

Kontraproduktiva inslag i dagens akuta psykosvård

Omvårdnaden måste stödja läkningsprocessen

Med utgångspunkt i psykopatienternas starka omgivningsberoende diskuteras ett kontraproduktivt innehåll i den sedvanliga avdelningsbaserade akuta psykosvården som försvårar läkningsprocessen. Vikten av ett krishem för nyinsjuknade psykotiska patienter betonas. Det ska vara avpassat efter de flesta patienters behov, med öppen, lugn, personlig och småskalig miljö med en nära koppling mellan psykoterapeutiska och medicinska intressen. I artikeln beskrivs ett exempel på hur ett sådant krishem kan fungera.

JOHAN CULLBERG
professor i psykiatri
johan.cullberg@smd.sll.se

MARIA MATTSSON
sjuksköterska och forskare; båda vid
enheten för psykisk hälsa, Samhälls-
medicin, Stockholm.

II För den som är psykotisk är livsviktiga funktioner för överlevnaden mer eller mindre satta ur spel – ofta under en relativt kort tid. Det gäller förmågan att integrera omvärldens budskap med den egna erfarenhets- och föreställningsvärlden, att inordna egna behov i de yttre förutsättningarna eller att någorlunda förstå hur andra känner eller tänker.

Egentligen är det egendomligt att människor inte oftare är psykotiska i beaktande av den formidabla uppgift våra psyken (»jaget«) har att ständigt och korrekt samordna en mängd gånger svåröverblickbar och ibland hotande omvärld med vår inre, subjektiva värld.

Möjligen är vi alla då och då psykoshotade även om vi motverkar det genom att vila, tänka och samtala. Våra inbyggda säkringar mot att reagera med psykos vid belastning bör ha starka genetiska rötter eftersom överlevnadsvärdet i att rätt tolka omvärlden är högt. Den förmågan grundläggs, »programmeras«, förmodligen tidigt i livet i samspel mellan arv, perinatal miljö och psykologisk anknytning.

Sårbarheten kan vara större eller mindre
Människor har en större eller mindre biologisk och psykologisk sårbarhet för att reagera med psykos. Med en sådan sårbarhet kan normalt påfrestande händelser, såsom dödsfall, besvikelser, frigörelseprocesser, innebära en tröskelsänkning så att en första psykos utlöses.

Nästa psykos kan ofta inträffa efter en betydligt mindre påfrestning, eftersom det nu har inträffat en »baning« att reagera med psykos.

Det finns också skyddsfaktorer mot att sårbarheten går över i psykos vid påfrestningar. Kliniskt verksamma vet att goda och stödjande relationer liksom ett meningsfullt arbete eller sysselsättning kan vara avgörande som skydd mot återinsjuknande. Förmodligen finns det också sådana »salutogena« biologiska skyddsfaktorer, men om dem vet vi än mindre än om de patogena faktorerna.

Tre steg att stödja läkningsprocessen

Då man på Karolinska sjukhusets psykiatriska klinik gjorde PET-studier på nyinsjuknade psykopatienter på 1980-talet ville man avvakta en vecka med neuroleptikabehandling. Man märkte då att många psykosser hann förbättras »spontan« under den veckan. Det ledde till rådet att regelmässigt försöka avvakta med neuroleptika i någon vecka.

Det vanliga är att en akut psykos går över helt. Det är också meningsfullt att betrakta den akuta psykos som en skada i de centrala jagfunktioner som handhar förmågan att integrera den yttre världen med den inre. Psykets förmåga att reparera en psykos är analog med kroppens förmåga att läka efter en skada eller operation. Det sker »spontan« om förutsättningarna för läkning är gynnsamma. Liksom annars inom medicinen är det vårdorganisationens primära uppgift att stödja denna självläkningsprocess.

Psykiatrisk posttraumabehandling

- *Grundförutsättningar* för den somatiska posttraumabehandlingen är vila, hygien och minskad fysisk påfrestning. De bästa läkningsbetingelserna i den psykiatriska akuta vården ser vi

då miljön erbjuder trygghet, sänkt kravnivå och minskat stimulusinflöde för patienten.

