



**GÖTEBORGS UNIVERSITET  
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE**

# **Om anhöriga och relationers betydelse vid psykossjukdom i det psykoterapeutiska arbetet**

**Författare: Barbro Säverström**



Psykoterapeutprogram med inriktning familjeterapi  
**Examensarbete**, 15 högskolepoäng, 2011  
**Handledare:** Peter Whärborg

<b>Abstract</b> .....	<b>2</b>
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>3</b>
<b>Inledning</b> .....	<b>4</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>4</b>
<b>Syfte</b> .....	<b>6</b>
<b>Teori</b> .....	<b>6</b>
<b>Metod</b> .....	<b>10</b>
<b>Metodteori</b> .....	<b>10</b>
<b>Urval/målgrupp</b> .....	<b>10</b>
<b>Metodval</b> .....	<b>11</b>
<b>Genomförande</b> .....	<b>11</b>
<b>Datainsamling</b> .....	<b>11</b>
<b>Etik</b> .....	<b>12</b>
<b>Tidigare forskning</b> .....	<b>13</b>
<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>17</b>
<b>Resultat</b> .....	<b>17</b>
<b>Bortfall</b> .....	<b>17</b>
<b>Resultatsammanställning</b> .....	<b>17</b>
<b>Sökande efter mönster</b> .....	<b>31</b>
<b>Resultatanalys</b> .....	<b>31</b>
<b>Diskussion</b> .....	<b>38</b>
<b>Slutsatser</b> .....	<b>41</b>
<b>Återföring av resultat och slutsats</b> .....	<b>42</b>
<b>Förslag till vidare forskning</b> .....	<b>42</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>44</b>
<b>Bilagor</b> .....	<b>45</b>

## **Abstract:**

The purpose of this study is to better understand patients suffering from psychotic illness along with their family members, and to identify treatment factors that have been helpful for these patients and their families by investigating how their relationships have been affected by treatment. In this way, treatment methods can be put in a theoretical context, treatment efforts can be clearer, and the therapist can develop professionally.

The research method used is a semistructured interview conducted with three patients and their families.

One conclusion one can draw in the successful treatment with psychotic patients is strongly based on the therapist's ability to build a safe and secure treatment alliance with both the patient and his family members. Meeting with patients in situations outside of the therapy room have been of great importance for the therapeutic process.

Important themes for recovery that come forth during the interviews with the patients are the quality of the therapy session as healing factor. Being able to share his psychotic experiences with the therapist, being understood and listened to, receiving help in breaking isolation and psychotic episodes, help in handling preventing stress, accessibility to the therapist on their terms.

Important themes that have emerged from interviews with family members are the importance of a trusting relationship, accessibility, therapy sessions, and continuity of treatment, patience, being taken seriously, respected and understood.

## **Sammanfattning:**

Syftet med denna studie är att ta reda på patientens och anhörigas upplevelse av vad som varit till hjälp i tillfrisknande och återhämtnings processer i behandlings arbetet för att få en bättre förståelse för patient och anhöriga. Att a reda hur relationerna till anhöriga har påverkats av behandlingen.

Att sätta in behandlingsinsatserna i en teoretisk kontext, få bättre skärpa i behandlingen och utvecklas som terapeut.

Metoden i studien utgörs av semistrukturerade intervjuer med tre patienter och deras anhöriga.

Resultatet kopplas till klinisk litteratur som är förankrade i olika terapeutiska skolbildningar främst familjeterapi och till aktuell forskning kring behandling av psykospatienter.

En slutsats man kan dra utifrån studien är att framgång i behandlingsarbetet med psykospatienter till stor del grundar sig på terapeutens förmåga att bygga en trygg, bärande behandlingsallians i relation till klienten och dennes anhöriga. Att träffa patienterna i olika sammanhang utanför det terapeutiska rummet har haft stor betydelse för de terapeutiska processerna.

Viktiga teman som kommit fram i intervjun med patienter är kvaliteten i det terapeutiska mötet som en viktig läkande faktor. Något som sker genom att terapeuten både förmår gå in i och dela patientens psykotiska upplevelse och samtidigt ser dennes potentiella helhet. Att bli förstådd och lyssnad på är ett annat återkommande tema liksom hjälp att bryta isolering och vanföreställningar, hjälp att hantera och förebygga stress och att finnas tillgänglig för patienten på dennes villkor.

Viktiga teman som kommit fram i intervjun med anhöriga är vikten av en tillitsfull relation, tillgängligheten, de terapeutiska samtalen, respekten, uthålligheten, kontinuiteten i behandlingen, att bli tagen på allvar, att bli sedd som människa och att bli förstådd.

## **Inledning:**

Uppsatsen är skriven utifrån en nyfikenhet att ta reda på vad klienter och deras anhöriga har upplevt varit till hjälp i tillfrisknandet. Vad i behandlingen som varit till hjälp och hur relationerna till närstående har utvecklats under behandlingstiden i syfte att kvalitetsutveckla det terapeutiska arbetet.

Kunskap om människan sökes inifrån hennes intentioner, världsbild, syn på sig själv, andra och omgivningen, den mening hon lägger i sina tankar, känslor, och handlingar och i sin existentiella och sociala livssituation. Människan behöver förstås utifrån, i sitt historiska, kulturella och samhälleligt sammanhang, inkluderande ålder, ras, kön, religion, klass, familjesituation, utbildningsnivå osv.

För att förstå psykisk sjukdom och ohälsa är det av vikt att ta hänsyn till faktorer utifrån ett biologiskt-intrapsykiskt-intrapersonellt-strukturellt-kulturellt-andligt- och relationellt perspektiv.

### **Karaktäristiska (normalt/annorlunda):**

Psykos innebär att kontinuiteten och sammanhanget i personens inre värld har brutit samman. Det innebär att han/hon inte längre har samma uppfattning om verkligheten eller sätt att kommunicera som andra människor vilket leder till ett psykologiskt utanförskap.

Därför är det särskilt viktigt att sträva efter att se människan bakom de psykotiska symtomen och att försöka förstå hur symtomen är kopplade till erfarenheter, hur patienten ser på dem och vilka konsekvenser de får i relation till andra. Det innebär att vara lyhörd för patientens inre och yttre situation för att försöka förstå reaktioner som kan verka obegripliga. Den psykologiska förståelsen uttrycks i ett terapeutiskt förhållningssätt. Det innebär en accepterande och respekterande hållning gentemot patienten där vi som behandlare är så närvarande och receptiva som möjligt för det som patienten förmedlar såväl verbalt som icke-verbalt plan. Denna ambition skall genomsyra all behandling i kontakt med patienten.

## **Bakgrund:**

Terapeuten har ett yrkesverksamt liv som sjuksköterska med 15 års erfarenhet av arbete med friska och sjuka barn och deras familjer samt 12 års erfarenhet av öppenvård inom allmänpsykiatri och inom psykossektionen där familjen har varit en naturlig del i mötet med klienten.

Som sjuksköterska och terapeut träffar man många patienter med svår psykosproblematik, man följer dem i deras sjukdomsskov och återhämtnings processer. Man blir många gånger förvånad över hur bred psykosproblematiken är och hur mångfasetterad dess yttringar kan vara.

Det är viktigt att våga öppna sig för att patientens psykotiska beteende och språk som kan vara uttryck för någonting mycket specifikt och meningsfullt för honom/henne, något som hänger ihop på ett logiskt sätt precis som vårt eget språk och som på sitt sätt uttrycker klara logiska sammanhang.

Om det är så att det mänskliga psykets tillväxt följer vissa lagar och gynnas respektive hämmas av olika miljöbetingelser bör den vård vi erbjuder innehålla extra mycket av de inslag som främjar patientens känslomässiga mognadsutveckling, och extra litet av inslag som leder till att patienten frestas återvända till en överlevnadsposition som omöjliggör växt och

verklig förändring. Utifrån detta perspektiv är det av intresse att ta reda på patientens och anhörigas upplevelser av vad som varit till hjälp i återhämtningen och vilka tillväxtbetingelser som varit gynnsamma i förändringsprocessen.

Inom psykiatrin utgår man ofta från den amerikanske psykiatrikern Joseph Zubin som utvecklade den s.k. stress- och sårbarhetsmodellen i mitten av 70-talet. Då förenades olika vetenskapliga skolbildningar vilket har bidragit till en utveckling mot kombinerade behandlingsinsatser (beskrivet i Cullberg, 2000). Enligt stress och sårbarhetsmodellen har människor olika sårbarhet för att utveckla psykossjukdom och sjukdomen utlöses till följd av aktuella påfrestningar. För en person med hög sårbarhet kan en liten påfrestning utlösa en psykos, medan en person med låg sårbarhet behöver ett större mått av stress för att utveckla psykossjukdom. Sårbarhetsfaktorer kan vara biologiska, genetiska eller psykologiska.

Teorier angående biologiska och psykologiska bakomliggande faktorer vid psykos menar Benedetti (1976) inte är avgörande för den psykoterapeutiska behandlingen eftersom det i psykoterapin handlar om att *”möta patientens psykos i egenskap av hans psykiska verklighet”* (s.81). Benedetti, född i Italien, men verksam i Schweiz sedan slutet av fyrtioalet, arbetade med psykoanalytisk psykoterapi med patienter med psykosproblematik fram till sin pension 1985. Han betonar kvaliteten i det terapeutiska mötet som en läkande faktor. Detta sker genom att terapeuten både förmår gå in i och dela patientens psykotiska upplevelser och samtidigt ser dennes potentiella helhet.

Erfarna psykoterapeuter behöver etablera en relation till patienten som präglas av äkthet, positiv, villkorslös uppskattning, och spontanitet. Psykoterapi är ett hantverk där relationerna präglas av dynamik och spontanitet. Terapeuten behöver skraddarsy terapin efter varje patient för att finna bästa möjliga sätt att samarbeta. Det är viktigt att patienter får en förståelse och upplevelse av att en av terapeuternas viktigaste uppgift är att tillsammans bygga upp en relation som i sig kommer att utgöra den drivande kraften i förändringsprocessen.

Psykoterapeuten och patienten är aldrig ensamma utan finns tillsammans i ett sammanhang. Om detta sammanhang ignoreras finns det risk för att patienten och terapeuten hamnar i en gemensam kokong, och att det blir onödigt smärtsamt för dem båda att avsluta relationen (Rande`n).

