

Psykiatrins slagsidor

Ett historiskt, men subjektivt, perspektiv

Från mitten av 1960-talet började en allt häftigare kritik att riktas mot psykiatrin, som därtills under ett par decennier hade börjat finna sin form och självkänsla som medicinsk specialitet vid sidan av internmedicin och kirurgi. Psykiatri var nu inte längre en undanskymd verksamhet bedriven på de stora asylerna, som på den tiden kallades sinnessjukhus. Kritiken kom inte bara från yngre psykiatrer, som önskade se en psykiatri som tog tillvara erfarenheterna från den »community psychiatry» som vuxit fram i England och USA efter andra världskriget. Även den framväxande vänsterrörelsen attackerade psykiatrin för dess »förtryckande» funktion gentemot de svagaste i samhället.

En ung psykiaterkår tar vid

Vi som tillhörde den unga psykiatergenerationen vid denna tid tog starka intryck av debatten, och våra visioner påverkades av båda dessa läger. Själv var jag som nyutbildad psykoanalytiker angelägen att söka tillämpa både en psykodynamisk grundsyn på människan och en samhällsorienterad syn på det psykiatriska arbetet. När jag 1970 stod i begrepp att välja mellan att bli privatpraktiserande psykoanalytiker eller psykoanalytiskt orienterad psykiater beredd att arbeta med att söka förändra den vanliga psykiatrin var valet därför ganska lätt.

Efter några år vid Fruängens dag-sjukhus fick jag möjligheter att starta en helt ny psykiatri inom Luleå kommun i Norrbotten.

Det är nu snart 30 år sedan Karin Crafoord och jag själv lade grunden till

Författare

CLARENCE CRAFOORD

Åren 1972–1979 klinikchef vid psykiatriska verksamheten i Luleå, 1979–1984 chefläkare inom psykiatrin i Blekinge, 1984–1987 lärare i psykioterapi vid Psykioterapiinstitutet i Stockholm. Sedan 1997 verksam i privat praktik. Artikeln baseras på ett föredrag vid en psykiatrikonferens i Luleå 1999.

Psykiatriska verksamheten (PV) genom kontakter med Norrbottens läns landsting. Vi drog då upp riktlinjerna för en psykiatrisk verksamhet utifrån på den tiden nya idéer om teampsykiatri med en psykodynamisk grundsyn, familjetänkande, socialpsykiatrisk bredd i arbetet och mottagningsverksamhet på frivillig grund med lokalisering utanför sjukhus och kliniker.

Ett första försök till integrerad psykiatri

Man kan säga att etableringen av PV 1971–1972 var ett första försök till en integrerad psykiatri i en samverkansmodell med andra instanser i samhället såsom socialtjänst, kommunens alkoholpoliklinik, lasarettets somatiska vård samt med vårdcentralernas öppna allmänmedicinska vård. Vi sökte också kontakter i en förebyggande verksamhet, såsom kvartersverksamhet, samarbete med polis och skola, även med Norrbottensteatern. Därtill utvecklades under 1974 och 1975 en radikal samarbetsform med socialvården, genom att vår verksamhet förstärktes med medel avsedda för en socialläkarmottagning inom kommunen. Kanske man kan våga påstå att vi i viss mån föregrep den psykiatrireform som kom 20 år senare.

Vi var i detta arbete besjälade av tanken att kunna ta oss an olika psykiska problem och störningar med stöd av vår psykoanalytiska skolning och vår psykodynamiska och familjeorienterade grundsyn. Vårt arbete blev uppmärksammat och uppskattat, och vi gjorde avgörande insatser för många patientgrupper. Vår entusiasm kände inga gränser.

Idag vill jag klart säga att vi var renlärigare än vad som var rimligt. Vår blåögdhet kommenterades förvisso, och vi utsattes så småningom för kritik:

»Vid PV i Luleå bedriver man psykioterapi för de välmotiverade och skriver för övrigt vårdintyg.»