- I nästa nivå undanröjer man i den somatiska akutvården hindren för en gynnsam läkning genom en *aktiv omvårdnad*. Det innebär att hålla den skadade kroppsdeln stilla, göra rent och dränera sår, undan för undan mobilisera etc. Psykiatrins förhållningssätt till den mentala skada som psykos utgör bygger i hög grad på den läkande omvårdnadsrelationen. Det betyder att kontinuerliga relationer med personalen utvecklas och fördjupas till att ge patienten stöd att undan för undan ersätta det psykotiska/dysfunktionella tänkandet och få en så god förståelse som möjligt av vad som skett.
- I somatiken frågar man sig i tredje hand om omvårdnadsinsatserna är tillräckliga eller om antibiotika eller andra specifika *behandlingsinsatser* måste till för läkningen. I psykospsykiatri blir motsvarande fråga om antipsykotisk eller annan medicinering ska sättas in liksom om och när specifik psykoterapi kan underlätta läkningen.

Psykosvård med kontraproduktiva inslag

I dagens psykiatriska praktik är det då problematiskt att det i smal mening medicinska tredje steget i så hög grad kommit att dominera över de första två »klassiska« omvårdnadsstegen.

Före detta psykopatienter beskriver inte sällan sin sjukdomsperiod som att ha utsatts för en serie obegripliga kränkningar. Efter att ha bedömts på jourenheten har de skrivits in för tvångsvård samt förts till en vårdavdelning med oroliga eller skrämmande medpatienter där de tilldelats en säng. De har fråntagits sina personliga tillhörigheter och kanske fått en injektion av neuroleptikamedicinering med obehagliga biverkningar.

En australisk studie [1] visar att 53 procent av alla förstagångsinslagda med psykos utvecklade ett kliniskt verifierat posttraumatiskt stressyndrom efter tre månader. Det uppfattades vanligen felaktigt som uttryck för negativa psykosymtom och behandlades därefter.

Personalens försök att psykologiskt stödja och hjälpa är svåra att genomföra

i en sådan miljö. Problemet är att själva organisationen av vården motverkar ett patientinriktat arbete; därigenom får den en kontraproduktiv effekt. Några sådana kontraproduktiva faktorer är följande:

- Vårdavdelningarna är stora, oroande och överstimulerande. Detta innebär en hög nivå av »expressed emotion«, något som vi vet medför förstärkta psykossymtom.
- Dessa motverkas med ökad anti-psykotisk medicinering, ofta med onödigt hög dosering, som ger skrämmande och plågsamma biverkningar.
- Patientens redan skakade självkänsla och hopp skadas därigenom ytterligare.
- Avståndet till den civila miljön är obegripligt långt.
- »Vårdkedjan« är upphackad med ständiga personal- och relationsbrott som följd. Kunskaperna om patientens person liksom om nätverkets styrkor och problem tunnans ut vid varje övertagande.
- Behandlingsåtgärderna – såväl de medicinska som de psykoterapeutiska – blir ofta impulsbetonade och ad hoc-inriktade.