Patient terapeut relationen kan lättare förstås om man jämför den med andra mänskliga relationer. Den kan liknas vid en ”tillräckligt god” föräldra-barn-relation, på så sätt att den ger möjlighet till ett känslomässigt klimat och en trygg ram, inom vilket starka känslor får finnas till och kan utforskas och så småningom hanteras annorlunda än tidigare (Randèn).

Förhållandet till patienternas anhöriga kan vara komplicerad för vårdgivaren, meningsmotsättningar rörande vad som är rätt, riktigt och bra för patienten kan uppstå. Vi kan räkna med att banden mellan en patient och hans familj är starka. Det finns därför många anledningar att i möjligaste mån sträva efter ömsesidigt förtroende, öppenhet och samarbete. Det ligger nämligen avsevärda risker i att komma på kollisionskurs. Vi kan dessutom gå miste om en mängd ovärderlig hjälp. De anhöriga besitter stora mängder viktig information, genom anamnes kan de ge oss information som kan få avgörande betydelse för vår förmåga att förstå patientens symtom och mönster. Om de utvecklas till värdefulla medarbetare kan de dessutom i perioder få möjlighet att intensivt ta sig an den drabbade familjemedlemmen för att reparera de gamla sårn (Belin, S., *Schizofrenibehandling, psykiatri på liv och död*).

## Syfte:

- Ta reda på patientens och anhörigas upplevelse av vad som varit till hjälp i tillfrisknande och återhämtnings processer i behandlingen och därmed kvalitetsutveckla det terapeutiska arbetet.
- Ta reda hur relationerna till anhöriga har påverkats och utvecklats från tiden före-, under- och efter behandlingen utifrån patientens hälsotillstånd. Faktorer som haft betydelse för tillfrisknandet utanför behandlingsinsatserna.
- Att sätta in behandlingsinsatserna i en teoretisk kontext, få bättre skärpa i behandlingen och utvecklas som terapeut.

## Teori:

I teoridelen sätts behandlingsinsatserna in i en **teoretisk kontext**, detta för att få en bättre förståelse, en större skärpa i behandlingen och möjlighet till kvalitetsutveckling hos terapeuten.

Terapeuten utgår från ett **holistiskt tänkande** vars centrala ide är att helheten är mer än summan av de enskilda delarna. I systemteoretiskt tänkande finns den liknande iden om behovet av förkunskap om ett systems helhet för att kunna förstå dess delar.

En annan utgångspunkt härstammar från **Ecclectic Strategic Practise**. Detta är en vidareutveckling av strategisk familjeterapi som uppmanar tillämpningen av olika metoder från såväl individualterapi som familjeterapi. Detta utgår i sin tur från fem pragmatiska antaganden: 1) Terapeuten har en konsultroll; den terapeutiska relationen baseras på samarbete och medverkan. 2) Det är vad klienten berättar som avgör innehållet och uppläggnings av terapin, inte terapeutens inriktning. 3) Problem och lösningar finns i interaktiva processer. 4) Det är klientens meningssystem och uppfattning om tillvaron som kontrollerar det problemorienterade systemet. 5) Förändring och förbättring av problem sker genom att problemets sammanhang påverkas via direkt samspel eller med det aktuella meningssystemet (Dukan, Parks & Rusk, 1990).

Terapeuten började sin familjeterapeutiska bana utifrån ett **systemiskt, strukturellt och strategisk förhållningssätt**. Tog del av familjeterapeuter som Bateson, Satir, Minuchin, Haley, Pallazzolli, Cechin, Boscolo med flera och provade på deras modeller i terapirummet, deras definition av problem, definition av förändring och tog in olika terapeutiska roller. Fortsatte med **Språkssystemiska & Narrativa modeller** som Anderson/Goolishian, Tom Andersen, Epstein och White, tog del av **Lösningsfokuserad terapi** med företrädare som De Shazer och Kim Berg, provade på och använde deras metoder. Därefter kom **anknytnings teorier** och **dialektisk terapi** in i bilden vars teorier lätt gick att integrera med andra teoribildningar. Milton, H. Ericsons **hypnoterapi** blev en stor inspirationskälla i det terapeutiska arbetet både med enskilda individer och med familjer.

Tiden har gått, ett flertal andra psykoterapeuter med olika skolbildningar, från olika tidsepoker, med olika perspektiv och teoriskolor har inlemmats i kunskapsbanken. Vad är då

terapeutiskt gångbart när man jobbar på en Öppen Psykiatrisk Mottagning med psykospatienter?

Som terapeut har det varit en ständig utmaning att hitta nyckeln in till varje individ för att få en bärande behandlingsallians. När man arbetar med patienter med psykosproblematik får man ständigt anpassa sina ursprungliga metoder/terapi modeller med hänsyn till dessa patienters skörhet och brister.

Terapeutrollen har utforskats under resans gång där vissa saker har utvecklats medan andra har avvecklats. Nyfikenheten på att lära, att pröva sig fram har varit värdefull för att utvecklas som terapeut. Resan har varit mödosam, kantad av hopp och förtvivlan, längtan efter att bli en skicklig yrkesutövare och misströstan om möjligheten till detta. Det sägs att man lär så länge man lever, och det är kanske det som är drivfjädern i lärandeprocessen. En slutsats man kan dra är att framgång i behandlingsarbetet med psykospatienter till stor del grundar sig på terapeutens förmåga att bygga en trygg, bärande behandlingsallians i relation till klienten och dennes anhöriga.

Människan är styrd av två fundamentala grundläggande existentiella behov å ena sidan behovet av närhet till andra människor, och å andra sidan strävan att upprätta en egen autonomi. Anknypnings- och individuations- terminologin betonar barnets benägenhet att upprätta och bevara känslomässiga band till utvalda vårdnadsgivare till varje pris, och samtidigt söka utrymme, inom ramen för dessa relationer, för sina egna mål och initiativ (Lyons-Ruth 2001).

Att bygga upp trygga anknypningsrelationer till terapeuten utmärks av att klienten kan vända sig till terapeuten för att söka tröst och stöd, och samtidigt kraftfullt hävda sina egna behov, utan att behöva frukta att bli övergivet. Optimalt är om klienten kan utveckla integrerade beteenden och representationer som innefattar positiva och negativa aspekter av anknypningspersonen som i många fall kan vara terapeuten.

Den tidiga anknypningsrelationen mellan barn och förälder innehåller tre för den framtida psykiska hälsan viktiga ingredienser och som man kan utgå från i arbetet som terapeut i relation till patient och anhöriga:

1. Ett värdesättande av nära relationer och en önskan om att ingå i sådana utan rädsla för att bli övergiven.
2. En förmåga att reglera starka känslor utan att bli övermannad av dem.
3. En förmåga att se andra människor vilka man värdesätter och måste ta hänsyn till (s.115).

Positiva inre arbetsmodeller hjälper barnet att skapa en positiv miljö kring sig. Otrygga inre arbetsmodeller leder däremot till negativa samspel med vuxna och jämnåriga, vilket ytterligare förstärker barnets föreställningar om hur andra är.

Om relationen till föräldern präglas av otrygghet påverkas förmågan att undersöka världen negativt, eftersom barnet inte kan lita på att föräldern finns där när barnet behöver det. Barnet kan då i princip välja mellan att ängsligt klamra sig fast vid föräldern (aldrig lämna basen) eller att bete sig som om hamnen ej behövs (inte använda den för ökad egen säkerhet eller för känslomässig påfyllning) (s.117).



Ambivalent anknytning utvecklas i relationer där föräldrarnas samspel med barnet är mer oförutsägbart än lyhört. Problemet är att barnet har svårt för att lära sig ”läsa” föräldern. Som utifrån kommande betraktare av samspelet mellan förälder och barn kan man se att samspelet i hög utsträckning sker på den vuxnes villkor. När det passar föräldern kan denne vara mycket bra förälder, men till skillnad från föräldern till ett tryggt anknutet barn, styrs föräldern mycket mindre av barnets signaler. Barnet lär sig alltså inte att det själv kan reglera samspelet med föräldern med hjälp av sina signaler, utan det är mer utlämnat åt föräldrarnas godtycke. Ambivalent anknutna barn skaffar sig därför mindre förtroende för sin egen förmåga och därmed riskerar de att bli väldigt passiva. Broberg, K. Almqvist, T. Tjust, *Klinisk barnpsykologi, utveckling på avvägar*, Natur o Kultur (s.119) 2003.

I arbetet med psykospatienter på en psykosmottagning ligger det nära till hand att ha anknytningsteorier med i ett förståelseperspektiv när man möter våra ofta traumatiserade patienter. Det faktum att en stor andel av psykiatrins patienter sannolikt har en desorganiserad anknytningshistoria är därför en viktig anledning till att verksamma inom människovårdande yrken kan ha intresse av att förstå hur den desorganiserade anknytningen uppstår och vilka uttryck den tar sig.

Som psykoanalytikern Stephen Mitchell (2000) framhåller graderar man inom anknytningsforskningen inte barns känslomässiga anknytning i styrka, det vill säga man skiljer inte mellan ”stark och svag” anknytning. Ett barn som har en otrygg anknytning till sin primära anknytningsperson är inte mindre starkt anknutet än barn med en trygg anknytning (Main 1995). Barn knyter an också till föräldrar som misshandlar, försummar eller på andra sätt skrämmer dem – de måste göra det, drivna av en orubblig, medfödd relationsinstinkt. Den desorganiserade anknytningen uppstår just genom att barnet försöker dra sig undan en förälder som det samtidigt måste hålla sig nära. Det hör till våra existentiella villkor att vi ytterligt är beroende av andra både för vår fysiska överlevnad och för vår psykologiska utveckling. Som psykoanalytikern Paul Wachtel (2008) framhåller är det ”nästan ingen av oss som går helt oskadd ur det långa beroendetillstånd som vår arts barndom” (s. 218).