Helt klart är att vi kunde ha breddat vår aktivitet om vi hade varit mindre räbiata i den linje som vi stolt kallade för antimedicinering. Våra psykioterapeutiska aktiviteter innefattade allt från regelrätt psykoanalys till olika former av stödjande och insiktsbetonad psykioterapi.

Sammanfattat

- Psykiatrin har alltid haft svårt att införliva sina olika delar.
- Dagens entusiasm över våra ökade kunskaper om hjärnan får inte förleda psykiatrin att förlora kontakten med det psykiska.
- Ökade ansträngningar för att integrera olika slags kunskap krävs för att få psykiatrin på rätt köl.

rapi, grupperapi (bl a intressanta försök med pargruppsarbete) och familjeterapi, en metodik som infördes i Sverige 1969 och därtills hade bedrivits bara inom barn- och ungdomspsykiatrin, delvis med inspiration från erfarenheterna vid barnbyn Skå.

När det gäller familjeterapi med familjer med någon psykotisk medlem snuddade vi vid den metod som nu, 30 år senare, framhålls starkt inom olika verksamheter för nyinsjuknade patienter med psykosdiagnos [1]. Dess resultat pekar just på vikten av psykologiskt och familjeorienterat arbete, liksom av minimering av antipsykosmedicinering. Vi hade inte de kunskaper som finns idag, och misslyckades därför oftast med detta svåra arbete.

En grupp romantiska pionjärer

Kanske man kan säga att vi var en grupp entusiastiska och romantiska pionjärer, med en vision om en radikalt annorlunda psykiatri, som utifrån våra grundidéer sökte finna en form för vården som skulle inkludera mycket av det som sedermera har blivit grunden för såväl avinstitutionaliseringen av psykiatrin, nedläggningen av mentalsjukhusen, den sektoriserade psykiatrin och så småningom Psykiatrireformen.

Vi mottog många studiebesök, bl a från den grupp som sedermera startade det betydligt resursstarkare Nackaprojektet. År 1974 förlade Svenska psyki-

atriska föreningen sitt vårmöte till PV i Luleå.

PV i Luleå var en psykiatri med psykoterapeutisk slagsida; den finns inte längre i sin ursprungliga form. Kanske är det karakteristiskt att PV med sitt pionjärbete i en medelstor svensk industriort kom att kritiseras också från vänsterradikalt håll.

Forskningen kring PV resulterade i två volymer [2, 3], vilkas grundläggande slutsatser var att verksamheten inte förmått nå ut till massorna, utan huvudsakligen kommit »den bildade medelklassen» till del.

Omorganisationen i Blekinge

Vi var nog visare av de delvis bittra erfarenheterna av begränsningarna inom arbetet vid PV när vi 1979 inbjöds att genomföra en radikal omorganisation av psykiatrin i Blekinge. Det otidsenliga mentalsjukhuset Gullberna, beläget i Karlskrona, betjänade hela Blekinges 150 000 invånare. 1979–1984 var sektorspsykiatrin utbredd i landet.

Visionen för Blekinge blev i korthet utflyttning från Gullberna, sektorisering på de fem kommunerna av både öppen och slutenvård med »gemensam behandlingsledning inom varje sektor för alla vårdformer». Tyngdpunkten skulle ligga på teamens öppna vård. Personalen måste omskolas, psykogeriatiken överförs till kommunens vårdhemsverksamhet och patienterna omfördelas på de olika sektorerna. Ett tiotal psykiatrer kunde rekryteras till den nya verksamheten, och i ett ganska omfattande och i stycken påfrestande arbete kunde omorganisationen genomföras under de fem åren.

Psykiatrin i Blekinge blev ett steg mot en integrerad psykiatri. Den biomedicinska synen på behandling och vård inkluderades i verksamheten, oaktat att den grundläggande synen på verksamheten fortsatt var psykodynamisk. Samarbetet med de olika kommunerna kunde underlättas, eftersom de fem små klinikernas upptagningsområden anpassades till kommungränserna.