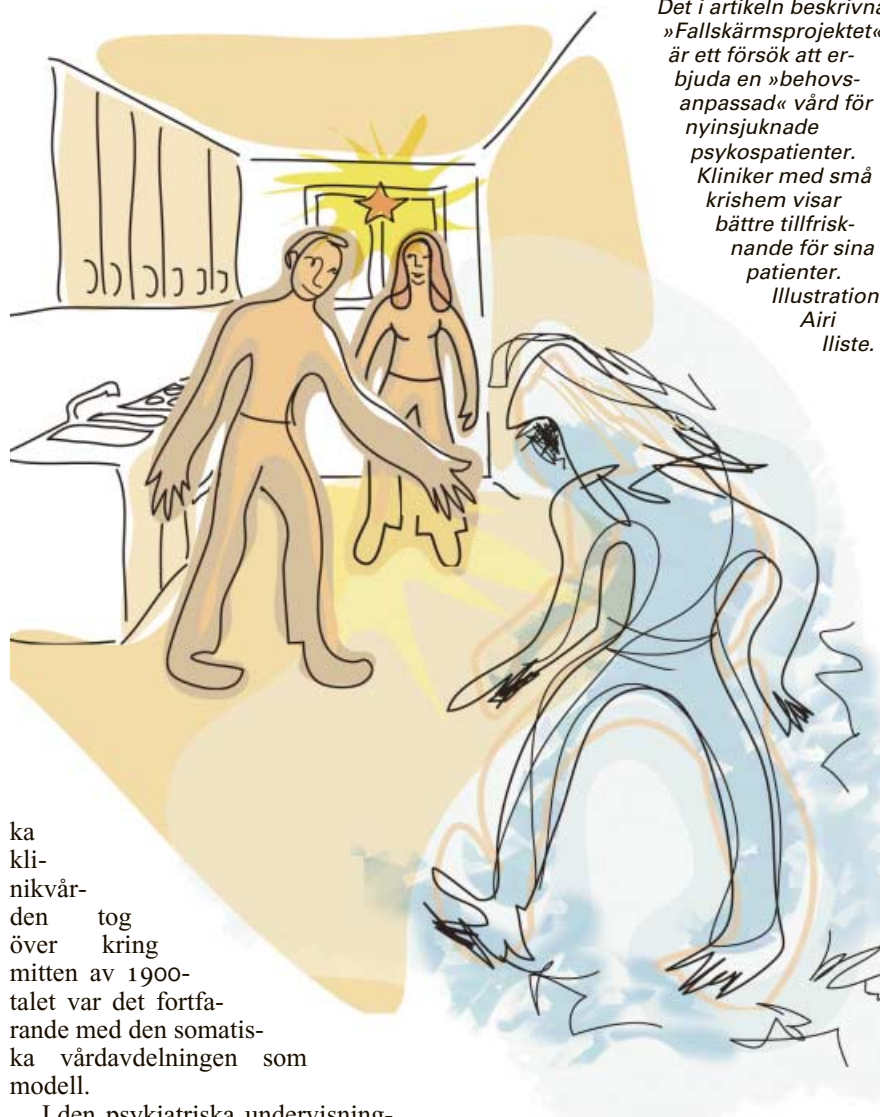
En orättvis betraktelse?

Att allt detta påverkar läkningsmöjligheterna negativt vet vi genom forskning och inte minst genom sunt förnuft.

Naturligtvis kommer en del att säga att detta är en orättvis bild. På många ställen ägnar man mycket arbete åt att få vårdavdelningarna så välfungerande som möjligt. Men varför ska en nyinsjuknad ung människa med akut psykos behöva vårdas enligt föråldrade modeller medan en ung person med nyupptäckt diabetes mellitus direkt kan få en psykologiskt och medicinskt genomtänkt professionell hjälp tillsammans med familjen på en specialismottagning? Varför ska så många som 74 procent av alla förstagsängsinsjuknade i schizofreni och 47 procent av dem som insjuknat i annan psykos i Stockholm [2] vara förtidspensionerade eller långvarigt sjukskrivna efter fem år? Det beror säkerligen mera på brister i vården och uppföljningen än på att sjukdomen som sådan kräver det.

Föråldrad psykiatrisk vårdorganisation

Då den psykiatriska vården mot mitten av 1800-talet började bli en medicinsk angelägenhet och de stora sinnessjukhusen byggdes upp skedde detta i det vällovliga syftet att humanisera omhändertagandet. Man hade kroppssjukhuset som förebild och draghjälp. Övervakning, långvarigt sängläge och olika mer eller mindre påfrestande kurer var vad som kunde erbjudas. Då den psykiatris-



Det i artikeln beskrivna »Fallskärmsprojektet« är ett försök att erbjuda en »behovsanpassad« vård för nyinsjuknade psykopatienter. Kliniker med små krishem visar bättre tillfrisknande för sina patienter.
Illustration: Airi Illste.

ka klinikkvården tog över kring mitten av 1900-talet var det fortfarande med den somatiska vårdavdelningen som modell.

I den psykiatriska undervisningen har begreppet psykosbehandling under senare delen av 1900-talet alltmera blivit synonymt med att ge neuroleptika; så tidigt som möjligt, i hög dos och under tillräckligt lång tid. I vilken kontext detta sker talas det mindre om.

Var och en kan förstå att långdragna psykostillstånd inte är önskvärda; de kan ge både sociala och psykologiska stigmata. De moderna antipsykosmedicinerna representerar också ett av medicinens stora framsteg. Att de sedan systematiskt har felanvänts med för höga doser och alltför långa och ibland onödiga behandlingar har medfört att neuroleptikas rykte bland patienter och allmänhet blivit minst sagt skamfilat.

