



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Hur utvecklas tillsammans – psykosvård i mellanområdet?

En aktionsforskningsstudie tillsammans med psykosteamet på
vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningen i Kristianstad

Helene Wolf

Psykologexamensuppsats. Vol. XIV (2012):11

Handledare: Lennart Viberg
Examinator: Roger Sages

Sammanfattning

Den aktuella studien handlar om att skapa fördjupad förståelse för hur patienter anslutna till psykosteamet på vuxenpsykiatri i Kristianstad upplever sitt sammanhang i samarbetet. Studien belyser mer fokuserat hur patienter upplever tillämpningen av centrala målsättningar i vårdprogrammet, det kontaktskapande behandlingsarbetet, övergången till ett specialiserat psykosteam år 2009 och eventuella andra organisatoriska aspekter på behandlingssituationen samt hur patienter uppfattar att man skulle kunna utveckla verksamheten. Studien realiseras genom en aktionsforskningsstrategi, vilket innebär att forskningsprocessen inbegriper växelverkan mellan samtliga deltagare och att studien syftar till att generera praktiskt tillämpbar kunskap i den lokala kontexten. Det empiriska materialet består av sexton semistrukturerade patientintervjuer. Dessa transkriberas och analyseras. I kunskapsprocessen tillämpas en terapeutisk utforskningsmetod och förståelsen beskrivs som mellanområdeskunskap. Resultatet visar att de intervjuade patienterna upplever att övergången till psykosteam varit bra för dem. Patienterna har överlag positiva upplevelser av teamets kontaktskapande samarbete och känner sig delaktiga och hjälpta. Patienterna uppskattar trygghet, kontinuitet och struktur. Av specifika behandlingsinsatser uppskattar patienter särskilt case management metodiken och samtalskontakt. Anhörigarbete, hembesök och hälsobefrämjande insatser upplevs som positiva. Många av patienterna upplever biverkningar av mediciner. Dessa beskrivs som plågsamma, men hanterliga. Brister i verksamheten som patientintervjuerna vittnar om berör patienternas situation i samband med vistelser på vårdavdelningar samt att många efterfrågar ytterligare möjligheter till fördjupade samtalskontakter. Patienternas socioekonomiska situation framträder som ytterligare ett viktigt utvecklingsområde.

Nyckelord: aktionsforskning, case management, integrerad psykiatri, integrerat perspektiv, intervjustudie, mellanområdeskunskap, psykodynamiskt perspektiv, psykos, psykospsykoterapi, psykosteam, psykosvård, subjektets poetik, terapeutisk utforskningsmetod

Abstract

The purpose of the present study is to create understanding for how patients in cooperation with the psychosis team in Kristianstad open adult psychiatry unit experience their situation in the cooperation. More specifically the study tries to clarify how patients experience the implementation of central goals of the health program in use, the relational treatment attempts, the establishment of a specialized psychosis team in 2009 and possible other organizational aspects and finally how patients perceive that the work of the team could be improved. The study is realized as an action research strategy, which means that the research process includes cooperation and exchange between all participants and furthermore that the study aims at generating practical knowledge in the local context. The empirical material consists of sixteen semistructured patient interviews which are transcribed and analyzed. In the knowledge building process a therapeutic enquiry method is used and the knowledge that is generated can thus be described as knowledge of the transitional area. The result ends up in the conclusion that patients generally find the establishment of a psychosis team as a favorable development. Generally patients have very positive experiences of the relationally orientated treatment attempts and they feel that they are listened to and helped in their situation. Patients appreciate security, continuity and structure. Of the specific treatments patients especially appreciate case management and psychotherapeutic contact. Family work, meetings at home and health framing interventions are positively perceived. Many patients experience adverse drug reactions. These are described as distressing, but manageable. Areas for further development that the interviews reveal concern further possibilities for psychotherapeutic and relational contact and improvements of the caring situation during hospitalization periods. The socioeconomic situation of patients is also an important area for further development.

Key words: action research, case management, integrated psychiatry, integrated perspectives, interview study, knowledge of the transitional area, psychodynamic perspectives, psychosis, psychosis psychotherapy, psychosis team, psychosis treatment, poetics of the subject, therapeutic inquiry method

Håll fast!

Håll fast den röda färgen
i det röda!
Tala i det röda!
Förvandla om du vill
brant växande ur eldkorn:

I suddigt rött! Slöjor av rött! Jag skrek och sade:
Jag ville bara vara i den röda färgen
i denna outspädda prakt
den bara genomvätte mig och forslade,
en hornstöt kysste mig
till amaryllisvattens väta
i djup osmos

såg rötts vilja till rött

Skall han då sitta
i orörligheterna fixerad
en juridisk elektrod i lagbokskött
att döma tamget, kuva berguv, håna änder

när rött vill till rött
och ännu flytande

Ja, wasche mich, wasche mich
Fais que j'entends les chants et la fête

Rött vill till rött
Gör så att jag hör den röda färgens rop
Rotholz, koschenill och loppor
Snäcka, purpur, Bishops ring
Hemoglobin och järnsmak

Rött vill till rött
Ett januariskrik vill krossa lössen
för att få höra färgens nattvard:
"Jag ville bara vara i det röda"

ur *Rött vill till rött* av Eva Ström (2004)

Förord

Ett stort tack till alla som deltagit i den här studien – patienter som generöst och genuint delat med sig av sina erfarenheter, teamet som varit ett välkomnande och hjälpsamt gäng och handledaren som stöttat och gett frihet, men också hjälpt mig att hitta gränser och form och se nya samband. Ett stort tack också till de personer som i samtal eller genom litterära möten – många gånger utan att veta om det – gett inspiration och infallsvinklar. Så ett hjärtligt tack till Margaretha som sådde eller hjälpte mig att på divanen så fröna till denna studie och till mycket annat och som jag har mycket mer än här låter sig beskrivas att tacka för som människa i livet. Mina tankar far också i skrivande stund till min far som under hela sitt vuxna liv arbetade för social utveckling och vidare till Freja, Nora och Othilia och Igor Stravinskij.

I den här typen av studier förmodas man som författare på något vis belysa varför man valt att skriva om just det ämnet som studien skall beröra. För egen del har jag en rad möjliga orsaker till intresset för det valda ämnet, men samtidigt känner jag på mig att ingen av dessa och kanske inte ens alla sammantaget kan sägas vara en förklaring. Kanske finns det en förklaring bortom förklaringar? När jag var runt fem år skulle vi en dag hämta mamma från jobbet. Mamma arbetade som skötare på Vaaliala mentalsjukhus i Pieksämäki på en avdelning för långtidsschizofrena män. I bilen satt pappa, min lillebror och så jag. Vi hade parkerat utanför sjukhuset och väntade på att mamma skulle komma. Efter en stund såg jag mamma, men i det samma såg jag också en man komma springande. Han hade på sig en rutig, mjuk keps och en vinröd träningsjacka. Han sprang fram till vår bil och knackade intensivt på fönsterrutan på den sidan där jag satt och ropade gång på gång: Öppna denna dörr jag vill komma in! Öppna denna dörr jag vill komma in! Öppna denna dörr jag vill komma in! Jag minns att jag blev rädd. Mamma kom in i bilen och sade: Han är inte farlig. Många år senare skulle jag komma att öppna den dörr som aldrig öppnades i mitt första möte med psykiatrin. Jag skulle komma att arbeta på en sluten psykiatrisk avdelning. Återigen skulle jag stå bakom en dörr som var låst. Jag kommer ihåg att jag även då var rädd där jag stod bakom dörren, men denna gång var det jag som knackade på och vill komma in. Mötet med psykiatrin blev för mig en slags kär återkomst som inte bara handlat om det svåra och smärtsamma, men också om värme och någon form av upplevelse av att det konstiga inte ter sig som konstigt utan är ett uttryck för en mänsklighet som berör oss alla.

Innehållsförteckning

| | |
|--|----|
| Till en början | 7 |
| <i>Att skapa ett band</i> | 7 |
| <i>Frågeställning och syfte</i> | 11 |
| <i>Om språk, språkbruk och formalia</i> | 12 |
| <i>Psykosteamet på vuxenpsykiatri i Kristianstad</i> | 13 |
| Teoretisk bakgrund | 17 |
| <i>Psykodynamiska perspektiv på psykos</i> | 17 |
| <i>Hur kan man hjälpa den psykotiska människan?</i> | 23 |
| <i>Psykotterapi vid psykoser</i> | 30 |
| Vägar till förståelse | 37 |
| <i>En aktionsforskningsstudie</i> | 37 |
| <i>Terapeutisk utforskningsmetod</i> | 38 |
| <i>De intervjuade och intervjuförfarandet</i> | 42 |
| <i>Analys/tolkning av det empiriska materialet/berättelserna</i> | 43 |
| <i>Etiska betänkligheter</i> | 45 |
| <i>Forskningsprocessen</i> | 46 |
| <i>Validitet i mellanområdeskunskap</i> | 47 |
| Presentation av resultaten | 49 |
| <i>Att treva efter orden</i> | 49 |
| <i>Del 1: Vårdprogrammet och det kontaktskapande samarbetet</i> | 50 |
| <i>Del 2: Den organisatoriska dimensionen</i> | 57 |
| <i>Del 3: Upplevelser i samhället</i> | 59 |
| <i>Del 4: Hur kan man utveckla verksamheten?</i> | 59 |
| Diskussion – vad är viktigt i verksamheten? | 62 |
| Referenser | 73 |
| Bilagor A-D | 78 |

Till en början

Att skapa ett band

Meningen med den här studien är att skapa fördjupad förståelse kring hur patienter anslutna till psyko-teamet på vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningen i Kristianstad upplever sitt sammanhang i samarbetet med teamet. Studien handlar alltså om att ta reda på hur patienter upplever ett behandlingsarbete. Teamet bildades hösten 2009 för att personer som drabbas av psykotisk problematik i nordöstra Skåne skulle bli bättre hjälpta i sin situation (Henriksson, 2010). Det kliniska materialet består av sexton patientintervjuer. Bakgrund till att föreliggande studie blev till är att det sedan tidigare fanns en beröringspunkt mellan teamet och författaren och att intressen visade sig att sammanfalla. Det fanns hos författaren en från början mer vagt formulerad önskan att göra en studie som på något vis relaterar till psykotisk problematik och hur man kan bistå vid psykos. Denna önskan bottnar i arbetet som timanställd på klinikens slutenvårdsavdelningar där författaren kommit att möta personer som berörs av den här problematiken, möten som varit gripande. Genom arbetet på avdelningarna var teamet heller inte helt obekant för författaren och omvänt var författaren ett bekant ansikte för några av teamets medarbetare. Det skulle visa sig att intressen kunde mötas och att det hos teamet fanns en önskan att ta reda på hur patienter anslutna till verksamheten upplever sin kontakt med teamet. Med utgångspunkt i dessa premisser formulerades i ett samspel mellan teamet, författaren och handledaren för studien en gemensam forskningsfråga i vilken intressen kunde sammanstråla.

Upplevelsemässigt beskriver Johan Cullberg (2004) psykosen som att den psykotiska människan är "ensam i sitt universum och hotas av närhet och av att lockas till att hysa förtroende" (s. 53). Att befinna sig i ett psykotiskt tillstånd är förknippat med en enormt stor ensamhet. Den psykotiske har förlorat upplevelsen av att vara förenad med andra människor genom vad man kan beskriva som en självklar förståelsemässig gemenskap. Att vara ensam i världen är en skrämmande upplevelse. (Skårderud, Haugsgjerd & Stånicke, 2010) Svein Haugsgjerd (1985) skriver att psykosen kan ses som "en reträtt som några människor tvingas göra i en given livssituation" och vidare att reträtten kan betraktas som ett försök att skydda sig mot psykisk smärta (s. 28). Reträtten leder dock individen i ett dilemma, för också ensamheten är svår att uthärda. Den psykotiske hamnar i accentuerad form i en dragkamp som återfinns hos oss alla och som handlar om att å ena sidan vilja ha kontakt och kärlek och å andra sidan vilja dra sig undan i ensamhet i rädslan över att i kontakten med andra uppleva outhärdlig psykisk smärta. (Haugsgjerd, 1985) Så betonar också Cullberg

(2004) betydelsen av förtroende i kontakten mellan vårdpersonal och den psykotiska individen. Att skapa ett mellanmänniskt band som kan leda ut ur ensamheten verkar vara centralt. Hur patienter anslutna till psykosteamet på vuxenpsykiatri i Kristianstad upplever sitt sammanhang i ett sådant kontaktskapande behandlingsarbete är vad denna studie skall handla om. Forskningsfrågan är framför allt intressant i den lokala kontexten genom att den ger möjlighet för patienterna att påverka sin situation och teamet att utveckla sin verksamhet. Vad upplever patienter som positivt och utvecklande? Vad är svårt? När upplever man att det sker en positiv förändring? Kanske kan studien även säga något om vad som är viktigt i behandling av psykosmer mer generellt eller ge uppslag till nya sådana frågeställningar.

Skårderud, Haugsgjerd och Stänicke (2010) lyfter fram den enskilda individens motivation som en viktig faktor i tillfrisknandeprocessen och att den är en förutsättning för att patienten skall få en känsla av att ta kontrollen och makten över sitt liv. Att bekräfta patientens vilja, autonomi och handlingskraft är viktigt (Skårderud, Haugsgjerd och Stänicke, 2010). Är känslan av makt och kontroll kanske en aspekt av den inre känsla av sammanhang och mening som Cullberg (2004) lyfter fram som en skyddsfaktor mot psykos? Att patienter får möjlighet att påverka sin situation och dela med sig av sina upplevelser i ett vårdssammanhang kan kanske bidra till en sådan känsla av kontroll, förutsatt att de upplevelser som man delar med sig också kan bidra till verklig förändring. Att hämta in patientens perspektiv är också viktigt utifrån hälso- och sjukvårdslagen som i enlighet med den s.k. autonomiprincipen (Levinsson, 2008) fastställer att hälso- och sjukvård skall bedrivas med respekt för individens självbestämmande och integritet (Johnsson & Sahlin, 2010). Att intressera sig för en fördjupad förståelse av patienters upplevelser harmonierar också med det ifrågavarande teamets vårdprogram och arbetsfilosofi där man poängterar patientens autonomi och ett gott samarbete med patienten (Psykiatri Skåne, 2010).

För att en bra samarbetsrelation skall uppstå behövs två parter och att dessa verkligen möts och tar in varandra. I den individualterapeutiska kontexten byggs relationen upp genom ett mer eller mindre subtilt växelspel och om terapeuten och klienten hittar fram till varandra kan ett samarbete och en terapeutisk förändringsprocess ta vid. (Andersson, 2009) De patienter som intervjuas för den här studien befinner sig i en sådan samarbetsrelation både i förhållande till de enskilda behandlarna, men också i förhållande till teamet och vidare den organisation som omger teamet. Cullberg (2004) menar att psykosvården – liksom andra komplexa uppgifter – kräver en funktionell organisation för att bli framgångsrik och att en sådan organisation behöver byggas upp med hänsyn till de arbetsuppgifter som kunskap om psykosens natur och läkning genererar. Den organisatoriska

kontexten har stor betydelse för behandlingsarbetet vid psykoser (Alanen, 1997; Cullberg, 2004; Haugsgjerd, 1985). Denna studie kommer att beröra patienters upplevelse av kontakten med den enskilda behandlaren, men också att handla om hur kontakten med teamet som grupp ter sig som den upplevs av patienten, dvs. hur patienten upplever sitt sammanhang i samarbetet med teamet. Upplevelsen av sammanhanget i samarbetet med teamet inbegriper en organisatorisk dimension. Patientens upplevelser är inte enbart avhängiga av den enskilda behandlaren som en isolerad person utan av de behandlingsförutsättningar som den omgivande organisationen skapar. Finns det upplevelsemässiga aspekter som kanske också kan knytas till den organisatoriska förändring som bildandet av ett psykosteam innebar?

Det sätt genom vilken den föreliggande studien söker att skapa fördjupad förståelse kring hur personer anslutna till det ifrågavarande teamet upplever sitt sammanhang i samarbetet är genom att engagera teamet och patienterna tillsammans med författaren av slutrapporten i ett gemensamt utforskande, dvs. genom en aktionsforskningsstrategi. För att samla in empirisk data intervjuas sexton patienter. Intervjuerna spelas in och skrivs ut ordagrant samt beskrivs och tolkas till sitt innehåll. Själva kunskapsprocessen är en tillämpning av den metod som Bengt Andersson (2009) utvecklat och använt sig av i avhandlingen *Berättelser om det kränkta rummet. Processen i det terapeutiska rummet och betydelsen av bemötandeförloppet i återhämtningsprocessen vid allvarliga psykiska svårigheter*. Metoden kan beskrivas som en applicering av den terapeutiska eller utforskande hållningen i ett forskningssammanhang. Omvänt kan psykoterapiprocessen sägas vara för att tala med Andersson (2009) en "ut-forskningsmetod" och "en strategi att nå kunskap om den andre i mötet" (s. 40). Detta handlar om att terapeuten lyssnar via god självkännet och empatisk närvaro genuint intresserad på klienten och förvärvar kunskap om den andres inre värld. Psykoterapeuten blir på det här viset utforskare tillsammans med den som berättar. (Andersson, 2009) Andersson (2009) skriver också att "den som lyssnar kommer att få ökad möjlighet att fördjupa sin förståelse om den andre i mötet" och att "den som berättar kan ta del av denna förståelse och uppleva sig sedd, förstådd och annorlunda bemött jämfört med tidigare erfarenheter" och vidare att berättaren genom detta kan "starta en förändringsprocess som bygger på ny känslomässigt förankrad kunskap om sig själv" (s. 40-41). Andersson (2009) har i sin avhandling tillämpat ett liknande förhållningssätt på ett vetenskapligt material. Tanken är att i den här studien tillämpa ett liknande förfarande i kunskapsprocessen.

Studien tar således avstamp i sexton berättelser i form av patientintervjuer och förmodas utmytna i en ny berättelse, nämligen denna slutrapport. Den nya berättelsen skall inte enbart referera eller sammanfatta patienternas berättelser utan också bidra till en

fördjupad förståelse av dem. Vad är det för upplevelser patienterna beskriver och hur kan vi förstå dem? Vad kan de upplevelser som berättelserna vittnar om och den förståelse som vi genom att tolka dem och på så vis placera dem i ett sammanhang betyda för den verksamhet som teamet bedriver? Att fråga, lyssna, beskriva och reflektera är de aktiviteter som i den här studien skall bygga upp kunskap kring forskningsfrågan. Dessa aktiviteter kommer i forskningsprocessen att gå in i varandra och löpa parallellt med varandra och alla som deltar i forskningsprocessen kommer att beröras av dem. Förutom att fråga, lyssna och berätta kommer kunskapsprocessen även att bestå i reflektioner som kan utmynna i tolkningar. Sådan tolkning kan aldrig ske utan att de personer som deltar i tolkningsprocessen kommer att påverka slutsatser utifrån sin s.k. förförståelse (Andersson, 2009). Med förförståelse menas vår tidigare kunskap och våra förutfattade meningar (Andersson, 2009). Förförståelsen behöver inte betraktas som enbart ett hinder för verklig kunskap utan kan också betraktas som en förutsättning för att en kunskapsprocess överhuvudtaget skall ta vid och för att ny kunskap skall kunna uppstå (Allwood & Eriksson, 2010). Framför allt teori- och metoddelen återspeglar den förförståelse som studien bygger på och som också utgör dess begränsningar. Förförståelsen är en rik källa att ösa ur, men utgör samtidigt de skyglappar som begränsar det vi kan se. Genom nya intryck kan förförståelsen såklart också revideras och omformas till ny förståelse. Att teoridelen till stora delar uppehåller sig vid de skandinaviska psykodynamiska perspektiven på psykosbegreppet och behandlingen av psykoser är ett uttryck för författarens förståelsehorisont. Mycket ligger vid utkanten av eller bortom författarens aktuella förståelsehorisont och kommer därför här inte till sin fulla rätt eller ens överhuvudtaget till uttryck. Det integrativa perspektivet där den psykotiska problematiken betraktas i ett biologiskt, psykologiskt och socialt sammanhang kan kanske betraktas som en gemensam förståelsegrund eller delad förförståelse. Författaren har också en stark tilltro till människans inre läkande kraft i närande relationer. Utöver dessa generella, teoretiska vinklingar har var och en som deltar i projektet – såväl intervjuade som teamet, handledaren och författaren – sin individuella förförståelse eller historia som också kommer att ha betydelse för den kunskap eller förståelse som blir möjlig att tillsammans bygga upp under resans gång.

Studierapporten är upplagd så att den består av fem delar, dvs. introduktion, teoretisk bakgrund, metod, resultat och diskussion. Dessa delar kallas här *Till en början*, *Teoretisk bakgrund*, *Vägar till kunskap*, *Presentation av resultaten* och *Diskussion – Vad är viktigt i verksamheten?* Introduktionsdelen består förutom dessa inledande reflektioner av avsnitt som presenterar studiens syfte och frågeställningar samt ger en bakgrund till studiens

språkdräkt och formalia. Vidare presenteras psykosteamet inom ramen för vars verksamhet studien görs i introduktionsdelen. I kapitlet *Teoretisk bakgrund* presenteras psykodynamiska perspektiv på psykotisk problematik och hur man på olika vis kan hjälpa den psykotiska människan. Teoridelen fokuserar på de skandinaviska erfarenheterna. I kapitlet *Vägar till förståelse* presenteras den ovan nämnda aktionsforskningsstrategin, den terapeutiska utforskningsmetoden som strategi för kunskapsprocessen, de intervjuade och intervjuförfarandet, analys/tolkning av det empiriska materialet/berättelserna, etiska betänkligheter, forskningsprocessen och slutligen diskuteras validiteten utifrån den valda metodens premisser. Den förståelse som studien utmynnar i presenteras i resultatdelen med rubriken *Presentation av resultaten* och diskuteras vidare i studiens diskussionsdel. Diskussionsdelen syftar till att dryfta frågor som har att göra med vilken förståelse av patienters upplevelser av sitt sammanhang i samarbetet med psykosteamet studien har utmynnat i och vilka slutsatser man skulle kunna dra utifrån denna förståelse. Kan teamets arbete på något vis utvecklas? Kan de slutsatser som studien utmynnar i vara av intresse i andra sammanhang?

Frågeställning och syfte

Utgångspunkt för studien är att skapa en fördjupad förståelse för hur patienter anslutna till psykosteamet på vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningen i Kristianstad upplever sitt sammanhang i samarbetet med teamet. Det här övergripande temat för studien emanerar ur ett samspel mellan teamet, författaren och handledaren för arbetet. Teamet har ett relativt nytt vårdprogram som antogs i samband med bildandet av teamet och som reviderades 2010. För att utveckla verksamheten är det angeläget att på ett fördjupat sätt ta reda på hur patienter upplever vårdprogrammet så som det tillämpas i det praktiska arbetet. Uppdraget som denna frågeställning utmynnar i är en kvalitativ utvärdering av teamets vårdprogram med följande övergripande frågeställning:

1. Hur upplever patienter det kontaktskapande behandlingsarbetet?
2. Hur upplever patienter tillämpningen av centrala målsättningar i vårdprogrammet?
3. Hur tänker sig patienter att man skulle kunna utveckla samarbetet?
4. Kan man förstå patienters upplevelser utifrån en organisatorisk dimension och utifrån den organisatoriska förändring som bildandet av ett specialiserat psykosteam innebar?

Syftet med studien är att bidra till reflektion, utveckling och eventuella förändringar i den lokala kontexten. Kanske kan studien också väcka nya frågor och ge uppslag till vidare studier.

Om språk, språkbruk och formalia

Den förståelse som studien ämnar bygga upp skapas och uttrycks genom språket. Det förefaller därför på sin plats att här med några ord kommentera språk, språkbruk och formalia i denna slutrapport. Eftersom studierapporten presenteras i en akademisk kontext följer den i sin språkliga utformning, referenshantering och utformning den av det amerikanska psykologiska förbundet fastställda s.k. APA-normen, vilken är standard i vetenskapliga publikationer inom det psykologiska forskningsfältet. Texten förhåller sig dock rörligt till normen så till vida att rubriksättningen och den språkliga utformningen i enlighet med den kvalitativa ansatsen ges en mer litterär ton. Centrala begrepp definieras i olika delar av texten efterhand som de dyker upp, men vad som menas med psykos i det här arbetet är kanske bra att redan här nysta ut. Cullberg (2007) skriver att schizofreni är ett begrepp som ofta ”döljer mera än den uppenbarar” och att den inte säger något om gemensamt ursprung, behandling eller prognos och att vi fram till dess att vi vet mer egentligen bör tala om psykoser med ”olika karakteristika” (s. 238). I boken *Psykotterapi och miljöterapi vid psykoser* använder sig Haugsgjerd (1985) av beteckningen ”psykotiska tillstånd” på ett sätt som inkluderar hela spektrat av olika psykosformer (s. 23). I den här studien används begreppen psykos, den psykotiska problematiken och psykotiska tillstånd och möjliga andra formuleringar på ett liknande vis. Ibland används ordet schizofreni synonymt med psykos. Den betydelse som dessa formuleringar kvalitativt ges förtydligas genom teoridelen. Vi skall ändå här kort beröra de diagnostiska kategorierna för psykos och några svårigheter som diagnostiken av psykos är behäftad med. Kriterierna för schizofreni har varierat över tid och mellan olika länder och psykiatriska kulturer (Alanen, 2009a). Vad man menar med psykos och schizofreni är sålunda kulturellt definierat. Likaså har begreppets innebörd och de tänkta botemedlen varierat under olika historiska epoker (Cullberg, 2004). Yrjö Alanen (1997) framhåller att attityden till schizofreni och schizofrena patienter alltid kommer att förknippas med personliga erfarenheter och historia och att attityden ofta påverkas av ideologiska betänkligheter. I den här studien betraktas psykosbegreppet ur våra svenska förhållanden och hanteringen av begreppet sker med utgångspunkt i författarens västerländska, psykodynamiska förståelse. Även den kliniska bilden är heterogen (Alanen, 2009a). Även i det enskilda fallet kan psykosbilden förändra sig fort (Cullberg, 2004). Cullberg (2004) poängterar att meningen med

diagnostisering egentligen skall vara att den kan bidra till ett bättre omhändertagande och att de befintliga diagnostiska systemen DSM-IV och ICD-10 i det avseendet har sina brister, men att vi inte för tillfället har någonting bättre att tillgå heller. De diagnostiska kategorier som i ICD-10 klassificeras som psykotiska tillstånd är schizofreni, schizotyp störning, kroniska vanföreställningssyndrom, akuta och övergående psykotiska symptom, inducerat vanföreställningssyndrom och schizoaffektiva syndrom (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). I den här slutrapporten omfattar psykosor, psykotiska tillstånd och andra liknande formuleringar dessa diagnostiska kategorier.

Valet av ord och definitioner återspeglar såväl författarens förförståelse av ämnet som de språkliga ramarna som den kliniska psykologin, men även den kliniska psykiatrin erbjuder. I *Orden som fångslar oss*, som man skulle kunna kalla för en fallstudie, låter Irène Matthis (1980) tre språk om ett psykotiskt tillstånd utvecklas parallellt och på det viset komma i beröring med varandra. De språk, eller röster genom vilka hon låter läsaren ta del av huvudpersonen Runes skeenden, inre värld och upplevelser är psykiatrens, psykoanalysens och den enskildes eller berördes eget. Genom att på det här viset lyfta de olika språken sida vid sida vill Matthis (1980) belysa olikheterna i de språkliga vinklingarna och väl också visa att det kan vara svårt att förstå varandra när man tror att man talar samma språk, men i själva verket inte alls gör det. Marianne Ahrne (1980) ger i romanen *Äppelblom och ruiner*, som också den skildrar Runes upplevelser, men skulle man kunna säga ur ett mer personligt perspektiv, en ytterligare språkdräkt åt de skeenden som Matthis (1980) skildrar. Ahrnes (1980) språk är skönlitteraturens. Det här föreliggande arbetet berörs på liknande vis av olika språkbruk som ibland kanske kommer att stå i kontrast med varandra, men ibland kanske också prata om samma sak men med andra ord. Eftersom syftet är att komma i dialog med patienter som har erfarenhet av samarbetet med teamet för att skapa förståelse av hur de upplever sitt sammanhang i det här samarbetet är det såklart en förhoppning att slutrapporten reflekterar och levandegör dessa individuella röster och språkbruk och att den lyckas frilägga en utvidgad och mångbottnad förståelse av patienternas upplevelser.