Det som upphäver vår fundamentala existentiella ensamhet, och ingjuter en grundläggande upplevelse av mening i tillvaron, är anknytningen, de band av kärlek som vi knyter till betydande andra. Upplevelsen av mening uppstår när våra affekter tas emot och regleras av en förstående annan. Psykiatrikern Donald Nathanson (1992) beskriver, med utgångspunkt i Silvan Tomkins affektteori, de medfödda affekterna som brygger eller broar som – tack vare vår unika förmåga att leva oss in i varandras inre känslotillstånd genom avläsning av ansiktsuttryck – skapar samhörighet och upphäver individens grundläggande ensamhet och avskildhet. Men affekter som inte delas med en annan riskerar att bli överväldigande, och i stället för att skapa närhet förstärker de individens grundläggande ensamhet. Känslor som inte tas emot av en förstående annan väcker skam.

Kärlek är den starkaste formen av affektiv samhörighet, medan skam kan beskrivas som en affekt som återför individen till hans tillstånd av primär isolering (s. 234). Barn som desorganiserats i sin anknytning misslyckas med det som är människans första livsuppgift, att upprätta en trygg anknytning till en omhändertagande vuxen. De drabbas därför av en djupgående meningsförlust. Deras grundläggande dilemma, att vara anknuten till en vuxen som inte reglerar och tar hand om utan i stället förvärrar deras rädsla, kan beskrivas som ett existentiellt drama som belyser anknytningens livsavgörande betydelse. Barn som desorganiserats i sin anknytning har drabbats av känslomässiga övergivanden som intensifierar den primära existentiella ensamhet som vi alla delar.

Den centrala medfödda affekten, den som anknytningsteorin i så hög grad styr och reglerar barns beteende, är rädsla. Benägenheten att reagera med rädsla är därför djupt förankrad i människans överlevnadsinstinkt. Och det är på grund av rädslans centrala roll i människans psykologi som anknytningen intar en särställning bland hennes olika beteende- eller motivationssystem. Rädslreaktioner driver oss bort från det som väcker rädsla, men anknytningen driver oss nära den person som kan göra oss lugna och trygga igen enligt Bowlby (1994).

Eftersom anknytningssystemet har en omedelbar koppling till överlevnad, och mobiliserar individens respons i samband med rädsla eller hot, betraktas det också som ”preemptive when aroused” (Lyons-Ruth 2001, s. 2), det vill säga det föregriper alla andra mänskliga beteendesystem när det aktiveras. För ett litet barn finns det inget värre öde än att lämnas ensamt, utlämnat till all världens faror och till sina egna, oregerade affektillstånd.

Mentaliseringsförmågan spelar en viktig roll i det familjeterapeutiska arbetet där terapeuten behöver förstå, se, reglera, processa mentala tillstånd. Mentaliserande förmåga handlar om att se och förstå sig själv andra i termer av mentala tillstånd det vill säga känslor, föreställningar, intentioner, begär och önskningar. Vårdnadshavarens förmåga att reflektera över barnets internationalitet i olika typer av agerande ökar barnets självkontroll och affektreglering.

Genom att ta reda på föräldrarnas anknytningsmönster till sina föräldrar, vilket görs med hjälp av intervjuformulär hjälper man föräldrarna att härbärgera skuldkänslor i förhållande till barnet. Anledningen är att de får en djupare insikt om sin egen problematik och därmed kan se barnet som en mer fristående del av sig själv. På det viset kan föräldrarna lära sig undvika en upprepning av ett destruktivt mönster i relation till barnet. Man hjälper föräldrarna att kunna separera ut sina egna problem från de problem de upplever finns hos barnet (s.78). Orrenius A-M, Krantz A, *Om föräldrars anknytning, hur barns problem kan förstås i ljuset av föräldrarnas förflutna*. Ericastiftelsen/Mareld 2002.

Terapeutens hållning är helt avgörande i psykoterapi där det är av vikt att inta aspekter av en metateoretisk eller filosofisk grundsyn. Den terapeutiska hållningen skapas genom att psykoterapeuten inte bara integrerar teorin utan även gör dess bakomliggande människosyn till sin egen. Att titta på vissa filosofiska tankar om relationer kan möjliggöra att tänka igenom sin egen ståndpunkt, att medvetandegöra för sig själv i förhållande till inte bara teorier, utan till vilka grundläggande förutsättningar man arbetar utifrån. Existensfilosofin intresserar sig för människans livsproblem som ångest, val, frihet och död. Både klient och terapeut lever inom sådana existentiella betingelser för tillvaron.

Både dialektiken och existensfilosofin understryker att individen existerar i ett nära ömsesidigt samband med andra. Detta i sin tur leder till en teori som betonar vikten av att se klienten inom en helhet. Dialektikens tyngdpunkt ligger på att utveckla det medvetande som återspeglas i nyare utvecklingsteori. Att ta vägen över en metasyn ger oss en djupare förståelse av relationer, psykoterapirelationer inbegripet (Lovlie Schibbye, A-L., *Relationer ett dialektiskt perspektiv*). Lovlie Schibbye, A-L.

Teorier bidrar till att avgöra hur vi uppfattar och agerar i förhållande till klienten. Teorin ska hjälpa oss förklara vad som händer i terapirelationen. Om vi inte har denna kunskap vet vi inte vad vi gör som terapeuter. Vi har ingen överblick över samband mellan vårt förhållningssätt, bakomliggande förutsättningar och den teori som styr oss.

I några familjer där en trygg etablerad, behandlingsallians fanns upprättad gick det att få igång processer till utveckling utifrån strukturella strategier. Vid den strukturella analysen kunde man uppmärksamma koalitioner över generationsgränser och andra trianguleringar, ett barns dubbla lojaliteter med föräldrar i konflikt, ett barn som kanaliserar aggressioner mellan föräldrarna på sig själv med en roll som symtombärare *Familjeterapins grunder*, Lundsbye m.fl. 2010. (s.39).

Familjen agerar i terapirummet och terapeuten utmanar, provocerar och vägleder familjen att finna nya vägar. Terapeuten skapar medvetet obalans, iakttar, intensifierar konflikter. Lyfter fram skillnader såväl som styrka och kompetens, hjälper familjen att finna tydligare och mera funktionella gränser och hierarkier, lyfter fram och bearbetar koalitioner över generationsgränserna, klargör känslor och behov för att familjen så småningom skall finna nya sätt att fungera.

## **Metod:**

**Metodteori:** Intervjumetoden är inspirerad av en fenomenologisk filosofi som bygger på ett deskriptivt studium av beskrivningar av olika aspekter av den intervjuades livsvärld. Fenomenologin söker förstå de sociala fenomenen utifrån aktörernas egna perspektiv, de beskriver världen sådan den upplevs av subjekten och förutsätter att den relevanta verkligheten är vad människor uppfattar den. Fenomenologin har relevans för strävan att klargöra förståelseformen hos den kvalitativa forskningsintervjun, som ju fokuserar den mening som den intervjuade upplever i sin livsvärld.

Om man vill veta hur människor uppfattar sin värld och sitt liv, varför inte prata med dem? Att samtala är en grundläggande form av mänsklig interaktion. Människor talar med varandra, de interagerar, ställer frågor och besvarar frågor. Genom samtal lär vi känna andra människor, vi får kunskap om deras erfarenheter, känslor attityder och den värld vi lever i. I ett intervjusamtal ställer forskaren frågor om och lyssnar till deras drömmar, farhågor förhoppningar, hör dem uttrycka åsikter och synpunkter med egna ord, och skaffar sig kunskap om deras utbildnings- och arbetssituation, deras familj och sociala liv. Vi behandlar intervjuandet som ett hantverk och betonar intervjuforskarens hantverksskicklighet. Kvale, S., Brinkmann, S., *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur 2008.

**Urval/målgrupp:** Patienter som behandlaren har följt från första kontakten på en öppenvårdsmottagning för psykospatienter och där behandlaren i samtliga fall haft huvudansvaret för den terapeutiska behandlingen. Behandlaren har utövat familjeterapi och/eller andra insatser där närstående aktivt varit involverade i behandlingen tillsammans med patienten. Patienten har haft egen terapeutisk behandling och anhöriga har fått familjeterapi, individuella samtal i form av stödsamtal, krisbearbetning eller psykopedagogiska insatser.

I urvalet av patienter finns genusperspektivet representerat, vilket utgjorde två män och en kvinna. Ingen av patienterna hade tidigare någon känd psykosjukdom. Urvalet av patienter har den gemensamma nämnaren att de har eller har haft någon form av psykosjukdom och därtill i något fall tilläggsdiagnoser. Följande diagnoser har förekommit i urvalet:

En patient med: M F 259 Scizoaffektivt syndrom, ospecificerad.

En patient med: A F 229 Kroniskt vanföreställningssyndrom, ospecificerad, F 431 PTSD och F 639 Impulskontrollstörning.

En patient med: F 229 Ospecifierad icke organisk psykos.

**Metodval:** semistrukturerade individuella intervjuer med patienter och dennes närstående. Resultat och sammanställning av innehållet i intervjuerna är så gott som fullständigt återgivet. Intervjuaren hade god kännedom om alla personer som intervjuades. Innehållet i intervjuerna underlättades av att samtliga intervjuade personer hade trygg tillitsfull relation till intervjuaren.

**Genomförande:** Tre patienter och sex anhöriga intervjuades, till anhöriga räknades föräldrar, sambos och barn.

Intervjuerna innefattade en patient och hans hustru (sonen ville inte bli intervjuad), en patient och dennes båda föräldrar och ett vuxet barn samt en patient och dennes pappa och mammans sambo (mamman ville inte bli intervjuad).

Frågan man kan ställa sig är hur relationen till intervjuaren påverkade vad som sades i intervjuerna och hur uppriktig berörda personer kunde vara? För att minimera risken för de intervjuade att tillrättalägga svaren för att eventuellt tillfredställa intervjuaren utformades frågeformuleringar på ett sätt som innebar ett undvikande av värderingar. Intervjuerna skedde i en atmosfär som präglades av öppenhet, ärlighet och uppriktighet. De intervjuade fick själv bestämma var intervjun skulle äga rum

**Datinsamling:** Samtliga intervjuer spelades in på band, avlyssnades och skrevs in på ett Word program på datorn. I stort sett skrevs de ner ordagrant och är i sammanställningen återgivet i sin helhet.

Intervjuerna skedde individuellt.

En intervju skedde med hjälp av tolk, där patienten kände sig trygg med tolken och därmed kunde ge sin berättelse utan att känna sig utlämnad.