Övermedicinering innebär inte bara en svår plåga för patienten. Den försvårar också den långsiktiga läkningsprocessen genom hämningen av de motiverande aktiviteter som styrs av hjärnans frontallobber. Inte minst har företrädare för biologisk psykiatrisk forskning påtalat behovet av att sanera i bruket av antipsykosmedel. Framför allt en yngre generation psykiatrer har därför börjat

ändra sitt förskrivningsmönster. Men förändringen är långt ifrån genomgripande. Den måste också backas upp genom en total förändring av omvårdnadsmiljön och vårdorganisationen.

Hindren finns på landstingsnivån

Hindret mot en sådan utveckling ligger inte minst på landstingspolitisk nivå. Där har man vant sig vid att praktiskt taget all vidareutbildning för läkare bekostas av läkemedelsindustrin, varvid de i inskränkt mening medicinska åtgärderna fått en närmast total dominans.

För att modernisera psykosvården krävs en intensifierad och från läkemedelsindustrin frikopplad utbildning om vård- och läkningsprocessen vid psykostillstånd (liksom vid andra psykiska sjukdomar) samt om samspelet mellan upplevelsemässiga, sociala och neurobiologiska faktorer. Detta innebär att utveckla ett nytt och hoppfullare vårdtänkande med en organisation som inte motverkar läkningen.

Även om en sådan alternativ psykos-

vård förmodligen inte på sikt är dyrare måste det till nytt kapital från början, framför allt för att genomföra en fördjupad utbildning i psykosociala arbetsformer och för att skapa nya vårdmiljöer. Det innebär också att ledningsstrukturerna måste ses över. Alltför lätt blundar man för att medicinskt formulerade argument, som egentligen uttrycker fackliga intressen, framförs med expertanspråk. Vi menar att sjukvårdspolitikerna måste ställa sig frågan vilka psykiatrer de vill ha. Är det sådana som utbildats av industrins eller av sjukvårdens intressen? De sammanfaller inte nödvändigtvis.

Hur ser en läkande vårdmiljö ut?

Då det gäller nyinsjuknade patienter kan hemmet vara en bra vårdmiljö förutsatt att nätverket är starkt och stödande, att det finns möjligheter till psykiatriska insatser och att psykosen går över relativt snabbt. I de fall där relationerna till de närstående är alltför slitna, liksom då det finns risk för olika slags utageranden, är hemmet en olämplig plats och kan försvåra tillfrisknandet.

Att behöva tvångsinläggas på en sedvanlig psykiatrisk akutavdelning kan emellertid innebära en förtroendekris för patienten. Det utgör också en dålig grogrund för en bärande framtida kontakt med psykiatrin. Behovet av alternativa vårdformer kommer då in.

Exempel på alternativa vårdformer

I Sverige har en föregångare varit det s k Krishemmet Soteria (soteria = grekiska för tillflyktsort) i Nacka, inspirerat av den amerikanska [3] och schweiziska [4] Soteriavården. Betoningen ligger på en psykoterapeutiskt stödande och problembearbetande lågstimulusmodell med resurser för öppen- och slutenvård (inklusive möjligheter till tvångsvård).

Man arbetade i Nacka med familjeinriktning; den medicinska kompetensen var samtidigt väl tillgodosedd. Denna verksamhet, som utvärderades gentemot en jämförelsegrupp som vårdats tre år före Soteriastarten [5], blev med rätta mycket uppmärksammat. Verksamhetens inriktning förändrades emellertid mot slutet av 1990-talet då sektorn skulle spara pengar. Två andra verksamheter som fungerat med likartade mål och innehåll under det senaste decenniet är Regnbågen i Västra produktionsområdet i Stockholm och Midgård i Centrala Stockholm.

Mobilt team och småskaligt krisboende

Ytterligare en verksamhet, som vi själva har erfarenheter från, ska vi redogöra mera utförligt för. Ett mobilt team i samverkan med ett småskaligt krisboende

för förstagångspsykotiska utvecklades vid dåvarande Södermalms psykiatriska sektor under början av 1990-talet. Modellen utvärderades [6] med mycket positiva resultat, men lades trots detta ned 1997 i samband med chefsbyte och en omfattande omorganisation. Då vi tycker att modellen är värd att använda mer allmänt vill vi kortfattat beskriva den.