Psykosteamet på vuxenpsykiatrin i Kristianstad

Studien görs således inom ramen för psykosteamets verksamhet på vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningen i Kristianstad. Psykosteamet i Kristianstad bildades hösten 2009 och består i sin nuvarande utformning av ett multiprofessionellt team med tre specialisläkare, fyra skötare, tre sjuksköterskor, en kurator, en psykolog, en sjukgymnast, en arbetsterapeut samt

två sekreterare. Medarbetarna känner varandra väl och de flesta har arbetat på kliniken länge. Tanken med att bilda ett specialiserat psykosteam var att personer som drabbas av psykos bättre skulle bli hjälpta i sin situation och få samma nivå av vård som på många andra håll i Skåne där det redan fanns sådana team. (Henriksson, 2010) Mottagningen där teamet arbetar är en organisatorisk enhet inom Psykiatri Skåne och är fysiskt belägen i den s.k. Gula Byggnaden i anslutning till Centralsjukhuset i Kristianstad. I anslutning till mottagningen finns också två slutenvårdsavdelningar och en avdelning för öppenvård. Teamet har en nära koppling till dessa avdelningar exempelvis genom att teamets läkare även arbetar på dessa och att en av läkarna också är avdelningsläkare för den ena avdelningen. Samtliga av teamets medlemmar kan vara med på vårdplaneringar och intagningsbeslut som berör patienter. Teamets psykolog har också kontakt med den ena avdelningen genom att han handleder personalen där. Upptagningsområden för mottagningen är kommunerna Bromölla, Kristianstad och Östra Göinge i nordöstra Skåne. På kliniken finns ytterligare tre multiprofessionella team som arbetar mot specifika zoner inom upptagningsområdet. Psykosteamet arbetar med vuxna från 18 års ålder med fokus på ICD-10 diagnoserna schizofreni, schizoaffektiv sjukdom, vanföreställningssyndrom, akuta och övergående psykotiska syndrom och ospecificerad psykos. Vissa patienter berörs av en dubbelproblematik med exempelvis ett pågående missbruk. Vårdinsatserna består av samordnande och kontaktskapande funktioner och en kombination av läkemedelsbehandling med lägsta effektiva dos, psykosociala och psykoterapeutiska (dynamisk och/eller kognitiv) insatser samt sjukgymnastik och arbetsterapi efter behov och önskemål. Patienter erbjuds även en årlig hälsoundersökning. (Psykiatri Skåne, 2010)

En utgångspunkt i teamets sätt att arbeta är att man försöker att utveckla förtroendefulla och trygga kontakter, dvs. en god arbetsallians, med patienter och anhöriga. I vårdprogrammet betonas också patientens integritet och att patienten oberoende av svårighet i det psykotiska tillståndet skall vara delaktig i behandlingen och behandlingens utformning och ha möjlighet att påverka sin situation. Teamet strävar också till att stötta det som fungerar i patientens liv. (Psykiatri Skåne, 2010) Vissa patienter har i samband med bildandet av psykosteam blivit överremitterade från en annan behandlare, vissa är nya på kliniken och andra har en etablerad kontakt sedan lång tid. Detta innebär att förutsättningarna för att ha etablerat en fungerande arbetsallians kan variera. Vid nyinsjuknande eller återinsjuknade försöker teamet tidigt komma i kontakt med patienten och även att knyta upp till nätverket runt patienten, vilket kan minska behovet av slutenvård (Psykiatri Skåne, 2010). Teamet samlas då för att planera insatser och två behandlare träffar patienten i hemmet, på

avdelningen eller på kliniken beroende på hur situationen ser ut och utifrån vad patienten önskar. Utifrån de första kontakterna görs en preliminärbedömning så fort som möjligt tillsammans med patienten och eventuella anhöriga. Det tidiga omhändertagandet handlar också om stödjande samtal med patienten och anhöriga och om att försöka begripliggöra situationen genom saklig information och planering av de närmaste åtgärderna. Efter det första akuta skedet vidtar parallellt med de inledande kontakterna en grundligare utredning av patientens problematik. Teamet ser patientens problematik och behandling som en kombination av biologiska, psykologiska och sociala aspekter och patienterna garanteras kontakt med de yrkeskategorier som de har behov av. Varje patient skall också ha en fast vårdkontakt som tillika är ansvarig läkare samt minst en kontaktperson, vilket skapar kontinuitet. I det dagliga arbetet sammankommer teamet i morgonmöten för att diskutera aktuella ärenden och samordna sin verksamhet. Behandlarna träffar patienter på mottagningen eller hemma hos patienter. Teamet har ett omfattande samarbete med kommunerna, andra vårdgivare, anhöriga och intresseföreningar. Kontakten med anhöriga kan förutom att fungera som ett komplement och ytterligare inslag i patientens vård även röra sig om att ge stöd och krishjälp till anhöriga och att ha omsorg om minderåriga barn. Målsättningen är ändå att hjälpa patienten till ett så självständigt liv som möjligt. (Psykiatri Skåne, 2010)

Integrerad psykiatri med case management är ett viktigt inslag i teamets behandlingsarbete. Metodiken kallas även för ”aktivt uppsökande samhällsbaserad behandling och rehabilitering” eller Assertive Community Treatment (ACT) på engelska (Malm, 2002). Det har sedan 2007 pågått en stor utbildningssatsning i case management för personal i kommuner och landsting inom nordöstra Skåne och tre av teamets medarbetare har gått en fördjupad utbildning om 37,5 högskolepoäng i den här metodiken. För övrigt arbetar teamet utifrån en arbetsmodell som är en miniversion av case management. En del patienter har en case manager i kommunal regi. Den integrerade psykiatrin har vuxit fram i USA efter nedläggningen av de stora institutionerna på 1970-talet och syftar till att personer med allvarliga psykiska störningar skall få sina behov av vård och stöd tillgodosedda i samhället och till att samordna och integrera olika delar av stödet (Lindström, 2002). Metoden har använts runtom i världen, men utformningen har sett lite olika ut beroende på lokala samhällsliga förhållanden (Lindström, 2002). Grundtanken är att psykiatrisk vård skall dra lärdom av forskning, klinisk erfarenhet och patientens och anhörigas egna erfarenheter och behov och bestå av sociala insatser, psykoterapier och läkemedelsbehandlingar i olika kombinationer allt efter situation och person. De kombinerade vårdformerna förutsätter ett multidisciplinärt samarbete i team. Att metoden är samhällsbaserad betyder att man vill

involvera patienten och anhöriga i behandlingsarbetet och sammanbinda olika aktörer inom kommun och landsting exempelvis. Den speciella kontaktperson som skall binda ihop alla involverade och skapa sammanhållning och kontinuitet kring patienten kallas i den integrerade psykiatrin för "case manager". Grundprofessionen för case managers har i Sverige oftast varit sjuksköterskor/skötare, mentalskötare/sköterskor eller socionomer och i vissa fall läkare eller psykologer. Utöver den sammanhållande funktionen kan case managerna roll se lite olika ut beroende på patientens behov. För att personer och aktörer som är viktiga för klienten skall kunna samordna sina aktiviteter samlas man även med jämna mellanrum i en s.k. resursgruppen som består av klienten, case managern, läkaren och andra viktiga personer i klientens sociala nätverk. (Malm, 2002)

Under våren 2010 gjordes en enkätstudie på hur personalen i Kristianstad och Hässleholm upplevt förändringen när psykosteam bildades. Studien visade att medarbetarna generellt upplevde att omfördelningen av resurser skötts på ett bra vis, men att man inte hade så mycket att säga till om. Nöjdast var medarbetarna på psykosteamen då mer fokus kommit på deras patientgrupp genom mer motiverade medarbetare och bättre behandling. Personalen inom slutenvården upplevde omfördelningen som positiv för deras patienter, men kände sig mindre delaktig i omfördelningen för övrigt. Anställda inom den övriga öppenvårdspsykiatrin var vid tidpunkten för enkätstudien lite mindre nöjda och uttryckte oro för att övriga patienter skulle få mindre resurser och sämre vård. (Henriksson, 2010) Den organisatoriska omställning som bildandet av psykosteam innebar har således utvärderats från ett medarbetarperspektiv med ovan beskrivna resultat. Patienters upplevelser har inte tidigare utvärderats i en sammanställd form.

Teoretisk bakgrund

Psykodynamiska perspektiv på psykos

Ett psykosgenombrott kan utifrån den inre upplevelsen beskrivas som en naturkatastrof som i en människas liv alltid kommer att markera en brytpunkt mellan ett före och ett efter. Den inträffade naturkatastrofen som har sin grund i den inre världen har fått den yttre världen att te sig annorlunda. Denna förändring är den psykotiska människan ensam om att uppleva. På så vis är psykosens behäftad med en stor ensamhetsupplevelse. (Haugsgjerd, 1985; Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010) I det psykotiska tillståndet sätts människans mest grundläggande och kanske svåraste existentiella dilemman på sin spets – dilemmat mellan tillhörighet och ensamhet. Cullberg (2004) skriver att vår mänskliga belägenhet är att i tanken röra oss mellan existentiell upplevelsen av att vara "stoft i ett oändligt universum" utan större betydelse och att vara "världens centrum" och av största vikt, men också att vi har att komma till rätta med vår kluvenhet mellan "vårt anständiga förnuft" och "vårt asociala självhävdande och lustsökande inre" (s. 15-16). I alla vårt inre pågår – för det mesta obemärkt – en ständig pendling mellan dess två lägen och verkligheter (Cullberg, 2004). Haugsgjerd (1985) beskriver det som att det inom oss alla finns en motstridig längtan å ena sidan efter tillhörighet, kärlek och gemenskap och å andra sidan en skräck för den sårbarhet som ett band till andra människor medför och den potentiella smärta som ett relaterande till andra människor kan medföra. I den akuta psykosens har misstron till de goda och närande aspekterna i ett mellanmänniskt relaterande tagit över. Det psykotiska tillståndet kan för att tala med Haugsgjerd (1985) förstås som en reträtt in i ensamheten "som några människor tvingas göra i en given livssituation" (s. 28). Reträtten är ett försök att skydda sig mot psykisk smärta. Så skriver även Cullberg (2004) att "den akuta psykosens viktigaste fenomen" är "att förmågan att fungera i duets kategorier", dvs. till ett ömsesidigt relaterande, "tillfälligt satts ur spel" (s. 17). Men denna naturkatastrof eller reträtt – som ytligt sett kan te sig helt slumpmässig och oförklarlig – kan alltid förstås ur ett psykologiskt perspektiv (Haugsgjerd, 1985). Psykosens uttrycker en svårighet i att skilja mellan själv och andra, dvs. den inre subjektiva världen och den yttre med andra delade världen (Cullberg, 2004). Detta innebär inte att psykosens orsakssammanhang enbart skulle vara psykologiska, men att man kan förstå psykosens psykologiskt.

Den akuta psykosens, skriver Cullberg (2004), "innebär ett avbrott i självets kontinuitet" (s. 49). Så tyder också studier som utforskar förebyggande symptom på att psykosgenombrottet ofta föregås av överklighetskänslor, ångest eller perceptionsstörningar av

det slag som kan beskrivas som en försvagning av den grundläggande subjektiva identitetskänslan (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Cullberg (2004) skriver vidare att när det uppstår ett avbrott i självupplevelsen reagerar personen med ”stark panikupplevelse och söker lösa den oförståeliga situationen genom att med omtolkningar av den yttre verkligheten skapa nya sammanhang i det oförståeliga” (s. 49). Försöket att skapa sammanhang i det obegripliga sker utifrån omedvetna regressiva och irrationella föreställningar, vilket skapar psykosen (Cullberg, 2004). Momentet när en person försöker hålla samman sin livssituation skapar en egen förklaringsmodell kallas ibland för den kopernikanska vändningen; från att ha varit en perifer och maktlös person på väg att upplösas blir den psykotiska människan händelsernas medelpunkt (Levander, 2007). De nya meningssammanhangen har dock ett pris. De omöjliggör ett ömsesidigt relaterande till omvärlden. (Cullberg, 2004)

Förmåga att skapa nya, för den inre världen tillfälligt betryggande, men illusoriska meningssammanhang återfinns hos oss alla och går tillbaka till våra tidigaste utvecklingsfaser under spädbarnstiden. De nya meningssammanhangen är ett sätt att skapa ordning i en tillvaro som av en eller annan orsak ter sig som ohanterlig och överväldigande eller hotfull. Efter att den livgivande navelsträngen klippts av behöver barnet få uppleva en näst intill fullständig lyhördhet från moderns sida för att inges med den viktiga illusionen av att vara ett med det livgivande bröstet eller så att säga ha skapat det. Om det hungriga barnets föreställningar och förväntningar om någonting som kan tillfredsställa det möter det närande modersbröstet och modern uppstår hos barnet en illusion av att ha skapat bröstet. Illusionen skapar hos barnet en känsla av trygghet och kontroll i en ny och annorlunda värld. Det behöver dock efterhand uppstå en lämplig diskrepans mellan barnets inre upplevelse av exempelvis hunger och det närande bröstets ankomst så att ett utrymme för den verklighet som finns utanför illusionen, dvs. för det som vi även kallar för mellanområdet för tänkande, lek och fantasi, kan bildas. (Winnicott, 1981) I mellanområdet mellan barnets subjektiva inre värld och den yttre världen kan barnet börja uppleva sig som åtskild från modern genom att ett tänkande och en symbolisering med utgångspunkt både i barnets inre, egna impulser och ifrån modern kommande, yttre impulser kan börja gry. (Jemstedt, 2006) Skapandet av ett mellanområde handlar om att barnet från ”en alltigenom subjektiv upplevelsevärld” utvecklar ett relaterande ”i en värld bestående av verkliga relationer”, skriver Viberg (2007) (s. 140). Som ett led i den här utvecklingen och verklighetsanpassningen tar en del barn till sig – eller så att säga skapar – ett s.k. övergångsobjekt som exempelvis kan vara en snuttefilt eller en nalle (Winnicott, 1981). Genom nallen eller snuttefilten kan barnet för att tala med Viberg

(2007) ”vara i kontakt med den källa som ger självet näring även när källan inte finns där” (s. 140). Övergångsobjektet ingår i likhet med illusionen en känsla av kontroll som är ångestreducerande. Övergångsobjektet behöver inte heller vara ett konkret föremål. Även språket kan fungera som övergångsfenomen genom att det blir för att tala med Daniel Stern ”ett nytt sätt att höra ihop med andra” och tillhör då varken självet eller objektet utan ”tillåter en ny nivå av mental relatering genom delad mening” (i Viberg, 2007, s. 140).

Den tidiga spädbarnstidens illusion av att vara ett med modern och den successiva desillusioneringen och det utrymme eller mellanområde för tänkande, lek, kreativitet och fantasi som en varsam och framgångsrik desillusionering möjliggör är relevant för förståelsen av psykotisk problematik. Utifrån den symbiotiska illusionen kan vi förstå det psykotiska tänkandet som ett tänkande som vi alla i någon form kan ta till i osäkra och trängda lägen och som är ett naturligt sätt att försöka skapa en känsla av kontroll och förutsägbarhet. Den inre föreställningen kopplas då till yttre skeenden och blir likställda med dem, vilket oberoende av hur hemska föreställningarna är, ingår en känsla av förutsägbarhet och kontroll. Man skulle kunna säga att det psykotiska tänkandet är ett skydd mot den ångest som osäkerheten inför en okontrollerbar verklighet skapar. (Matthis, 1992) Att vi en gång skapat ett mellanområde för ett mer verklighetsanpassat eller skulle man kunna säga desillusionerat tänkande betyder inte att vi i alla lägen kommer att ha tillgång till det. Cullberg (2004) menar att psykosgenombrottet just kan förstås som ett uttryck för att det här mellanområdet rasat ihop varvid inre personlig verklighet och yttre verklighet sammanblandas och blir likställda. Han skriver också om vilolägen eller regressiva broar som kan hjälpa oss i pendlingen mellan inre och yttre, exempelvis fantasi och lek, intima relationer, sexualitet, religion, magiskt tänkande och ruset. I dessa uppstår kontakt och utbyte mellan yttre och inre, mellan vår upplevelse av ensamhet och tillhörighet samt mellan vår rationalitet och irrationalitet skulle man kunna säga. (Cullberg, 2004) Vissa av dessa vilolägen – som exempelvis sexualiteten och ruset – har också en skuggsida. Ibland är dessa vilolägen sköra, ibland saknas de helt och ibland blir de översvämmade av våra omständigheter och upplevelser. (Cullberg, 2004)

Det är genom dessa tidiga utvecklingsfaser genom illusionen av att ha skapat bröstet och världen och vidare i mellanområdet i samspelet med viktiga andra som barnets medvetna och omedvetna upplevelse av sig själv som person, dvs. det vi brukar kalla för självet, formas (Cullberg, 2004). Självet byggs upp av inre representationer av viktiga andra och den egna personens beskaffenheter. De inre representationerna är i det späda barnet kluvna i onda och goda representationer för en och samma person, men får efterhand en allt

mer sammansatt form så att goda och onda sidor integreras och förmåga till ömsesidiga relationer skapas. (Cullberg, 2004). Att i sina relationer på ett realistiskt sätt kunna avläsa omvärlden, men också att kunna läsa av den inre världens skeenden och sensationer och att få dessa två att gå ihop och ändå framträda som olika, är det som vi även kallar mentaliseringsförmåga (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Efter det första levnadsårets, vad man kanske skulle kunna kalla för intensiva, utveckling från ett med moderskroppen sammanbundet foster till en gryende självständighet fortsätter temen om själv och andra att från och till aktualiseras i livets olika faser. Centrala senare brytpunkter är övergången från spädbarnets beroende till ett större barns ökade självständighet som successivt sker under andra och tredje levnadsåret samt pubertetens övergång från barn till vuxen (Alanen, 2009). Det kan också mer generellt handla om att separera från någon viktig person eller att flytta från en välkänd och trygg miljö till en otrygg miljö (Andersson, 2009). Sådana övergångar gör också att människan kommer i kontakt med upplevelser av brist, besvikelse och saknad, en upplevelse som människan har att försona sig med och som kräver en bearbetning för att kunna övergå i en förvissning om att någonting gott ännu finns kvar och att det kan vara värt att återigen satsa på beroende och kontakt. Sorgearbetet som sådana övergångar innebär och att utveckla verklig självständighet blir svårare för den som aldrig fått tillfälle eller lyckats gå in i den tidiga symbiosen. Förmågan att uthärda sorg och sina egna motsägelsefulla känslor är en förutsättning för att kunna erkänna verkligheten som den är. Man skulle också kunna säga att det är svårt att uthärda verklighetens brister om man saknar en inre tröstande funktion, vilket är fallet med människor som prematurt tvingas konfronteras med verkligheten. Istället för ett stabilt förankrat själv utvecklas ett skört själv som saknar inre, närande och tröstande stabilitet och en fasthet som håller personligheten samman. (Haugsgjerd, 1985) Det första sorgearbetet under spädbarnsåret medför också en förmåga till symbolisering. För att överbrygga saknaden och bristen som, för att tala med Haugsgjerd (1985) ”som man tidigare endast försökt fylla igen med hjälp av handling, krav på handling eller önskeuppfyllande (hallucinatorisk) fantasi” inträder symboliseringarna och skulle man kunna säga ett tredimensionellt tänkande (s. 31). Förmågan till tredimensionalitet är dock inte någonting som man har eller inte har en gång för alla. Den kan både sättas ur spel tillfälligt på grund av påfrestningar och överväldigande upplevelser, men också utvecklas som exempelvis sker vid psykoterapi.

Psykosen är således ett avståndstagande från den yttre verklighetsuppfattningen antingen passivt genom att man drar sig undan eller aktivt genom att man omtolkar verkligheten (Haugsgjerd, 1985). Sådana psykotiska omtolkningar kallar vi för

vanföreställningar. En vanföreställning inbegriper tankar och uppfattningar om verkligheten som klart avviker från vad omgivningen tycker är rimligt utifrån individ- och kontextbundna faktorer. Vanföreställningar är också svåra eller omöjliga att påverka och de skiljer sig åt beträffande omfattning, innehåll och grad av bisarr framtoning. Utöver vanföreställningar kan den psykotiska i varierande grad och i olika kombinationer uppleva syn- och/eller hörselhallucinationer, särskilda för omgivningen avvikande beteenden samt svårigheter att orientera sig i tid och rum, dvs. konfusion. (Cullberg, 2004) Det finns hos varje människa en förmåga och tendens till såväl psykotiskt som ickepsykotiskt tänkande, vilket är lätt att förstå om man betraktar utvecklingen från illusoriskt till verklighetsanpassat tänkande. Man kan på så vis säga att det hos oss alla finns både en psykotisk och en ickepsykotisk del i personligheten (Haugsgjerd, 1985). Att den psykotiska delen hos vissa personer under särskilda omständigheter tar över kan man förstå utifrån den s.k. stress- och sårbarhetsmodellen som pekar på att psykosgenombrottet är ett resultat av ett komplext samspel mellan biologiska, psykologiska och sociala faktorer både utvecklingsmässigt och avseende faktorer i den aktuella situationen. Så sett är psykoson en psykosomatisk problematik som kan beskrivas som en krisreaktion i en belastande situation hos en biologiskt och/eller psykologiskt sårbar person. (Cullberg, 2004) Ibland är psykologiska faktorer mer framträdande, ibland biologiska (Alanen, 2009a).

Den biologiska sårbarheten kan grunda sig i genetiska faktorer, men också exempelvis i tidiga störningar i hjärnans utveckling under fosterstadiet eller vid förlossningen (Cullberg, 2004). Den genetiska sårbarheten handlar, så vitt man vet idag, inte om en specifik ”psykosgen” utan verkar röra sig om en anhopning av relativt allmänna gener som kan göra individen mer sårbar genom att de exempelvis kopplas till blyghet, inåtvändhet eller ängslighet för främmande (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). I en finsk omfattande adoptionsstudie har man kunnat påvisa samband mellan genotyp och schizofreni, men också att en gynnsam uppväxtmiljö har en skyddande inverkan (Alanen, 2009a). Det som kommer att bli avgörande i en människas liv är hur genetiska och psykosociala faktorer redan från befruktningsogonblicket interagerar med varandra (Alanen, 1997; Cullberg, 2004; Koehler & Silver, 2009). Hur exempelvis det tidiga samspelet (som förknippas med utvecklandet av ett mellanområde och symboliseringsförmåga) mellan mor och barn utvecklas beror inte bara på mamman utan även på barnets speciella förutsättningar. Barnet kan exempelvis ha mer eller mindre av autistiska tendenser eller lägre eller högre tolerans för ångest utifrån sina specifika biologiskt grundade förutsättningar. Även pappan och den sammantagna psykosociala kontexten påverkar mor-barn-dyaden. (Alanen, 2009a) Kanske skulle man kunna uttrycka det

som att det som är avgörande är hur just den mamman lyckas hålla just det barnet tillsammans med just den pappan i just den familjen och psykosociala kontexten och vidare i just det samhället? Alanen (1997) framhåller vid sidan av mor-barn-dyaden betydelsen av exempelvis personlighetsmässiga faktorer hos föräldrarna, allmänna försvarsmekanismer i familjen, kontinuerliga störningar i familjen och hela familjens – inklusive syskonens – relationsmönster. Det är heller inte så att de eventuella problemen i uppväxten behöver ha handlat om att barnet blivit negligerat utan kan också handla om ett överdrivet starkt symbiotiskt förhållande till någon av föräldrarna kanske ända in i vuxenåldern. Man har också ibland kunnat se att föräldrarnas relation till sina föräldrar kan ha gjort relationen till barnet problematiskt. (Alanen, 1997) Återkommande psykologiska premisser i de sju fallstudier som Andersson (2009) sammanställt är oberoende av psykosens orsaker en invaderande primärt vårdande funktion och en frånvarande gränssättande funktion, samt ett kränkt livsrum. Inom psykosforskningen intresserar man sig också allt mer för betydelsen av den vidare kulturella kontexten och dess historia liksom den specifika familjehistoria som individen är inbäddad i och hur traumatiserande omständigheter även kan komma att ha betydelse över generationsgränserna (Koehler & Silver, 2009). Faktum är att neurovetenskapliga fynd vid schizofreni och bipolaritet i mycket överlappar med fynd vid stress, rädsla, trauma, social isolering och misslyckande. Vad man mer specifikt kan säga om betydelsen av psykosociala bakgrundsfaktorer är att det finns nyare forskning som tyder på att personer som vuxit upp under traumatiserande förhållanden med sexuella eller våldspräglade övergrepp och tidig allvarlig försummelse är betydligt överrepresenterade bland schizofrena. (Koehler & Silver, 2009) Read och Hammersley (2006) framhåller att detta är ett tabubelagt ämne som man fortfarande delvis blundar för.

Det är också möjligt att olika bakgrundsfaktorer spelar olika roll vid olika slags psykosbilder (Cullberg, 2004). I en journal- och intervjustudie av Cullberg och Levander (1991) med åtta schizofrena personer som blivit helt återställda i samband med psykoterapi kunde man inte finna kopplingar till tidig traumatisering, men att dessa personer haft svåra erfarenheter under förskole- eller latensperioden (i Cullberg, 2004). Studien gav vid handen att det också föreföll finnas en genetisk komponent och att det fanns ett samspel mellan biologiska bakgrundsfaktorer, påfrestningar i de senare uppväxtfaserna och att psykosgenombrottet var förknippat med en akut ny påfrestning. (Cullberg, 2004) Psykosgenombrottet förknippas alltså inte bara med interaktionen mellan biologiska och psykosociala sårbarhetsfaktorer utan även med en akut ny påfrestning (Cullberg, 2003; Cullberg, 2004). Sådana utlösande faktorer kan vara ospecifika (exempelvis sömnbrist,

överansträngning, isolering, somatisk sjukdom eller påfrestning eller påverkan av alkohol eller droger) eller specifika (exempelvis en utvecklingskris, livsövergång, förlust och separation, en olöslig konflikt, egentlig depression eller en kränkning av självkänslan) (Cullberg, 2004). Ibland kan man även se att de tillsynes ospecifika faktorerna har någon koppling till den psykologiska sårbarheten. I en finsk studie fann man att personer som tenderar att utveckla psykos tar konkreta relationer som surrogat för bristfälliga objektrelationer, vilket gör dem sårbara. (Alanen, 1997) Luc Ciompi (1991, 1994) menar att man kan förstå själva psykosgenombrottet som en funktionell överbelastning av centrala nervsystemet och en slags obalans som uppstår på grund den avtagande förmågan att anpassa sig till de psykologiskt eller biologiskt baserade emotionella och kognitiva stressfaktorerna (i Alanen, 1997). En intressant tanke är också att psykosen i själva verket syftar till en bättre anpassning och sålunda har en betydelsefull utvecklingspsykologisk funktion (Alanen, 1997). Såklart finns det också psykosociala och psykologiska skyddsfaktorer (exempelvis bra socialt nätverk, meningsfullt arbete och sysselsättning och en inre upplevelse av sammanhang och mening) i den aktuella situationen som kan förhindra eller lindra en psykosutveckling (Cullberg, 2004), något som det idag finns ett stort intresse för inom psykosforskningen (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Generellt har man idag fortfarande alldeles för lite förståelse för hur olika samhällsliga och sociala faktorer kan påverka insjuknande i och tillfrisknande från psykos (Cullberg, 2007). I en studie av Mattsson, Topor, Cullberg och Forsell (2008) fann man att återhämtningen från förstagångspsykos underlättades vid minskad ekonomisk stress och minskad stress i vardagslivet samt av kulturella och sociala aktiviteter. Man vet att det är lättare att återhämta sig från psykos i mindre utvecklade länder än i västerländska industrialiserade samhällen, vilket troligen pekar på betydelsen av familjens och det omgivande samhällets sociala stöd. Psykosens etiologi är multifaktoriell. Den mest avgörande psykologiskt predisponerande faktorn för att utveckla psykos är emellertid bristande förmåga att bilda symbiotiska relationer och sedan frigöra sig från dessa. (Alanen, 1997)

Hur kan man hjälpa den psykotiska människan?

Lite mer än en procent av befolkningen kommer någon gång att utveckla en psykos. För den enskilde är psykosen givetvis en smärtsam upplevelse inte minst genom att genombrottet ofta sker vid unga år i en fas då individen kanske ännu inte fullt ut har etablerat sig i samhället. (Alanen, González de Chávez, Martindale & Silver, 2009a) Psykosvården har under de senaste årtiondena utvecklats mycket och man har idag i Sverige kortare vårdtider, mindre

behov av slutenvård och antipsykotisk medicinering samt färre självmord än tidigare. Som det ser ut idag kommer ungefär en tredje del av dem som drabbas helt att återhämta sig. En tredjedel kommer kanske att drabbas av några återfall, men kommer för övrigt att återgå till ett ganska vanligt liv. En tredjedel kommer att behöva mer kontinuerligt stöd. (Levander, 2007) Vården har länge byggt på en biologisk förståelse av problematiken, men har nu börjat utvecklas mot mer integrerade perspektiv (Alanen, González de Chávez, Martindale & Silver, 2009b). De psykologiska behandlingsmetoderna har under de senaste årtiondena utvecklats mycket, men ännu inte fullt ut fått motsvarande genomslag i den kliniska vardagen (Alanen et al., 2009a). Den brittiska objektrelationstraditionen har varit viktig för utvecklingen av den psykoanalytiskt orienterade psykospsykoterapin. (Haugsgjerd, 1985). De nordiska länderna får betraktas som föregångare när det gäller psykoterapeutisk behandling av psykoser samt forskning på och utvärdering av sådana behandlingar (Andersson, 2009). I det psykologiska perspektivet på psykosbehandling betonar man idag utöver fokuserade psykoterapeutiskt insatser betydelsen av ett psykologiskt bemötande i hela behandlingssituationen (Alanen, 1997; Alanen et al, 2009b; Cullberg, 2004; Levander, 2007). Några centrala aspekter i den integrativa psykodynamiskt orienterade psykosvården i Sverige är behovsanpassat och tidigt omhändertagande, psykologiskt förhållningssätt i hela behandlingssituationen, specifika behovsanpassade psykoterapeutiska insatser, teamriktad verksamhet och en utveckling mot subspecialiserade psykosteam vid förstagångspsykos, att man engagerar patientens nätverk, det s.k. krisperspektivet, kontinuitet och lättillgänglighet i kontakterna och farmakologisk behandling med optimala lägsta dos (Cullberg, 2004). Man betonar i dag generellt värdet av integrativa perspektiv på behandlingsarbetet avseende farmakologiska, psykologiska och sociala insatser samt avseende olika psykoterapeutiska inriktningar (Alanen et al., 2009b; Cullberg, 2004).