Trots senare diskussioner om sammanlagning av de små klinikerna till större sektorsenheter, efter modell från andra håll i landet, har man behållit organisationen med fem små enheter. Efter Psykiatriutredningen, som visade att just Blekinge hade en billigare och effektivare vårdmodell än på de flesta andra håll samt minst tvångsvård i hela riket, har man i Blekinge övertygats om att behålla sin egen modell. Den psykodynamiska grundsynen och ett psykoterapeutiskt tänkande är alltjämt levande inom psykiatrin i Blekinge, och var

”Det finns idag större anledning än någonsin att eftersträva en bättre integration av de olika psykiatriska synsätten i den psykiatriska praktiken, så att psykiatrer och blivande psykiatrer får grundläggande kunskaper inom alla de relevanta områdena. Som situationen nu är synes psykiatrernas kunskaper ha en starkt biomedicinsk och farmakologisk slagsida. Detta hänger samman med att man inom psykiatrin överlåtit en stor del av den psykiatriska fortbildningen till de stora läkemedelskoncernerna.”

nödvändig under utformningen av organisationen.

Psykodynamiskt synsätt på undantag?

Inom dagens svenska psykiatri förefaller psykoterapeutiska aspekter att tillgodoses framför allt inom kognitiv psykoterapi, medan det mer djupgående och omfattande psykodynamiska synsättet kommit på undantag. Jag oroas starkt av denna utveckling, eftersom de psykoanalytiska teorierna och den psykodynamiska psykoterapin på ett annat sätt än den kognitiva omfattar en teori om det omedvetna och de komplicerade somato-psykiska samband som finns mellan konflikt, beteende och sjukdom – detta omfattande såväl kropp som själ.

De moderna neurofysiologiska och neurokemiska forskningsrönen, liksom den alltmer sofistikerade genetiska kunskapen, innehåller enligt min mening ingenting som inte är förenligt med de psykoanalytiska teorierna om det psykiska. Jag kan inte se annat än att de båda kunskapsområdena bara representerar olika synsätt på fenomenen. Den socialpsykiatriska tillämpningen av de olika synsätten innebär därvid inom psykiatrin ett slags pragmatisk tillämpning av dessa kunskaper i ett praktiskt samhällssammanhang, där de samhäl-

leliga strukturernas och krisernas påverkan på människorna studeras.

Det finns idag större anledning än någonsin att eftersträva en bättre integration av de olika psykiatriska synsätten i den psykiatriska praktiken, så att psykiatrer och blivande psykiatrer får grundläggande kunskaper inom alla de relevanta områdena. Som situationen nu är synes psykiatrernas kunskaper ha en starkt biomedicinsk och farmakologisk slagsida. Detta hänger samman med att man inom psykiatrin överlåtit en stor del av den psykiatriska fortbildningen till de stora läkemedelskoncernerna.

Tre synsätt

I vårt dokument till Socialstyrelsens översyn av psykiatrin konstaterade Lars Jacobsson, Marie Åsberg och jag att vi inte vill tala om olika skolor, eller ens ideologier, utan om olika synsätt: det biomedicinska, det socialpsykiatriska och det psykodynamiska [4, 5]. Vi fastslog därvid att alla tre synsätten är relevanta för psykiatriskt arbete och ingår, i varierande utsträckning, i allt psykiatriskt arbete.

Det är en truism att alla psykiska störningar, kanske också alla kroppsliga sjukdomar hos människor, har såväl biomedicinska som sociala och psykologiska komponenter som det aldrig är lätt eller ens meningsfullt att försöka skilja ut. Däri ligger helt enkelt en hel del av det mänskliga hos oss. Vi har en tidsuppfattning och inre representationer samt en förmåga till symbolisering som skiljer oss från djuren. Vi har därigenom en sofistikerad kommunikationsförmåga och förmår sätta in oss själva i ett historiskt och socialt sammanhang på gott och ont.

