitet uppnåddes av de flesta patienterna redan 1992. 1996 hade ytterligare stora framsteg gjorts för de flesta i

patientgruppen. Vårt försök att validera den aktuella teoretiska modellen verkar ha utfallit till teorins och behandlingsmodellens fördel.