En hörnsten i psykodynamiskt orienterad psykosvård är ett s.k. behovsanpassat psykologiskt omhändertagande (Cullberg, 2004). Den behovsanpassade psykosvården och det därmed förknippade tänkandet kring den psykotiska problematiken och behandlingssituationen bygger på ett betydelsefullt och omfattande forsknings- och utvecklingsarbete som sedan 1968 bedrivits av Yrjö Alanen och hans forskarteam i Finland. Viktiga lärdomar från denna kliniska forskning och praxis är betydelsen av att behovsanpassa behandlingsinsatser utifrån individens specifika bakgrund, livssituation och förutsättningar, men även utifrån den specifika fasen i psykosförloppet och att det psykoterapeutiska bemötandet är betydelsefullt i hela behandlingsarbetet. (1997) I den finska modellen var det terapeutiska arbetet som för övrigt bestod av olika terapeutiska ansatser i kombinationer eller

var för sig beroende på patientens specifika individ och situationsbundna behov hörnstenen i behandlingsarbetet och behandlarna arbetade i team. Fokus låg på tidig intervention och på att få med patientens nätverk i behandlingsarbete. Den farmakologiska behandlingen var endast ett komplement i behandlingen. Man fann till och med att om man i ett tidigt skede direkt vid första kontakten vid nyinsjuknade påbörjade en psykoterapeutisk och familjeorienterad behandling så behövde man inte påbörja medicineringen alls. Resultaten utvärderades kontinuerligt under en lång tidsperiod och var goda. Syftet med projektet var hela tiden att utforma en terapeutiskt orienterad behandlingsmodell för tillämpning i den offentliga vården och den behovsanpassade vårdmodellen har sedermera implementerats nationellt i Finland och även fått genomslag på sina håll i Skandinavien. (Alanen, 1997)

Grundtanken i den behovsanpassade psykosvården är således att olika individer och olika faser i psykosutvecklingen kräver olika slags behandlingsarbete som dock hela vägen bör präglas av ett psykoterapeutiskt eller psykologiskt förhållningssätt (Cullberg, 2004). Inom ramen för den behovsanpassade finska psykosvården har man från början arbetat i specialiserade psykosteam (Alanen, 1997). I Sverige har man efterhand bildat sådana multiprofessionella psykosteam (Cullberg, 2007). En utgångspunkt för det terapeutiska förhållningssättet är att behandlarna försöker förstå patienten och hans eller hennes situation och problematik inifrån genom att lyssna till patientens berättelse, önskemål och behov (Alanen, 1997). Den första utmaningen i behandlingsarbete är att skapa en tillitsfull relation till patienten och anhöriga (Cullberg, 2004). Från de finska studierna vet man att det är oerhört värdefullt att få patientens nätverk med sig (Alanen, 1997). I Finland har Jaakko Seikkula som en vidareutveckling av den behovsanpassade modellen utformat en familjeorienterad behandlingsmodell för psykoser som kallas för ”öppen dialog” och som går ut på att ett specialiserat psykosteam arbetar mot ett litet upptagningsområde för ett tidigt integrativt omhändertagande vid psykoser genom att i familjesamtal med teamet öppna upp för nya diskurser i patientens inre, mellan familjemedlemmarna, mellan teamets medarbetare samt mellan teamet, patienten och familjen. Resultaten har i likhet med Ian Falloons psykoedukativa och stöttande modell för familjeinsatser vid psykoser varit mycket goda. (Stierlin, 2009) I den behovsanpassade psykoterapeutiskt orienterade modellen ser man någon form av familjekonsultation som en mycket viktig aspekt i behandlingsarbetet (Alanen et al., 2009b).

Cullberg (2004) har fört in krisbegreppet i den behovsanpassade modellen och menar att de första behandlingsinsatserna vid en akut psykos kan liknas vid en krisintervention. Krisinterventionen skall ske snabbt och helst hemma hos patienten och

består av ett familjemöte med en problemformulering. Den handlar om att förmedla lugn och ett rimligt hopp till patienten och anhöriga genom ett psykologiskt förstående, inkännande och informativt förhållningssätt. I den tidiga vården skall största möjliga vikt läggas vid att ge ”trygghet, förståelighet och låg stimulusmiljö”, skriver Cullberg (2004) (s. 227). Psykopatienter skall därför helst inte vistas på oroliga akutavdelningar som i sig kan skapa traumatiserande upplevelser. Om patienten trots allt måste läggas in skall det vara i en hemlik lågstimulusmiljö emedan en sådan miljö förknippas med bättre återhämtning. (Cullberg, 2004) Att hårbärga ångest och låta patienten och anhöriga berätta om sina upplevelser är viktigt (Levander, 2007). Det är viktigt med kontinuitet och lättillgänglighet i kontakterna och att patienten direkt kommer i kontakt med specialistvård med kunskap om psykoser (Cullberg, 2004). Cullberg (2004) och Levander (2007) framhåller att hela behandlingssituationen skall präglas av ett psykologiskt förhållningssätt, vilket också som sagt är en av grundprinciperna i den finska behovsanpassade psykosvården (Alanen, 1997). Det psykologiska förhållningssättet handlar framför allt om att försöka förstå patienten och anhöriga utifrån deras eget perspektiv med den psykologiska förförståelsen som resonansbotten och om att lyssna på patientens och anhörigas berättelse (Levander, 2007). Levander (2007) menar att ett framgångsrikt behandlingsarbete bör utgå från ett sådant psykologiskt perspektiv, dvs. ett perspektiv som utforskar problem utifrån patientens synvinkel, och som även består i ett psykologiskt sätt att lyssna på det som patienten berättar. Ett psykologiskt lyssnande är en förutsättning för en behovsanpassad vård. Om man inte lyssnar till patienten och försöker att förstå hans eller hennes värld kan man inte förstå hans eller hennes specifika behov och förutsättningar. Det psykologiska perspektivet kommer på så vis också att göra att man bättre kan ta vara på patientens egna resurser och stärka patientens motivation. Det är också därför man i det behovsanpassade arbetet framhåller värdet av att vid sidan av en symptomdiagnos även arbeta fram en problemdiagnos eller problemformulering där patienten och personalen tillsammans utforskar patientens problem och försöker komma fram till en diagnos som beskriver patientens subjektiva upplevelse. (Levander, 2007)

Det psykologiska arbetet i behandlingssituationen kan också handla om att samordna behandlingsinsatserna och om att se människan i ett helhetsperspektiv, ett område inom vilket Levander (2007) menar att det ännu finns mycket arbete att göra. Man vet idag väldigt lite om hur de olika insatserna påverkar varandra. Levander (2007) skriver såhär: ”Ofta blir det så att patienten behandlas farmakologiskt med hänsyn till symptom bilden, psykologiskt utifrån hur man bedömer problemen och förmågan att tillgodogöra sig psykoterapi, socialt utifrån hennes ekonomiska, arbetsmässiga och/eller boendesituation,

fysioterapeutiskt utifrån kroppsliga besvär eller dysfunktioner osv.”, (s. 31). Man vet väldigt lite om vem som har nytta av vad och i vilka kombinationer och hur. Eftersom vi ännu inte utifrån ett vetenskapligt perspektiv vet hur olika insatser påverkar eller motverkar varandra behöver vi vara särskilt lyhörda för patientens individuella, speciella villkor och livssituation och förståelse för vad dessa innebär för patientens behov i behandlingsarbetet. (Levander, 2007) Den psykologiska ansatsen handlar förutom om att se till individens speciella problem, behov och önskemål även om att se psykosens som en processuell utveckling som kommer att genomgå olika faser och därmed också kommer att behöva behovsanpassade insatser med hänseende till dessa olika fasers specifika villkor. Krisperspektivet låter ana att det hos den drabbade själv finns en inneboende kraft och vilja till återhämtning och att psykosens inte är någonting obegripligt och ohanterligt som oförklarligt drabbar människan utan en krissituation som man kan förstå psykologiskt och som också kan lindras genom en sådan psykologisk förståelse. Patientens specifika personlighet och bakgrundsfaktorer kommer på så vis att ha betydelse för återhämtningsprocessen. Detta förknippas även med förståelse för vilka mer specifika psykoterapeutiska behov patienten kan tänkas ha. (Cullberg, 2004) Cullberg (2004) framhåller att det i den sena psykosfasen alltid är viktigt att söka kontakt med den ickepsykotiska delen i patientens personlighet och hjälpa patienten att benämna psykosens och stärka patientens självförtroende och ingjuta nytt hopp.

Tidigt omhändertagande har varit en av ledstjärnorna i den behovsanpassade psykosvården och har med åren kommit att få en allt mer framträdande betydelse. (Cullberg, 2004) Det finns idag även ett stort intresse för att utforska tidiga tecken och hur man eventuellt skulle kunna förebygga psykos genom samhällsrelaterade sociala insatser (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Även om det kan vara vanskligt att se tidiga tecken som tidig psykos eftersom tecknen är relativt allmänt hållna och eftersom det därför egentligen först i efterhand går att säga om de handlade om en psykos eller inte bidrar förståelse för de skeenden som föregår det egentliga psykosgenombrottet med viktiga psykologiska perspektiv på självbildens förändring vid psykos. De tidiga svårigheterna har ofta under en lång tid före psykosgenombrottet haft betydelse för patientens självbild och därför kan självbildens många gånger vara i grunden förändrad när patienten kommer i kontakt med vården. Att mer aktivt börja behandla människor som utifrån tidiga tecken och förändringar i självbildens skulle kunna ligga i riskzonen för att utveckla en psykos är ett vanskligt uppdrag som dessutom riskerar att stigmatisera människor. Däremot är det viktigt att människor och inte minst unga människor får möjlighet att prata om sina problem och få stöd i att återfinna sig själv i livets olika skeden. Tiden mellan psykosgenombrottet och den första kontakten med vården är ofta

fortfarande lång. (Levander, 2007) Levander (2007) menar att detta beror på att individen ofta drar sig undan och att även anhöriga avvaktar och önskar att det hela skall gå över. Hon menar även att osäkerhet inför psykiatri kan spela roll. Hur länge det dröjer innan man får hjälp kan ha betydelse för patientens framtid. Ur ett terapeutiskt perspektiv kan det handla om att de psykologiska omständigheter som det psykotiska tänkandet medför stabiliseras om tillståndet får fortgå obehindrat och därmed blir svårare att förändra. Forskning tyder på att en lång tid med obehandlad psykos kan försämra prognosen. Framför allt är det också ett utdraget lidande. (Levander, 2007) Två stora svenska projekt som syftar till att utveckla vården mot ett s.k. subspecialiserat omhändertagande av nyinsjuknade är det s.k. Fallskärmsprojektet och Nacka Soteria. Projekten har primärt handlat om att tillgodo se nyinsjuknades specifika behov men har också genom denna fokus kommit att beröra och kasta nytt ljus över vissa aspekter av ett tidigt omhändertagande. (Cullberg, 2004).

Internationella erfarenheter exempelvis från USA, Schweiz, Finland och Danmark samt av projekt och utvärderingar av dessa har visat att det är bra med ett sammanhållet bemötande och en uppföljning av nyinsjuknade psykopatienter. Att skapa kontinuitet i kontakterna gör att man lättare kan förhindra återfall och att man bättre kan möta patienters individuella behov och ta vara på patientens och anhörigas resurser. I Sverige startade Fallskärmsprojektet 1996 som ett femårigt s.k. multicenterprojekt med 17 kliniker över hela landet. Upptagningsområdet omfattade ungefär 1,5 miljoner invånare och kom att beröra 175 patienter. Patienterna skulle behandlas behovsanpassat, dvs. med ett psykologiskt bemötande i hela behandlingssituationen, och följas upp under fem års tid med kliniska, psykologiska, sociala och biologiska parametrar. Patienterna hade lägre vårdbehov och stod på mildare medicinering och hade en bättre social anpassning än patienter i kontrollgruppen. Både patienter och anhöriga var påfallande nöjda. Dessa internationella och nationella forskningsrön står som stöd för att etablera subspecialiserade psykosteam (Cullberg, 2004). Ett annat stort svenskt projekt som syftar till att utveckla vården för nyinsjuknade är det s.k. Nacka Soteria eller Soteriahemmet. Soteriahemmet startade 1993 som ett kris- och behandlingshem för förstagångsinsjuknade utanför Stockholm (Cullberg & Levander, 2009). Vården bedrevs utifrån ett behovsanpassat och psykologiskt tänkande. Femårsutvärderingen visade på goda resultat både beträffande återhämtning och patienttillfredsställelse, men ekonomiska nedskärningar under senare år har minskat möjligheterna att erbjuda den här typen av vård och kontinuitet. (Levander & Cullberg, 2009)

Beträffande farmakologisk behandling vid psykoser rekommenderar Alanen, Gonzáles de Chávez, Silver och Martindale (2009b) att man inleder vårdkontakten med en tre

veckor lång intensiv psykoteraeutisk kontakt med patienten och nätverket och att man under denna period i möjligaste mån undviker neuroleptikabehandling och att man i stället behandlar ångest och agiterat beteende med benzodiazepin. Cullberg (2004) och Levander (2007) menar att antipsykotisk medicinering initialt är motiverat endast om patienten själv känner sig plågad av symptomen. Levander (2007) framhåller att symptomen ofta är svårare för omgivningen att tolerera än för patienterna. Alanen och andra (2009b) menar att det efter denna inledande fas, under vilken patienten beroende på sitt mående antingen kan vistas hemma eller på en lugn avdelning där det finns resurser och tid att ta hand om patienten i sin belägenhet, är indikerat att inleda en lågdosbehandling med neuroleptika för att stötta den psykoteraeutiska behandlingen hos patienter vars psykotiska tillstånd kvarstår och visar sig att vara djuplodande. Skribenterna framhåller även att medicineringen kontinuerligt bör utvärderas, att psykosen många gånger kan klinga av utan medicinering och att höga doser av neuroleptika i vilket fall som helst bör undvikas, detta med anledning av kort- och långsiktiga biverkningar samt emedan man idag vet att man kan uppnå optimal effekt med små doser. Eftersom neuroleptikamedicineringen påverkar dopaminsystemen som är viktigt för hjärnans inlärningsystem är högdosbehandling hindrande för en psykoteraeutisk utveckling, även om lågdosbehandling som sagt kan stötta den terapeutiska processen. (Alanen et al., 2009b) I den behovsanpassade vården efterlyser man genom vidare studier och genom ett ökat utbyte mellan humanistiskt och naturvetenskapligt orienterade forskare större förståelse för hur mediciner interagerar med och optimalt kan användas ihop med andra behandlingsinsatser i olika faser av psykosutvecklingen (Alanen, 2009c).

Bildandet av psykosteam har skapat förutsättningar för ett bättre samarbete mellan professioner och olika aktörer i patientens omgivning och i samhället. ”I ett specialteam för psykotiska patienter finns både en tendens att sluta sig inåt för att värna om de speciella behov den egna patientgruppen har och en annan tendens att söka utåt efter andra verksamheter som har något att erbjuda patienterna, då de är på väg ut i samhället”, skriver Levander (2007) (s. 139). Idag pratar man mycket om vikten av samverkan med andra samhällsaktörer och vårdgrannar. Samverkan handlar mycket om att man hoppas att patienternas rehabilitering i samhället skall kunna bli smidig. (Levander, 2007) Att man i den dynamiska behovsanpassade modellen betonar det psykologiska och psykoteraeutiska bemötandet i hela behandlingssituationen innebär inte att man förnekar eller förminskar betydelsen av andra behandlingsinsatser. Tvärtom betonar man att psykosvården engagerar ett multiprofessionellt team och att det är viktigt med ett integrerat perspektiv inom psykosvården. Detta innebär att man framhåller värdet i att ha olika perspektiv med sig i

vårdsituationen och att reflektera över patientens problematik utifrån patientens specifika biologiska, sociala och psykologiska omständigheter och kanske framför allt att det är viktigt att beakta hur dessa interagerar med varandra. Därför menar man också att behandlingsarbetet bör präglas av en individanpassad kombination av farmakologiska, psykosociala och psykologiska och psykoterapeutiska insatser och att man i behandlingssituationen bör ge akt på hur dessa interagerar med varandra. (Alanen, 1997; Cullberg, 2004; Levander, 2007) I behandlingsarbete betonar man också patientens eget perspektiv och att förstå vad det är som är svårt för patienten och hur patienten vill bli hjälpt (Levander, 2007). Även beträffande de psykoterapeutiska insatserna betonar man idag värdet i integrerade perspektiv och en mångfald av terapeutiska metoder (Alanen et al., 2009b).

Psykoterapi vid psykoser

I den behovsanpassade psykosvården varierar de specifika psykoterapeutiska insatserna beroende på patientens behov (Alanen, 1997). Olika psykoterapeutiska – exempelvis kognitiva och/eller dynamiska – insatser kan vara att föredra vid olika faser av psykosen eller vid olika slags psykosbilder (Cullberg, 2004; Cullberg, 2006). Det kan också vara angeläget att kombinera olika terapiformer, exempelvis gruppterapi och individualterapi, så att dessa kan komplettera och stötta varandra (González de Chávez, 2009). Man får också komma ihåg och respektera att inte alla patienter önskar psykoterapi (Levander, 2007). Andersson (2009) menar att den terapeutiska metoden i sig inte är att betrakta som den kurativa faktorn utan att det framför allt är den terapeutiska relationen som är potentiellt kurativ. Vad psykospsykoterapi kan beskrivas handla om är att i det terapeutiska mötet återupprätta patientens kränkta livsrum. (Andersson, 2009) Det är viktigt att inte riktlinjerna för vilken terapiform som skall tillämpas är för strikta utan att dessa kan anpassas individuellt och omvärderas efterhand i det enskilda fallet (Alanen et al., 2009b). En för strikt hållen terapeutisk dogmatism kan tvärtom bli kontraproduktiv i det terapeutiska arbetet vid psykoser genom att fixeringen vid teorin blir en återupprepning av patientens kränkta livsrum. Istället krävs av terapeuten en intuitiv förmåga till följsamhet i kontakterna med patienten. (Andersson, 2009) I en explorativ fallstudie av Levander och Werbart (2003) på en psykoterapiprocess med två psykospatienter fann man intressant nog att det faktum att patienten och terapeuten har samma uppfattning om patientens problematik eller att terapeuten om hon eller han inte delar patientens bild, åtminstone respekterar den, verkar ha betydelse för ett positivt terapiutfall. Andersson (2009) menar att den psykodynamiska teorin är en god bas ”för att förstå patientens bakomliggande problematik och hur patienten gestaltar

den via en relations- och kommunikationsprocess i det kollektiva utrymmet (s. 222). Den teoretiska basen är, oberoende av vilken inriktning man som terapeut väljer, ett viktigt redskap i att skapa ordning i ett i annat fall kanske överväldigande och kaotiskt material. Vidare framhåller Andersson (2009) betydelsen av sättet på vilket terapeuten tillägnat sig den teoretiska basen och menar att teorin är som mest verksam då den införlivats i terapeuten person och tillämpas på ett flexibelt och ickedogmatiskt sätt. En stadig teoretisk referensram hjälper terapeuten att tänka, ställa frågor, fantisera och leva sig in i de inre sammanhang som klienten meddelar om och vidare genom att den hjälper terapeuten att bearbeta de känslor och fantasier som väcks inom henne eller honom själv i processen (Haugsgjerd, 1985). Haugsgjerd (1985) menar att det vid psykospsykoterapier är särskilt viktigt att man behärskar en teoretisk vinkling i grunden och att det sedan är bra att komplettera denna vinkling med annat. På så vis menar han kan man som terapeut följa och förstå processen och samtidigt genom det andra perspektivet hålla reflektionen och fantasierna levande och flexibla och ställa frågor om de begrepp man själv använder. (Haugsgjerd, 1985)

Andersson (2009) menar, bl.a. med utgångspunkt i erfarenheter från de psykospsykoterapiprocesser som han på djupet studerat i den tidigare nämnda avhandlingen att det teoretiska kunnandet är viktigt, men att en förutsättning för framgångsrik psykospsykoterapi har att göra med den interpersonella kvalitén i relationen. Kvalitéer hos terapeuten som kan bidra till att skapa förutsättningar för en god relation är exempelvis empatisk förmåga, intresse (Alanen, 2009b), tålmod, och genuin glädje i det terapeutiska arbetet (Haugsgjerd, 1985). Andersson (2009) pratar om en moderlig, närande, omvårdande och tillgänglig funktion. Terapeuten behöver också ha förmåga att hysa och stå ut med alla de känslor som patienten behöver dela med sig för att patienten skall börja lita på att det går att hållbara utan att man går sönder (Levander, 2007). Alanen (2009a) framhåller också att det vid sidan av god utbildning och en empatisk hållning är en fördel i den terapeutiska processen om man som behandlare har tillgång till sin egen omedvetna psykotiska domän så som den manifesterar sig i drömmar. Levander (2007) framhåller att terapeuten behöver vara trygg i sig själv och känslig för patientens verbala och ickeverbala signaler samt ha en ärlig vilja att bistå även när det blir svårt. Hon betonar också betydelsen av stöd och handledning (Levander, 2007). Andersson (2009) fann i sin studie att det var gynnsamt för det terapeutiska arbetet om terapeuten uppfattades som en verklig person snarare än en projektionsskärm. Likaså att relationen gynnades av att terapeuten blottade sin mänsklighet (Andersson, 2009). Andersson (2009) fann också att det av terapeuten ibland krävdes mod att på ett adekvat sätt gå utanför ramen. Man inser allt mer betydelsen av det interpersonella mötet i det terapeutiska

utvecklingsarbete (Andersson, 2009). Det finns idag också ett ökat intresse för diskussion och utbyte av erfarenheter mellan kognitivt och dynamiskt orienterade terapeuter och sammantaget finns det goda förhoppningar om att psykospatienter i framtiden skall få ta del av fler psykoteraeutiska insatser (Alanen et al., 2009b).

Psykoteraeutiforskningen – och alldeles särskilt psykospsykoteraeutiforskningen – är behäftad med metodologiska och vetenskapsteoretiska problem som gör det svårare att hävda effekten eller värdet i de psykoteraeutiska insatserna (Andersson, 2009). Effekterna av psykoteraeutik och inte minst psykoanalytisk eller psykodynamisk psykoteraeutik är svåra att belysa enligt sådana utvärderingskriterier (randomiserade kontrollerade studier) som dominerar det psykiatriska forskningsfältet och som i regel bättre passar för utvärdering av farmakologiska behandlingar (Koehler & Silver, 2009). Dock finns det även efter rådande utvärderingskriterier god evidens för kognitiv beteendeterapi (som genom sin karaktär är lättare att anpassa till RCT-studier) och nyare europeiska studier har också visat god effekt för psykodynamisk psykoteraeutik vid psykos (Koehler & Silver, 2009). Idag finns också ett ökat intresse för att utveckla utvärderingskriterier som bättre lämpar sig för psykoteraeutiforskning (Levander, 2007). Problemen i det psykoteraeutiska arbetet vid psykos är av ett helt annat slag än vid behandling av lindrigare störningar (Andersson, 2009). Vad man kan säga är att man i många studier där man tittat fördjupat på enskilda, skickliga psykospsykoteraeuters arbete funnit slående goda resultat. I större studier har resultaten ofta varit mer nedslående. (Alanen, 1997) Dessa större studier har varit behäftade med avgörande forskningsmetodologiska brister (Alanen, 1997) och är ofta gjorda på kliniker där man tillämpade terapeeutiska metoder som utifrån den aktuella dominerande synen på psykospsykoteraeutiskt arbete inte var optimala (Cullberg, 2004). Andersson (2009) menar att psykospsykoteraeutik är möjligt, men resurskrävande och att den terapeeutiska processen förmodligen kommer att bli mer sammansatt och svårare. Ett femårsperspektiv är, menar Andersson (2009), ett i sammanhanget kort tidsperspektiv. Angående psykodynamisk individualpsykoteraeutik menar så också Alanen (2009a) att det är möjligt att närma sig patientens värld genom symbolisk förståelse, men om det terapeeutiska arbetet skall bli framgångsrikt så behöver man utforska och förstå både patientens personlighetsutveckling, familjemiljö och aktuella problem varvid en empatisk och ömsesidig interaktion kan uppstå och bevaras på långsikt. I den finska behovsanpassade psykosvården har det psykoteraeutiska arbetet omgärdats av teamets eller avdelningens hållande funktioner (Alanen, 1997). Det är också Anderssons (2009) slutsats att ett framgångsrikt psykoteraeutiskt arbete förutsätter ett sådant kollektivt mellanområde som en avdelning eller

ett team kan utgöra och att det är viktigt med en fungerande arbetsallians mellan teamet och psykoterapeuten. Detta står i linje med Haugsgjerd (1985) miljöterapeutiska ansats.

Haugsgjerd (1985) pläderar för en slags psykologisk grundsyn som handlar om att alla människor skall erbjudas ett psykologiskt behandlingsalternativ och att det som man önskar hade gällt en själv faktiskt skall gälla alla. Han menar vidare att även om målet med en psykospsykoterapi är att patienten skall kunna lägga psykosen bakom sig så kan en terapeutisk process vara värdefull även om patienten i terapin inte fullt ut kan uppnå verklighetsanpassning. Haugsgjerd (1985) framhåller det terapeutiska bemötandets och förståelsens i sig mänskliga värde och att man som terapeut får vara beredd att acceptera att det sist och slutligen är patienten som väljer om han eller hon verkligen vill gripa tag i världen när den är inom räckhåll. Att lära känna den psykotiskes tankevärld och att förstå att denna tankevärld alltid har någon form av koppling till verkligheten är värdefullt i sig både för att det stärker bandet mellan patienten och behandlaren, men också för att patienten kanske kan uppleva en viss avlastning genom att han eller hon märker att någon verkligen bryr sig och försöker sätta sig in i det som patienten upplever (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Cullberg (2004) beskriver den moderna psykospsykoterapi som att man i den lägger stor vikt vid "kontaktskapandet, förmedlingen av ett realistiskt hopp och en stödjande hållning i att granska och gå emot problemen här och nu" (s. 267). Han menar i likhet med Haugsgjerd (1985) att "varje människa som för första gången genomgått en akut psykos bör få ett psykoterapeutiskt erbjudande för att bättre förstå sin aktuella livssituation och psykosreaktion" (s. 267).

Vid psykospsykoterapier har terapeuter i regel inte tillämpat regelrätt psykoanalys utan någon form av tillämpning av den i en psykodynamiskt orienterad psykoterapi. Det är framför allt relationen mellan terapeuten och patienten som varit central vid psykospsykoterapier och vidare har terapeuterna många gånger varit särskilt stöttande i sin hållning. Man kan se det som att patienten i en psykospsykoterapi stoppats i sin personlighetsmässiga utveckling på en mer grundläggande nivå och därför också har nytta av andra aspekter av den terapeutiska situationen än exempelvis neurospatients. (Alanen, 1997) Den första utmaningen vid en psykospsykoterapi är att etablera en bärande och trygg samarbetsrelation till patienten (Andersson, 2009; Cullberg, 2004; Haugsgjerd, 1985). En psykotisk problematik innebär ofta en viss slags skörhet som gör sig gällande i den terapeutiska relationen och som handlar om att det kan vara svårt för patienten att stå ut med de känslor som uppstår i terapisituationen. En slags ambivalens beträffande närhet och motstridiga känslor mellan att å ena sidan vilja knyta an till terapeuten och å andra ett

undvikande av detta genom att närheten både kan väcka rädsla för att uppslukas i relationen och för i den bli sårbar och utsätta sig för risken att bli övergiven och sviken. (Levander, 2007) Den här ambivalensen kan ses som ett uttryck för avsaknaden av ett gott tröstande inre objekt, vilket resulterar i att patienten i terapisituationen tenderar att närma sig och dra sig undan i förhållande till terapeuten och att den terapeutiska utmaningen då består i att kunna ta fasta på klientens försökt till kontakt, kärlek och gemenskap (Haugsgjerd, 1985). Att bemöta patientens motstridiga känslor av vilja och ovilja till kontakt i terapirelationen kan också beskrivas som att etablera ett mellanområde för ömsesidighet och lek där patientens inre värld kan möta den yttre och skapa någonting tredje och nytt eller så att säga föra över klienten från ett tillstånd där det inte går att leka till ett tillstånd där det går att leka (Viberg, 2007; Winnicott, 1981). Att skapa förutsättningar för lek är en utgångspunkt för all slags psykoterapi, men nog väl alldeles särskilt så vid psykoanalytiskt arbete vid psykoser genom att den psykotiska människan definitionsmässigt är innesluten i den egna inre världen. Alanen (2009) framhåller att det vid psykospsykoterapier är särskilt värdefullt att terapeuten har ett empatiskt hållande sätt att relatera till patienten, vilket ger patienten möjlighet att återuppleva den tidiga symbiotiska relationen och att i den bli speglad och därigenom successivt kunna mogna.