En telefonintervju med högtalar funktion genomfördes.

Sex personer intervjuades på mottagningen och tre intervjuer skedde i patientens/anhörigs hem.

Var och en fick själv avgöra var inspelningen skulle ske.

Varje intervju varade i ca 60 minuter.

Alla intervjuade fick först muntlig information om syftet, därefter skriftlig information om bakgrunden till intervjuerna, vilka personer som intervjuerna inkluderade och lite information om innehållet i intervjufrågorna samt hur innehållet skulle skrivas ut och avidentifieras. Etiska riktlinjer utarbetade av Vetenskapsrådet har följts vilket mer detaljerat tas upp under rubriken Etik.

## **Etik:**

Intervjuforskning genomsyras av etiska frågor. Den kunskap som produceras av sådan forskning är beroende av den sociala relationen mellan intervjuare och intervjuperson, som bygger på intervjuarens förmåga att skapa en miljö där intervjupersonen känner sig fri och säker nog för att prata om privata händelser som kommer att registreras för senare offentligt bruk. Detta kräver en fin balansgång mellan intervjuarens intresse av att komma åt värdefull kunskap och etisk respekt för intervjupersonens integritet.

Det uppstår etiska problem i intervjuforskning framför allt på grund av svårigheten att forska om privata liv och presentera redogörelserna på den offentliga arenan. Etiska problem förekommer under hela intervjuundersökningen, och potentiella etiska frågor bör beaktas redan från början av undersökningen.

Det hör till god etik att redovisa andra relevanta resultat, eftersom den egna forskningen måste kunna ställas i relation till vad som redan gjorts vilket framgår i uppsatsen under rubriken tidigare forskning. Intervjuaren har följt de etiska riktlinjerna som utarbetats av Vetenskapsrådet. Intervjuerna har inte underkastats forskningsetiska rådet med anledning av att institutionen för socialt arbete står som ansvarig och huvudman för arbetet.

**Deltagareetik:** Etiska riktlinjer inom psykologisk forskning i Sverige utarbetas av *Vetenskapsrådet*. Riktlinjerna utgår från två grundaspekter, *forskningskravet* och *individskyddskravet*. Forskningskravet innebär att allmänheten har rätt att förvänta sig att forskning bedrivs som är till nytta för samhället. Individskyddskravet innebär att forskning inte får medföra att individer utsätts för psykisk eller fysisk kränkning samt otillbörlig insyn i privatlivet (147).

**Informationskravet:** Information ska ges i förväg om de etiska aspekterna vilka gäller framförallt frivillighet, konfidentialitet och nyttjande. Information bör ges om resultatet av studien. Vid deltagandet tillfrågades samtliga deltagare om de ville ha sådan information, och på vilket sätt detta skulle ske. Uppsatser på 15 högskolepoäng och däröver som publiceras i databaser ska naturligtvis alltid skrivas med tanke på att de kan komma att läsas av deltagare och andra (149).

**Samtyckeskrav:** Innebär att deltagandet i forskningen ska ske frivilligt, både formellt och reellt. Reell frivillighet innebär att man inte får utnyttja personer i beroendeställning. Deltagarna har när som helst rätt att avbryta sitt deltagande, och man får inte utsätta denne för otillbörliga påtryckningar att fortsätta. Det innebär t.ex. att man inte får pressa deltagare under intervjuer, utan tvärtom själv påminna om att man inte behöver svara om man inte vill när det gäller känsliga frågor. Man måste alltid vara uppmärksam på deltagarens reaktioner och avbryta allt som verkar oetiskt, även om deltagaren själv säger sig vilja fortsätta.

**Konfidentialitetskravet:** Det innebär att man inte får lämna ut information som kan användas för att identifiera deltagare mot deras vilja. Man måste också se till att ingen information som indirekt är kopplad till en viss person lämnas ut (15).

Langermar, P., (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi – att låta en värld öppna sig*. Stockholm: Liber AB.

## Tidigare forskning:

Den familjeterapeutiska forskningen kan delas upp i utvärderingsforskning och processforskning. Det kan idag anses fastslaget att familjeterapi har effekt vid en rad kliniska tillstånd. Speciellt viktigt har detta kommit att framstå vid behandling av schizofreni. Framför allt har man velat påverka det emotionella klimatet, stödja tydlighet i kommunikationen mellan medlemmarna, minska skuld känslor och främja frigörelse från patologiska bindningar. Dessutom har ofta pedagogiska och problemlösande insatser visats ha värde.

*Falloon et al* (1985) jämförde sedvanlig individuell behandling med *familjeterapi* i två grupper av slumpmässigt fördelade schizofrena patienter. Efter en observations tid på 24 månader kunde man klart konstatera att familjeterapigruppen hade mindre återfall och krävde mindre sjukhusvård. 22 % hade återfallit mot den sedvanligt behandlande gruppens 56 %. Endast 33 % visade fortfarande symtom på schizofreni mot 83 % och medicineringen i familjeterapigruppen hade kunnat hållas låg och jämn medan jämförelsegruppen haft en hög och varierad dos.

Dessa fynd bekräftas – i nästan lika hög grad av andra studier, exempelvis *Hogarty et al* (1991) och det synes idag som oprofessionellt att inte engagera patientens familj i behandlingen om detta är möjligt.

Vikten av att ge förstagångsinsjuknade patienter med psykosjukdom en behandling där individual- och familjeterapi från början integreras i det allmänna medicinska omhändertagandet understryks också i en aktuell internordisk studie på psykodynamisk grund (*Alanen et al* 1993).

I sin bok ”Om psykos och psykosbehandling” (2007) skriver Levander utifrån lång klinisk erfarenhet, forskning och om återhämtningsmönster och erfarenheter från det s.k. Fallskärmsprojektet att psykopatienters behov av psykoterapi kan se mycket olika ut. Det är viktigt att anpassa sig efter patientens behov och i vilket skede denne befinner sig i. Olika terapiformer behövs.

Det tycks föreligga en allt större diskrepans mellan klinisk litteratur och aktuell forskning kring nyttan av olika terapiformer vid psykotisk problematik. Det är en komplex problematik, som kräver ett flexibelt arbetssätt och fleråriga terapier verkar inte lämpa sig för utvärdering via randomiserade kontrollerade studier, eftersom denna typ av studier bl.a. förutsätter ett manualbaserat arbetssätt och ett begränsat antal sessioner. Därför kan det vara av värde att göra flera kvalitativa studier när det gäller psykosproblematik och psykoterapi.

Irvin D Yalom skriver i sin bok: Terapins gåva att det finns en paradox inbyggd i mycket av dagens psykoterapiforskning. Eftersom forskarna har ett befogat krav på sig att jämföra en form av psykoterapeutisk behandling med andra behandlingsformer måste de konstruera en ”standardiserad” terapi, det vill säga en enhetlig terapi, för alla de personer som ingår i projektet, som dessutom skall kunna rekonstrueras av andra forskare och terapeuter i framtiden. Men just denna standardisering gör samtidigt terapin mindre realistisk och effektiv.

Om vi sedan till detta problem lägger det faktum att en stor del av psykoterapiforskningen använde oerfarna psykoterapeuter eller terapeuter under utbildning, så är det inte svårt att förstå varför denna forskning i bästa fall har en mycket svag kontakt med verkligheten.

Att som terapeut ta patientens subjektiva upplevelser på allvar knyter an till en kvalitativ studie av Werbart och Levander (2005) där patienter som var förstagångsinsjuknade i psykos och deras terapeuter intervjuades angående deras personliga teorier rörande psykosens bakgrund och bot. Resultatet pekade i riktning mot att en medvetenhet om och en gemensam diskussion kring oförenligheter mellan terapeutens och patientens personliga teorier påtagligt verkar kunna bidra till patientens återhämtning från psykos. Werbart och Levander föreslår att detta skulle kunna vara en av många specifika terapeutiska faktorer som gömmer sig i begreppet "common factors", d v s gemensamma faktorer mellan olika terapiformer, som har visat sig ha betydelse för utfallet.

Skillnaden mellan psykoterapeuter som använder samma terapimetod är väsentligt större än skillnaden mellan olika etablerade metoder, som överlag är försumbar. En rimlig uppskattning är att endast 1 % av skillnaden i effekt mellan olika etablerade terapiformer beror på metoden i sig, 9 % på den enskilda terapeutens förmåga och 3,5 % på det sammanhang psykoterapin bedrivs inom (Ducan & Miller, 2006).

När man har försökt förstå dessa fynd har en del mönster hittats. Två viktiga faktorer som förklarar en stor del av skillnaden i utfall är terapeutens personlighet (Lambert & Ogles, 2004; Beutler et al, 2004) och kvaliteten på alliansen mellan terapeut och patient (Safran & Muran, 2000). Sannolikt är det så att terapeuter som följer samma metod ändå tillämpar den på olika sätt.

**Generellt tycks en bra terapeut vara den som förmår att följa en metod i rimlig utsträckning, men också kan anpassa den till den unika patienten. Både rigid metodföljksamhet och avsaknad av metod tycks ge sämre resultat.** Detta får stöd av studier som visar att terapeuter som fortsätter använda manualens tekniker då alliansen sviktar får sämre resultat än de terapeuter som då i stället fokuserar på relationen (Vocisano et al, 2004; Barber et al, 2006).

I riktlinjerna för den psykiatriska sjukvården i Göteborg säger man att alla patienter ska ha rätt till lika behandling oavsett var man bor, frågan är om verkligheten förhåller sig på det sättet? Behandlingen kan till synes se likvärdig ut men behandlarens attityd, värdegrund, människosyn, sätt att förhålla sig till klienten mm. skiljer sig och varierar utifrån varje enskild individ. Om man utgår från dessa forskningsresultat är likvärdig behandling inte möjlig att fullt ut uppnå.

En annan invändning mot den snäva evidensdefinitionen är att den enbart utgår från DSM-IV. Det som blir evidensbaserat är därmed behandlingar som prövats på patienter med en specifik diagnos. Problemet med detta är många, inte minst att det i praktiken inte är genomförbart att utarbeta manualer för alla enskilda diagnoser och tänkbara kombinationer av diagnoser. Detta skulle kräva hundratals manualer vilket ingen psykoterapeut skulle kunna lära sig (Westen et al, 2004; Luyten et al 2006).