Förstagångspsykotiska patienter

1992 tillstyrkte sjukvårdspolitikerna i dåvarande Södra Stockholm ett projekt för alternativ vård av förstagångspsykotiska. Ett »mobilt team« om sex personer inrättades, som senare kompletterades med ytterligare åtta personal på ett krishem. Upptagningsområdet var knappt 1 00 000 invånare.

Krishemmet betraktades med politikernas goda minne som »öppenvård över natt«, vilket minskade formaliteterna vid in- och utskrivning. Det innebar att redan kända patienter kunde tas in eller släppas hem utan krav på akut läkarinsats. Starkt ambivalenta eller rädda patienter kunde gå ut och in ett antal gånger innan de beslutade sig för att bo där mera långsiktigt. I vissa fall kunde anhöriga övernatta. Någon tvångsvård förekom inte.

Om patienterna bedömdes som starkt suicidala, riskabelt utagerande eller mycket störande tillkallades en teamläkare eller en jourhavande läkare som gjorde vårdintygsbedömning för tvångsinläggning inom den ordinarie slutenvården. Denna lösning innebar att omhändertagandenivån kunde anpassas efter de flesta patienters behov.

Hemmet saknade egen läkarjour på nätter och helger. Okända patienter som sökte på obekvämt arbetstid måste därför läggas in på jouravdelningen för senare bedömning för övertagning av det mobila teamet. Vi tog heller inte emot långtidssjuka patienter. Att inte blanda dessa patientgrupper har betydelse för de nyinsjuknade patienternas trygghet.

Swedenborgsgatans krisboende

Det mobila teamet var stationerat på den psykiatriska kliniken medan krishemmet låg ute i upptagningsområdet. Det var inrymt i en lätt renoverad f d daghemslokal på nedre botten i ett vanligt hyreshus med tre enkelrum för patienter, ett för den sovande jourpersonalen, två kök (ett i avskildhet och ett som användes för gemensamma aktiviteter) och ett stort allrum.

Personalbemanningen var dimensionerad med omvårdnadspersonal dygnet runt; på dagtid minst två personal och på natten en sovande jour. Det innebar en stat på cirka åtta personal. Vid behov kunde personalen förstärkas med någon

från den mobila gruppen eller med tillfälligt inlånad personal från kliniken. Det var ett nära samarbete mellan det mobila teamet och krishemspersonalen i form av handledning och konferenser.

Miljön på krishemmet innehöll de aktiviteter som normalt ingår i dagligt liv, t ex mat, tvätt, sömn och viss gemenskap. All institutionsservice saknades och de dagliga sysslorna utfördes gemensamt utifrån vars och ens förmåga. I övrigt förekom inga generella aktiverande rutiner. Stimulusnivån på krishemmet var anpassad för patienter i akut eller subakut fas av sin psykos. Samtal, familjemöten och medicinsk behandling genomfördes enligt den individuella behandlingsplaneringen. Vid behov av andra aktiviteter sökte man sådana utanför krishemmet, ibland med kommunens hjälp.

Statistik om krishemmet

Vi räknade med att 15 till 20 nya psykopatienter skulle aktualiseras per år i denna befolkning, vilket visade sig stämma ganska väl. Efter tre år var den patientgrupp som krävde aktiv hjälp uppe i ett 70-tal personer och låg sedan kvar på den nivån. Nya patienter tillkom och andra tillfrisknade eller övertogs av socialtjänsten. Fortfarande hade vi ett ansvar för akuta insatser om våra tidigare patienter visade tecken till återfall. Det visar sig att dessa tal är rätt lika vid liknande enheter som ska betjäna upptagningsområden av denna storlek.

Statistiskt sett tillgodosågs en femtedel av slutenvårdsbehovet för förstagångspsykotiska på vanlig sjukhusavdelning, oftast i samband med att patienten lades in utanför ordinarie arbetstid. Övrig tid kunde patienterna vistas på krishemmet. Med en förenklad kontakt mellan joutheten och krishemmet skulle många patienter kunna ha överförs direkt till krishemmet utan inläggning på vårdavdelning.