Dessa förhållanden leder till ett invecklat fantasi- och driftsliv som till största delen är omedvetet för oss. Det psykodynamiska synsättet, som vilar på psykoanalytisk teori, betonar hur vi kan observera och förstå manifestationer av de omedvetna fantasierna i våra patienters förhållningssätt och reaktioner. Denna förståelse av människors symptom och reaktioner eller deras psykologiska utveckling är helt oavhängig av i vilken grad psykiska störningar med sådana manifestationer har sin grund i biologiskt skilda förutsättningar eller genetiska skillnader. Varje tanke vi tänker och varje känsla vi känner motsvaras av kemiska förändringar i hjärnan och har sitt mikroförlopp innanför pannbenet – ändå är dessa fantasier och känslor inte kemiska till sin natur, de är psykiska.

De psykoanalytiska teorierna och det psykodynamiska synsättet innehåller en lära om just det psykiska. Varje psykiater och psykiatriarbetare behöver

kunskaper om det psykiska för att komplettera sina kunskaper om de sociala och de biologiska förutsättningarna för människors hälsa. Det sociala och det biologiska kan undersökas med naturvetenskaplig metodik av olika slag, medan det psykiska i endast begränsad utsträckning kan undersökas med sådana metoder.

Eftersom den akademiska forskningen inom medicin och neurovetenskap vilar på naturvetenskaplig metodik, och denna tradition inte på samma sätt kan tillämpas inom det psykodynamiska området, har detta präglad psykiatrins kunskapsstillväxt. Vetenskapliga bedömare har meriterat sig inom naturvetenskap och har av tradition saknat bakgrund att bedöma den ofta annorlunda forskning som rör det psykiska, t ex inom psykodynamisk psykoterapi eller psykoanalys. Psykoterapiformer som har mer kvasinaturvetenskaplig karaktär, som beteendeterapi eller kognitiva terapier, har genom olika typer av operationalisering av data kunnat generera kunskaper som ligger i den naturvetenskapliga traditionen.

Liknande försök har gjorts också avseende terapier inom det psykodynamiska synsättet. Ett exempel är de undersökningar av mer globala resultat av psykoterapi och psykoanalys, i vilka framkommit att psykoanalys och psykodynamiskt orienterade långtidspsykoterapier är överlägsna andra psykoterapimetoder vid långtidsuppföljning [6]. Mycket få sådana studier med uppföljning under lång tid har gjorts i världen.

Emellertid är de nödvändiga operationaliseringarna omfattande, och dattainsamlingen därmed både tidsödande och bemängd med metodproblem som emellanåt gör att stora forskningsansträngningar leder till ytligt sett triviala resultat. Kunskapen utifrån det psykodynamiska synsättet måste därför genereras också i en mer humanvetenskaplig tradition.

Det faktum att det är svårt för ett psykodynamiskt synsätt att göra sig gällande i den naturvetenskapliga forskningstradition som dominerat inom psykiatrin gör också att jämförelsevis få lärare med den psykodynamiska kompetensen finns vid universitet och högskolor. Det medför förstas att förtrogenhet med det psykodynamiska synsättet saknas hos de flesta psykiatrer. Psykiaternas kompetens får därmed en ökande biomedicinsk slagsida.

Viktiga områden

Här några exempel på kunskaper som den psykiatriska utbildningen på olika nivåer bör förmedla när det gäller det psykodynamiska synsättet:

- Grundläggande *samtalskonst*, med betoning på vad som sker i kommunikationen mellan behandlare och patient. Detta innebär kunskaper inte bara om vad som traditionellt kallas intervjumetodik utan också om känslomässigt ackompanjering, manifestationer av omedveten överföring, försvarsmekanismer, motöverföring samt mekanismer som projektiv identifikation.
- Orienterande kunskaper om det *psykodynamiska synsättet på psykisk och känslomässig utveckling* enligt olika orienteringar inom psykodynamisk teori.
- Grundläggande kunskaper om *gruppdynamik* och kännedom om de primitiva försvar som kan uppstå inom grupper under olika former av påfrestning, t ex i krissituationer eller i samband med laddade relationer i en grupp. Detta område gränsar förstas till socialpsykiatrin.
- Grundläggande kunskaper om *krisreaktioner och kristerapi*. Förmåga att förstå och kunna arbeta med krisbearbetande insatser samt kanske också riktlinjer för handledning av sådant arbete.
- Orienterande kunskaper om den typ av *krisintervention* enligt ett familjeorienterat synsätt som tillämpas vid den typ av kris som uppstår kring nyinsjuknade psykotiska patienter.
- Orienterande kunskaper om *familjepsykologi* och familjebehandling.
- Grundläggande kunskaper om indikationer, metoder och förlopp vid olika former av *korttidspsykoterapi*, med såväl vuxna som unga vuxna och ungdomar.
- Orienterande kunskaper om ett psykodynamiskt synsätt när det gäller *svåra personlighetsstörningar*, och indikationer och förståelse för hur långtidsterapi kan bedrivas vid dessa tillstånd.
- Grundläggande kunskaper om vad som ligger i att personal engagerar sig i patientkontakter, i form av *kontaktmannaskap* i olika former [7]. Alla behövs för att möta mänskliga lidanden. För läkare i psykiatriutbildningen kunskaper om hur kontaktmannaskapet kan respekteras och tillämpas som omvårdnad inom både institutionsvård och öppenvård.
- Orienterande kunskaper om innebörden i *psykoterapeutisk handledning* individuellt och i grupp, om s k

parallellprocesser och dynamiken i processen att ge och ta emot handledning i olika psykoterapeutiska sammanhang.

Vilken psykiatri vill vi ha?

Alla utbildnings- och fortbildningsansvariga bör fundera över vilken vikt man vill lägga vid de kunskapsområden som representerar ett psykodynamiskt synsätt i jämförelse med den vikt man lägger vid områden som psykopatologi, psykofarmakologi och psykiatrisk epidemiologi. Det socialpsykiatriska området gör säkert också anspråk på utrymme för arbetspsykologi, socialkunskap, krigs- och katastrofpsykiatri och sociala livsloppskunskaper, för att bara nämna några områden.

Här finns stora och svåra avvägningar att göra; i detta ligger också många frågor kring vilket slags psykiatri vi vill ha i framtiden och hur utbildnings-, fortbildnings- och forskningsresurserna i så fall skall fördelas. Idag finns det alltför stor slagsida åt det biomedicinska och neuropsykiatriska hållet, medan det psykodynamiska synsättet har kommit i bakgrunden.

Det är en villfarelse att tro att de allmer förfinade biomedicinska rönen kan ersätta psykoanalysens kunskaper om det psykiska.

Referenser

1. Cullberg J. Psykospatienter hjälps till bättre prognos. »Fallskärmen» för förstagångsinsjuknade. Läkartidningen 1996; 93: 3992-9.
2. Eliasson R, Nygren P. Psykiatrisk verksamhet I. Samhälle, människosyn och modern självvård. Stockholm: Prisma, 1981.
3. Eliasson R, Nygren P. Psykiatrisk verksamhet II. Närstudier i psykoterapi. Stockholm: Prisma, 1983.
4. Crafoord C, Jacobsson L, Åsberg M. Ideologier, kulturer och synsätt inom psykiatrin. Psykiatriuppföljningen 1997:16. Stockholm: Socialstyrelsen, 1997.
5. Crafoord C, Jacobsson L, Åsberg M. Psykiatrins »tre kärlekar». Alla behövs för att möta mänskliga psykiska lidanden. Läkartidningen 1998; 95: 1539-43.
6. Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Schubert J. Självskattad förändring under och efter psykoanalys och psykoanalytisk långtidsterapi. Psykoterapi: Forskning och utveckling nr 6, 1998. Karolinska institutet, institutionen för psykoterapi och Stockholms läns landstings psykoterapiinstitut, 1998.
7. Crafoord C. Utvecklande förtrohet. Tankar om kontaktmannaskap. Stockholm: Natur och Kultur, 1991.