Ett rimligare alternativ vore att definiera psykoterapi med vetenskapligt stöd som en komplex process som kräver välutbildad utövare. Psykoterapeuten utgår från den unika person som söker hjälp och använder sig av en kombination av klinisk expertis och relevant forskning för att välja behandlingsmetod och teknik.

Lambert och Ogles (2004) sammanfattar kunskapsläget inom psykiatriforskningen med att först konstatera att flera decenniers psykoterapiforskning generellt visar att psykoterapi är en effektiv behandling för psykisk ohälsa. Samtidigt saknas det säkra belegg för att någon

etablerad psykoterapiform är bättre än någon annan. Deras slutsats blir att det är alldeles för tidigt att utse vissa psykoterapier (manualbaserade terapier som visat god effekt i minst två randomiserade kontrollerande studier) som evidensbaserade och andra inte. Vi vet helt enkelt för lite för att på ett meningsfullt sätt dra sådana slutsatser.

För långsiktigt omhändertagande av schizofrena patienter med utgångspunkt från stress och sårbarhetsmodellen tar man internationellt fasta på fyra viktiga behandlingsprinciper:

1. Långvarig neuroleptika behandling till så gott som alla i lägsta möjliga dos, där verkningarna och biverkningarna noggrant avvägs mot vartannat.
2. Social färdighetsträning, träning och aktivering med lagom krav, t.ex. träning i socialt umgänge, bemästrande av kroniska sjukdomssymtom, coping strategier, ADL-träning.
3. Psykopedagogisk familjeintervention.

Forskningen om "Expressed Emotion", EE, har belyst familjens stora betydelse för patientens prognos. När de närstående har en förstående och icke-kritisk inställning gentemot patientens symtom och beteenden, är accepterande och inte avvisande, och låter patienten själv sköta så mycket som möjligt i sitt liv utan att ta över det vill säga har ett lågt EE då förbättras prognosen för patienten. Vid högt EE, som kan bestå av kritik mot patientens sätt att vara, en avvisande hållning från de närstående och/eller ett överengagemang med t.ex. överbeskydd av patienten, då finns istället en ökad risk för återfall.

Högt EE utmärks av kritik, fientlighet och/eller känslomässigt överengagemang. Ett högt EE kan förändras i positiv riktning till ett lågt EE. En viktig åtgärd är undervisning för familjen. Kunskaper ger en grund för förståelse och tolerans gentemot patienten, minskar kritik och avvisande hållning från närståendes sida. Överengagemang har ofta sina rötter i skuld känslor och för att minska detta bör familjen erbjudas handledning i form av återkommande familjesessioner för att diskutera och hitta nya lösningar.

4. Jagstödjande psykoterapi till merparten sjuka, samt eventuell insiktsterapi, kognitiv terapi, familjeterapi mm. till välfungerande patienter.

På en konferens i Västerås, "Psykiatrisk vård och behandling", den 23-25/4, 2011 hade Johan Cullberg följande inlägg i debatten som i det här sammanhanget kan vara värdefullt att tänka på vid en utvärdering nämligen att det finns en stark självläkningstendens hos psykospatienter, som vi måste understödja.

Det har utkommit en helt ny forskningsrapport, en avhandling vars syfte var att undersöka och beskriva globala och specifika aspekter av neurokognition i en tvärsnittsstudie av kliniskt representativa öppenvårdspatienter med schizofrenispektrum störningar. Man har intervjuat 195 personer, 115 män och 80 kvinnor och friska frivilliga (275 personer 115 män och 160 kvinnor) har använts som kontrollgrupp i vissa delstudier.

Karilampi, U., *Neurocognition In Schizophrenia Spectrum Disorders*. Department of Psychology 2011. University of Gothenburg. Nämner avhandlingen med anledning av att den



är speciell i sitt slag genom att så många patienter blivit intervjuade om sina upplevelser av sina kognitiva förmågor.

Det senaste arbetssättet som tillkommit inom psykiatrisk behandling är den evidensbaserade case management- modellen som nu implementeras på fler och fler ställen i landet. Det finns nu relativt starkt svenskt forskningsstöd för att denna modell ger de bästa resultaten för klienter med svåra och komplexa psykiska störningar. Det svenska forskningsstödet grundas sig på studier av mer eller mindre modifierade program enligt ACT-modellen (Assertive Community Treatment) ett arbetssätt som givit allra bäst resultat i ett flertal undersökningar runt om i världen.

Behandling och rehabilitering kan liknas vid en seglats, där segelbåtens besättning utgörs av case manager, läkare, och klient samt dennes sociala nätverk. Vanligen är det case managern som står vid rodet. Seglatsens mål bestämmer klienten. Båten navigeras med hjälp av det evidensbaserade kunskapsläget, som i sin tur bygger på behandlingsforskningens ”gyllene regel” vilket kan liknas vid ett guldmynt med två sidor, forskning och praxis.

Personer med komplexa och långvariga psykiska störningar såsom psykosjukdomar har störst nytta av vård och social service som på ett sammanhållet sätt kombinerar läkemedelsbehandling och psykosociala behandlingsmetoder av både träning och psykoterapier. Vid sådan kombinationsbehandling uppnås de bästa resultaten genom samhällsbaserad psykisk hälsovård som genomförs i ändamålsenliga samlade organisationsformer vilka uppvisar en hög grad av kontinuitet i kontakterna mellan klient och personal. När bästa internationella forskningsevidens, kliniska erfarenheter och patienternas egna erfarenheter vägs samman, blir slutsatsen att det arbetssätt som ger bäst resultat och även på bäst sätt motsvarar klienters och närståendes behov är ACT-modellen, som karakteriseras bland annat av samverkan, hög grad av patientdelaktighet, kontinuitet och koordination.

Man kan idag skönja en ny generation av forskare och utförare, vilka tillsammans med brukarna och deras familjer och närstående, ser case managementkonceptet som bärare av en kunskapsbaserad revolution vilket besitter den sprängkraft som är nödvändig för att få till stånd en verklig psykiatrireform såväl för klienter och utförare som system (case management, *Evidensbaserad integrerad psykiatri*, 2002, s 237).

Medan den utvecklingspsykologiska forskningen, under inflytande av den beteendegenetiken, under de senaste decennierna har rört sig i en riktning som i högre grad betonar betydelsen av genetiska faktorer som förklaring till bland annat temperament och personlighetsanlag, har anknytningsforskningen gått i motsatt riktning och konsekvent visat på miljöns, de tidiga erfarenheternas, avgörande betydelse för om barnets anknytning blir trygg eller otrygg. Som Broberg och medarbetare (2006) sammanfattande beskriver forskningsläget tyder resultaten ”fram till idag på att anknytningen är en av relativt få psykologiska företeelser där miljö spelar den avgörande rollen, medan utrymmet för genetisk påverkan är begränsad” (s. 309).

Det finns idag en stor mängd forskning som visar på ett starkt samband mellan föräldrarnas förmåga att mentalisera, att leva sig in i och förstå barnets inre, psykologiska tillstånd, och utvecklingen av en trygg anknytning hos barnet. Omvänt finns ett motsvarande samband mellan bristande mentaliseringsförmåga hos föräldern och otrygg anknytning hos barnet (Allen et al. 2008).

## Metoddiskussion:

Metodvalet och antalet deltagare gör att man får vara försiktig med att dra några generella slutsatser om resultatet. Man kan ändå anta tillförlitligheten är relativt god utifrån en kongruens mellan resultatet i denna studie kopplat till tidigare undersökningar baserade på evidens och forskning där kvaliteten i den terapeutiska relationen visat sig ha en avgörande betydelse för tillfrisknande och återhämtning.

Utifrån urvalsaspekten var det svårt att få till stånd fler intervjuer av samma dignitet. Flertalet patienter på mottagningen var inte aktuella då de nyinsjuknat före det att terapeuten började som behandlare på mottagningen. Andra patienter uteslöts med anledning av att de inte tillät anhöriga att bli involverade i terapin. Ytterligare en grupp som exkluderades i undersökningen var de patient och anhöriga där behandlingen nyligen påbörjats och där tillitsfulla relationer ännu inte blivit etablerade.

Behandlaren har valt att benämna aspekter kring medicinens inverkan på behandlingen som en del i läkandet vid psykotiska tillstånd. Detta kan vara ett kontroversiellt ämne inom psykoterapi kretsar men författaren anser utifrån lång klinisk erfarenhet att betydelsen av dess inverkan på behandlingen inte ska underskattas utan att det för många patienter kan vara en viktig del och därför bör nämnas i sammanhanget.

## Resultat:

**Bortfall:** Av nio tillfrågade var det två som inte medverkade i intervjuerna, en av dessa var inte tillfrågad av sina föräldrar som förutsatte att han inte ville bli intervjuad. Det skulle ha varit intressant och värdefullt utifrån flera aspekter att ta del av dennes berättelse. Rädsla och farhågor att samtala om känsliga ämnen kan ligga bakom att föräldrarna inte trodde att sonen ville bli intervjuad, han hade till stor del hållits utanför sin pappas psykiska hälsotillstånd.

Den andra anhörig (en mamma till identifierad patient) som inte ville låta sig bli intervjuad kommer inte att beröras i denna uppsats av sekretess skäl.

## Resultatsammanställning/Aggregering:

### 1. Patientens personliga upplevelser av hur behandlingen har utvecklats från hur det var före kontakten med mottagningen och tiden fram till nu?

**En patient säger** sig ha blivit mer mogen, har fått bättre självkänedom, har fått bättre självkänsla och självförtroende, är uppmärksam på tidiga varningstecken som trötthet, stress och kan då lugna ner sig och ta hand om sig själv bättre. Är mer säker på sig själv och kan värja sig från omgivningens påtryckningar, om vad han behöver, anhörigas åsikter och idéer om hans hälsa. Har blivit bättre på att särskilja sina tankar och känslor från anhörigas tankar och känslor.

**En patient säger** att tillståndet har blivit mycket stabilare, mår bättre, har återhämtat sig till 40-50 %. Kan vistas ute bland människor och är inte längre så rädd, cyklar, åker buss och

promenerar vilket patienten hade svårt för tidigare då vanföreställningar, skräck och rädsla tog överhanden.