Farhågor kring vård med denna inriktning

Hur ska man hantera risken för våld och självmord? Innan patienter med allvarlig tendens till affektutbrott eller hög självmordsrisk togs in skedde ofta en organisatorisk anpassning. T ex kunde bemanningen ökas vid behov så att en personal avsattes för en patient under en sammanhängande längre tidsperiod.

Några gånger gjordes ställningstagandet att patientens behov av skydd skulle bli bättre tillfredsställt inom den ordinarie akutvården; patienten lades då in på traditionell avdelning. Under denna tid höll personalen på krishemmet kontakt med patienten och erbjöd plats så fort hans/hennes tillstånd så medgav.

Planeringen av vårdnivån skedde

företrädesvis tillsammans med patienterna, och oftast visste patienten själv vilken vårdnivå han/hon behövde. Ett självmord inträffade på krishemmet under fem år. Detta skedde totalt oväntat och hade knappast kunnat förhindras med annan vårdform.

Patienterna. En invändning vi har hört har varit att »krishemmet tar inte de sämsta patienterna, de hamnar i alla fall i den traditionella psykiatrin«. Vår erfarenhet visar motsatsen; i princip tog vi samtliga med förstagångspsykos och som inte hade dominerande missbruksproblem.

Vid behov av tvångsvård var vi tvungna att använda den vanliga slutenvården. Detta uppstod mera sällan än förr, eftersom patienterna lättare kunde acceptera att pröva på att sova på krishemmet och de kunde gå hem om de ångrade sig. Några patienter med maniskt syndrom måste från början vårdas på akutavdelning, mycket på grund av att de oroade sina medpatienter. Vårdintygsdramatiken vid inläggningarna kunde ofta undvikas.

Medicineringen. En fråga vi fått är hur vi hanterade medicineringen av patienterna – måste det alltid finnas en sjuk-sköterska i tjänst för att administrera medicinskåpet? Krishemmet klassades som »tillfälligt boende«, inte som sjukvårdsinrättning. Det var alltså en del av den öppna vården. Patienterna hade sina olika ordinationer, och vi såg det som viktigt att så tidigt som möjligt göra dem delaktiga i medicinhanteringen. Några skötte sin medicinering själva, medan andra fick hjälp av personalen.

Uppstod problem med grannarna? Det finns en dyrköpt erfarenhet av de starka och destruktiva grupprocesser som kan uppstå i grannskapet då man öppnar ett behandlingshem [7]. Därför utlyste vi flera möten med grannarna där vi informerade och svarade på de olika frågorna från särskilt de många barnfamiljerna. Vi gav också namnet på en särskild kontaktperson som de kunde ringa vid problem. Detta tog bort det motstånd som vi på ett tidigt stadium kunde märka.

Hur fungerade dokumentationen? Patienternas journaler förvarades i verksamhetens lokaler på sjukhuset; på krishemmet fördes det inte några särskilda patientjournaler. Viktig kunskap om patienterna på krishemmet, oftast praktisk dagsaktuell information, skrevs ner i löpande arbetsanteckningar i en rapportbok där fullständiga personuppgifter (av sekretesskäl) ej fanns med. Varje patient hade en kontaktperson på krishemmet, som ansvarade för att löpande sammanfatta omvårdnadsdokumentationen i patientjournalen. Rapportböckerna »tug-

gades« efter hand som väsentlig information hade förts över till patientjournalen.

Hur stort ska upptagningsområdet vara? Hur länge ska man följa patienterna? Modellen är huvudsakligen prövad på områden på ca 70 000–100 000 invånare. Det visar sig att efter några år uppstår en balans i avflöde och nyintagning med ett ansvar för omkring 70–80 patienter. EPPIC-modellen i Melbourne arbetar med 800 000 invånare, en bemanning på 60 personal (1998) och en egen slutenvårdsavdelning [8]. Där har man bara 18 månaders uppföljning. Vi vet idag att förloppet under de första fem åren är avgörande för många patienters psykosjukdom.

Inget bör hindra att man med ett upptagningsområde på t ex 250 000 invånare skapar en enhet för förstagångsinsjuknade, men där man så småningom dubblar resurserna i stället för att öka antalet sängplatser. Risken är emellertid att man försöker klara en underförsörjd vårdorganisation genom överbeläggningar, färre familjemöten och inställda hembesök. Modellens idé är då förverkad och personalen reagerar snart med utbrändhetstecken.