Tendenserna att i den terapeutiska relationen, liksom i relationer överlag, dra sig undan och innesluta sig i den egna föreställningsvärlden, dvs. det man kallar för de schizoida försvarerna, är ett sätt hos den psykotiska människan att skydda sig mot psykisk smärta (Haugsgjerd, 1985). Den schizoida tendensen, eller tendensen till att likställa det inre med det yttre i en illusorisk världsbild, återfinns hos oss alla och har sina rötter i våra tidigaste faser i livet (Winnicott, 1981). Den illusoriska tendensen är en slags överlevnadsstrategi i en skrämmande och oförutsägbar värld. Haugsgjerd (1985) menar att det psykoanalytiska arbetet vid psykoser först och främst består i att få tag i patientens kontaktsökande tendenser. Detta handlar om att hjälpa att patienten komma i kontakt med sina känslor och tankar och att genom detta gå vidare in i en psykologisk utveckling som han eller hon tidigare dragit sig undan. (Haugsgjerd, 1985) Psykospsykoterapin handlar enligt Haugsgjerd (1985) om att öka patientens förmåga att erkänna, uthärda och uttrycka svåra känslor, avsaknad och brist, ångest och depression, vilket kommer att minska patientens behov av de schizoida försvarerna. Den terapeutiska processen är på så vis en bearbetning av individuations och separationsfasen (Haugsgjerd, 1985). Andersson (2009) beskriver den terapeutiska processen som en i första hand reparativ snarare än regressiv process som handlar om ett slags återupprättande av det livsrum som patienten av en eller annan orsak försakats och om en påfyllande, närande aspekt

som förutsättning för tillväxt. De närande aspekterna handlar om att få bli speglad, bekräftad och göra sig av med affektivt kaotiskt material genom att terapeuten förmår härbärgera och metabolisera innehållet. Om en sådan relation kan upprättas kan en tillväxtprocess ta vid och patienten kan då genom adaptiv återföring (feedback, respons och återkoppling) få en ny känslomässig förståelse om den tidigare utsatta situationen. (Andersson, 2009) För att tala med Alanen (1997) kan man säga att psykospsykoterapi går ut på att som terapeut få tillträde till patientens ångest och regressiva, konkreta tänkande som ännu inte fått en symboliserad form samt om att hjälpa patienten med att ge det fritt flytande och ickesymboliserade tänkandet en symboliserad form (Alanen, 2009a). Genom en grundläggande trygghet i den terapeutiska relationen och situationen kan den terapeutiska processen bli en övning i ett modigare relaterande och varande i den verkliga världen. För att detta skall bli möjligt behöver den självläkande tendensen hos patienten som kan beskrivas som en önskan till ökad självinsikt möta terapeutens önskan om att vara en terapeut. Hjälparens uppgift är att leva sig in i patientens upplevelser samt att observera och förstå förhållanden på ett annat sätt och att förmedla tillbaks de nya insikterna till patienten som ett stöd i den självläkande processen. (Haugsgjerd, 1985) Andersson (2009) beskriver den trygga och utvecklande behandlingsmiljön som en kombination av moderligt närande och faderligt gränssättande aspekter både i relationen mellan patienten och terapeuten, men också i den sammantagna behandlingssituationen. Han framhåller betydelsen av det kollektiva mellanområdet som exempelvis en avdelning kan utgöra som en scen där patientens problematik kommer att gestaltas och där det moderligt närande och omvårdande och faderligt strukturerande och gränssättande bemötandet kan skapa förutsättningar för psykisk tillväxt och utveckling. Det moderliga och faderliga förknippas inte till manligt och kvinnligt i sig utan till närande respektive gränssättande kvalitéer som vi i olika grad kan ha fallenhet för oberoende av kön och som även behandlingsmiljöer i olika grad kan vara präglade av. (Andersson, 2009)

Matthis (1980) skriver att den symboliskt meningsfulla relationen mellan språk och känsla i den totala psykosen är avklippt och att "själva språket splittras i sina beståndsdelar och känslan blir total, rensad på nyanser och övergångar till andra känslor" samt vidare att "den nya relationen mellan det splittrade språket och den totala känslan är direkt och primitiv" varvid "ordet är tinget och känslan samtidigt" och "att tala är att handla" (s. 146). Med utgångspunkt i stress- och sårbarhetsmodellen kan svårigheterna att ge det fritt flytande och ickesymboliserade tänkandet eller känslorna en symboliserad form vara biologiskt eller psykologiskt och psykosocialt grundande, men i och med det interaktionistiska och monistiska perspektivet kan påverkan ske både utifrån farmakologiska,

psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser (Cullberg, 2004). Det är så man kan förstå att både mediciner och psykoterapi kan hjälpa den psykotiska människan. Cullberg (2004) framhåller att de största problemen egentligen uppstått då man hamnat i alltför ensidiga tolkningar av den psykotiska människans belägenhet och menar att man nu dock kan skönja en rörelse mot en monistisk människosyn. Den monistiska människosynen handlar om att man ser mentala aktiviteter, dvs. själen, som samtidigt med de fysiska, molekylära företeelserna. ”De är olika språk som beskriver samma händelse, olika sidor av samma mynt.”, skriver Cullberg (2004) (s. 201). Intensiva känslomässiga upplevelser som en psykoterapi eller en stark och långvarig ångest sätter sina spår i hjärnan” liksom även en fysiologisk påverkan som droger, mediciner och långvarig sömnlöshet har negativa effekter på vårt tänkande och känslomässiga relaterande till andra människor” (s. 29). Denna förståelse har medfört ett närmande mellan psykoanalys och neurobiologi (Alanen et al., 2009b; Koheler & Silver, 2009). Det omedvetna har börjat intressera både psykoanalytiker och biologer (Cullberg, 2004). Så skriver också Alanen och andra (1990) i en artikel apropå den finska behandlingsmodellen att de observationer vi gör från ett annat perspektiv än vår egen är nödvändiga för ett framgångsrikt arbete med psykoser. Det förefaller idag att finnas hopp om mer integrativa perspektiv och därmed om ett bättre omhändertagande vid psykos (Alanen et al., 2009b). Vilka behandlingsvägar vi än väljer och kan arbeta med är människans inre läkande kraft en utgångspunkt för våra stävanden (Cullberg, 2007). Apropå utveckling skriver Cullberg (2007) så här: ”Små ibland nästan omärkliga steg – det har jag lärt mig att utveckling handlar om. Vare sig det gäller att komma tillbaka efter ett psykiskt sammanbrott eller att komma ut ur mönster som präglas av inkompetens, bitterhet eller barndomens rädsla. Vi har en stark inbyggd förmåga till växt och läkning inom oss, precis som vid fysiska skador. Den läkningen kan understödjas eller hindras av olika faktorer och inflytanden.” (s. 272) Psykiatriskt behandlingsarbete handlar om att se de små stegen som leder till läkning och utveckling och att ta vara på det faktum ”att livet ständigt strävar mot att komma igen”, skriver Cullberg (2007) (s. 272).

Vägar till förståelse

En aktionsforskningsstudie

Den aktuella studien realiserades genom en aktionsforskningsstrategi. Aktionsforskning härstammar från en socialpsykologisk ansats som förespråkar en integrerad syn på vetenskap och praktik, tanke och handling och där en bärande tanke är att sociala processer endast kan förstås genom förändring (Fine et al., 2003). Aktionsforskningen har sålunda sina rötter i samhällsvetenskaplig forskning, men har på senare tider fått en ökad popularitet inom organisationsutveckling, utbildning, hälsovård och socialomsorg (Bradbury-Huang, 2010). Frågeställningarna inom aktionsforskning emanerar ur faktiskt upplevda problem eller behov i människors vardagliga praktiker i organisationer och i samhället. Forskningsprocessen inom aktionsforskning handlar mycket om att engagera människor i samarbetsrelationer och i ett gemensamt utforskande av den gemensamma frågeställningen. Frågeställningen får också lov att utvecklas och förändras efter hand, likaså de metoder som man tillämpar. Inom aktionsforskning lägger man stor tilltro till den form av erfarenhetsmässig och förkroppsligad kunskap som uppstår i verkliga mellanmänskliga möten och till dialogens och reflektionens omdanande kraft. Därför ser man heller ingen mening i att forskaren skall hålla sig på avstånd och avskilja sig från den kontext som studeras utan menar tvärtom att man kan förstå mer tillsammans. En viktig poäng med aktionsforskning är strävan att förändra och utveckla verksamheter. Centrala drag för aktionsforskning är sammanfattningsvis att den är praktiskt orienterad och syftar till förändring, att forskningsprocessen är livig och att den får utvecklas efterhand, att ansatsen inbegriper en önskan att förändra och utveckla samt att de som berörs av forskningen själva är delaktiga i processen. Aktionsforskning kan snarare ses som en strategi för samhällsforskning än en specifik metod. Strategin återspeglas i forskningens syfte och design, medan datainsamling kan omfatta såväl kvalitativa som kvantitativa metoder, allt beroende på forskningens syfte och karaktär. (Bradbury-Huang, 2010; Greenwood & Levin, 1998; Reason & Riley, 2008) Den här studiens övergripande tema som är att utforska hur patienter upplever sitt sammanhang i samarbetet med det ifrågavarande teamet är en praktiskt förankrad frågeställning som emanerar ur den berörda verksamheten och som inbegriper en önskan att förstå och utveckla en klinisk praktik. Utifrån dessa premisser föreföll aktionsforskning som en lämplig strategi. Även det att författaren är timanställd inom klinikkens slutenvård och på så vis har perifera beröringspunkter med teamets praktik bidrog till att aktionsforskning framstod som ett passande alternativ. Konkret innebar aktionsforskningsstrategin att studien syftade att generera kunskap som kan hjälpa patienterna

och som det ifrågavarande teamet kan ha nytta av i sin verksamhet. Strategin handlade också om att göra alla berörda parter på något vis delaktiga i forskningsprocessen.

Terapeutisk utforskningsmetod

Kunskapsprocessen i den här studien är en fri tillämpning av den terapeutiska utforskningsmetoden som Bengt Andersson (2009) har utvecklat och tillämpat i den tidigare nämnda avhandlingen *Berättelser om det kränkta rummet. Processen i det terapeutiska rummet och betydelsen av bemötandeförloppet i återhämtningsprocessen vid allvarliga psykiska svårigheter*. Anderssons (2009) avhandling är en utvärdering av vad som sker i det terapeutiska förändringsarbetet med sju schizofrenipatienter på en vårdenhets för unga personer med schizofreni. För att genomföra utvärderingen utvecklar Andersson (2009) en egen metod som är en kombination av en narrativ/berättande och hermeneutisk/tolkande strategi. Anderssons (2009) ambition är alltså både att beskriva och att tolka empirisk data. Det första ledet i förfarandet är att han utifrån ett gediget dataunderlag skapar sju fallstudier eller berättelser som han sedan i ett andra led tolkar hermeneutiskt. Denna hermeneutiska tolkningsakt närmar sig Andersson (2009) från ett interpersonellt och objektrelationsteoretisk psykoterapeutiskt håll. Kanske skulle man kunna uttrycka det som så att Andersson (2009) möter det vetenskapliga materialet med terapeutens hållning och redskap och att den hermeneutiska tolkningen sker utifrån en psykodynamisk referensram. Han söker att tolka texterna inte enbart utifrån de ord som uttalas, men också utifrån det som finns bakom de manifesta uttalandena. För att ge struktur åt tolkningsarbetet avgränsar Andersson (2009) vilka aspekter i berättelsen tolkningen skall fokusera på. Detta gör han genom att ställa frågor som är relevanta för frågeställningen till berättelserna. Hans tanke är att man inte kan erhålla kunskap inom den kliniska psykologins forskningsfält, exempelvis om det som sker i det terapeutiska mötet, enbart genom yttre betraktelser utan att man även behöver möta det här forskningsfältet utifrån dess speciella premisser. (Andersson, 2009) ”Den kliniska psykologin är en strikt och inom sina ramar, exakt vetenskap, men under ett eget paradigm. Ett paradigm som svårligen låter ämnet som sådant objektiveras och klassificeras, utan bäst skall först (fenomenologiskt) beskrivas och sedan (hermeneutiskt) tolkas”, skriver Andersson (2009) (s. 48-49). Den traditionella kliniska psykologins kvantitativa och i mycket positivistiskt orienterade forskningsmetoder begränsar kunskapsutvecklingen på området och det finns idag en utveckling mot mångfald av kvantitativa och kvalitativa metoder (Andersson, 2009). Den strikta uppdelningen i kvalitativa och kvantitativa forskningsansatser kan också ses som en konstruerad åtskillnad genom att de faktiska kunskapsprocesserna för det mesta omfattar både

kvalitativa och kvantitativa element (Allwood, 1999). Ensidigt positivistiska metoder är också generellt sett hämmande för kunskapsutvecklingen inom psykiatrisk forskning (Cullberg, 2007). Bristerna i ensidigt kvantitativa och enligt det rådande kunskapsparadigmet evidensbaserade s.k. randomiserade kontrollerade studier blir särskilt påtagliga inom psykoterapiforskning där man studerar komplexa processer (Andersson, 2009).

Det terapeutiska utforskandet i den vetenskapliga kontexten sker i likhet med utforskandet i det psykoterapeutiska mötet i mellanområdet mellan den inre upplevelsemässiga och yttre observerbara erfarenheten och inbegriper en narrativt berättande och en hermeneutiskt tolkande kunskapsprocess. Kunskapen byggs upp i mellanområdet där inre och yttre verklighet möts och ger upphov till någonting tredje och nytt. (Andersson, 2009) Psykoterapi kan beskrivas handla om två människor som leker tillsammans. Leken utspelar sig i ett delade mellanområdet där ny kunskap byggs. Den nya kunskapen är varken tillhörande klienten eller patienten men båda. (Viberg, 2007) Att forska är också att leka. Leken pågår mellan forskaren och de människor som exempelvis intervjuas eller de texter som forskaren vill förstå. Sådan kunskap kan man kalla för mellanområdeskunskap. Denna syftar inte bara till att beskriva men också till att tolka och generera en fördjupad förståelse för de studerade fenomenen. Den är varken subjektiv eller objektiv, inre eller yttre, men interpersonell och därmed lite av båda och samtidigt någonting tredje och nytt (Andersson, 2009). Anderssons (2009) poäng är att ett sådant mellanområde inte bara kan etableras mellan människor utan också mellan en forskare och det dataunderlag som en studie baseras på och att forskaren på så vis kan komma i dialog med exempelvis en skriven text. En forskningsprocess som syftar till att generera sådan mellanområdeskunskap förutsätter kontakt, dialog och vilja hos forskaren att förstå inte bara andra men också sig själv. Kunskapsprocessen är sålunda hermeneutiskt tolkande. Den hermeneutiska tolkningen handlar om att skapa en förståelse för vad en text betyder (Hallberg, 1999). Text kan i det här sammanhanget vara mycket mer än det vi vanligen förknippar med ordet text och exempelvis bestå av intervjuer, yttranden och drömmar (Eriksson, 1999). Texten kan beskrivas som en väv bestående av trådar som sticker ut och som ger möjlighet till mångfald av tolkningar (Hallberg, 1999). Hur vi tolkar en text eller världen överhuvudtaget för den delen är beroende av vår förförståelse, dvs. våra tidigare erfarenheter och upplevelser och den kunskap vi på förhand har. Gränsen för vår förmåga att se, ta till oss och ifrågasätta skapar vår förförståelse. Man pratar också om s.k. förståelsehorisont som man väl skulle kunna beskriva som vårt sätt att se på världen och förstå den. Förståelsehorisonten är inte låst utan kan genom möten också förändras och förskjutas. Ny förståelse uppstår när två horisonter närmar sig varandra och

smälter samman. Inte heller den horisontsammansmältningen är slutgiltig utan kan i sin tur smälta samman med ytterligare horisonter. Detta är vad den hermeneutiska kunskapsprocessen går ut på. Den hermeneutiska kunskapsprocessen är sålunda historisk till sin karaktär. Detta innebär att kunskapen förändras över tid genom nya upplevelser och erfarenheter. Man brukar även prata om hermeneutiska cirklar som kan beskrivas som att den som tolkar en text rör sig mellan textens helhet och detaljer fram och åter tills en fördjupad kunskap om textens innehåll har uppstått samt mellan förförståelse och ny förståelse som en ständigt fortskridande process som genererar en mångfald av tolkningar. (Andersson, 2009; Eriksson, 1999)

I den tidigare nämnda boken *Orden som fångslar oss* som på olika vis skildrar och försöker förstå en ung mans väg i psykosen skriver Matthis (1980) så här apropå förståelsens premisser: "För att förstå en annan människa krävs att man är villig att delvis ge upp sig själv. Om jag betraktade Runes ord och handlingar från mitt eget utsiktstorn enbart, skulle jag aldrig kunna upptäcka vad han såg från sitt. Jag måste komma i samma läge som han. Naturligtvis kunde det aldrig vara fråga om att äntra hans torn. Det måste återigen vara mitt eget, men så beläget att min utsikt nära nog överensstämmer med hans. Jag måste bygga ett eget torn av ångest och förföljelse, med bitar lånade från Rune och hans värld, men bygget måste bli mitt eget." (s. 91) Kanske skulle man kunna säga att just detta som Matthis (1980) beskriver behöver ske för att s.k. mellanområdeskunskap skall kunna ta form. För att förstå en annan människa eller en text måste man såväl som terapeut som forskare komma i kontakt och växelverkan med motparten och ta del av den inre upplevelsen. I den terapeutiska utforskningsmetoden utgår man precis som i det psykoterapeutiska utforskandet från en berättelse som skapar ordning och sammanhang i ett material (Andersson, 2009). Berättelsen gör materialet hanterbart. Metoden förutsätter att forskaren har en slags moderskvalitet inom sig som gör det möjligt att upprätta ett mellanområde där forskaren kan möta det studerade fenomenet intuitivt och förstå det affektivt. Det här förutsätter också ett affektivt och varmt lyssnande som sträcker sig bortom ytan mot den oartikulerade inre världen. Vad forskaren också gör med den kunskap som tar form i mellanområdet är att han eller hon berikar och sammanför det med sin tidigare kunskap eller s.k. förförståelse. Slutligen behöver forskaren så att säga hämta ut kunskapen ur mellanområdet genom att beskriva och tolka materialet. (Andersson, 2009) Genom att berättelsen är att betrakta som en väv bestående av lösa trådar är den också öppen för många tolkningar. Mångfald av tolkningar kan skapa en pågående diskussion där olika perspektiv kan få oss att upptäcka alternativa tolkningar (Enckell, 2009). En bra tolkning fördjupar inlevelsen (Cullberg, 1992), men utesluter inte andra möjliga

tolkningar (Cullberg, 2007).

En mångfasetterad tolkning förutsätter en känsla för den poetiska dimensionen i språket. Den poetiska dimensionen uttrycker den omedvetna, preoidipala, driftsmässiga och affektiva artikulationen som går tillbaka till det lilla barnets relation till modern. Det poetiska finns inte i orden eller i den uppenbara betydelsen av dem utan exempelvis i rytmen, tystanden, mellan orden i det ordlösa. Den poetiska dimensionen är ett affektivt material som söker en symboliserad form. Språket uppstår i ett växelspel mellan de förkroppsligade affekterna/drifterna och den sociala omgivningen. Den verbaliserade artikulationen måste betraktas i ett tredimensionellt perspektiv som omfattar avsändare, mottagare och yttre kontext. Detta innebär att orden finner innebörder både horisontellt som tillhörande den som uttalar dem och dem som mottar dem och vertikalt i ett tidsmässigt perspektiv i förhållande till ord som uttalats innan. Orden kan på det här viset förstås åtminstone från två olika vinklingar, i intersektionen mellan den horisontella och vertikala linjen, det vill säga mellan ett jag och ett du och vidare mellan ett då och ett nu. Det är i denna mångfald av möjliga kopplingar mellan jag och du samt nu och då som subjektet blir till och finner sin unika röst, en röst som dock är stadd i ständig förändring. Detta ger den poetiska texten en dialogisk och ambivalent karaktär i motsats till den episka monologen som förkunnar ett entydigt, fixerat budskap. Poetiken återfinns inte bara i dikten utan även i andra litterära uttryck och det vardagliga pratet exempelvis. Det poetiska är en preverbal aspekt av artikulationen. (Kristeva, 1969; Kristeva, 1974) I mötet med den poetiska texten både upplöser och rekonstruerar läsaren texten (Franzén, 1995). Textens affektiva och poetiska dimension är väsentlig för den terapeutiska utforskningsmetoden genom att den belyser hur forskaren i egenskap av läsare i kunskapsprocessen kan upprätta ett mellanområde mellan texten och sig själv och genom en terapeutiskt utforskande hållning möta textens affektiva material i ett dialogiskt samtal med texten. Kroppen finns i orden och orden i kroppen. I ett intensivt möte med ett textmaterial kan det uppstå en dialogsituation som är att likna vid det psykoterapeutiska mötet med en levande människa (Cullberg, 1992). Man kan säga att den litterära situationen har förskjutits från lyssnandet till läsandet och från att förstå författaren/berättaren till att förstå texten (Elleström, 1999). Den föreliggande studiens berättelser eller narrativa material består av sexton patientintervjuer som transkriberas och analyseras. Kunskapsprocessen består i att i intervjusituationens berättande och lyssnande situation och i analysituationens läsande och tolkande situation försöka skapa ett mellanområde där ny kunskap kan skapas.

De intervjuade och intervjuförfarandet

För studien intervjuades sexton patienter med en psykotisk problematik som har en aktiv relation till teamet och som knutit an till teamet. Det fanns ingen strävan till slumpmässighet. Viktigt var att de intervjuade vid tidpunkten för intervjuerna inte fick vara aktuella inom slutenvården och att de som intervjuades skulle ha en etablerad samarbetsrelation till teamet och verksamheten. I vårdprogrammet som teamet arbetar efter poängteras arbetsalliansen som en grundförutsättning för behandlingen (Psykiatri Skåne, 2010). Därför föreföll det också naturligt att välja ut patienter som teamet etablerat en sådan allians och relation till att meningsfull behandling kunnat ta vid. Det var också viktigt att tänka på att patienten inte kunde fara illa av intervjusituationen eller uppleva den som alltför påfrestande. Den här bedömningen gjordes av de enskilda behandlarna som också ansvarade för att tillfråga informanter. Vidare försökte man att få med patienter från olika behandlare. I praktiken blev det så att vissa behandlare kunde bidra med fler patienter till studien. Det föll sig så att man fick en relativt god blandning avseende ålder och kön, även om dessa aspekter inte var uttalade urvalskriterier. Även livssituationen och psykosbilden varierade starkt mellan de intervjuade. Det fanns också en viss variation avseende etnisk och kulturell bakgrund och socioekonomiska faktorer. De patienter som tillfrågades att delta i studien fick information om studiens innehåll först av den behandlare som frågade och sedan av författaren i intervjusituationen. Dessutom fanns ett patientbrev som redogjorde för studiens innehåll (se bilaga B). Alla patienter som tillfrågades och som önskade delta intervjuades. Några av de tillfrågade som initialt önskat att delta ändrade sig senare. Diagnostiskt begränsade sig urvalet till teamets målgrupp (schizofreni, schizoaffektiv sjukdom, vanföreställningssyndrom, akuta och övergående psykotiska syndrom och ospecificerad psykos) (Psykiatri Skåne, 2010). Teamets verksamhet omfattar även att hjälpa vid dubbelproblematik präglad av psykossjukdom och missbruk (Psykiatri Skåne, 2010), vilket också återspeglades vid urvalet till denna studie.

Intervjuerna gjordes av författaren som gick in i intervjusituationerna med en öppet utforskande hållning. I inledningen till metodboken *Den kvalitativa forskningsintervjun* ställer Brinkmann och Kvale (2009) frågan: "Om man vill veta hur människor uppfattar sin värld och sitt liv, varför inte prata med dem?" Brinkman och Kvale (2009) menar vidare att sättet att prata med människor så som det gestaltar sig i forskningsintervjuarens roll antingen kan liknas vid malmlätarens eller resenärens roll; malmlätaren söker efter objektiv fakta och väsentliga meningar som uppfattas som existerande oberoende av relationen mellan de intervjuade och intervjuaren medan intervjuaren som resenär istället ger sig ut på en färd mot

en berättelse som för att tala med Brinkmann och Kvale (2009) skall förtäljas vid hemkomsten och som skapas i mötet mellan intervjuaren och de intervjuade. Den kvalitativa forskningsintervjun syftar till att frilägga de intervjuades livsvärld genom att intervjuaren och de intervjuade sammankommer för en stunds gemensam färd. Med livsvärlden menar man världen sådan som den upplevs av individen i vardagslivet ur hans eller hennes perspektiv och oberoende av några förklaringar. Kunskap betraktas utifrån resenärmetaforen inte som någonting färdigt existerande utan som någonting som uppstår genom att människor är tillsammans och möts i samtal. (Brinkmann & Kvale, 2009) Tanken med intervjuförfarandet i den här studien var att frilägga de intervjuades livsvärld i ett levande dialogiskt samspel. Kunskapen betraktades inte som färdigt existerande utan som någonting som potentiellt kunde byggas upp och skapas i mellanområdet mellan alla som deltar i forskningsprocessen. En utgångspunkt var att i samtalen skapa kontakt och öppenhet och det var prioriterat att intervjusituationen skulle bli en positiv och trygg upplevelse för patienten. Genom att tiden ändå var begränsad och genom att intervjun syftade till att utforska en specifik forskningsfråga var formen för intervjuerna ändå inte lika öppen som exempelvis i ett psykodynamiskt utforskande samtal utan halvstrukturerad. Utifrån forskningsfrågan och prioriterade premisser i intervjusituationen utarbetad författaren, teamet och handledaren tillsammans en intervjustruktur (bilaga C). Genom att kontakt och öppenhet var prioriterade kvalitéer i samtalen kom intervjustrukturen i olika skeden av de enskilda intervjuerna och i varierande grad mellan de olika intervjuerna att hamna ömsom i förgrunden ömsom i bakgrunden. Det viktiga var inte att slaviskt få med alla punkter på frågelistan, men att skapa ett möte och ett samtal där patienten skulle kunna prata om sina upplevelser på ett naturligt vis. Lika viktigt som att fråga var att lyssna och att tänka tillsammans. Även de yttre ramarna för intervjusituationen varierade. Ibland gjordes intervjuerna ensam av författaren på kliniken, ibland tillsammans med patientens vårdkontakt i teamet antingen hemma hos patienten eller på kliniken och i vissa fall gjordes intervjuerna ensam av författaren hemma hos patienten. Intervjuerna varade cirka 45 minuter. Några blev något kortare, andra något längre. Samtliga intervjuer spelades in och transkriberades.

Analys/tolkning av det empiriska materialet/berättelserna

Inledningsvis övervägde författaren i analysen av det empiriska underlaget att tillämpa en tolkande fenomenologisk analys (Smith & Osborn, 2008; Willig, 2008), kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2003; Hsieh & Shannon, 2005) eller en typ av ad hoc metodik där man kombinerar olika former av analytiska metoder (Brinkmann & Kvale,

2009). Ingen av dessa metoder föreföll dock att passa in i studiens kunskapsyfte och faktiska kunskapsprocesser. Istället valdes som sagt den terapeutiska utforskningsmetoden i vilken analysen av det empiriska materialet eller berättelserna i Anderssons (2009) tappning sker genom att forskaren ställer några frågor till texterna och sedan tolkar berättelserna med fokus på dessa frågeställningar (Andersson, 2009). Tolkningen sker i Anderssons (2009) studie utifrån den terapeutiska hållningen och en psykodynamisk referensram. I analysen av det empiriska materialet tillämpades i det föreliggande arbetet en liknande terapeutiskt tolkande strategi. Vägen från den muntliga berättelsen till den skriftliga berättelsen gick i den här studien via transkribering av de inspelade intervjuerna. Intervjuerna skrevs ut av författaren ordagrant med hummanden. Studiens empiriska underlag bestod alltså av sexton transkriberade intervjuer. Nästa moment i bearbetningen av intervjumaterialet var att analysera det och att på något vis sammanställa det. För att göra detta begav sig författaren in i en dialog med berättelserna och plockade ut centrala teman ur dessa. Författaren läste texterna i omgångar och markerade centrala teman i dem. Det här första tolkande arbetet kan beskrivas som en hermeneutisk kunskapsprocess. Tolkningsarbete syftade inte till att tolka alla potentiella teman utan fokuserade på teman som var relevanta för studien. På så vis kan man säga att författaren ställde följande frågor till de transkriberade intervjuerna/texterna:

1. Hur upplever patienter tillämpningen av centrala målsättningar i vårdprogrammet?
2. Hur upplever patienter det kontaktskapande behandlingsarbetet?
3. Hur tänker sig patienter att man skulle kunna utveckla samarbetet?
4. Kan man förstå patienters upplevelser utifrån en organisatorisk dimension och utifrån den organisatoriska förändring som bildandet av ett specialiserat psykosteam innebar?

Dessa frågor ställdes både till de enskilda intervjuerna och till materialet som helhet. Författaren rörde sig således mellan del och helhet i det empiriska materialet. En utgångspunkt för det tolkande arbetet var författarens förförståelse, både den generella förkunskapen om forskningsfältet, men också den förkunskap som författaren skapat sig i själva intervjusituationen. Författaren var ju den som genomförde intervjuerna och var ju på så vis med i den meningsskapandeprocessen redan där. Genom denna tolkningsprocess som konkret alltså handlade om att läsa materialet om och om igen, leta efter relevanta teman och att reflektera över texterna började förståelse kring de frågor som författaren inledningsvis ställde till texten gry. Denna gryende förståelse presenterade författaren först för teamets psykolog individuellt och sedan för hela teamet som ett preliminärt resultat för studien. I det

preliminära resultatet bestående av 48 sidor text var centrala teman underbyggda med ett avidentifierat material från patientintervjuerna. För slutrapporten utarbetades ett mer komprimerat resultat som bygger på centrala teman från det preliminära resultatet och avidentifierade citat från patientintervjuerna som författaren omformulerat till dikter. Dikterna bygger således på ord från patientintervjuerna kopplade till de identifierade för frågeställningen relevanta teman men i av författaren konstruerade kombinationer som skapar små berättelser. Den tidiga tolkningsfasens sökande efter ord för den affektiva upplevelsen kan liknas vid det poetiska uttryckets mångtydighet och känslomässiga uttryck bortom orden (Niemi, 2008). Den poetiska formen var tänkt som en form av tidigt tolkningsförsök av materialet som ändå skulle lämna materialet öppet för övriga läsare att tolka och reflektera över. Tanken med poemen var också att i resultatet belysa det affektiva materialet bortom de uttalade orden och att på så vis försöka belysa de intervjuade patienternas poetik. Dessa poem delade författaren ut till teamet för reflektion och kommentarer. Författaren presenterade och diskuterade också resultatet med teamet på ett morgonmöte samt i ett enskilt möte med teamets psykolog. Det sammantagna intrycket av resultatet formulerades av författaren i resultatdelens löpande text.