**En patient säger** att det har skett en otrolig utveckling från att ha varit totalt isolerad, ensam, deprimerad, övergiven och fången i sina tvångstankar har personen blivit harmonisk, mår inte dåligt längre, kan ta sig för med saker, har fått tillbaka glädjen över att umgås med andra människor och har roligt tillsammans med dem, ångesten har lättat, har fått tillbaka livet. Levde inte perioden före kontakten på mottagningen, hade svåra tvångstankar och tvångsritualer som stal allt livsutrymme, dessa har nu nästan helt försvunnit.

## **2. Hur har relationen till anhöriga påverkats av behandlingen och hur har relationerna utvecklats under behandlingen fram till idag?**

**En patient säger** att relationen till mamman har blivit bättre, kan säga ifrån mer nu, förståelsen, kommunikationen och respekten för varandra har förbättrats.

Relationen till en annan vuxen viktig närstående har alltid varit bra men blivit mycket bättre sedan patienten flyttade hemifrån och inte längre var i beroendeställning. Denna person fungerar som en förälder, de har en vuxenkonversation med varandra nu som fungera bra så länge inte mamman blandar sig i samtalet.

Relation till pappan är svår, den positiva glädjekänslan saknas när de träffas, är besviken på honom för att han sviker sig själv och för att han spelar en roll som inte stämmer överens med hur det egentligen är. Han är snäll och det går att säga nej till honom om man inte vill träffa honom, han blir inte kränkt av det, han har en accepterande attityd.

**En patient säger** att relationen till sin livskamrat och sin son är jätte bra, de betyder allt i livet, även syskonen och deras familjer betyder mycket och de har en bra relation till varandra. När patienten först kom i kontakt med mottagningen fungerade inga relationer då patienten var helt upptagen av sina symtom, men när tillståndet vände till det bättre har relationerna blivit mer ömsesidiga och sonens behov har därmed blivit mer tillgodosedd av patienten.

**En patient säger** att relationen till sonen är bra nu, de har det bra tillsammans, patienten kan tillgodose hans behov bättre, han blir bejakad och lyssnad på jfr med tidigare då patienten var helt isolerad och inte hade förmåga att ta in något eller någon från omvärlden.

Relationen till dottern har förändrats, hon är mer vuxen och de har det mysigt när de träffas, tidigare var relationen helt körd i botten med mycket konflikter och bråk.

Relationen till mamman har också blivit bättre, de har kommit varandra närmare, de pratar regelbundet med varandra i telefonen och patienten ringer alltid henne om det är något, hon har alltid funnits där bakom och stöttar. När patienten mådde som sämst stängdes alla anhöriga ute och inga relationer fungerade.

Hade en bra relation till pappa när hon var yngre men har det inte längre, han är bitter och kort i tonen. Patienter litar inte riktigt på honom och hans sambo, det var de som anmälde henne till socialtjänsten så att barnen blev omhändertagna. Patienter träffar sin pappa och hans sambo och det är rätt ok, de är goa och så, de kommer på födelsedagar och hon är hem till dem ibland, det är puss och kram och hejdå. Patienter tror inte de ser att hon har

utvecklats, det har mamman gjort men de träffas inte lika ofta eftersom det geografiska avståndet till henne är långt.

### **3. Finns det någon vändpunkt när tillståndet vände?**

**En patient säger** att det har skett en successiv förbättring hela tiden, där patienten lärt sig något nytt vid varje återfall och fått bättre självkänedom. När jag gjorde en resa till mitt hemland blev det en vändpunkt som hade stor betydelse i mitt liv. Jag var vilsen och visste inte vem jag var och behövde bli påmind om vem jag var, varifrån jag kom, kunna identifiera mig med människor med samma livsandar som jag och med samma helhjärtade passion för saker och ting, jag behövde den vistelsen för att kunna landa med mig själv och i den kultur jag lever i nu. Jag fick träffa människor som var lika mig, jag fick en känsla av att inte vara ensam längre, hade känt mig udda tidigare.

**En patient säger** att tillståndet vände efter inläggningen på sjukhuset, kunde tillgodogöra sig vår kontakt och den relation som byggts upp tiden innan inläggningen. Blev då mer motiverad att ta medicin vilket också medverkade till att tillståndet vände.

**En patient säger** att tillståndet vände efter utskrivningen från sjukhuset då han fick kontakt med sonen igen efter lång tids frånvaro från varandra. Kontakten på Öppenvårdsmottagningen, samtalen och relationen till terapeuten var också en vändpunkt i tillståndet.

### **4. Vad i din livssituation har förändrats under behandlingstiden och vad har bidragit till förändringen? Ta även med faktorer utanför behandlingen som haft betydelse för återhämtningen och tillfrisknandet.**

**En patient säger:** Min första lägenhet som jag fick hjälpte mig att utvecklas till en självständig individ, en nödvändig process som både var stressande och svår men samtidigt gav mig möjlighet att få tid för mina egna tankar. Jag kom till ett område där jag kände mig hemma, fick lära mig tvätta, laga mat och klara praktiska saker. Positivt att få ta egna initiativ till saker, ta kontakt med personer jag själv ville och när jag ville. Jag lärde mig då vilka personer som var bra för mig och vilka som inte var det. Var mer stressad i den första lägenheten och rädd för att inte klara av problem som skulle dyka upp, att inte klara av ett vuxenliv med allt vad det innebar.

Andra lägenheten jag fick var också en positiv förändring som hade betydelse. En lägenhet som efter två år utvecklades till ett eget kontrakt med eget ansvar. Jag kom till ett nytt bostadsområde men förändringen var ändå inte så stor eftersom jag hade gemenskapen med fotbollsklubben på området och en naturlig tillhörighet genom det. Jag fick möjlighet att köpa fler grejer till lägenheten och göra mina egna val, i min egen smak. När jag skulle flytta dit fick jag själv ta initiativ till att be om hjälp, själv avgöra vem som skulle hjälpa till och hur jag skulle gå till väga, det var väldigt positivt för mig.

Nu är jag inte längre lika orolig för framtiden, hur jag ska klara mig och hur den ska bli. Jag har en annan ro och tillit till mig själv, jag kan gå runt i lägenheten och göra det jag vill göra, ta saker i min takt på mitt sätt som jag inte kunnat göra tidigare. Jag går i skolan, jag kan

planera min tid, jag känner en frihet i min lägenhet, skolan tar inte all min tid, jag hinner med att träna och göra annat som jag vill.

Även om jag har mått dåligt har det som hänt mig inte varit negativt, jag har lärt mig saker om mig själv som jag har glädje av. När jag mådde dåligt var jag splittrad, jag visste inte vilken förmåga jag hade till olika saker och det gjorde mig extremt stressad. Jag ville egentligen väldigt mycket men kunde inte sortera i det utifrån min förmåga. Nu kan jag använda min energi till att göra rätt sak och låta bli sådant som inte är nödvändigt. Tidigare kunde jag träna extra mycket för att bli proffs eller läsa böcker för att få kunskap som jag trodde att jag måste ha för att klara mig som vuxen. Jag var jätte stressad över min framtid, att inte fixa den, jag saknade ett sunt tidsperspektiv, jag tog ut bekymmer i förtid. Nu har jag en annan tillförsikt och en helt annan inställning till saker och ting i livet. Saker som vanligtvis löser sig av sig själv i framtiden bekymrar och stressar mig inte längre. Jag har blivit mycket bättre på att hantera stress, att tänka på mig själv, att inte tänka för mycket på framtiden utan att ta en dag i taget.

Jag är mer självständig och självsäker och därmed tryggare i relation till andra. Jag har lättare att sätta gränser till omgivningen och kan komma med egna förslag på vad jag tycker. Jag har lättare att säga ifrån när andra tycker saker åt mig. Tidigare var det svårt för mig att säga nej när mina anhöriga ville träffa mig, hade inte så mycket att göra som jag kunde skylla på för att inte träffas. Jag visste att de var oroliga för mig och det var väldigt stressande. Nu när jag går i skolan är det lättare att säga nej till att träffas och de är mindre oroliga och därför är ett nej mer ok.

Lärde mig mycket om stress på min sista praktikplats. Jag var stressad över att vara där och ville hellre göra något annat men lärde mig att stå ut med att det var tråkigt och att livet är tråkigt ibland. Nu går jag i skolan och vet vad jag ska göra och kan då lättare koppla av när jag kommer hem eller göra något annat som jag vill.

**En patient säger:** Sedan vår kontakt började har min livssituation förändrats, jag har blivit stabilare, har inte så mycket symptom, kan inte riktigt säga varför. Du är snäll mot mig, du ger mig mycket bra råd och stöd, det gör att jag mår bättre. Jag känner mig bättre efter varje gång vi har träffats. Jag tänker på att om jag hade träffat dig då när min mamma dog kanske jag aldrig hade behövt bli sjuk. Upplever att du förstår mig även om jag har svårt för språket och har svårt att uttrycka mig.

Det händer ibland att jag känner rädsla men inte alls lika ofta eller lika starkt som tidigare. Jag är mindre rädd för andra människor, mindre rädd för att träffa folk, har mycket mindre mardrömmar, inte alls så stressad som jag var tidigare. Jag är rädd för att det ska bli krig igen, har varit med när bomber har exploderat och människor dött runt omkring mig. Jag litar inte på andra människor, litar bara på dig och min familj som jag också har förtroende för. Om människor framför mig talar snälla saker till varandra känns det bra men om människor talar illa till och om varandra känns det fel i huvudet och jag får ont i huvudet av det. En annan sak som haft betydelse i min återhämtning är att jag har en son att ta hand om och en fru som jag älskar.

Att vara ute i naturen där det är tyst och lugnt, att hjälpa till hemma, att vara ute och cykla mår jag bra av. Jag har köpt fiskar och två fåglar, det är bra för mig och jag leker med dem när jag är hemma.

**En patient säger:** När jag flyttade och bytte lägenhet var ett betydelsefullt steg. Jag skulle aldrig ha kommit så långt med mig själv om jag inte hade flyttat. Jag var tvungen att ta ett nytt steg i livet och lämna det gamla bakom mig.