Blir denna vård dyrare? Några definitiva svar kan vi inte ge ännu. Med denna relativt lägre personalbemanning likasom billigare hyror bör nettokostnaden understiga akutavdelningens. Den sedvanliga akutvården minskar drastiskt enligt alla erfarenheter. Det mobila teamets personalstat är förmodligen något större än i sedvanliga team.

Vill personalen arbeta på detta sätt? Det har varit lätt att rekrytera bra personal ur alla kategorier för detta arbetssätt. Det är också omvittnat att det upplevs som starkt meningsfullt av dem som arbetar där. Däremot varken vill eller passar all personal för att fungera på detta flexibla sätt; en del söker en struktur där det inte krävs en ständig anpassning och uppdatering av insatserna. Det är därför viktigt att personalen tycker om att arbeta med sig själva som ett kreativt redskap och där ibland rätt lite är bestämt på förhand. Det arbetssättet kan slita på personalen om den inte får andra tillskott. Kontinuerlig fortbildning, där egna önskemål om kompetensutveckling måste vägas in, och handledning med inte för långa intervaller är därför nödvändiga inslag.

Även andra lösningar är möjliga

Denna artikel handlar om en krisenhet utan tvångsvårdsmöjligheter. Naturligtvis kan många andra lösningsmöjligheter bli aktuella beroende på de yttre förutsättningarna. Bland annat skulle skyddsaspekterna kunna genomföras i

samverkan med en sådan enhet för tvångsvård, utan större avkall på de övriga läkande principerna.

»Fallskärmsprojektet« är ett försök att erbjuda en »behovsanpassad« vård för nyinsjuknade psykopatienter. Ettårsresultaten, som nu föreligger [9], visar att modellen fungerar väl med hög patient- och anhängigtillfredsställelse, låga nivåer av antipsykosmedicinering utan att symtomreduktionen blir lidande. De kliniker som har små krishem visar bättre tillfrisknande för sina patienter.

Att drastiskt förbättra omvårdnads-kvaliteten för psykopatienterna – såväl förstagångs- som långtidssjuka – är nödvändigt om psykiatrin ska utveckla ett förtroende bland patienterna. Det är vår erfarenhet att de principer som vi angivit innebär en sådan möjlighet.

Referenser

1. McGorry PD, Chanan A, McCarty E, Van Riel R, McKenzie D, Singh BS. Post traumatic stress disorder following recent onset psychosis: an unrecognized post-psychotic syndrome. *J Nerv Ment Dis* 1991;179:253-8.
2. Svedberg B, Mesterton A, Cullberg J. First-episode non-affective psychosis in a total urban population: A five-year follow-up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology* 2001;36:332-7.
3. Mosher LR, Vallone R, Menn A. The treatment of acute psychosis without neuroleptics: six-week psychopathology outcome data from The Soteria Project. *Int J Soc Psychiatry* 1995;41:157-73.
4. Ciompi L, Dauwalder HP, Aebi E. A new approach of acute schizophrenia. Further results of the pilot projekt Soteria Bern. In: Werbart A, Cullberg J, eds. *Psychotherapy of schizophrenia – facilitating and obstructive factors*. Oslo: Scandinavian University Press; 1992.
5. Falk Hogstedt M. Kan schizofreni förebyggas genom tidig intervention? Rapport. Sydöstra Produktionsområdet. Stockholm: Stockholms Läns Landsting, oktober 1999.
6. Cullberg J, Thoren G, Åbb S, Mesterton A, Svedberg B. Integrating intensive psychosocial and low-dose neuroleptic treatment: a three year follow-up. In: Martindale B, Bateman A, Crowe M, Margison F, eds. *Psychosis – psychological approaches and their effectiveness*. Gaskell: Glasgow; 2000.
7. Palmblad E, Cullberg J. Grannars reaktioner på ett psykoteraapeutiskt behandlingshem. *Nord Psykiatrisk Tidskr* 1990;44:551-8.
8. McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM, Jackson HJ. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull* 1996;22:305-26.
9. Cullberg J, Levander S, Holmqvist R, Mattsson M, Wieselgren IM. Crisis intervention, small residential home, and low dose antipsychotic medication for a total population of first episode psychosis patients. One year results from the »Parachute project« and a comparison group. (Manuskript insänt för publ.)