Etiska betänkligheter

Intervjuade patienter informerades om studiens syfte, utformning och innehåll. Detta skedde initialt muntligen av respektive vårdgivare när han eller hon frågade om patienten vill delta i studien samt muntligen av författaren inför varje intervju. Det fanns också ett patientbrev (se bilaga B) som delades ut i vissa fall. Allt deltagande både avseende patienter och anställda byggde på frivillighet. De inspelade intervjuerna behandlades som sekretessbelagt material och förvarades på klinikens arkiv samt bearbetades på kliniken. Inspelningarna fick endast användas för det avsedda ändamålet och raderades efteråt. Genom att studien realiserades på en vårdenhets omfattades den även av den för verksamheten gällande lagstiftning som helhet. Forskaren arbetade i enlighet med den ovan nämnda lagstiftning och i egenskap av blivande psykolog utifrån yrkesetiska principer för psykologer. Inledningsvis diskuterades huruvida studien borde granskas av etiska rådet, men genom att den inte syftade till att utforska patienters livsvärld i sin helhet eller upplevelser av det psykotiska tillståndet utan att fokus låg på upplevelser av samarbetet kom teamet, handledaren för arbetet och författaren i samråd med varandra fram till att en sådan prövning inte krävdes. Det fanns också ett tidigt samförstånd mellan teamet och författaren kring att alla intervjusituationer skulle anpassas efter patientens önskemål och behov.

Forskningsprocessen

Brinkmann och Kvale (2009) sammanfattar intervjuundersökningsprocessen som bestående av sju stadier som består av tematisering, planering, intervju, utskrift, analys, verifiering och rapportering. Författarna pekar samtidigt på att de faktiska aktiviteterna vid intervjuundersökningar ofta är mer kaotiska och att forskningsprocessen många gånger inte följer en sådan linjär turordning utan att det pågår ett ständigt samspel mellan de olika faserna (Brinkmann & Kvale, 2009). Forskningsprocessen i den här studien har omfattat de sju stadier som Brinkmann och Kvale (2009) benämner, men har inte framskridit i en rak linje från tematisering till rapportering, utan har snarare bestått av en ständigt pågående rörelse och växelverkan mellan de olika elementen i forskningsprocessen. De olika elementen eller stadierna i den här forskningsprocessen har också till stora delar försiggått parallellt med varandra. Forskningsprocessen påbörjades våren 2011 då författaren först sammankom med handledaren och teamet och då den övergripande forskningsfrågan formulerades. Studiens förberedande arbete gjordes under våren 2011 och intervjuerna genomfördes och transkriberades successivt under sommaren och början av hösten 2011. Skrivarbetet och analysen av materialet pågick delvis parallellt med intervju- och transkriberingsfasen, men intensifierades under hösten 2011. Det har också funnits aktivare och passivare faser i forskningsprocessen även om det också kanske varit så att bearbetning av material pågått i det tysta under tillsynes mindre aktiva faser. Kunskapsutvecklingen har till stora delar varit dialogisk och skett i ett utbyte och i ett samarbete med alla som deltagit i studien. Samtidigt har författarens ensamarbete och dialog med det teoretiska och empiriska materialet och författandet av själva slutrapporten också haft stor betydelse för kunskapsutvecklingen i forskningsprocessen. Man kan betrakta skrivandet som en i sig reflekterande verksamhet (Olsson, 2008). Mycket av forskningsprocessen i den här studien har handlat om att skriva. Skrivandet har bestått i att översätta tal till text genom transkribering av de inspelade samtalen men också om att formulera tanken genom att analysera det empiriska materialet och sammanfatta den affektiva valören i materialet i poem samt skriva själva forskningsrapporten. Likaså har tolkningen eller försöket att finna en fördjupad förståelse av forskningsfrågan varit ständigt närvarande i processen. De första försöken till tolkning av materialet började spira då forskningsfrågan formulerades och de första intervjuerna genomfördes. Också den successivt fördjupade teoretiska förståelsen av forskningsfältet har bidragit till nya infallsvinklar i tolkningsprocessen. Processen har varit öppen på så vis att den utformats och modifierats efterhand och genom att exempelvis val av analysmetod för tolkning av data omvärderades under resans gång. På så vis har forskningsprocessen levt upp till den valda

aktionsforskningsstrategin. Sammantaget har processen formats av såväl yttre omständigheter och ramar som inre skeenden och förståelse hos dem som deltagit.

Forskningsresan har för författaren varit en positiv, lärorik och befriande process och författaren har funnit ett stort nöje i altereringen mellan dialogiskt kunskapssökandet genom samtal och dialogiskt ensamarbete med texter. Processen har också varit behäftad med en rad problem som framförallt relaterat till tidsbrist, vissa svårigheter med att hitta patienter för intervjuerna, brister i den tekniska utrustningen och begränsningar i författarens förförståelse av den psykotiska problematiken och mer specifikt i det ifrågavarande teamets sätt att arbeta. För förståelsen hade det möjligen varit en fördel om författaren varit ändå mer delaktig i teamets verksamhet. En utmaning i processen var också för författaren att finna en lämplig balans mellan verksamheten och forskarrollen. Att finna en analysmetod för tolkning av det empiriska dataunderlaget som på ett rimligt vis skulle passa in i studiens kunskapsyfte och de faktiska kunskapsprocesserna var kanske den största utmaningen i processen. Det skedde då författaren beslutade att överge den initialt tänkta mer traditionella fenomenologiska analysen och att fullt ut fullfölja den valda terapeutiska utforskningsmetoden blev en brytpunkt som skulle frigöra hela processen och utmytna i någon form av metodologisk frigörelse som kändes som en värdefull erfarenhet för författaren. Givetvis hade det också varit intressant att komplettera dataunderlaget med ett frågeformulär och att på så vis kunna triangulera data eller exempelvis genomföra några fördjupade intervjuer eller någon form av fallstudier som ytterligare ett inslag till ökad eller mer nyanserad förståelse av den utforskade livsvärlden. Styrkor i forskningsprocessen har varit att samtalen med patienterna blivit bra och att det har känts som att det uppstått en öppenhet och kontakt i intervjusituationerna. Det var också en fördel att transkribera texterna genom att författaren i transkriberingsarbetet kom in i materialet, men också efteråt kunna betrakta det från en viss distans och att det i materialet genom transkriberingen skedde en förskjutning från lyssnandet till läsandet, vilket öppnade för en ytterligare dimension för dialog i förhållande till materialet. Sammantaget har forskningsprocessen varit lärorik och öppnat upp författarens ögon för att forskning likväl som psykoterapi kan vara att hjälpa.

Validitet i mellanområdeskunskap

Kunskap som skapas i mellanområdet tillhör varken det yttre, mätbara och observerbara eller det inre, upplevelsemässiga och subjektiva kunskapsfältet, utan omfattar båda (Andersson, 2009) och är samtidigt någonting tredje och nytt som är någonting annat än summan av inre och yttre. Validiteten i sådan kunskap befastes i likhet med tolkningens validitet i det

psykoterapeutiska mötet genom en dialog beträffande slutsatsernas eller tolkningarnas riktighet (Kvale, 1989). Den goda tolkningen eller slutsatsen vidgar vyerna och de hermeneutiska cirklarnas mångfald, dvs. genom att berättelsen alltid lämnar sig öppen för nya tolkningsmöjligheter som även kan samexistera, skapar förutsättningar för var och en att upptäcka det som Enckell (2009) kallar för den döda vinkeln i den egna förståelsen. Validiteten i mellanområdeskunskapen kan således i likhet med validitet i kvalitativ forskning generellt anses ha som en kommunikativ valör (Kvale, 1989), dvs. att tolkningens validitet fördjupas, förkastas, utvecklas eller modifieras genom samtal exempelvis med dem som intervjuats för en studie eller med andra forskare inom området. Den vetenskapliga forskningsrapporten kan betraktas som ett diskussionsinlägg som bidrar med ett eller några perspektiv på det studerade fenomenet och som kommer att utgöra förförståelse för kommande studier. För att tala med Julia Kristeva (1983) skulle man även kunna beskriva mellanområdeskunskapen som ett paradigm som befinner sig mittemellan en klassisk tolkningsattityd som söker mening utifrån en tryggad utgångspunkt och en decentraliserad diskursiv attityd (i Franzén, 1995). Validiteten i mellanområdeskunskapen förutsätter sålunda ett ständigt ifrågasättande och en ständigt pågående rörelse mellan upplösande och sammanbindande element i tolknings- eller förståelseprocessen. Mångfalden av infallsvinklar förutsätter också att underbygga sina slutsatser med ett empiriskt underlag och att inta en kritisk hållning till materialet genom att låta olika och motstridiga perspektiv framträda. Sanningsbegreppet är i mellanområdeskunskapen att betrakta som interpersonellt. I kvalitativ forskning och framför allt inom aktionsforskning värdesätter man också s.k. pragmatisk validitet som handlar om att kunskapens validitet är beroende av huruvida den hjälper oss att agera på ett sätt som ger önskat resultat (Kvale, 1989). Utifrån det här betraktelsesättet är kunskap handling (Kvale, 1989). I mycket handlar validiteten i mellanområdeskunskapen också om kontextualisering, dvs. att placera tolkningarna exempelvis i ett kulturellt och historiskt sammanhang. Skårderud, Haugsgjerd och Stänicke (2010) framhåller att "historiemedvetenhet och historiska kunskaper" är "ett nödvändigt inslag i" det psykiatriska "yrkesområdets kvalitetssäkring" (s. 57). Validiteten i mellanområdeskunskapen är sålunda beroende av graden av medvetenhet om förförståelsens betydelse i kunskapsprocessen. Ett allmänt kriterium för trovärdigheten i forskningsresultat är också hur välgenomfört det hantverksmässiga arbetet i studien är (Allwood & Eriksson, 2010). Det här hantverksmässiga kriteriet är centralt för validiteten i mellanområdeskunskapen.

Presentation av resultaten

Att treva efter orden

Resultatet presenteras dels i löpande text i denna resultatdel samt i form av poem som bygger på patientcitats som kopplas till de identifierade temana i bilaga D. Poemen bygger på patienternas ord, men dock så att ett poem kan vara konstruerat utifrån flera, ofta ett stort antal citat. Poemens rubriker är samtidigt rubriker för identifierade teman. Författaren har kombinerat fritt inom temat, men endast tillfört enstaka bindeord. Citat i den löpande texten i resultatdelen är hämtade från poemen och patientintervjuerna. Slutsatser i resultatdelens löpande text underbyggs också med hänvisningar till relevanta poem i bilaga D. Tanken med den poetiska presentationsformen i bilaga D är att låta det empiriska materialet tala för sig och att belysa de identifierade temana med patienternas egna ord och att samtidigt genom den suggestiva uttrycksformen försöka bringa upp i dagen den affektiva kraften i materialet och bereda ett tolkningsutrymme i det. Poemen syftar till att frilägga de intervjuades, dvs. subjektets, poetik. Det poetiska uttrycket förstås utifrån Kristeva (1974) som ett ambivalent och dialogiskt uttryck som inrymmer en affektiv, preverbal aspekt. Det betraktas också utifrån Niemi (2008) att inrymma det slag av trevande kvalitéer som den tidiga psykodynamiska tolkningen kan ha. Dikterna är ett försök att i kondenserad och förtätad form förtälja de intervjuade patienternas gemensamma berättelse. Poängen med att i denna resultatdel presentera resultatet i löpande text är att göra det mer sammanhållet och tillgängligt för läsaren. Läsaren får sålunda möjlighet att närma sig resultatet i en mer bearbetad och förhoppningsvis mer läsbar form i denna resultatdel, men också att närma sig resultatet eller de identifierade temana i en råare och mer suggestiv form i poemen i bilaga D. Kanske skulle man kunna säga att poemen i bilaga D är en slags fragmentariska protoberättelser som resultatdelens mer sammanhållna berättelse emanerar ur. Temana/poemen i bilaga D liksom även presentationen av resultatet i den påföljande löpande texten är uppdelade i fyra huvudområden eller rubriker, nämligen vårdprogrammet samt upplevelser av det kontaktskapande behandlingsarbetet, upplevelser av den organisatoriska dimensionen, patienternas upplevelser av sin situation i samhället samt patienternas tankar om hur man kan utveckla verksamheten. Varje delområde svarar mot studiens frågeställningar som också varit de frågor som författaren ställt till det empiriska materialet i analysfasen. Ett undantag är delområdet som berör patienters upplevelser av sin situation i samhället som inte direkt svarar mot någon av studiens frågeställningar, men som relaterar till hur patienterna generellt upplever sin situation och som också kan kopplas till vilka utvecklingsområden som är viktiga

att tänka på. Därför finns delområdet med i resultatet även om det kan synas ligga vid sidan av fokus för studien. Resultaten sammanfattas, tolkas och kontextualiseras vidare i den påföljande diskussionsdelen.

Del 1: Vårdprogrammet och det kontaktskapande samarbetet

De intervjuade patienterna känner sig generellt sett hjälpta och trygga med sina enskilda behandlare och hela behandlingssituationen (se bilaga D poemen *Äntligen hjälp, Trygghet och Tillit*). Många av de intervjuade patienterna beskriver det som att de varit mycket slitna eller haft mycket stress i sina liv och att livet som någon uttrycker det kommit till en punkt där det handlat om att "ändra" på det "eller dö". De flesta av de intervjuade patienterna har haft långvarig eller till och med mycket långvarig kontakt med psykiatrin, men många beskriver kontakten med sin särskilda behandlare eller teamet som en vändpunkt då man upplevt att man "äntligen fått hjälp". Känslan av att bli hjälpt förefaller att förknippas med bemötande, kontakt och trygghet eller som någon patient svarar på frågan vad det var som gjorde att en förändring blev möjlig så var det "nog bemötandet" och "att de var positiva från början" och "den personliga kontakten". Patienter poängterar också betydelsen av trygghet och någon menar exempelvis att det väl är "att man känner sig trygg som betyder mest". Någon beskriver sin behandlare som sin "trygghet" och "högra arm". Tryggheten förefaller också i vissa fall att förknippas med lokalerna som uppfattas som ett "lugnt" och "skönt ställe att komma till" där man "känner sig som hemma". Tryggheten förknippas också med vetskapen om att teamet och den egna behandlaren finns där om någonting skulle inträffa. Det känns bra att "veta att de finns där" och att "de känner mig" och att man "vet vart" man "har dem" och "att man har någon med på tåget". Tryggheten förknippas alltså med att man känner varandra och "att det blir personligt", men också med att behandlarna uppfattas som "tydliga" och tillgängliga och att de finns där och "vet vad de gör". Likaså säger patienterna att de känner att de enskilda behandlarna och teamet stöttar och ställer upp mycket och att de ger ett stort värde på det här stödet (se bilaga D poemet *Stöd*). Någon uttrycker det så här: "Hon har ju varit ett fantastiskt stöd för mig. Hade jag inte haft henne så vet jag faktiskt inte vad jag hade gjort alltså." Någon annan menar att "de ger ju mycket stöd" och att "det är ju mycket oron med som ställer till det". Patienter tar också upp att det känns viktigt att ha någon med sig i livets olika kriser. Man upplever det som att man får "mycket uppbackning" och att behandlarna och teamet "ställer upp". Ingen av de intervjuade patienterna har på något vis uttryckt att han eller hon skulle känna sig ensam eller otrygg i kontakten med sina behandlare och teamet. Många uttrycker starka positiva känslor för sina behandlare (se bilaga D poemet

Tycker om). Man beskriver behandlaren som "världens bästa människa", som en "andra mamma" eller någon som man är "stormförtjust i".

De flesta patienter känner sig också förstådda och bekräftade och upplever att behandlaren/behandlarna lyssnar och bryr sig (se bilaga D poemen *Förståelse* och *Bryr sig*). Patienter beskriver sin behandlare som "lyhörd" och som någon som "sätter sig in", "lyssnar", "lär känna", "tar på allvar" och "bemöter som en person". Flera patienter beskriver det som att man därför kunnat prata på "ett helt annat sätt", bli "förstådd i sin sjukdom", "bli bekräftad i sitt" eller "plötsligt fått en chans att förklara" sig och "bli förstådd". Några få patienter upplever att behandlarna inte riktigt förstår honom eller henne eller att hon eller han inte riktigt känner igen sig i behandlarnas syn på honom eller henne (se bilaga D poemet *Missförstånd*). Sådana upplevelser av att inte riktigt bli förstådd eller inte riktigt komma överens med sina behandlare beskriver någon av de intervjuade patienterna så här: "Men vissa förstår mig inte ändå. Vissa saker kommer vi inte överens om. När de inte förstår att man ser inte samma nyanser." Upplevelser av att inte riktigt bli förstådd kan också handla om att man inte riktigt känner igen sig i behandlarnas syn på en själv eller den egna problematiken. Någon konstaterar så här: "Jag bryr mig inte om att läsa journalerna för de stämmer inte överens med mig själv". Man förstår att det bakom dessa uttalanden också kan ligga en längtan efter att bli bekräftad eller bejakad i sitt eget sätt att vara och få "mer frihet" eller som någon patient uttrycker det "så blir jag glad när jag får vara annorlunda". Några av de intervjuade patienterna tar också upp att närheten till behandlaren också kan kännas svår eller problematisk att hantera (se bilaga D poemet *Nära ont*). Patienter beskriver det som att det kan kännas jobbigt att "ha kontakt och den närheten till en person" eller att "då blir man tätare liksom och det gör ju att det kan vara svårt" eller att närheten kan upplevas som hotfull och att man känner sig "trygg när" man "är ensam själv". Samtidigt som patienter tar upp betydelsen av professionaliteten och att de uppfattar teamets medarbetare som professionella säger de också att de uppskattar att behandlarna känns genuina och att det blir personligt och äkta i kontakten (se bilaga D poemen *Proffs* och *Äkthet*). Samtidigt som man betonar betydelsen av "utbildning", "teoretisk" och "praktisk" kunskap, "erfarenhet" och att behandlaren har "kunskap om psykos" så poängterar många att det är viktigt att kontakten är "äka", "personlig" och "rak och ärlig". Någon av de intervjuade patienterna formulerar det så här: "De är väl äkta i kontakten när man träffar dem. Det är inget spelat bemötande utan de är som de är liksom".

Många tar på olika vis upp tiden som en betydelsefull faktor på så vis att det tar tid att få förtroende för någon och att förändring tar tid och att när man väl fått förtroende för

någon så vill man gärna ha kvar den personen (se bilaga D poemen *Äntligen hjälp* och *Kontinuitet*). Någon formulerar det som att "om man liksom lättar sitt hjärta och man får förtroende för någon, då vill man gärna ha den människan" och att man "verkligt uppskattar" kontinuitet och att man får ha samma behandlare med sig "hela vägen". Många tar också upp att man speciellt uppskattar om man kan ha kontakt med den egna behandlaren i samband med vistelser på vårdavdelningar och att det är skönt att slippa prata med "kanske fem olika". Patienterna upplever också tillgängligheten som en stor trygghet. Många tar upp att det känns bra att veta att man alltid snabbt kan få kontakt med sin behandlare eller någon annan från teamet. (se bilaga D poemet *Tillgänglighet*) Patienter beskriver det som att "det känns som en trygghet" att man vet att man "alltid" kan "ringa" och att även om den egna behandlaren inte finns på plats så "finns det alltid någon annan" som man "kan prata med". Ibland har patienter upplevt att det kan vara svårt att få läkartid, vilket patienter kopplar till resursbrist. (se bilaga D poemet *Tillgänglighet*) Någon beskriver det som att det är "lite svårt att få läkartid, men inte jättesvårt". Hur ofta patienterna träffar sin/sina behandlare varierar kraftigt mellan olika patienter och över tid. Några patienter tar upp att de särskilt uppskattat att de själva kunnat påverka frekvensen. (se bilaga D poemet *Frekvens*) Många av de intervjuade uppskattar också hembesök, dock inte alla och alla har inte heller det upplägget med sina behandlare. Vissa patienter upplever att det är lättare att prata i sin trygga miljö och att det är roligt att få besök av någon som uppskattar ens hem. Många upplever också att hembesök kan vara bra av praktiska skäl, exempelvis om man har svårt för att ta sig ut. (se bilaga D poemet *Hembesök 1*) Många beskriver hembesöken som någonting som man "ser framemot". Andra patienter vill inte ha hembesök utan tycker kanske att det är skönt att komma iväg till ett annat sammanhang eller att det kan bli för privat i hemmet. (se bilaga D poemet *Hembesök 2*) Ingen av de intervjuade patienterna har känt sig tvingad till hembesök utan betraktade det som ett erbjudande. Ett fåtal av de intervjuade patienterna hade färskare erfarenheter av omhändertagande vid psykosgenombrott. De som hade sådana färskare upplevelser var nöjda med omhändertagandet och uppskattade att det gick fort och att de själva kunde påverka även i den akuta situationen och att lösningen blev anpassad utifrån deras livssituation. Likaså uppskattade patienter att de fått mycket stöd av teamets behandlare. (se bilaga D poemet *Tidigt omhändertagande*) Någon formulerar det som att man fick "ett jättebra stöd" och att "allting gick väldigt fort" och att man fått träffa sin behandlare "nästan omedelbart" och läkaren "senare samma dag". Någon tar också upp att man speciellt uppskattat att man kunnat föra en dialog med sina behandlare beträffande inläggning på avdelning och att man uppskattat att inte behöva bli inlagd.

Vissa av de intervjuade patienterna får behandling enligt case management andra inte. Vissa hade inte egna erfarenheter, men kände igen begreppet. Andra kände inte igen begreppet. Samtliga av de intervjuade som har erfarenhet av case management upplever metodiken som väldigt positiv (se bilaga D poemen *Case management 1* och *Case management 3*). Man beskriver case management som att den "gjort att man ser att det går framåt", "att man trivs med programmet", "att det är bra för att det utgår från att man själv är med i det hela och lägger upp", "att det är intressant", "att man tycker att det fungerar" för en och att det är "ett nätverk för att utvecklas" och att man nu är "mycket mer vän med människor" och att case management ger "trygghet" och "behandling", exempelvis. Patienterna uppskattar att verksamheten blir mer samordnad och att de genom case management blivit mer delaktiga i sin behandling och att de nu kan påverka sin situation på ett annat vis (se bilaga D poemen *Case management 1* och *Påverka*). Man beskriver det som att man genom case management fått möjlighet att "påverka livet på ett helt annat sätt" och att man är "delaktig i det som händer", blir lyssnad till och får utvecklas i sin egen takt. Upplevelsen av att kunna påverka förefaller inte att begränsa sig till vårdkontakterna och vårdformerna utan verkar handla om livet i stort eller som någon uttrycker det "så kan jag liksom mer få fram vad jag vill göra och så i livet i allmänhet." Många tar också upp att det är något man "saknat innan". Patienterna upplever att det känns bra med lång- och kortsiktiga mål som patienten själv formulerar och att det här inger en känsla av att bli centrum i sitt liv och kunna blicka framåt och se en utvecklingslinje och få riktning i livet. Det upplevs som belönande att nå sina mål. (se bilaga D poemet *Mål*) Någon formulerar det såhär: "Jag tycker det här är bra att man sätter upp mål, att man vet vartåt man skall gå, vad man skall rikta in sig på". Patienterna uppskattar också mycket den informativa aspekten i metodiken som handlar om att lära sig mer om exempelvis psykos, psykosbehandling och känslor och att på så vis lära känna sig själv bättre. Patienter beskriver att den nyvunna kunskapen gjort att de på ett annat vis kunnat börja förstå och tycka om sig själva och andra. (se bilaga D poemen *Få koll* och *Case management 3*) Det upplevs som lugnande att bli mer informerad och som någon uttrycker det "ju mer man vet om sin sjukdom och vad som händer desto lugnare blir man". Många upplevde den informativa delen som väldigt komplett, några att den kanske kunde vara ändå mer omfattande (se bilaga D poemet *Case management 2*). Sammantaget upplever de intervjuade patienterna som har erfarenhet av case management att metodiken skapar sammanhang, struktur, trygghet och en känsla av kontroll och bidrar till att minska stressen i livet (se bilaga D poemen *Case management 1* och *Case management 3*). Några tar speciellt upp betydelsen av att det finns mer samverkan mellan olika instanser idag genom case

management metodiken och att man märker att det är positivt för en att ”alla jobbar mot samma mål”. (se bilaga D poemet *Samverkan*) Några patienter tar upp att det i själva mötet med behandlaren var viktigt att spara utrymme för fria samtal även om det också var skönt med informationen och strukturen (se bilaga D *Case management 2*).

Många patienter är inte helt på det klara med vad deras vårdplan går ut på. Patienter säger att de troligen har en sådan, men att de inte riktigt vet vad den innefattar. Många kommenterar sin vårdplan i stil med att ”det var väl det som var vårdplanen då”, ”jag kommer inte riktigt ihåg” eller ”jag vet inte riktigt vad den innehåller”. Några vet inte riktigt vad som menas med frågan, dvs. är inte bekanta med själva begreppet. (se bilaga D poemet *Vårdplan*) Samtidigt uttrycker många att de upplever att de kan påverka sin situation och att de blir tillfrågade om sin behandling och känner sig delaktiga (se bilaga D poemet *Påverka*). Upplevelsen av att kunna påverka kopplas dock inte alltid till att ha kännedom om vårdplanen. Många nämner också att de antingen genom case management, samtalskontakt eller efter att med behandlarens stöd ha genomfört vissa förändringar i sitt liv fått mer självförtroende och att man på något vis ”känner sig självständig” och att det finns sådant som man vill ”sköta själv”. Man tar också upp att självförtroende inte är något som man ”lär sig över en natt”, men att när man klarar av nya saker så ”stärker” det en. Patienter tar också upp värdet i att ha någon i sin närhet som stöttar och uppmuntrar till förändring. Det verkar som att man uppskattar att någon på ett bra sätt är bestämd och krävande. Någon uttrycker det så här: ”Sedan tycker jag om att hon är bestämd. Det är bra med.” Man beskriver det som att det kan kännas ”jobbigt när hon tjatar” men att man ”behöver det”. (se bilaga D poemen *Självförtroende* och *Att tänka rätt*) Angående att förändring kan vara jobbigt och att man då kan behöva någon som pressar en lite säger någon såhär: ”Tur att jag inte fick som jag ville den gången.” Patienter som får behandling enligt case management är ändå mer medvetna om sin utvecklingsplan och kan tydligt se och beskriva hur de påverkar sin egen situation i behandlingen och i samarbetet med teamet (se bilaga D poemen *Case management 1* och *Påverka*).

Många tycker att anhörigarbetet är en stor hjälp och kontakten mellan anhöriga och teamet inger en känsla av trygghet och kontroll. Det kan både handla om att teamet skall få en uppfattning om faktiska förhållanden, men också om att involvera familjen i behandlingssituationen så att de kan få förståelse för patientens svårigheter och för hur de kan hjälpa sin anhörig. (se bilaga D poemet *Anhörigarbete 1*). Sådana positiva upplevelser om anhörigarbetet kan handla om att man upplever att ”det blir en hjälp” för en själv, att man ”känner sig tryggare om de har lite koll” eller att det kan bli en hjälp för de anhöriga. Andra

tycker av olika skäl att det känns svårt att blanda in familjen i behandlingssituationen och har därför avböjt erbjudanden om möten med anhöriga och behandlarna i teamet. Vissa patienter har heller inte sådana kontakter till sina anhöriga att anhörigarbete skulle kunna bli aktuellt. (se bilaga D poemet *Anhörigarbete 2*) Sådana upplevelser kan handla om att det skulle bli "för känslösamt" att involvera familjen eller att man bara "inte riktigt vill". Patienter som får behandling enligt case management har i regel mer etablerade samarbetskontakter mellan teamet och sina anhöriga, vilket inledningsvis i vissa fall kunnat upplevas som lite ovant, men med tiden känts som en positiv utveckling. (se bilaga D poemen *Case management 1*, *Anhörigarbete 1* och *Anhörigarbete 2*) Anhörigarbetet har av dessa patienter upplevs som ett stöd för dem själva och de anhöriga. Någon beskriver det som att "det känns väl lite konstigt så, eller ovant att de skall få reda på en massa och så, men det är nog rätt bra". Patienter upplever också att anhörigarbetet ibland kunnat bidra till att kontakten med familjen blivit bättre eller att anhörigarbetet på kliniken blir ett sätt att fördjupa kontakterna till familjen. Om kontakterna till familjen är ansträngda kan patienter även uppleva att det är en trygghet att träffas inom ramarna för teamets verksamhet. Någon beskriver det som att om familjen utövar en slags "negativ energi" på en så kan det kännas bra att "kunna reda ut saker och ting" inom klinikens väggar. Några upplever det som att de någon gång längre fram skulle kunna tänka sig att involvera de anhöriga, men att det inte känns aktuellt "just nu". Ingen av de intervjuade patienterna har känt sig tvingad till att involvera de anhöriga utan samtliga har uppfattat anhörigarbetet som ett erbjudande (se bilaga D poemen *Anhörigarbete 1* och *2*) eller som någon uttrycker det "jag har själv valt att de skall vara med".