## **5. Vad i det terapeutiska arbetet har varit till hjälp för dig i återhämtningsprocessen och är det något som inte har varit till hjälp?**

**En patient säger:** Alla konversationer jag hade med dig, möjligheten att få prata av sej saker, jag fick bra respons från dig. Du hjälpte mig att reflektera kring olika saker som hände mig saker som hänt tidigare i vecka, saker jag upplevde och var med om blev begripliga och hanterbara. Du normaliserade mina upplevelser så att jag fick upplevelsen av att vara ok. Du hjälpte mig att sätta ord på mina tankar och känslor. När vi pratade var det inte något stort utan mer ett tillstånd av en specifik känsla hos mig av att känna mig förstådd.

Jag har alltid mått bra av att träffa dig och du har alltid varit där när jag har behövt dig. Du har förstått mig och inte bara mig utan hela min familj och relationerna mellan mig och mina anhöriga som har varit mycket komplicerad. Du hade känsla för vad som låg bakom och kunde sätta dig in i allas olika situationer när du kom in och fick en inblick i hela vårt komplicerade familjedrama. Du har alltid prioriterat mig, du har stötta mig på ett fantastiskt sätt. Vänskapen och tilliten som har skapats mellan oss har haft oerhört stor betydelse för mig. Du har sett saker i ett större sammanhang, inte bara till en speciell händelse och genom att normalisera har jag fått upplevelsen att vara en normal människa, inte tokig.

Min historia är väldigt invecklad och har varit det ända sedan jag var ett litet barn men den känslan du har gett mig av att jag och mina anhöriga är människor där du har normaliserat har varit viktig för mig, speciellt när jag har varit känslig och hamnat i känsliga lägen.

**En patient säger:** Jag mår bättre när jag går hos dig och då blir relationen till familjen bättre. Jag har lärt mig att tänka mer på mig själv och inte bara på mina fattiga släktingar. Jag kan ta hand om mig själv och min familj bättre. Du är snäll mot mig och har gett mig bra råd så att jag vågar vara ute i samhället. Du har stöttat och hjälpt min fru det har betytt mycket för mig.

**En patient säger:** Du har lyssnat på mig mycket och inte forcerat fram, du har ställt frågor, du har varit intresserad och frågat mig hur jag har det? Hur jag känner du nu? Det har lett till att det byggts upp ett förtroende mellan oss två, det har fått mig att kunna lita på andra människor igen, så det har gjort jätte mycket.

*Terapeuten: Hur har du upplevt de saker vi har pratat med varandra om?*

Det har varit både jobbigt och bra, smärtsamt också ibland. I början var jag så negativ och kunde inte tillgodogöra mig kontakten, men den har varit väldigt bra för mig. Det har varit bra att jag har fått ta fram mina egna känslor och känna efter, kunna bjuda på mig själv lite grann. Ni gav mig utrymme att inte bara gå vidare och gå på utan jag fick stanna upp och känna efter, ni ställde frågor som var viktiga att fundera på. Jag är egentligen en känslig människa som bejakar mig själv det gör jag men när jag mådde dåligt gjorde jag det inte. Då ville jag inte känna efter, det gjorde så jäkla ont allting. Ni väntade in mig och gick försiktigt fram i en takt som blev bra för mig.

*Terapeuten: Hur var det för dig när vi ville hjälpa dig att röja skräp, slänga tidningar mm?*

Jag minns när jag var inlagd på sjukhuset och du och en på avdelningen följde med mig hem, jag fick vattna blommorna och ni hjälpte mig att kasta en hel del grejer. Det var så befriande,

men då var jag på gång annars hade det varit väldigt svårt. När man mår dåligt vill man hålla kvar skräpet, man håller hårt i det och vill inte göra sig av med det. När man mår bättre är det en befrielse att slänga allt man samlat på sig, ni väntade ut mig och pushade mig och fick igång mig när jag var mogen för det. Det var så roligt en gång när ni kom hem till mig och ni lade märke till att jag hade diskat och gjort rent på diskbänken, ni gav mig uppmuntran, det var stort.

Ni hjälpte mig verkligen att få kontakt med världen igen. Jag avskärmade mig så mycket och ni försökte verkligen få mig att ta mig ut och få nytt perspektiv på livet igen. Sedan lät ni mig ändå vara i det jag var i och få ta egna beslut. När jag stod vid bussen i flera timmar och inte ville hoppa på för att det var en busschaufför med utländsk härkomst så lät ni mig komma ur det själv. Ni förstod hur jobbigt det var för mig, ni hade inte den där attityden som många hade ”kom igen nu, så jobbigt kan det väl ändå inte vara”. Det var bra att ni förstod mig och gav mig tid att utmana mina tvång och hinder.

Du har alltid varit väldigt försiktig när du har frågat mig hur jag har det, hur jag mår, hur det är med mina barn med respekt där jag fått ha mitt privatliv. Du har inte gått in i mitt privata utan tagit tag i det som varit viktigt med respekt för min integritet.

Medicinerna som jag fått har också hjälpt mig i tillfrisknandet.

## **6. Har du några tips och idéer på saker som är viktigt för mig att tänka på när jag framöver jobbar i behandling med andra patienter?**

Nej, det du har gjort har varit bra för mig, jag kommer inte på något mer.

Nej.

Vet inte, men du är bra på att känna av.

## **1. Anhörigas personliga upplevelser av hur behandlingen har utvecklats från hur det var före klientens kontakt med mottagningen och tiden fram till nu!**

**En anhörig säger:** Jag kommer inte ihåg. På den tiden var jag så rädd, jag var rädd för min anhörig, jag var orolig för min anhörigs hälsa. Det var bara jobb i hans tankar, han jobbade och jobbade, jobbade extra, tjänade mycket pengar, sömnen blev dålig, sov ibland på jobbet. Jag sa åt honom att han inte behövde jobba så mycket men han var helt upptagen i tanken av att hjälpa våra fattiga släktingar och skickade så gott som alla pengar till dem. Min anhörig började höra röster och se personer som inte fanns i verkligheten, det blev betydligt sämre då hans mamma dog och plågsamma minnen från kriget återkom.

När min anhörig kom till er mottagning och fick hjälp med medicin och samtal blev det bättre. Innan inställningen av en fungerande medicinering var min anhörig mycket orolig, vaknade på nätterna, ville springa ut men jag försökte få min anhörig lugn och att lägga sig igen. Det var jobbigt att passa min anhörig på nätterna när jag skulle upp och jobba på morgonen därpå. Min anhörig har blivit gladare och mindre stresskänslig men är fortfarande mycket känslig. De allra minsta gör min anhörig orolig, går då av och an men lugnar så småningom ner sig när jag talar lugnande. Ibland tar jag med min anhörig ut på cykeltur när det är fint väder och oron

härjar. Ibland tänker min anhörig mycket på någonting som inte är viktigt och som ger oro men det har blivit mycket bättre.

**En anhörig säger:** Min anhörig är helt annorlunda nu, gladare, framåt, positivare, hon är inte inne i sin egen värld utan mer som tidigare före insjuknandet. Var före behandlingen helt personlighetsförändrad och gick inte att känna igen men är nu som vanligt igen. Hon har blivit bättre på att ta hand om sig själv.

**En anhörig säger:** Från en skala 1-10 är det en klar 9. Utvecklingen har gått sakta framåt med en del bakslag. En tid före kontakten var ångesten brutal, hon kunde ringa mig 10 ggr/dag och jag upplevde att jag bar hennes ångest under hela den tiden. Hon kunde bli urförbannad för minsta sak som blev utanför den rigida värld hon levde i. Var paranoid på anhöriga, grannar och vänner. På den tiden då hon kom i kontakt med er mottagning var hon helt instängd i sin egen värld och stängde alla anhöriga ute, det var hemskt.

**En anhörig säger:** Det är skillnad som dag och natt. Min anhörig har mognat till, kan klara sig själv, är frisk och man kan inte tro att han någonsin har varit sjuk. Möjligen förekommer lite för stora drömmar men det har ju normalt för många ungdomar, annars märker man ingenting från sjukdomen. Han är fortfarande lättstressad det märker jag när vi träffas hemma hos oss, jag försöker hjälpa till med det. Jag säger till honom att gå direkt till mig om han vill ha min hjälp med något så att det inte går via hans mamma. När hon blandar sig i blir det stresskört, det blir stress, irritation, ilska som leder till kaos i relationen mellan oss alla tre. Han är inte riktigt mogen för myndighets grejer ännu, blir då orolig över sådant som till exempel att aktivitetsersättningen går ut, hur ekonomin ska gå ihop, initiativ till att söka bostadsbidrag, studielån, hjälp via socialtjänsten mm., sådant stressar och skapar oro.

**En anhörig säger:** Vet inte så mycket, vi har inte så bra kontakt. Min anhörig satt bara och stirrade i väggen, trodde det var knark som gjorde att min anhörig bara försvann in i sin egen värld, var helt kall, borta, tom i huvudet, det gick inte att få någon kontakt. Jag orkade inte med det, hade så stora bekymmer för min anhörigs barn, de for så illa. Barnen var mycket hos oss, Min anhörig ville bara att sonen skulle sitta i sin rullstol, var bekvämt av sig, tänkte bara på sig själv, blev arg på mig när jag ville leka med sonen och träna honom att gå. Det var förfärligt egentligen, på den tiden kunde sonen hålla balansen och gå på sina ben, vi kunde spela bandy och han klarade av att hålla balansen. Vi slet med honom när han var här på helgerna för att han skulle få träning, utveckla sin motorik och må bra, det tycktes inte som om min anhörig brydde sig om att träna honom utan blev irriterad på oss när vi tränade honom. Nu behöver han rullstol hela tiden och det är väldigt synd.

Min anhörig kom hit här på helgerna, vi tog hand om barnen, lekte med dem, gav dem mat, min anhörig lyfte inte ett finger för att hjälpa till, satt bara i soffan och sov och eller tittade på tv medan vi tog hand om barnen, var bekväm och brydde sig inte. Jag har inget förtroende för min anhörig längre.

Innan olycka hade föräldrarna ingen koll på barnen över huvud taget. Barnen fick klara sig själv, föräldrarna drogade, sov på dagen och vara uppe på natten. Det var trappor i huset men de hade ingen grind och ingen som såg till dem. Olyckan inträffade när de låg o sov, barnet ville väl ut när han klättrade ut genom fönstret och föll ner.