Samtliga av de intervjuade patienterna har uppskattat de samtalskontakter som erbjudits och många tar upp att de upplever att samtalen haft en avgörande betydelse i återhämtningsprocessen. Någon beskriver det som att "sedan jag fick henne så har det ju liksom vänt" en annan som att "alltså jag vet inte var jag hade varit idag om jag inte hade haft kontakt med honom" och vidare att "det är klart givande att ha kontakt med honom". Ibland har patienten träffat en psykolog, ibland en behandlare med en annan yrkesprofession. Vissa patienter har eller har haft frekventa och långa terapeutiska kontakter, andra har erfarenhet av kortare kontakter. En del samtalskontakter är uttalat psykoterapeutiska medan andra är av en mer stödjande karaktär. Patienter nämner också olika terapeutiska metoder. Oberoende av samtalsens karaktär, terapeutiska inriktning eller syfte nämner många betydelsen av kontakt, förtroende, förståelse, stöd och att de värdesätter och känner sig hjälpta av att ha någon som lyssnar och är med dem i det allra svåraste. Man beskriver det som att det "kan komma fram saker om ens liv" som tidigare inte "funnits med" och att man tror att det är för att man

”börjar få ett förtroende för” behandlaren och därmed ”vågar säga mer om sig själv” eller att man exempelvis inte kunnat prata om sina vanföreställningar med någon annan än sin behandlare och att det varit ”viktigt att kunna ventilera de sakerna” med behandlaren. Man beskriver det också ibland som att det känts ”otroligt” att faktiskt kunna prata ut om sina svårigheter och föreställningar med en annan människa. Många tar också upp betydelsen av kontinuitet i kontakten, dvs. att om man en gång funnit ett förtroende för någon och öppnat sig för denne så vill man gärna fortsätta med den personen. Samtalen upplevs som givande och utvecklande när den rätta kontakten finns. Samtliga av de intervjuade som erbjudits samtalskontakt har upplevt kontakten som utvecklande. Ibland säger patienter att de känner att de utvecklats, men att de inte riktigt kan precisera hur utan att utvecklingen snarare handlar om en mer generell upplevelse av sig själv, andra och livet i stort. Någon beskriver det som att ”man har utvecklats”, men att ”det är svårt att säga hur” eller att man upplever sig som ”mycket friskare”. Ibland tar patienter upp mer specifika områden som de upplever att samtalen kunnat hjälpa dem med. Sådana specifika områden som patienter nämner är exempelvis att samtalen hjälpt dem att få sammanhang i sin situation och sitt liv och att samtalen hjälpt dem att hålla ihop sig själva och att de inte vet var de skulle ha varit utan samtalen. Patienter säger också att de genom samtalen fått mer distans till vanföreställningar och några patienter vittnar även om att vanföreställningar genom samtalen successivt har kunnat börja upplösas. Någon beskriver det som att ”syner har blivit inbillning” och någon annan som att ”rösterna har förändrats” och att de inte längre upplevs som ”lika styrande” tack vare samtalskontakten. Patienter tar också upp att samtalskontakten periodvis kunnat upplevas som oerhört jobbig, men att de efteråt ser att det jobbiga varit en del av utvecklingen. (se bilaga D poemen *Samtal 1* och *2*) Några patienter värdesätter att de kunnat få samtala i andra kontexter än på kliniken, vilket då exempelvis kunnat vara hemma hos patienten (se bilaga D poemet *Hembesök 1*). Några tar upp att de initialt avböjt psykologkontakt, men sedan efteråt kanske tänkt om (se bilaga D poemet *Samtal 2*).

Patienterna upplever både för- och nackdelar med mediciner, vilket skapar en jobbig balansgång. (se bilaga D poemen *Mediciner 1* och *Mediciner 2*) Någon beskriver det som att ”slutar jag medicinera” så ”kostar” det ”mer än det smakar”, en annan som att ”det finns nackdelar”, men att det också finns ”fördelar” och vidare en tredje att mediciner kan ”underlätta”, men också ”ställa till med problem”. Ingen av de intervjuade har sagt sig i nuläget uppleva extrema biverkningar. Många har sagt att biverkningarna är jobbiga men hanterliga och att ”det inte är ett så stort problem”. Biverkningar som patienter nämner är exempelvis viktuppgång, ”stelhet”, ”skakningar”, ”krypningar i benen”, olika sensationer i

armar och ben, ”tandsten” och muntorrhet eller att man känner sig ”trögare”. Några har inga eller mycket få biverkningar eller upplever att biverkningsmediciner kan vara till hjälp. (se bilaga D poemen *Biverkningar 1* och *Biverkningar 2*) Många känner sig också trygga med sina mediciner och känner sig hjälpta av dem och beskriver det som att ”det känns som en trygghet med att mina mediciner” eller att man mår bättre ”mycket tack vare medicinen”. Många har provat olika mediciner och doseringar och poängterar betydelsen av att hitta rätt balans. Patienter tar också upp att de kan känna sig rädda för att byta, ändra eller minska medicinering. Några har erfarenhet av att ha ändrat eller minskat mediciner. Ibland har man framgångsrikt minskat på medicineringen, vilket upplevts som belönande. Ibland har patienter upplevt att man ändrat medicinering och att det skapat problem. (se bilaga D poemet *Mediciner 1*) Många patienter känner sig oroliga över hur medicinerna möjligen kan påverka kroppen, dem själva och livet på långsikt (se bilaga D poemet *Mediciner 2*). Någon reflekterar över att det vore intressant att ”veta lite hur de ändrar människan” och om medicinerna möjligen kan påverka en så att ”man inte är sig själv”. Ur det här perspektivet upplevs hälsokontroller och hälsomedvetenhet i verksamheten som positivt och som någonting som bidrar med trygghet. Någon menar att ”det är positivt att göra” för att man vet ”ju aldrig vad de påverkar, vad de har för inverkan de här tableterna”. Många beskriver det också som att man under perioder när man mått dåligt inte tagit så bra hand om sig själv och att det därför kan vara viktigt med hälsoundersökning. Vissa har gjort sin hälsoundersökning på kliniken, andra på sin vårdcentral. Ibland har hälsokontrollen varit en riktig utmaning för patienten och det har de behövt mycket stöd från behandlaren. (se bilaga D poemet *Hälsoundersökning*) Många tycker att det känns bra att delta i *Ett sundare liv*, som är ett program där patienter träffas i grupp för att få stöd för att utveckla mer hälsosamma livsvanor, och finner där ett stöd i att dela sina erfarenheter med andra. Många tar också upp motionen som ett sätt att ”vädra ut” känslor och stärka det psykiska måendet. Likaså nämner många betydelsen av att få sova ut och vila och att de åtminstone under någon period haft svårigheter med sömnen. (se bilaga D poemet *Psykofysik*).

Del 2: Den organisatoriska dimensionen

Samtliga intervjuade patienter beskriver övergången till ett specialiserat psykoteam som en positiv utveckling och upplevelse. Man beskriver bildandet av psykoteamet som att ”det är väldigt positivt”, att man ”inte kan se några nackdelar”, att det blivit ”mer aktivt”, att ”det känns bra”, ”att det är” den ”första riktiga” när man ”äntligen fått hjälp”, att man tycker ”att man får det man behöver”, att det händer mer, att man ”fått mer hjälp” eller ”hjälp på ett helt

annat sätt”, att det påverkat en ”till ett bättre mående” och ökad ”självständighet” och större ”hoppfullhet”, exempelvis. Man beskriver det också som att vården sedan dess blivit mer ”specialiserad”, att det är ”lite mer samarbete mellan dem” och att förändringen varit en ”positiv” upplevelse. (se bilaga D poemet *Bildandet av ett psykosteam 1*) De flesta upplever att överremitteringen gick smidigt (se bilaga D poemet *Överremittering*). För vissa medförde överremitteringen initialt också en saknad efter den tidigare behandlaren. Många har haft åtminstone en behandlare med sig hela vägen. Många berättar att de även tidigare upplevde sig som hjälpta och att de även innan psykosteamet hade bra kontakt till sina behandlare. (se bilaga D poemet *Bra innan* också) Många har också minnen av tråkiga erfarenheter av kontakten med psykiatrin. Svårigheterna har framför allt handlat om att man inte känt sig förstådd (se bilaga D poemen *Minnen från förr – att inte bli förstådd 1, 2 och 3*) eller att det dröjde länge innan man fick hjälp (se bilaga D poemet *Minnen från förr – det dröjer*). Sådana upplevelser har kunnat handla om att det inte uppstått en genuin kontakt utan att behandlaren ”bara skrivit ut mediciner” eller bara ”lyssnat” men att man känt sig ”ensam”, ”utelämnad” och ”besviken” eller att det tagit väldigt lång tid innan man fått hjälp och att man inte ”riktigt togs på allvar” eller att man inte fick den form av kontakt som man önskade så att ”många år” av ens ”liv” runnit förbi. En av de intervjuade beskriver sin utelämnade situation så här: ”Då hade jag ju nästan inget. Träffade läkare en gång om året. Hämtade mediciner. Det var det hela.” Någon reflekterar också över vad det egentligen var som blev fel i de tidiga kontakterna och menar att det både kan handla om att ”det kan vara svårt att förklara känslor”, men också att behandlare ”måste kolla av patienten” och vidare ”komma närmare patienten”, ”lyssna av” och ”komma närmare människor på något vis”. De svåra erfarenheterna har också kunnat vara mer uttalat kränkande så att man exempelvis upplevt att man blivit ”drogad” för att personalen skall få lugn och ro eller att behandlaren uttalat sig på ett kränkande eller till och med skrämmande vis. Någon beskriver det som att ”jag blev rädd för honom sedan”. Ibland har dessa händelser också utspelat sig på andra kliniker. I och med den organisatoriska förändring som bildandet av psykosteam innebar känner sig de flesta av de intervjuade patienterna mer hjälpta och att det på ett annat vis fått vad de behöver, vilket upplevs att ha bidragit till ett bättre mående och ökad självförtroende (se bilaga D poemet *Bildandet av ett psykosteam 1*). Några säger att de inte har märkt av en så stor förändring genom att de haft samma behandlare hela tiden (se bilaga D poemet *Bildandet av ett psykosteam 2*). Ingen av de intervjuade patienterna säger att utvecklingen skulle ha varit till det sämre.

Del 3: Upplevelser i samhället

Många av de intervjuade patienterna känner sig lite ensamma i sina liv. Man kanske beskriver det som att man "har en längtan efter kontakt" eller att man önskar "att man skulle haft bättre kontakt till familjen. Ibland handlar det om att vänner dragit sig undan, men ibland också om att man upplever att man själv dragit sig undan. Någon beskriver det som att "gamla kompisar har dragit sig undan eller jag vet inte om jag dragit mig undan dem". Några beskriver det som att man både vill och vill inte och likaså att kontakten med teamet mot bakgrund av detta kan upplevas som särskilt viktig, att man kanske är "rädd för folk" eller "inte vill träffa någon". (se bilaga D poemen *Ensamhet 1* och *2*). Flera beskriver också kontakten till sina anhöriga som skör eller problematisk (se bilaga D poemet *Ensamhet 3*). Det kan vara att de inte finns med i bilden alls eller att de utövar någon form av negativ påverkan. Andra har en familj och några eller flera vänner omkring sig (se bilaga D poemen *Nära och kära 1* och *2*). Någon beskriver det som att man har en "underbar familj" och "underbara vänner" omkring sig eller att man har en mamma eller pappa eller ett syskon som stöttar en "jättemycket". Också beträffande arbete, studier, ekonomi och boende ser det olika ut (se bilaga D poemen *Arbete 1* och *2*, *Studier*, *Ekonomi* samt *Boende 1* och *2*). Man kan både sakna ett "arbete att gå till" och "nästan drömma om" den tiden när man ännu jobbade och att det kan kännas "drygt på dagarna annars" och att man saknar någon slags "gemenskap" och "snack" som finns på arbetsplatser och att man har kunnat känna skuld över att inte ha ett jobb att gå till. Några av de intervjuade har ett arbete och känner sig glada över det. Många har en ansträngd ekonomi (se bilaga D poemet *Ekonomi*). Några av de intervjuade patienterna upplever också någon form av otrygghet i sin boendemiljö (se bilaga D poemet *Boende 2*). Man beskriver otryggheten som att "det händer nog en hel del grejer där" eller att man är rädd för att folk skall "bryta sig in", "bjussa hundar på en" eller att boendemiljön allmänt upplevs som "kaotisk" och att man är "lite rädd" eller "rädd för att bli antastad". Många uppskattar olika organiserade verksamheter medan andra upplever att de inte klarar av sådant eller inte känner behov av sådan verksamhet (se bilaga D poemen *Organiserade aktiviteter 1* och *2*).

Del 4: Hur kan man utveckla verksamheten?

De två mest framträdande utvecklingsförslag handlar om att förbättra patienternas situation i slutenvården (se bilaga D poemet *Utveckla 3*) och att ytterligare bereda möjligheter till fördjupade samtalskontakter (se bilaga D poemet *Utveckla 5*). I nuläget känner sig många patienter otrygga i samband med vistelser på vårdavdelning och säger sig även lida av

sysslolösheten på avdelningen (se bilaga D poemen *Slutenvård 2, 3 och 4*). Svårigheterna på avdelningen förknippas framför allt till den oroliga, sjukhusaktiga och sysslolösa miljön samt i relation till medpatienter. Många upplever miljön som stökig, bråkig, högljudd samt skrämmande eller oroande. Framför allt upplever patienter vistelser på akutavdelningen som besvärliga i det här avseendet. (se bilaga D poemen *Slutenvård 2, 3 och 4*) Man beskriver det som att "man får passa sig så att man inte pratar med andra patienter som kan bli ilska" och att det gör en rädd samt att man upplever det som störande när "andra patienter kommer in och stökar och bökar" eller att det kan vara svårt att vistas i en miljö där man inte känner någon samhörighet. Man beskriver också det överlag som att "det är svårt att komma in där" och att miljön är "rörig och steril", "inte det minsta trivsamt" och att man inte upplever avdelningen som "ett det minsta lugnande ställe att komma till." Många tar också upp sysslolösheten som ett problem och någon säger att där ju inte är "mycket att göra" eller "att man får för lite motion". Flera av de intervjuade tar också upp att de tror att de är många andra patienter som delar deras upplevelser angående psykospatienters svårigheter inom slutenvården. Exempelvis säger någon så här apropå upplevelsen av otrygghet på vårdavdelningen: "Ja, det är inte bara jag som säger det. Det har jag hört av andra också." Samtidigt är patienter också nöjda med att vid behov kunna få bli inlagda på avdelning och vila ut och vissa säger också att de känner sig trygga där (se bilaga D poemet *Slutenvård 1*). Någon beskriver det så här: "Jag fick ju vila ut, för jag var ju slutkörd fysiskt såväl som psykiskt. Så det är jag egentligen rätt positiv till. // Jag tror att jag behövde den hjälpen faktiskt". Någon beskriver det också som att det var i "samband med att jag blev inlagd som jag fick riktigt hjälp" eller vidare någon annan som att man trott att det skulle vara "hur hemsamt som helst" att bli inlagd, men att det sedan "inte varit det". Någon ytterligare beskriver det så här: "Ibland blir jag sådär trött och jätteledsen och så bara lägger jag in mig för några dagar. Då vill jag vara där inne. Jag känner mig trygg där inne. Det är personalen. Det är en låst avdelning. Det är min behandlare."

Patienter tar också upp att det vore viktigt att få ytterligare möjligheter till samtalskontakter (se bilaga D poem *Utveckla 5*). Man beskriver det som att man kanske "skulle fått samtal så ofta som man önskar", "mer tid med en annan människa", "inte bara tabletter", "kanske mer KBT", "kanske få träffa läkaren lite oftare", "kanske få lite mer tid till att snacka", exempelvis. Patienterna ser också att verksamheten skulle kunna utvecklas genom ökade personalresurser. Några nämner också att de kan uppleva att de skulle behöva mer stöd i kontakterna med myndigheter. (se bilaga D poemet *Utveckla 1*) Många säger initialt att allting är så bra som det kan bli (se bilaga D poemet *utveckla 2*). Några beskriver det som att

”det går bra som vi gör”, ”det är så bra så att det kan inte bli bättre” eller att man nu har det ”bästa som finns”. Några kommer efterhand med förslag. Sådant som patienter betonar att det kanske inte direkt saknar i den nuvarande verksamheten, men som de upplever som värdefullt och viktigt är att behandlarna kommer nära människan och ser den unika personen och hans eller hennes situation och att det uppstår en bra, personlig och kontinuerlig kontakt, att behandlaren sätter sig in och försöker förstå och att patienten får möjlighet att berätta och ventilera sin situation, att man tar tag i problem och försöker lösa dem. Man poängterar värdet i ”lyhördhet” och i att som behandlare ”förstå vad människor har för problem” och ”komma närmare människor på något vis” och i att det finns ”kontinuitet” och ”trygghet” i kontakten till behandlaren. Någon uttrycker det som att ”mycket av psykos är otrygghet” och att det därför är viktigt med trygghet. Någon beskriver det också som att det är viktigt att behandlaren frågar för att ”vi är alla olika individer och har vår sjukdom individuellt”. Apropos att det som behandlare är viktig att lyssna in patienten och försöka lösa hans eller hennes specifika problem säger någon såhär: ”Löser man problem så har man inte så mycket ångest”. Många patienter uppskattar också en slags basal omsorg exempelvis i form av hälsomedvetenhet, hälsokontroller, sjukgymnastik eller stöd i att utveckla en sundare livsstil. (se bilaga D poemen *Viktigt 1, 2 och 3*)

Diskussion – vad är viktigt i verksamheten?

Det övergripande temat för föreliggande studie var att skapa fördjupad förståelse av psykospatienters upplevelse av sitt sammanhang i samarbete med psykosteamet på vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningen i Kristianstad. Syftet med studien var att bidra till reflektion, utveckling och eventuella förändringar i den lokala kontexten. Ett annat syfte med studien var att väcka nya frågor och ge uppslag till vidare studier. Bakgrund till studien var att det ifrågasatt teamet bildats 2009 och att det fanns ett intresse att ta reda på hur patienter upplever verksamheten. För studien genomfördes i detta syfte sexton patientintervjuer. Resultatet visade att de intervjuade patienter upplever att övergången till psykosteam varit bra för dem och att överremitteringen förflutit smidigt. De intervjuade patienterna har också mycket positiva upplevelser av teamets kontaktskapande samarbete och känner sig generellt sett trygga, förstådda, stöttade och hjälpta i sin situation och upplever att det finns en kontinuitet i verksamheten och att behandlarna är genuina och professionella. Patienterna förefaller att vara fästa vid sina behandlare. Ett viktigt inslag i teamets verksamhet är den s.k. case management metodiken. Resultatet visar att samtliga av de intervjuade patienterna som tar del av behandling enligt case management är mycket nöjda med metodiken. De intervjuade patienterna upplever generellt att de är delaktiga och kan påverka sin situation och utformningen av behandlingen. Detta är ändå mer framträdande drag i upplevelsen hos patienter som får behandling enligt case management. Samtliga av de intervjuade upplever samtalskontakt och/eller psykoterapi som utvecklande och kurativt. Patienter uppskattar också kroppsrelaterad omvårdnad som exempelvis hälsokontroller, hälsomedvetenhet och sjukgymnastik. Många patienter finner det som positivt att involvera anhöriga i behandlingssituationen. För andra känns det svårt. Hembesök upplevs generellt som mycket positiva, men ibland upplever patienter att det kan bli för privat. En del patienter föredrar också att själva komma till kliniken för att det blir ett sätt att komma iväg hemifrån. Beträffande mediciner upplever de flesta en del biverkningar. Dessa förefaller generellt sett att vara plågsamma, men beskrivs som hanterliga. Många upplever även medicinen som en trygghet. Brister i verksamheten som patientintervjuerna vittnar om berör patienternas situation i samband med vistelser på vårdavdelningar samt att många efterfrågar ytterligare möjligheter till fördjupade samtalskontakter. Alla patienter verkar inte heller vara helt på det klara med hur deras vårdplaner ser ut. Meningen är att i denna avslutande diskussionsdel kontextualisera och problematisera det här resultatet och relatera det till den teoretiska bakgrunden och tidigare forskning samt att reflektera över möjliga nya forskningsuppslag.

Vilken förståelse har studien utmynnat i? Vad är viktigt i verksamheten?

Utifrån ett objektrelationsteoretiskt perspektiv kan man för att tala med Andersson (2009) hänföra patienternas upplevelser av det kontaktskapande behandlingsarbetet till moderligt närande och faderligt gränssättande aspekter i behandlingssituationen. Exempelvis uttrycker poemen *Trygghet, Stöd, Förståelse, Bryr sig, Tillgänglighet och Tycker om* mycket av sådana moderligt närande kvalitéer i kontakterna. Sådana närande kvalitéer handlar om lugn, omtanke, bekräftelse, förståelse, tillgänglighet, stöd, livsenergi, trygghet och kontakt. Patienter tillägnar sig den moderliga näringen i samtal med sina behandlare, men också genom att få ta del av en slags moderlig närvaro i mötet med behandlaren och i behandlingssituationen som helhet. Exempelvis gestaltar poemen *Tillgänglighet, Tillit och Kontinuitet* en sådan moderlig närvaro. Den moderligt närande tematiken är också påtaglig i poemen *Psykofysik och Hälsoundersökning* som kan sägas handla om en slags basal kroppslig omvårdnad. Ibland upplevs den moderliga närvaron också vara förknippad med de fysiska lokaliteterna. Exempelvis beskrivs väntrummet i poemet *Trygghet* som ett lugnande moderligt härbärgerande ställe att komma till. Vissa patienter upplever också att mediciner har sådana moderligt närande kvalitéer och finner trygghet i medicinen. Poemen *Utveckla 5* och *Samtal 3* belyser att medicinens närande aspekter ofta också förknippas till den som skriver ut dem. I det här ljuset kan pillret utöver sin faktiska, farmakologiska verkan få en psykologisk funktion som en form av övergångsobjekt. Upplevelsen av den moderligt närande kvaliteten till behandlarna och teamet finner en verbaliserad form i poemet *Tycker om* där behandlaren beskrivs som mamma. Den faderligt gränssättande funktionen kommer likaså till uttryck i teman som berör den egna behandlaren och den vidare behandlingskontexten. Exempelvis kan sådana gränssättande teman spåras i poemen *Äntligen hjälp, Trygghet, Tillit, Proffs, Frekvens, Att tänka rätt och Case management 1*. Dessa teman handlar om att behandlaren på ett positivt och konstruktivt sätt kan upplevas som gränssättande, krävande, inramande och strukturskapande, vilket patienten upplever som utvecklande.

Upplevelser av såväl närande som gränssättande kvalitéer i behandlingssituationen framträder i samtliga intervjuer, men är olika framträdande i olika intervjuer och i upplevelsen av olika behandlingsinsatser och den sammantagna behandlingssituationen. Båda funktionerna får uppskattning från de intervjuade patienterna, men dock så att olika patienter förefaller att betona olika mycket den moderliga eller faderliga funktionen. Ibland betonar man att det är skönt med någon som sätter gränser, ger struktur och hjälper en att tänka rätt. Ibland betonar man att det är skönt med fria former och flexibilitet i

kontakterna. Behandlingsmässigt vore det intressant att ta reda på huruvida detta, som skulle kunna betraktas som patientens intuitiva längtan efter den faderliga och/eller moderliga funktionen, kan kopplas till den underliggande problematiken och patientens aktuella livssituation. Andersson (2009) fann i sina sju fallstudier att ett återkommande tema i patienternas utvecklingspsykologiska historia var en invaderande modersfunktion och en frånvarande fadersfunktion, vilket bidragit till ett kränkt livsrum, dvs. svårigheter att relatera till andra i ett mellanområde där inre och yttre verklighet kan mötas och berika varandra. Sådana psykosociala sårbarhetsfaktorer bör givetvis betraktas i ljuset av en eventuell biologiskt grundad sårbarhet och i interaktionen mellan olika etiologiska faktorer (Alanen, 1997; Cullberg, 2004). Man kan också undra i vilken mån brister i den primära faderliga eller moderliga funktionen kan kompenseras eller bäras upp av det omgivande samhället och omvänt hur den vidare kulturella och samhällsliga kontextens balans mellan närande och gränssättande funktioner kommer att påverka familjen och individen? Hur som helst blir det tydligt i materialet att samtliga intervjuade patienter uppskattar såväl närande som gränssättande aspekter och att patienter förefaller att betona olika mycket dessa funktioner. Möjligen kan detta böttna i patientens intuitiva känsla för sitt utvecklingsbehov, vilket vore intressant att utforska vidare. Det är också möjligt att nyansskillnaden i patienternas upplevelser så som de kommer till uttryck i intervjuerna återspeglar relationen mellan behandlaren/teamet och patienten, dvs. att det faktum att patienten de närande och gränssättande aspekterna på ett visst vis också inrymmer aspekter av behandlaren kvalitét. Spännande vore även att i detalj undersöka hur olika inslag i behandlingssituationen kan tänkas bidra med faderliga och moderliga vårdande aspekter. En lyckad kombination av moderliga och faderliga funktionen i barnets utvecklingshistoria och i behandlingssituationen kan beskrivas som en tillräckligt god anpassning av närande och gränssättande kvalitét utifrån individens unika utvecklingsbehov.

I verksamheten är det sålunda viktigt att väga in både närande och gränssättande aspekter och att finna förståelse för patientens specifika utvecklingsbehov i det här avseendet. Det är viktigt att se att patientens önskemål möjligen uttrycker en intuitiv känsla för vad han eller hon behöver i kontakterna, men också att det spontana önskemålet kan inrymma en aspekt av undvikande. Båda kräver respekt. Också undvikandet kan ses som ett utvecklingsbehov eller en signal om att ett utvecklingssteg ännu inte är möjligt. Kanske har patienten som i dikten *Rött vill till rött* av Eva Ström (2004), som återfinns i försättsbladen till denna slutrapport, behov av att ännu en stund vila i "det röda" för att successivt så att säga kunna närma sig den gränssättande "lagbokstexten" eller kanske behöver patienten tvärtom få

skydda sig bakom lagtextens struktur för att så småningom våga låta sig översköljas av närhetens "röda" näring. Den här balansgången mellan det "röda" närande och lagbokstextliga gränssättande i behandlingssituationen är avgörande för huruvida behandlingsinsatserna kommer att utmynna i att man tillsammans med patienten kan återupprätta det kränkta livsrum som psykosen uttrycker. Mot bakgrund av den psykodynamiska förståelsen av den psykotiska problematiken kan man också förstå balansgången mellan närande och gränssättande aspekter i behandlingssituationen som en bearbetning av den individuations- och separationsproblematik som den akuta psykosen – för att tala med Cullberg (2004) – definitionsmässigt uttrycker. I verksamheten är det viktigt att beakta att utformningen i den psykologiska balansakt som patientens relation inte bara till de enskilda behandlarna utan hela teamet utgör bör regleras utifrån patientens specifika utvecklingsbehov. I det här avseendet är det viktigt att väga in patientens intuitiva känsla för vad hon eller han behöver. Resultatet visar att intervjuade patienter i regel upplever att de kan påverka sina vårdkontakter och sin aktuella livssituation, vilket exempelvis gestaltas i poemet *Påverka*.

Både den faderliga gränssättande och moderliga närande funktionen har en slagsida i behandlingssituationen. Funktionerna kan istället för att vara närande och gränssättande bli invaderande och därmed befästa patientens kränkta livsrum. Patientintervjuerna vittnar i huvudsak om att patienterna i behandlingssituationen kunnat finna en lämplig balans mellan närande och gränssättande aspekter och det finns väldigt lite material som vittnar om invaderande tendenser i kontakterna. I några intervjuer återfinns dock upplevelser av en invaderande moderligt närande eller faderligt gränssättande aspekt i kontakterna till teamet och/eller den enskilda behandlaren. Dessa invaderande teman tangeras exempelvis i poemen *Nära ont*, *Missförstånd* och *Case management 2* och handlar om upplevelser av för intensiv närhet, av att inte bli förstådd eller av att behandlingssituationen känns för strukturerad. Genom att psykosen definitionsmässigt uttrycker en svårighet med närhet och distans måste det ses som en bekräftelse för teamets behandlingsarbete att man i intervjuerna endast kan finna spår av invaderande upplevelser som ett uttryck för att dessa patienter utifrån sin problematik och aktuella livssituation många gånger kan vara särskilt känsliga i det här avseendet. Samtidigt får man komma ihåg att de patienter som intervjuades var personer som hade etablerade, ofta mycket långvariga samarbetsrelationer till åtminstone någon behandlare i teamet. Resultatet pekar således på betydelsen av anknytning i behandlingsarbetet. Den starkt positiva och idealiserande känslan för behandlaren kommer exempelvis till uttryck i poemet *Tycker om* och kan förstås mot bakgrund av en god samarbetsrelation, anknytning och beroende. I resultatet kan man också skönja tendenser till

att patienter som hade mer ytliga eller perifera kontakter också var de som vittnade om invaderande upplevelser.

Mer framträdande blir de invaderande inslagen i patienters upplevelser av medicinering. Ibland upplevs medicinen – så som exempelvis i poemen *Biverkningar 1*, *Mediciner 2* och *Minnen från förr – att inte bli förstådd 3* – som någonting främmande och okontrollerat som kommer in i den egna kroppen och möjligen påverkar den på ett oanat vis eller som befaras förändra den egna personen så att man inte längre känner igen sig själv. Att ta sina mediciner beskrivs också som ett moment 22 där det både kan vara svårt att ta medicinen på grund av biverkningar och svårt att låta bli att ta medicinen på grund av att medicinen också förknippas med en viss trygghet. Sådana paradoxala teman återfinns exempelvis i poemet *Mediciner 2*. Tvångsmedicinering kan ses som den mest extrema formen av invaderande medicinering som innebär ett allvarligt avbrott i patientens upplevelse av den egna integriteten och den adekvata närande och gränssättande funktionen i behandlingssituationen. Även om resultatet generellt sett visar att patienter upplever att de kan påverka sin situation förfaller det att finnas ett visst uppdämt behov av att prata om svårigheter med behandlingsinsatser. Hos ett fåtal handlar dessa svårigheter på ett mer övergripande vis om kontakten till behandlarna, hos många patienter om upplevelsen av medicineringen. Med tanke på att patientens motivation och en god arbetsallians är ett viktigt inslag i den framgångsrika behandlingen vore det angeläget att i verksamheten skapa ytterligare dialog kring dessa svårigheter. Möjligen förknippas det uppdämda behovet av att prata om medicineringens för- och nackdelar som låter sig anas i resultatet med att patienter i regel inte träffar läkare så ofta.

Poemet *Minnen från förr – att inte bli förstådd* kan kanske belysa känslan av övergivenhet när behandlaren ”bara lyssnar” eller ”bara skriver ut mediciner” utan att patienten egentligen involverats i kontakterna. Dikten låter ana en kontakt som egentligen inte finns eller är helt verklig genom att patienten inte gjorts delaktig i den, dvs. ett möte där inget mellanområde upprättats mellan behandlaren och patienten. Upprättandet av ett mellanområde där patientens och behandlarens perspektiv kan mötas och där nya perspektiv kan formas är en förutsättning för en fungerande arbetsallians såväl i farmakologiska som psykosociala behandlingsinsatser. Generellt sett återspeglar poemen att det mellan de intervjuade patienterna och teamets behandlare skapats ett sådant mellanområde och att patienterna många gånger funnit sin individuella balans mellan närande och gränssättande aspekter såväl i förhållande till sina enskilda behandlare som hela behandlingssituationen. Samtliga intervjuade patienter upplever bildandet av ett specialiserat psykosteam som en positiv

utveckling och många beskriver det som att de sedan dess fått hjälp på ett helt annat sätt. Dessa positiva upplevelser av bildandet av ett psykosteam återfinns exempelvis i poemet *Ett psykosteam 1*. Ur ett organisatoriskt och objektrelationsteoretiskt perspektiv kan man betrakta bildandet av ett specialiserat psykosteam som ett upprättande av ett kollektivt mellanområde. I skapandet av det här kollektiva mellanområdet förefaller case management metodiken också att ha spelat en betydelsefull roll. Genom den skapas förutsättningar för ett mellanområde i behandlingssituationen som inte bara omfattar den enskilda behandlaren/behandlarna och patienten, men också andra aktörer och patientens privata nätverk. Många av de intervjuade patienterna beskriver det som att de även tidigare haft goda relationer till sina enskilda behandlare, men att de ändå upplever en viss skillnad även om några också haft samma behandlare hela tiden. Kanske kan man förstå betydelsen av teamet utifrån att teamet skapar förutsättningar för ett kollektivt hållande eller en hållande miljö både för patienten och för de enskilda behandlarna. Bildandet av psykosteam och case management metodiken där man söker att involvera patienten i sin behandlingssituation skapar möjligheter till dialog. I patienters upplevelser av det kollektiva mellanområdet återkommer samma teman om faderligt gränssättande och moderligt närande aspekter som i förhållande till de enskilda behandlarna. Kanske är det också så att patienter kan få olika behov tillgodosedda i det dyadiska och kollektiva mellanområdet. Den organisatoriska dimensionen förefaller vara avgörande för ett framgångsrikt behandlingsarbete (Alanen, 1997; Cullberg, 2004; Haugsgjerd, 1985), vilket också bekräftas av patienters upplevelser i denna intervjustudie.

För att teamet och exempelvis resursgruppen skall bli ett kollektivt och hårbärgerande mellanområde där patienten kan få sina unika behov av närande och gränssättande behov tillgodosedda är det viktigt att i verksamheten bibehålla en stor lyhörddhet för patientens unika önskemål både beträffande vilka som skall inkluderas i det kollektiva mellanområdet och hur samarbete skall utformas. Det här handlar om att finna en balans mellan struktur och frihet samt närhet och distans exempelvis. Det kollektiva mellanområdet som bildandet av ett psykosteam och case management metodiken kan bidra med förefaller att förknippas med upplevelser av sammanhang, kontinuitet, mer samordnade verksamheter och bättre struktur. Många patienter upplever att det är lätt att få kontakt med teamet. Den här upplevelsen av tillgänglighet kan ha en stor betydelse för hur det kollektiva mellanområdet upplevs och för det kollektiva mellanområdets hårbärgerande funktion. Tillgängligheten kan betraktas som ett viktigt närande inslag in det kollektiva mellanområdet och har således aningsvis en stor psykologisk betydelse i behandlingsarbetet. Många patienter förefaller också att förknippa case management metodiken med en positivt gränssättande funktion som skapar

sammanhang och mening. Hur involverade patienter är i det kollektiva mellanområdet förefaller att variera. De patienter som får behandling enligt case management är mer kollektivt burna än andra patienter, vilket man skulle kunna se som att dessa patienter har ett bättre skyddsnet i behandlingssituationen ungefär som ett barn som har ett starkt nätverk omkring sig har jämfört med ett barn som kanske bara har en god relation. I nätverket finns det också bättre förutsättningar att kompensera för varandras brister som behandlare och komplettera varandra och olika behandlingsinsatser. Det kollektiva mellanområdet är en bra utgångspunkt för att man skall finna en för den unika patienten lämplig balans mellan det som här kallas för närande och gränssättande funktioner i behandlingssituationen. Det kollektiva mellanområde som den teaminriktade verksamheten och case management skapar förefaller att inge en känsla av sammanhang, kontroll och mening, vilket exempelvis återspeglas i poemet *Case management 1*. Säkert är dessa upplevelser värdefulla i behandlingsarbetet. Skårderud, Haugsgjerd och Stänicke (2010) menar att upplevelsen av att ta kontrollen och makten över sitt liv är central. Cullberg (2004) framhåller att en inre känsla av sammanhang är en slags skyddsfaktor. Mot bakgrund av denna teoretiska förförståelse kan man tänka sig att de upplevelser av sammanhang och kontroll som patienter vittnar om i intervjuerna är behandlingsmässigt värdefulla.

En utmaning i verksamheten är att omfamna slutenvården i det kollektiva mellanområdet. I nuläget upplever många av de intervjuade patienterna slutenvårdsperioderna som problematiska. Svårigheterna förknippas framför allt till att avdelningarna, främst akutavdelningen, upplevs som kliniska, sysslolösa och stökiga, ibland till och med hotfulla. Vissa patienter upplever avdelningen som en trygghet också och man kan också i resultatet se att patienter verkligen uppskattar de kontakter och den kontinuitet som bitvis redan finns mellan teamets verksamhet och slutenvården. Sådana kontakter kan exempelvis handla om att den egna behandlaren kommer upp till avdelningen eller att det alltid är den egna läkaren som skriver in patienten och ut patienten. Cullberg (2004) menar att en mer hemlik övernattenvård är att föredra framom akutavdelningar. Likaså visar forskning att en intensiv emotionell nivå i miljön förknippas med sämre återhämtning vid psykosor (Cullberg, 2004). Den teoretiska och forskningsmässiga förförståelsen pekar sålunda tillsammans med patienternas upplevelser på att det är viktigt i verksamheten att vid sidan av att arbeta för att patienter i möjligast mån kan vistas i sin egen miljö utveckla slutenvården så att den i högre grad blir omsluten i det kollektiva mellanområdet och på så vis bli mer anpassad till psykospatienters specifika behov. Det här resultatet föranleder vidare diskussioner i teamet och verksamheten och ett intressant nytt forskningsuppslag vore att intervjua patienter om hur de ser att en för deras behov

anpassad slutenvårdsverksamhet skulle kunna se ut. Kanske skulle man med ganska små insatser kunna göra slutenvården till en del av det kollektiva mellanområde som teamet och case management skapar?

Ett annat centralt utvecklingsområde i verksamheten är att ytterligare bereda möjligheter till fördjupade samtalskontakter. Samtliga intervjuade patienter upplever samtalskontakter som positiva och utvecklande och många efterfrågar ytterligare möjligheter till samtalsbaserade insatser och psykoterapi. Detta kan tolkas som en vilja till utveckling och tillväxt och som att samtal upplevs som meningsfulla när den rätta kontakten finns. Även om stöd och förståelse är viktigt blir det i resultatet tydligt att patienter inte upplever samtalen som ”bara” ett stöd utan som en i sig kurativ och viktig behandlingsinsats. Ett centralt drag i den teoretiska förförståelsen för studien var att man i den psykodynamiskt och psykoterapeutiskt orienterade, behovsanpassade psykosvården idag allt mer efterlyser psykoterapeutiska insatser utifrån olika metoder. Den teoretiska förförståelsen lät sålunda förstå att psykosvården bör utvecklas mot mer integrerade perspektiv både avseende behandlingsinsatser och olika terapeutiska inriktningar. Resultatet i denna studie bekräftar denna bild genom att patienterna efterlyser ytterligare möjligheter till psykologiska och psykoterapeutiska insatser. I den behovsanpassade psykosvården ser man att olika individer och olika faser i psykosutvecklingen behöver olika former av terapeutiska insatser. Med utgångspunkt i den teoretiska förförståelsen kan man också förvänta sig att en stor utmaning i den terapeutiska processen är att etablera en tillitsfull relation. Många av de intervjuade patienterna har en sådan, tillitsfull samarbetsrelation till sina behandlare och teamet. Det vore intressant att mer fokuserat ta reda på vad eller på vilket sätt samtalen upplevs som utvecklande. Kanske kan man också förvänta sig att den framgångsrika terapeutiska kontakten finner en för individens behov anpassad balans mellan närande och gränssättande aspekter i relationen till terapeuten och den sammantagna behandlingssituationen, dvs. såväl i det dyadiska som kollektiva mellanområdet. Den teoretiska förförståelsen är att framgångsrikt terapeutiskt arbete kombineras med en teaminriktad verksamhet (exempelvis Alanen, 1997; Andersson, 2009). Mot bakgrund av detta är det viktigt att i verksamheten se att alla behandlingsinsatser samspelar och att det psykoterapeutiska arbetet eller den psykoterapeutiska dyaden behöver ett kollektivt hållande för att det skall bli framgångsrikt. Kanske kan resultatet också sägas belysa värdet i att ytterligare involvera patienter i utformningen av olika behandlingsinsatser. I den tidigare nämnda fallstudien av Levander och Werbart (2003) fann man att delad mening mellan terapeuten och patienten var förknippat med positivt utfall i psykospsykoterapi. I den sammantagna behandlingssituationen och i

teambaserad verksamhet kan den delade meningen kanske beskrivas handla om att återupprätta patientens kränkta livsrum på ett närande och gränssättande, icke invaderande vis? Detta är vad "att skapa ett band" och det kontaktskapande behandlingsarbetet i grund och botten och oberoende av valda behandlingsinsatser förefaller att handlar om.

Ytterligare en utmaning i verksamheten förefaller också vara patienternas sociala och socioekonomiska situation. De intervjuade patienterna förefaller att ha olika socioekonomisk situation, men många uttrycker att de i någon form känner sig ensamma och utsatta. Den socioekonomiska situationen faller till stora delar formellt sett utanför teamets verksamhet, men är behandlingsmässigt en viktig aspekt. Från tidigare studier vet man att minskad socioekonomisk stress och positiva kulturella och sociala aktiviteter underlättar återhämtningen från förstagångspsykos (Mattsson et al., 2008). Familjen och det omgivande samhället är betydelsefulla i återhämtningsprocessen. Cullberg (2007) menar att sambanden mellan människans psykiska hälsa och ohälsa och det sociala samspelet ändå är en aspekt som man inte alltid får med och att betydelsen av samhällliga och sociala faktorerna i förståelsen av den psykotiska problematiken ofta hamnar i skymundan i forskning och när man planerar vården. Genom case management metodiken och genom samverkan med olika samhällsaktörer och genom en teaminriktad och multiprofessionell verksamhet har teamet goda förutsättningar att stötta patienter i den socioekonomiska och sociala situationen, vilket också återspeglas i resultatet och vilket patienter uppskattar. En utmaning i verksamheten är dock att denna sfär delvis organisatoriskt ligger bortom verksamhetens eget område och att den ändå förmodligen har stor betydelse för patientens mående samt att sociala svårigheter och tillbakadragenhet också ibland kan förknippas med själva problematikens natur. En styrka i verksamheten i det här avseendet är case management metodiken som skapar grund för ett kollektivt mellanområde för utveckling och tillväxt som sträcker sig bortom den egna klinikens och den egna verksamhetens gränser. För att fullt ut kunna tillgodo se psykospatienters specifika behov i det här avseendet krävs kanske också samhällliga insatser som ligger bortom teamets direkta verksamhet.

Den föreliggande studien kan sägas ha utmynnat i ett resultat och i slutsatser som till stora delar blir en bekräftelse på teamets verksamhet. Studien har också kunnat aktualisera några utvecklingsmöjligheter i verksamheten som nu lämnas öppna för vidare diskussion. Resultatet är framför allt intressant i den lokala kontexten och bör betraktas mot bakgrund att de intervjuade patienterna företrädesvis var patienter med en väletablerad samarbetsrelation. Både ur verksamhetens och ur ett mer generellt forskningsperspektiv vore det intressant att jämföra fynd från denna studie med fynd från en motsvarande studie som

fokuserar på patienter där arbetsalliansen inte blivit så etablerad. Det vore intressant att jämföra förekomsten av närande, gränssättande och invaderande teman exempelvis. Resultatet i studien pekar i en riktning som utifrån den teoretiska förförståelsen förefaller rimlig. På ett generellt plan har studien således inte skapat någon helt ny kunskap eller förståelse, men skulle man kunna säga, ytterligare validerat och fördjupat förståelsen av tidigare kunskap. I den valda aktionsforskningsstrategins anda var också det främsta syftet med studien att generera praktiskt tillämpbar kunskap i den lokala kontexten och att låta patienter komma till tals angående sin egen situation. I det här avseendet kan studien anses ha uppnått sitt kunskapsmål. Med utgångspunkt i den valda terapeutiska utforskningsmetodiken och den hermeneutiska kunskapsprocessen inleddes och genomfördes studien inte i syfte att generera entydigt sann eller slutgiltig kunskap utan att genom samtal och möten skapa en interpersonellt och dialogiskt erhållen kunskap som nu lämnas öppen för ytterligare infallsvinklar och utveckling. Syftet med den poetiska presentationsformen av resultatet i bilaga D var just att framhäva mångtydigheten i materialet och att frilägga de intervjuades livsvärld eller det som i den här studien kallats för subjektets poetik. Genom att teamet fått ta del av ett preliminärt resultat och teamets psykolog tagit del av ett utkast till slutrapporten har teamet på så vis också redan involverats i tolkningsprocessen av resultaten. En förhoppning är också att författaren i april 2012 skall kunna möta patienter i seminarieform för att diskutera betydelsen av resultatet av studien så som det formulerats i denna slutrapport. En viktig förståelse som hos författaren vuxit fram under forskningsprocessen är betydelsen av olika synvinklar och sätt att närma sig den psykotiska problematiken. Den här insikten har bekräftats både i den teoretiska litteraturen och i kontakten med den kliniska verksamheten och i patientintervjuerna. Så här skriver Irène Matthis (1980): "Orden som fångslar oss är kategoriernas ord. Men deras betydelse föds ur våra egna intentioner och önskningar och ändras därmed genom historien. Människan har alltid dömt andra människor, men offren har varierat: den spetälske, juden, negern, tjuven, kommunisten och den vansinnige. Skiljelinjen är outplånlig, men det område den segregerar är historiskt bestämt och därmed påverkbart. Därför behöver smärtan i insikten inte leda till förlamning som ingenting kan göra. Den kan lika gärna vara en signal till motstånd och en uppmaning till subversivt arbete i den sociala strukturen som är skiljelinjens ursprung och fäste. Insikterna från det psykotiska gränlandet kan användas på ett sådant sätt att de, i samverkan med många andra krafter, kan förmå vända ett blad i den historiebok som vi alla tillsammans håller på att skriva. Men vi skall inte bli förvånade när vi på nästa sida åter stöter på en skiljelinje, fast nu mellan andra kategorier av människor." (s. 178-179) De skiljelinjer psykiatrin och psykologin och psykosvården tampas

med är biologiskt kontra humanistiskt, kvantitativt kontra kvalitativt och psykodynamiskt/psykoanalytisk kontra kognitiv beteendeterapi. Att se och tala om dessa i egenskap av motsättningar och i termer av bra kontra dåligt är att bruka dem som kategoriernas ord, ord som inte kommer att befria varken oss som professionella eller de människor vi möter i vårt yrke eller i livet överlag. Kategoriernas värld kan aldrig få världen att öppna sig så som den ter sig utifrån den andres perspektiv. Likväl är det omöjligt för oss att bemästra alla perspektiv. Lyckligtvis finns det alltid andra som kanske ser det vi själva inte ser. Psykosvården berör så många aspekter av människans varande i världen och bakom ordet psykos finns först och främst en individ med sin individuella situation, vilket också den här studiens resultat har visat. Det är i mellanområdet som vi kan bryta kategoriernas värld och låta inre och yttre mötas och tillsammans bilda någonting tredje och nytt. Också den kvalitativa metoden döljer sig bakom kategoriernas ord och förfaranden som distanserar sig från människan och det mänskliga upplevandet och även i den akademiska, humanistiskt orienterade kvalitativa forskningen kan det för att prata med Cullberg (2007) – som förvisso avser den akademiska psykiatrin – ”lukta provrör istället för människa”. Att kunna avsluta en forskningsresa genom att konstatera att alla egentligen kan ha rätt och att det som egentligen kanske är värdefullast är själva diskussionen och mångfalden av infallsvinklar känns befriande. Det främsta värdet med den här studien skulle vara om den först och främst lokalt kan skapa en diskussion om resultatet och på så vis låta patienter komma till tals och bidra till utveckling av en psykiatrisk verksamhet i en riktning som får den att osa både provrör och människa.

Referenser

- Ahrne, M. (1980). *Äppelblom och ruiner*. Stockholm: Norstedts.
- Alanen, Y. O. (1997). *Schizophrenia. Its Origins and Need-Adapted Treatment*. London: Karnac Books Ltd.
- Alanen, Y. O. (2009a). Can we approach patients with schizophrenic psychoses from a psychological basis? I Y. O. Alanen, M. González de Chávez, A-L. Silver & B. Martindale (Red.), *Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses. Past, Present and Future* (s. 3-9). East Sussex: Routledge.
- Alanen, Y. O. (2009b). The Schreeber case and Freud's double-edged influence on the psychoanalytic approach to psychosis. I Y. O. Alanen, M. González de Chávez, A-L. Silver & B. Martindale (Red.), *Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses. Past, Present and Future* (s. 23-37). East Sussex: Routledge.
- Alanen, Y. O. (2009c). Towards a more humanistic psychiatry: Development of need-adapted treatment to schizophrenia group psychosis. *Psychosis*, 1(2): 156-166.
- Alanen, Y. O., González de Chávez, M., Silver, A-L. & Martindale, B. (2009a). Introduction. I Y. O. Alanen, M. González de Chávez, A-L. Silver & B. Martindale (Red.), *Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses. Past, Present and Future* (s. xviii-xx). East Sussex: Routledge.
- Alanen, Y. O., González de Chávez, M., Silver, A-L. & Martindale, B. (2009b). Further developments of treatment approaches to schizophrenic psychoses: an integrated view. I Y. O. Alanen, M. González de Chávez, A-L. Silver & B. Martindale (Red.), *Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses. Past, Present and Future* (s. 357-376). East Sussex: Routledge.
- Alanen, Y. O., Anttinen, E. E., Kokkola, A., Lehtinen, K., Ojanen, M., Pylkkänen, K. & Rääkköläinen, V. (1990). Treatment and Rehabilitation of Schizophrenic Psychoses. The Finnish Treatment Model. *Nordisk Psykiatrisk Tidskrift* 22(44): 3-65.
- Allwood, C. M. (1999). Vetenskapsfilosofi och psykologisk forskning. I C. M. Allwood & M. G. Erikson (Red.), *Vetenskapsteori för psykologi och andra samhällsvetenskaper* (s. 444-478). Lund: Studentlitteratur.
- Allwood, C. M. & Erikson, M. G. (2010). *Grundläggande vetenskapsteori för psykologi och andra beteendevetenskaper*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, B. (2009). *Berättelser från det kränkta rummet. Processen i det terapeutiska*

- rummet och betydelsen av bemötandeförloppet i återhämtningsprocessen vid allvarliga psykiska störningar. Doktorsavhandling, Lunds universitet, Institutionen för psykologi.*
- Bradbury-Huang, H. (2010). What is good action research? Why the resurgent interest? *Action Research*, 8(1): 93-109.
- Brinkmann, S. & Kvale, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Crafoord, C. (1994). *Människan är en berättelse. Tankar om samtalskonst*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Cullberg, J. (1992). *Skaparkriser. Strindbergs inferno och Dagermans*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Cullberg, J. (2003). Stressful life events preceding the first onset of psychosis. An explorative study. *Nordic Journal of Psychiatry* 57: 209-214.
- Cullberg, J. (2004). *Psykos. Ett integrerat perspektiv*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Cullberg, J. (2006). The use of psychodynamic understanding of psychotic states: delineating need-specific approaches. I J. O. Johannessen, B. V. Martindale & J. Cullberg (Red.), *Evolving Psychosis. Different Stages, Different Treatments* (163-171). London: Routledge.
- Cullberg, J. (2007). *Mitt psykiatriska liv. Memoarer*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Elleström, L. (1999). *Lyriskanalys*. Lund: Studentlitteratur.
- Enckell, M. (2009). *Om konsten att älska skriften*. Helsingfors: Söderströms.
- Erikson, M. G. (1999). Psykologi och hermeneutik. I C. M. Allwood & M. G. Erikson (Red.), *Vetenskapsteori för psykologi och andra samhällsvetenskaper* (s. 287-326). Lund: Studentlitteratur.
- Fine, M., Torre, E.M., Boudin, K., Bowen, I., Clarke, J., Hylton, D., Martinez, M., Missy, Roberts, R. A., Smart, P. & Upegui, R. (2003). Participatory Action Research: From Within and Beyond Prison Bars. I P. M. Camic, J. E. Rhodes & L. Yardley (Red.), *Qualitative Research in Psychology. Expanding Perspectives in Methodology and Design* (s. 173-198). Washington: American Psychological Association.
- Franzén, C. (1995). *Att översätta känslan. Julia Kristeva*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag.
- González de Chávez, M. (2009). Group psychotherapy and schizophrenia. I Y. Alanen, M. González de Chávez, A-L. Silver & B. Martindale (Red.), *Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses. Past, Present and Future* (s. 251-266). East Sussex: Routledge.

- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24: 105-112.
- Greenwood, D. & Levin, M. (1998). *Introduction to Action Research. Social Research for Social Change*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Hallberg, M. (1999). Hermeneutik. I C. M. Allwood & M. G. Erikson (Red.), *Vetenskapsteori för psykologi och andra samhällsvetenskaper* (s. 73-100). Lund: Studentlitteratur.
- Haugsgjerd, S. (1985). *Psykoterapi och miljöterapi vid psykoser*. Stockholm: Bokförlaget Prisma.
- Henriksson, C. (2010). *Införandet av psykosteam. En uppföljning av förändring*. Psykiatri Skåne.
- Hsieh, H-F. & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 5: 1277-1288.
- Jemstedt, A. (2006). Det närvarande och frånvarande objektet – om tänkande och symboliseringsförmåga. Vid föreläsning i Stockholm hösten 2010.
- Johnsson, L-Å. & Sahlin, J. (2010). *Hälso- och sjukvårdslagen. Med kommentarer*. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Koehler, B. & Silver, A-L. (2009). Psychodynamic treatment of psychosis in the USA: promoting development beyond biological reductionism. I Y. Alanen, M. González de Chávez, A-L. Silver & B. Martindale (Red.), *Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses. Past, Present and Future* (s. 217-232). East Sussex: Routledge.
- Kristeva, J. (1969). Word, Dialogue and Novel. I T. Moi (Red.), *The Kristeva Reader* (34-61). Oxford: Basil Blackwell Ltd.
- Kristeva, J. (1974). Revolution in Poetic Language. I T. Moi (Red.), *The Kristeva Reader* (89-136). Oxford: Basil Blackwell Ltd.
- Kristeva, J. (1983). Psychoanalysis and the Polis. I Moi (Red.), *The Kristeva Reader* (301-320). Oxford: Basil Blackwell Ltd.
- Kvale, S. (1989). To Validate Is to Question. I S. Kvale (Red.), *Issues of Validity in Qualitative Research* (s. 73-92). Lund: Studentlitteratur.
- Levander, S. (2007). *Om psykoser och psykosbehandling*. Stockholm: Mareld.
- Levander, S. & Werbart, A. (2003). Different views of a psychotic breakdown – complementary perspectives of a bewildering experience. *Psychoanalytic Psychotherapy* 17(2): 163-174.

- Levander, S. & Cullberg, J. (2009). Sweden – from Bjerre to the Parachute project. I Y. Alanen, M. González de Chávez, A-L. Silver & B. Martindale (Red.), *Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses. Past, Present and Future* (s. 153-158). East Sussex: Routledge.
- Levinsson, H. (2008). *Autonomy and Metacognition – A Healthcare Perspective*. Lund: Lund University.
- Lindström, E. (2002). Evidensbaserad psykiatri. I U. Malm (Red.), *Case Management. Evidensbaserad integrerad psykiatri* (s. 39-54). Lund: Studentlitteratur.
- Malm, U. (2002). Modell och arbetssätt för en samhällsbaserad psykisk hälsovård. I U. Malm (Red.), *Case Management. Evidensbaserad integrerad psykiatri* (s. 27-37). Lund: Studentlitteratur.
- Matthis, I. (1992). *Det omedvetnas arkeologi. Om det moderliga*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Matthis, I. (1980). *Orden som fångslar oss*. Stockholm: Norstedts.
- Mattsson, M., Topor, A., Cullberg, J. & Forsell, Y. (2008). Association between financial strain, social network and five-year recovery from first episode psychosis. *Social Psychiatry* 43: 947-952.
- Mattsson, M., Flyckt, L., Edman, G., Nyman, H., Cullberg, J. & Forsell, Y. (2007). Gender differences in the prediction of 5-year outcome in first episode psychosis. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 16(4): 208-218.
- Mondrup, L. & Rosenbaum, B. (2010). Interpersonal problems in the prodromal state of schizophrenia: An exploratory study. *Psychosis* 2(3): 238-247.
- Niemi, M. (2008). Fumbling words: similarities between poetry and the early stages of interpretation. *The Scandinavian Psychoanalytic Review* 31(1): 11-20.
- Olsson, G. (2008). *Berättelsen som utgångspunkt. Psykoterapi i praktik och forskning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Psykiatri Skåne. (2010). *Vårdprogram för utredning och behandling av psykossjukdomar inom nordöstra Skåne*. (Broschyr). Kristianstad: Psykiatri Skåne.
- Read, J. & Hammersley, P. (2006). Can a very bad childhood drive us crazy? Science, ideology and taboo. I J. O. Johannessen, B. V. Martindale & J. Cullberg (Red.), *Evolving Psychosis. Different Stages, Different Treatments* (270-292). London: Routledge.
- Reason, P. & Riley, S. (2008). Co-operative Inquiry. An Action Research Practice. I J. A.

- Smith (Red.), *Qualitative Psychology. A Practical Guide to Research Methods* (s. 207-234). London: Sage Publications Ltd.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatri. Själ – kropp – samhälle*. Stockholm: Liber.
- Smith, J. A. (2008). Introduction. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative Psychology. A Practical Guide to Research Methods* (s. 1-3). London: Sage Publications Ltd.
- Smith, J. A. & Osborn, M. (2008). Interpretative phenomenological analysis. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative Psychology. A Practical Guide to Research Methods* (s. 53-80). London: Sage Publications Ltd.
- Stierlin, H. (2009). The family in schizophrenic disorders: systemic approaches. I Y. Alanen, M. González de Chávez, A-L. Silver & B. Martindale (Red.), *Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses. Past, Present and Future* (s. 233-250). East Sussex: Routledge.
- Ström, E. (2004). *Rött vill till rött*. Stockholm: Albert Bonniers Förlag.
- Viberg, L. (2007). Övergångsobjekt. Ett psykoanalytiskt begrepp i barnets utveckling. I B. Rosenbaum, S. Balint, J. Gammelgaard, S. Lunn & S. Aagaard (Red.), *Psykoanalysens aktualitet* (s. 137-148). Köpenhamn: Multivers Academic.
- Willig, C. (2008). *Introducing Qualitative Research in Psychology*. Berkshire: Open University Press.
- Winnicott, D. W. (1981). *Lek och verklighet*. Stockholm: Natur och Kultur.

Bilaga A/Presentation av projektet för teamet



LUNDS
UNIVERSITET

Samhällsvetenskapliga fakulteten

Vad är viktigt i verksamheten?

Det initiala syftet med projektet är att tillsammans med psykosteam och den berörda patientgruppen utforska frågeställningen: Vad är viktigt i verksamheten? I den psykiatriska verksamheten i Hässleholm-Kristianstad finns det för tillfället olika planer på förändringar som även berör psykosvården. Idén till frågeställningen har vuxit fram ur kännedomen om dessa eventuellt förestående förändringar och ur en tanke om att det inför sådana förändringar är intressant att skapa ett forum för samtal där tankar kan utbytas, utvecklas och sammanfattas. Forskningsansatsen i den föreliggande studien är kvalitativ och realiseras som aktionsforskning. Aktionsforskning syftar till att svara på praktiska och angelägna frågeställningar i människors vardagliga verksamhet i organisationer och i samhället. Detta görs genom att engagera människor i samarbetsrelationer och genom att skapa rum för reflektion och dialog. Inom aktionsforskning lägger man stor tilltro till den form erfarenhetsmässig och förkroppsligad kunskap som uppstår i verkliga mellanmänniska möten. Forskaren ser inte sig som en yttre observatör utan som en medresenär på en gemensam upptäcktsresa. (Greenwood & Levin, 1998; Smith, 2008)

Med utgång i den kvalitativa ansatsen är tanken att studien framför allt bygger på ett samtalsunderlag, men det kan också vara av intresse att komplettera med ett kvantitativt material – exempelvis en enkätundersökning – om en sådan triangulering av kvalitativt och kvantitativt material kan berika förståelsen av frågeställningen. Psykologins forskningsmetoder har traditionellt framför allt byggt på kvantitativ data, men under den

senaste tioårsperioden har man allt mer börjat efterfråga kvalitativa studier som framom kausala, mätbara samband utforskar meningssammanhang genom språket (Andersson, 2009). Det ena behöver heller inte utesluta det andra, utan kan tvärtom, berika varandra (Allwood, 1999; Andersson, 2009), någonting som särskilt uppmuntras i aktionsforskning (Greenwood & Levin, 1998). Utifrån den preliminära frågeställningen – vad är viktigt i verksamheten – är det givetvis framför allt intressant att utforska meningssammanhang. Det är angeläget att frågeställningen formuleras så att den är meningsfull för den berörda patientgruppen, teamet och organisationen.

Som teoretisk utgångspunkt för studien föreslås ett integrativt perspektiv där den psykotiska problematiken betraktas ur ett biologiskt, psykologiskt och socialt sammanhang och där man tänker sig att alla dessa aspekter interagerar med varandra, ett perspektiv som präglar förhållningssättet i Case Management (Malm, 2002), som är ett arbetssätt som teamet tillämpar, och som också står i linje med Socialstyrelsens (2011) riktlinjer. Det integrativa perspektivet präglar även såväl kognitiva som dynamiska psykoterapeutiska ansatser till schizofrena psykos (Alanen et al., 2009). Det integrativa perspektivet som föreslås som teoretisk utgångspunkt innebär också att man tänker sig att vård av den psykotiska problematiken engagerar ett multiprofessionellt team. Sist men inte minst föreslås att studien utifrån det integrativa perspektivet och utifrån dess karaktär av aktionsforskning på ett sätt som teamet och forskaren finner lämpligt engagerar patienter i processen. Forskaren kommer in i projektet med en integrativ, psykodynamiskt orienterad förförståelse.

En preliminär idé är att teamet samlas till ett första möte för att tillsammans med forskaren fastställa ramar för projektet. Dessa ramar bör omfatta en formulering av frågeställning, när och under vilka former projektet skall genomföras, vilken personal som skall delta samt på vilket vis patienter skall engageras i processen. Ett förslag är att forskaren under sommaren samtalar med patienter och att dessa samtal har karaktär av semistrukturerade intervjuer (Kvale, 1998) där man fokuserar på den relevanta frågeställningen. Forskningsfrågan omformuleras inför dessa intervjuer så att den anammar ett patientperspektiv och kan då exempelvis handla om att utforska vad patienten upplever som viktigt i vården. Både formen och innehållet i dessa samtal utformas gemensamt av forskaren och teamet, allt i syfte att svara mot den övergripande frågeställningen och teamets vårduppdrag och ansvar. Samtalen genomförs, spelas in och transkriberas på kliniken och förvaras på klinikens arkiv. Projektet är i sin helhet förknippat med etiska frågeställningar som diskuteras i ett eget stycke här nedan.

I ett nästa steg skulle forskaren i slutet av sommaren kunna genomföra en fenomenologisk analys (Smith, 2008) av de transkriberade patientsamtalen för att utkristallisera centrala teman. Teamets reflekterande samtal skulle kunna ta vid under hösten med utgång i det som framkommer i patientsamtalen och de förestående organisatoriska förändringarna. Även teamets reflekterande samtal skulle spelas in och transkriberas och utifrån en fenomenologisk analys sammanställas tematiskt av forskaren. Allt material förvaras på klinikens arkiv och bearbetas på kliniken. Allt material avidentifieras så att det i den slutliga rapporten inte kan knytas till enskilda personer. Inspelningsförfarandet motiveras av att det annars kan vara svårt att fånga in mångfalden i samtal och att mindre framträdande teman och mönster då riskerar att falla bort. Efter att forskaren sammanställt materialet tematiskt skulle teamet åter kunna samlas för att reflektera över betydelsen av de teman som framträder och vilka slutsatser man kan dra av dem. En annan aspekt som teamets reflekterande samtal skulle kunna ta fasta på är vad man ser som viktigt i verksamheten inför de planerade organisatoriska förändringarna. En viktig aspekt av aktionsforskning är att den syftar till att generera praktisk kunskap som kan tillämpas i organisationer och verksamheter. (Greenwood & Levin, 1998; Smith, 2008)

Bindande för den etiska dimensionen i studien är etikprövningslagen (2003:460) och personuppgiftslagen (SFS 1998:204) samt Vetenskapsrådets publikation God forskning (2011). I enlighet med informationskravet informeras deltagare om studiens syfte, utformning och innehåll. I enlighet med samtyckeskravet skall allt deltagande både avseende patienter och anställda bygga på frivillighet. Samtalen och allt underlag för studien är sekretessbelagda och får endast användas för det avsedda ändamålet. Genom att studien realiserar på en värdenhet omfattas den även av den för verksamheten gällande lagstiftning som helhet. Forskaren arbetar i enlighet med den ovan nämnda lagstiftning och i egenskap av blivande psykolog utifrån yrkesetiska principer för psykologer. Forskaren är även aktuellt anställd som vikarierande skötare i verksamhetens slutenvård sedan 2008.

Forskningsprocessen och dess slutsatser sammanställs i en slutrapport som också presenteras som en psykologexamensuppsats vid Institutionen för psykologi vid Lunds universitet. Handedare för arbetet är filosofie doktor Lennart Viberg som också är psykolog, psykoterapeut, psykoanalytiker och handledare. Studierektor för momentet är filosofie doktor Erwin Apitzsch. Utformningen av upplägget för studien sker i samarbete med teamet med utgång i patienters, teamets och verksamhetens behov och i enlighet med ovanstående lagstiftning. Forskaren genomför eventuella intervjuer, allt hantverksmässigt arbete – som beroende på hur man väljer att arbeta exempelvis kan omfattar inspelning och transkribering

av intervjuer, tematisk analys av transkriberat material eller statistisk bearbetning av kvantitativt material – samt allt skriftligt och praktiskt arbete som knyter an till projektet. Projektets slutsatser utarbetas av teamet utifrån teamets reflekterande samtal och underlaget från patientsamtalen och sammanställs av forskaren i slutrapporten.

Helene Wolf

Bilaga B/Presentation av projektet för patienter



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

1 juni 2011

PSYKOLOGEXAMENSARBETE

Psykologkandidat: Helene Wolf
Handledare: Lennart Viberg

Vad tycker du är viktigt i verksamheten?

Vill du delta i en intervjustudie där man vill höra hur du som patient upplever samarbetet med psykosteamet på psykiatriska kliniken i Kristianstad? Vad tycker du fungerar bra? Vad tycker du skulle kunna bli bättre? Finns det någonting mer teamet kan göra för dig?

Meningen med studien är att genom samtal med patienter i öppenvård och psykosteamet ta reda på vad som fungerar bra och vad som skulle kunna bli bättre i samarbetet mellan patienter och teamet. Tanken är att samtala med tjugo personer som har erfarenheter av det här samarbetet utifrån ett patientperspektiv. Bakgrund till studien är att psykosteamet vill få en fördjupad förståelse av patienters upplevelser av sitt sammanhang i samarbetet och därför valt att delta i den här aktionsforskningsstudien som görs som en psykologexamensuppsats på Institutionen för psykologi vid Lunds universitet. I aktionsforskning vill man genom samarbetsrelationer skapa praktisk kunskap som kan användas av människor i sin vardagliga verksamhet. I den här studien handlar det om att teamet för att utveckla sin verksamhet vill få en fördjupad kunskap om hur patienter upplever samarbetet med teamet. Jag som gör intervjuerna och sammanställer resultat i slutrapporten heter Helene Wolf och är blivande psykolog. Du väljer själv om du vill delta i studien och kan också när som helst hoppa av.

Om du väljer att delta i studien lämnar du besked om det till din vårdkontakt i teamet och så kontaktar jag dig för att boka tid för intervju. Vi träffas i så fall under kommande sommar på psykiatriska kliniken i Kristianstad för en eller två intervjuer. Om du så önskar kan även någon från psykosteamet vara med under samtalet. För att få med alla dina synpunkter kommer jag att spela in vårt samtal så att jag kan lyssna på det efteråt. När jag gjort alla tjugo intervjuerna kommer jag att sammanfatta viktiga teman som jag sedan presenterar för teamet. Meningen är att teamet utifrån dessa under kommande höst skall samtala om vad som är viktigt att tänka på och utveckla i verksamheten. Allt jag får ta del av är sekretessbelagt och får enbart användas till denna studie. Jag kommer också att aidentifiera allt material så att det i sammanställningen till teamet och i slutrapporten som också blir min psykologexamensuppsats inte kan knytas till enskilda personer. Studien regleras av gällande lagstiftning och etiska principer för psykiatrisk vård och psykologisk forskning. Ditt deltagande är en värdefull insats för utveckling och forskning.

Bilaga C/Intervjustrukturen

Hur upplever du ditt sammanhang i samarbetet med psykosteamet på psykiatriska kliniken i Kristianstad?

Inledning

Jag är glad över att få träffa dig här idag och att du vill delta i den här studien.

Den här studien blir som sagt en psykologexamensuppsats och den syftar till att öka förståelse och utveckla psykosteamets arbete.

Genom att du ställer upp hjälper du teamet att utvecklas och göra ett bättre jobb.

Du får på det här viset möjlighet att påverka din egen situation.

Jag önskar att få spela in samtalet så att jag kan få med allt du har på hjärtat.

Allt vi pratar om är sekretessbelagt och raderas efteråt. Jag intervjuar många personer och sammanställer teman. Allt material avidentifieras så att det inte kan knytas till enskilda personer. Banden raderas efteråt.

Du kommer att få ett exemplar av slutrapporten när den är klar, vilket kommer att dröja till våren 2012. Du kommer också att få en muntlig återkoppling på resultatet.

Är det okej att jag sätter igång bandet nu?

Den första kontakten

Hur kom du först i kontakt med teamet? Hur upplevde du den första kontakten?

Är det någonting som du särskilt kommer ihåg?

Har du haft kontakt med kliniken innan den nuvarande arbetsformen med ett psykosteam (innan oktober 2009)? Hur har du upplevt förändringen? Hur upplevde du överremitteringen?

Hur förstod du vad det hela gick ut på? Fick du en vårdplan? Vem pratade du med?

Hur tycker du att du själv kan påverka den behandling och de aktiviteter som du deltar i? Hur får du information om din vård och din problematik? Vet du vilken diagnos du har? Upplever du att du har valmöjligheter beträffande din vård?

Den aktuella kontakten

Hur ser det ut för dig idag? Vilken typ av hjälp får du? Vilka verksamheter deltar du i?

Hur upplever du kontakten med teamet?

Är det någonting som är speciellt betydelsefullt för dig? Tycker du att du får det du behöver?

Har du en case manager? Hur upplever du det?

Hur gör du när du söker kontakt? Händer det att du får hembesök?

Hur känns teamets anhörigarbete för dig?

Hur ser din vardag ut? Boende? Sociala kontakter?

Övrigt: olika yrkeskategorier, verksamheter, kontaktperson, hälsoundersökning, biverkningar av mediciner

Tycker du att du får den hjälp du behöver? Saknar du någonting?

Generellt och avslutande

Är det någonting i din vård och i samarbetet med teamet som du upplever särskilt positivt?

Är det någonting i din vård och i samarbetet med teamet som inte känns bra?

Har du några idéer till förändringar som skulle kännas bra för dig?

Bilaga D/Subjektets poetik

Del 1: Vårdprogrammet och det kontaktskapande samarbetet

Äntligen hjälp

så sliten
mycket stress
ändra mitt liv eller dör jag
tack vare hjälpen som här
berömmar mycket när äntligen hjälp
diagnos – boende – ventileras
han och hon
bemötandet och kontakten
tar tid
men envis och förklarar
lockat och lockat
inte journalen
inte som varit
men nu
och hinder vad göra
positiva från början
och att de finns
att köra hit en dag
glad över lite
små grejer
som ett kalas
en annan livskvalitet
och att våga känslor
självkänsla och identitet
det är stort

Trygghet

känner mig trygg som hemma
i väntrummet
lugn här – ett skönt ställe att komma till
känner rätta händer
tydliga och att de finns
känner mig
vet var jag har dem
blir uppföljd
hon min trygghet och högra arm
han lugn och sansad
har någon med på tåget
säger hej fem minuter
sticker
känner mig trygg
betyder mest

Stöd

stöttar mig
med i kriser
hon och han
ställer upp
mycket oro
känner att är med mig
om inte vad hade gjort
plötsligt en familj
gör mig glad
vill inte förstöra
är nöjd

Tillit

om dålig kan till dem
vet vem det är
om ringer till vem
litar fullt och fast
vet vad gör
står för
uppriktigt

Förståelse

som lyhörd
sätter sig in
lyssnar och lär känna
uppskattar som lyssnar
blev förstådd
att förklara
någon som förstår
är bra

Missförstånd

förstår ändå inte
att inte samma nyanser
inte överens
inte journalen
stämmer inte

Bryr sig

känns att bryr sig
tar på allvar
är viktigt
inte höga hästar
säger hej
bekräftar

Proffs

inte bara teoretisk
men också praktisk
betyder mycket
den bästa
tror på
konkret och saklig
vill prata
i goda händer
välutbildad och duktig
om psykosor

Äkthet

är som de är
äkta
blir personligt
han och hon
rakt och ärligt
på samma nivå
inte över
inte spelat
inte mask
men ett annat sätt

Nära ont

tätare kan vara svårt
att vill som kompis känns jobbigt
kan inte kontakt och närhet
men att ensam
annorlunda
trygg och fri

Tycker om

livsenergi så sprudlande
stämde mellan oss
världens bästa människa
jättekär
som mamma
så snäll och jättefin
stormförtjust
på rätt sätt
finns inte bättre
i stort sett
tycker om

Tidigt omhändertagande

stöd
gick fort
nästan omedelbart
senare samma dag
och att inte läggas in
jättebra
och jobbigt
men stöd

Tillgänglighet

ringer dig
skulle det vara något så ringer dig
och du ringer mig så fort du kan
om inte så någon annan
och högst en två timmar
eller så någon annan
lite svårt att läkartid
men frågar när nästa
löser sig
en trygghet att alltid ringa
lugn och ro att vänta
kan ju vara vad som helst
en trygghet att du ringer

Frekvens

olika i olika perioder
1
2
gångar i veckan
behövde med träffa någon så ofta
var fjortonde dag
en gång i månaden
var
3:e
6:e
månad
resursgrupp
några gånger om året
läkare
men oftare fick

Kontinuitet

tio
fem eller sex
femton eller tjugo
år
hela tiden
lättar sitt hjärta
får förtroende
vill ha den
en och samma
täta tider
det är tiden
skriver in
kommer
bestämmer
slipper olika
följer vägen
han och hon
känns bra

Hembesök 1

ser fram emot
klarar inte staden
lättare att prata
ens egen miljö
och att roligt
uppskattar mitt hem
inte en enda gång
missat

Hembesök 2

nej, har inte haft
känns bra komma hit
men också
att kanske lite oftare hem till mig
eller vill inte

Case management 1

nätverk att utvecklas
ser framåt
att förändras
mål
från man själv
och hur vill
livet
blir centrum och får struktur
sammanhang
och stöd
trivs med det
aldrig missat en gång
olika vinklar
andra
och mig själv
att förstå
är intressant
känna igen
är skönt
ger trygghet och behandling
här eller på boendet
är bra
att bli bekräftad

Mål

nya skall uppnå
vet varåt
är bra
positivt
och att skall så bra som möjligt
jag lyckades
!

Samverkan

alla jobbar lika
samma mål
boendet och psykiatrin
kommunen
funkar
och jättebra
förr
inte
och överhuvudtaget
konstigt att fungera
och hyfsat

Case management 2

kanske för enkelt
eller väldigt komplett
aldrig hört talas
känner igen
men inte så länge
och oplanerat är också viktigt
inte bara papper
blir fel

Case management 3

flyt

och mer vän med människor

en massa sådant

positivt

mindre stress

och inte inlagd sedan dess

skulle alla

och människor

börjat tycka om mig själv

Påverka

kan jag

känner mig delaktig

till 100 %

lite grann

ja

är delaktig i det som händer

påverkar livet

nära

vad göra

i min takt

absolut

uppskattar att hon frågar

aldrig känt i halsen

de lyssnar

har respekt

Vårdplan

var väl
som var vårdplan
?
men
kanske
och kanske inte
och kommer inte ihåg
men antar
och fastän
men att inte och känner till
och väl
men att inte
och att inte
känner
vad
?

Få koll

lär mig
vet
om psykosen
hör hur de tänker
känns bra
lugnare
mer kontroll
gäller mitt liv

Själv tillit

måste jobba
men trögare emellanåt
uppsamling av idéer
att göra
känns öppet
vill sköta själv
på något sätt
men inget man lär sig över en natt
haft så dåligt självförtroende
stärker att man fixar
tränar själv
känner att jag lever
och att jag är

Att tänka rätt

hon bestämd tycker om
vill göra som de tror
lyssnar
jobbigt när hon tjarar
men behöver det
behöver
behöver att plockar ner mig
att ser allt
att inte kan ljuga
känns bra
måste ha någon
rätt människa
vad som är bra och vad som är dåligt
som tar mig på rätt sätt
tillrättavisar mig
att inte fick som jag ville
är bra

Anhörigarbetet 1

bra faktiskt
våldigt bra
fick ju personalen se
och föräldrarna en chans
chock
hjälp nog mor mycket
vill ju så väl
koll
vet ju alla liksom
att inte rädda
och själv valt
hjälp att trygghet
och kontakt
och koll

Anhörigarbete 2

nej
vill inte
inte riktigt
har väl alltid gått dit själv
för känslösamt
lite konstigt
ovant
skall reda en massa
men nog rätt bra
fastän inte just nu

Samtal 1

snackade och det funkade
att lyssnade har ju liksom vänt
samtal
och fina
samtal
och Freud
kan komma saker om mitt liv
som inte innan
och han
och tror att förtroende
och tror att vågar
och säger mer
hjälp och att prata
och att KBT
vanförställningar och inte med någon
men att kunde med henne
var ju otroligt
och troligt
och att hon
och att i det
såg ju emot det
positivt och roligt
också jobbigt
vet inte var om inte kontakt

Samtal 2

avböjde faktiskt
kände att så pass bra
men efteråt begrundat
att kanske ändå

Samtal 3

har utvecklats
men hur
mycket friskare
syner har blivit inbillning
röster inte lika styrande
utvecklats terapeutiskt
blivit liksom hjälpt
gjort kanske mer än vissa piller
stöd

Mediciner 1

rätt medicin
och funkar
jag
om slutar kostar mer än smakar
rätt bra
och bättre
och fel
skulle minska och rädd
!
skulle minska och lyckades
!
får inte ändra
är bra nu
får inte ändra
inte nu
och tack vare

Biverkningar 1

lite trög
ett problem
men inte
och biverkningsmediciner
men
krypningar i benen
skakningar
och torr i munnen
går upp i vikt
och tandsten
ont i armarna
svag i benen
och darrar

Mediciner 2

ändrar de människan
?
att inte sig själv då
?
och påverkar livet
tiden som förbi
kan inte ersätta
att inte hela livet
och tiden
ställer till det
men att också en trygghet
och hanterligt
lärt mig leva
?
fördelar och nackdelar
och är beroende

Biverkningar 2

biverkningar

?

har inte

och nästan ingenting

men när doser

oro i kroppen

och handikappad

stelare

och liggandes

Psykofysik

ett sundare liv

äta nyttigt och träna mer

väcker en del

jättebra

och stöd andra

stärker

går ner i vikt

promenerar

vädrar ut

och sömnen

Hälsoundersökning

jättebra

att inte fel

kroppen

kan vara laddat

men väl bra

här eller på vårdcentralen

också tänder

är en trygghet

Del 2: Den organisatoriska dimensionen

Överremittering

låter väl positivt

!

och att

du följde med

bara haft dig

trivs

inga problem

gick smidigt

ja

jättepositivt

det var det verkligen

och personkemin stämde

men

så ledsen när inte han

började gråta

Bildandet av ett psykosteam 1

för min del bara bra
inte nackdel
nöjd som nu
positivt
till det bättre
mer aktivt och känns rätt
händer mer
och mer hjälpsamma
fått mer hjälp
och det jag behöver
på ett helt annat sätt
äntligen
!
ett bättre mående
och fantastiskt att flyter
att hittat mig själv
och kommit en bit på vägen
betyder mycket
och att mer självständig
med tiden
hoppfullt

Bildandet av ett psykosteam 2

inte någon skillnad
inte så stor
kanske
?
men inte reflekterat
läkare och psykolog i samma korridor
och lite mer samarbete mellan dem
väl bra att specialiserat

Bra innan också

under alla år

också

som haft innan

duktiga på psykos

och skickliga med

han

extremt duktig och som en vän

en riktig vän

på avdelningen

och kom upp och pratade

varenda eftermiddag

tog sig tid

så himla bra

häromdagen

träffade min gamla

och så glad

han vinkade

Minnen från förr – det dröjer

att kanske hjälp innan

många år av mitt liv

kanske henne innan

men att nej

nej jag fick inte någon hjälp

!

så lång tid

och psykolog

första åren

ville

men att nej

!

det fick jag inte

det tycker jag var lite fel...

Minnen från förr – att inte bli förstådd 1

måste kolla av patienten
och närmare på något vis
lyssna av
och närmare människor
på något vis
eller som inte kunnat
att förklara
och känslor och förklara
kan ju vara svårt ibland

Minnen från förr – att inte bli förstådd 2

men inte mer än så
det blev inte mer än så
och akuten och polisen
besvikelse
och hopplöshet
ensam ändå
lyssnade bara
skrev ut mediciner bara
men att inte riktigt
inte riktigt
och inte mer än så
en gång om året
och ledsen

Minnen från förr – att inte bli förstådd 3

att på det viset en människa

drogad och brydde mig inte om

men för sin eller min skull

?

för att lugn och skulle ro

?

och tvångsmedicinering

det har känts

att säga någonting sådant

så hemskt

och att skojade bara

men innersta tanken

!

jag blev rädd

Slutenvård 1

och nu bra när låg inne
utvecklats och gått framåt
bättre trivsel än andra
och trodde att hur hemskt som helst
men det var det inte
snälla läkare och snälla patienter
samtalshjälp och mediciner
trygg, väldigt trygg
fick ju vila ut
fysiskt och psykiskt
när trött och jätteledsen
ville faktiskt och ville in
och skriver in och kommer
och kommer varje och varje dag
och slipper olika
är bra
vem vet
?

Slutenvård 2

en blodig man
får passa sig att inte pratar
och andra som ilskna
gör mig rädd
vill inte prata alls
och blev jätterädd
den natten
och vågade knappt sova alls
andra patienter som stökar och bökar
som gapar och skriker
och rädd

Slutenvård 3

beros ju på vilka som är där
inlagd länge
en vecka
mycket längre
och längre
men
töjar inte för de andra
måste hem
och ett sjukhusrum
inget annat
inte mycket att göra
Yazzy
men inte mycket
fastän glada färger
trevligare
än det vita
men skulle haft mer att göra

Slutenvård 4

det är på avdelningen det är svårt
man drar sig
svårt att komma in
kommer ju ihåg
helt snurrikt
rörikt och sterilt
inte lugnande om man säger
att bättre förr än när blandar
som inte någon samhörighet med
rädd
och många med mig tycker lika
och säger alla
vill inte vara där
och att inte trivs
det tycker jag är fel
men patienter att man skall trivas
vem vet
?

Del 3: Upplevelser i samhället

Ensamhet 1

tappat
och liksom tappat
och tappat umgänget
som undan
och som kompisar som inte
och som vill
och vill inte
och
som
inte
av oss

Ensamhet 2

kan ju vara rädd för folk
och att vill
och vill inte
drar sig undan
och drar sig till
en jättelängtan
och kontakt
att någon som han
och någon som hon
och att snacka
är stort

Ensamhet 3

ingen och att

mor

och att far

och att ingen

syskon och att ingen

och att ingen kontakt

död

och att saknar

och att familjen

men att dålig och dålig

och klantat till det

och energi

men att barnen

och saker och saker som hänt

konflikter

och att önskar

och att inget

som har hänt

Nära och kära 1

en underbar familj
omkring mig
så mycket positivt
som stöttar
och som älskar
och min bror
och som hjälper
min syster
mamma mycket med
mina föräldrar
betyder mycket
mina söner
och min dotter
tacksam
och gillar skarpt
och min man

Nära och kära 2

och underbara vänner
som tycker om
och om de flesta
tycker om
och socialt
och om att ringer
tycker om
några och de bästa
och att kvar
och blir fler
trivs och känner tillit
att de finns
och att de stöttar

Arbete 1

kan tänka
och drömma
att jobbat är glad
lärde mig mycket
och
ett ställe att gå till
skall börja
jobb

Arbete 2

försökte att hålla
och försökte och så
men gick inte
...
och att värdelös
inte orkade
och på morgnarna
dåligt samvete

Studier

vill
och det är viktigt
och det är roligt
och jag vill
och jag söker
och har studerat
och jag önskar
och att skolan
och jag önskar
att vill

Ekonomi

spara pengar
inte några
och att kan
och betalt
och att inte
ekonomiskt
och att inte
och inte bra

Boende 1

själv
i en lägenhet
och trivs
och trivs jättebra
i boendet
och hjälper mycket
personalen
och direkt
i huset
ett eget boende
och känner många
och är nöjd

Boende 2

händer
och bryter sig in
kaos och bohem
rädd
att antastad
och hundar
som bjussar
och rädd

Organiserade aktiviteter 1

RSMH

engagerad

betyder mycket

och vänner

kanske hjälpa

och att andra

och att utflykt

och att konst

det bästa

och Solrosen

det bästa

och kemi

lärde känna

och en människa

lärde känna

och en vän

Organiserade aktiviteter 2

kan inte

och pallar inte

och många vänner

och ändå

Del 4: Hur kan man utveckla verksamheten?

Utveckla 1

personligt ombud
och hjälp med myndigheter
kan ju kännas oöverstigligt
kanske ett eget rum på kliniken
och att lätt greppa dem
fler psykologer
fler skötare
fler personal
och att inte ihjäl sig heller
stressar

Utveckla 2

bra som vi gör
att fortsätta
går inte mer
är så bra som går
rätt lagom
och bra som det är
det bästa

Utveckla 3

stök och bök

räliga hundar

det tycker jag inte om

här kommer känsliga människor

!

och avdelning för lite motion

Bryggan var väldigt bra

en psykosavdelning också

jättefin gemenskap

olika aktiviteter

och mycket bra

för personalen och för patienterna

som att starta upp ett nytt liv

avdelningen

att inte blanda

och många som tycker lika

Utveckla 4

och gärna

tevatten

här ute också

Utveckla 5

och varför

?

att inte bara

balansera upp något annat sätt

kan ju

någonting att man behöver stärkas

en samtalsgrupp

att utbyta erfarenheter

och samtal så ofta man önskar

KBT

och kanske läkare lite oftare

jag tror det

ett stöd att träffa

mer tid med en annan människa

och samtal

Utveckla 6

mer psyk

om bygger upp

ett bättre samhälle

faktiskt

CSK

det allra viktigaste för människan

där gör de ett stort fel

politikerna

Viktigt 1

lyhördhet

och att förstå vad människor har för problem

nära människan på något vis

att stötta

och ventilerar saker och ting

är kurativt

kroppens eget apotek

om man löser problem så har man inte så mycket ångest

och att se

se människan

och mer tid att kunna snacka

men att fråga

och lyssna

lyssna till individen

och att alla olika

i vårt

Viktigt 2

tryggheten och var man har sina rötter

mycket av psykosen är otrygghet

och så teaminriktat

kontakt och kontinuitet

och att ha en fast punkt

att känner igen

skall vara rädda om

och att bara hit en dag

att trygga

en psykiatrisk vård

och att folk

trygga

och att varför så rädda

blir kontakten bra

och att trygga

Viktigt 3

och kanske hungrig

kanske

och att fråga

och

rikligt med mat

om mår dåligt

och kanske hungrig

och rikligt med mat