Barnens mormor gillade inte att barnen hade roligt här och att de trivdes med att vara hos oss. Barnen var hos oss regelbundet och det fungerade tack vare min fru. Jag reste en del i jobbet och kom ibland hem sent på fredagen men hon tog alltid hand om dem.



**En anhörig säger:** Min son vågar ta egna initiativ till saker nu, har lättare att säga nej, var tidigare osäker och förvirrad. Vid insjuknandet sprang min anhörig omkring, var konstig, höll i en kudde med en kossa och sa: ”Jag är fri, jag är fri.” Han hade en mycket svår uppväxt med en mamma som var stark, pressande, påtvingande, nyckfull, inkonsekvent och temperamentfull. Hon kunde slå honom om han inte ville äta, det var mycket tjt hela tiden, hon var på honom och mig hela tiden, jag var svag och hon var stark, vår son var utsatt för hennes invaderande, han fick inte vara ifred och kunde inte värja sig. Efter behandlingen har min son utvecklats och blivit mer som en egen person. Symtomen är borta och han är mer som andra ungdomar nu.

## **2. Anhörigas upplevelse av hur relationen till klienten har utvecklats under behandlingen och på vilket sätt det har utvecklats!**

**En anhörig säger:** Nu har vi det bra, min man bryr sig om mig men innan var min man bara inne i sina tankar och var helt upptagen av dessa. Vid insjuknandet gjorde han en dålig sak och hamnade på låst avdelning under lång tid. Vi skiljde vi oss men när jag fick reda på att det var sjukdomen som låg bakom handlingen tog jag tillbaka skilsmässan. Jag hoppades att tillståndet skulle bli bättre och var angelägen att stötta och hjälpa för att det inte skulle bli sämre, kämpade mycket för det.

När min man blev utskriven var jag orolig när jag var på jobbet, han ringde ofta hem och jag pratade lugnande med honom. Jag tycker att när man är psykiskt sjuk måste man ha någon som står vid en sida, någon att prata med som kan förklara så att de kan bli bättre. Relationen till sonen är bra nu, han tycker om sin pappa. Sonen förstod inte så mycket när han var liten och jag berättade inte så mycket, jag ville inte göra honom orolig.

När min man blev sjuk var kontakten med anhöriga mycket tät, de hälsade på honom ofta och försökte hjälpa honom och finnas till för honom. Nu träffar vi dem ca en gång i veckan, våra familjesituationer har förändrats och våra barn börjar bli vuxna. Oron har lagt sig och de träffas inte så ofta längre men min man känner sig trygg med sina syskon och de bryr sig och är omtänksamma.

**En anhörig säger:** När min mamma blev sjuk och jag kom på behandlingshem var jag orolig för min bror och vår hund som var kvar hemma. Jag var rädd för att min bror inte skulle få sin medicin, att hunden inte skulle få mat och att de skulle fara illa. Jag var hatisk till min mamma och det höll i sig i flera år, jag klandrade henne, jag var arg över att hon inte tog ansvar, inte tog tag i saker mm. Jag har fortfarande inte lagt allt bakom mig men relationen har blivit mycket bättre och har börjat återgå till hur den var tidigare. Jag har fortfarande svårt för vissa saker som det här med att ta ansvar, jag känner mig mer som en vuxen än båda mina föräldrar men det har inte med sjukdomen att göra utan mer som hon fungerar som person och som det var långt före sjukdomsdebuten.

Morfar har varit min trygghet, han och hans sambo har stått för det som en familj ska stå för som att baka bullar och finnas till hands för en. Vi var hos dem var annan vecka, de var tryggheten i vårt liv. Jag har aldrig haft en fungerande pappa heller, han var psykiskt sjuk redan när jag var liten därför blev morfar som en far för mig också. När vi var små levde mina föräldrar runt, festade och tog inte ansvar för hem och familj. Dammsugaren kunde stå

framme en vecka innan mamma kom sig för med att städa, jag vill ha det rent och det krockar med hur mamma vill ha det.

Vi har en bra relation idag, pratar med varandra, träffas och gör saker tillsammans. Jag har inte tagit in henne fullt ut ännu och tror inte att jag någonsin kommer att göra det heller, vi är så olika hon och jag.

Jag hade en bra relation till mormor när jag var liten men när jag blev äldre såg jag att de var så otroligt lika varandra och det har gjort att relationen till mormor inte är så bra längre. Dom är sådana som tycker synd om sig, de har dåligt psyke, de har mycket problem och har väl inte haft det så lätt i livet men jag har en annan inställning. Vid motgångar och svårigheter i livet tar jag tag i saker, jag reser mig upp om jag faller och tänker att jag kan lära mig något av det, jag är på ett sätt lite mer hårdhudad.

Det som gjorde att jag klarade mig och överlevde var en kontaktperson på behandlingshemmet. Han hade själv erfarenhet av en psykiskt sjuk mamma. Man kan säga att jag hade otur att ha en psykiskt sjuk pappa men det var lättare för mig att hantera eftersom jag alltid hade sett honom dålig, sedan fick jag också en psykiskt sjuk mamma. När mamma förändrades blev jag oerhört arg på henne, jag tänkte att jag också skulle bli dålig, tänkte att det var ärftligt. Hade många tankar om att det skulle drabba mig också eftersom mamma först var frisk och sedan blev sjuk. Min kontaktperson hjälpte mig med dessa plågsamma tankar, han sa att det inte var fel på mig. Det tog lång tid innan personalen trängde igenom mitt hårda skal och jag kunde ta emot hjälp, det blev min räddning. Bodde hos min faster innan jag kom på behandlingshem men hon orkade inte med mig på slutet utan sökte hjälp via socialtjänsten.

**En anhörig säger:** Först var relationen skör, spänd, min anhörig var misstänksam, taggig, man förstod inte vad hon menade, ville att man skulle vara tankeläsare. Hon hade ingen tillit, det var en svår tid innan tillståndet vände. Bar hennes ångest, kunde själv inte slappna av, visste inte hur mina kontaktförsök skulle utfalla. Jag bor 30 mil bort och fick många gånger göra akuta uttryckningar, kasta mig iväg, ordna upp tillvaron när hon inte tog hand om sina barn, husdjur och sig själv.

Nu har vi en ganska bra relation till varandra, tilliten har kommit tillbaka till största del, det är inte spänt och laddad när vi pratar med varandra i telefonen eller när vi träffas utan vi kan ha det trevligt tillsammans. Vi har inte pratat så mycket med varandra om hur det har varit men det har funnits någon tyst överenskommelse om att hon vet att jag vet och att frågor kring det inte har varit ok att prata om.

Min anhörigs barn har sin trygghet hos sin farmor och hans fru, jag har stått mer för den uppfostrande biten så min relation till dottern är inte lika bra men ok.

**En anhörig beskriver relationerna på följande sätt:** Vet inte hur relationen till pappan är, det är nog både för- och nackdelar, han är hos honom ibland. Pappan lever i en drömvärld, har inget jobb och flyter mest omkring. Det är större problem med mamman, hon pratar så mycket illa om pappan inför sin son. Jag tycker att han ska få bilda sig en egen uppfattning om honom och det har jag sagt men mamman lyssnar inte på det. Han vet egentligen inte hur hans mamma är, hon är något annat än vad hon utger sig för att vara, liksom pappan.

Tror att relationen till mamman har blivit bättre nu när han vågar säga ifrån lite mer. Häromdagen hade hon gått in i hans lägenhet och städat utan att han visste om det och då

kunde han säga till henne: ”jag tror att jag har haft inbrott i min lägenhet, någon har varit inne i den”. Tror att han sa det på skämt adresserat till sin mamma. Om han inte svarar i telefonen på en gång drar hon igång, när hon inte kan kontrollera honom, tror att det därför hon går dit och gör saker som han inte vill. Hon kan ringa till honom hur många gånger som helst, han blir stressad av det, hon stressar upp honom till tusen och jagar honom, hon respekterar inte hans gränser. Om han har lektion och inte svarar i telefonen eller är iväg på träning går hon igång. Han försöker värja sig och låter bli att svara ibland när han vill vara ifred. Hon tjatar på honom om mat, mat, mat, vi ska göra matlådor till honom, gå dit med mat, han ska komma hem och äta precis som om han skulle dö om han inte äter tre lagade ml mat om dagen. Han kan egentligen laga mat själv, men jag vet inte hur det är. Det kan ju vara bekvämt att få färdig mat men han blir nog mest stressad av att bli jagad och är obekvämt med att säga nej även om han gör det ibland.

Vår relation har blivit bättre sedan han flyttade hemifrån. Nu är han en man, han har mognat och vi kan prata vuxenprat med varandra, han vågar ta upp problem med mig. När vi får ha en egen relation till varandra utan att hans mamma går emellan fungerar det bra. Jag respekterar hans behov av integritet, jag går inte med på att våldgästa honom, när hans mamma vill åka dit för att kontrollera honom och vi inte har fått någon inbjudan följer jag inte med. Jag tycker att han har rätt att få vara ifred och ha sitt eget liv.

**En anhörig säger:** Vi har ingen bra relation till henne, litat inte på henne. När hon var yngre hade vi mycket bra kontakt. Hon och hennes bror var hos oss regelbundet under hela deras uppväxt, hon var sex år när jag separerade från hennes mamma. När hon sedan fick egna barn var de regelbundet hos oss och vi tog hand om dem.

Vi har alltid besökt henne i samband med hennes eller barnens födelsedagar, tagit med fikabröd och presenter, hon har aldrig bjudit på något själv. Vi har besökt henne vid storhelger eller bjudit hem henne. Men det var så oerhört svårt att se henne i hennes misär. Vi tog hans om hennes dotter, hon hade ingen förälder som brydde sig och fick varken kärlek eller omtanke, föräldrarna var bara upptagna av sig själva.

Relationen mellan min dotter och hennes bror är ok, men även han tycker att det är svårt och träffar henne inte så ofta. Vi har en bra relation till hennes dotter även om det var en period när hon var tonåring och hamnade på behandlingshem som var lite kritisk. Men det har gått bra för henne, man var ju orolig en period men sedan rättade det till sig. Vi är så oerhört stolta över henne idag, hon har fixat jobb, tagit körkort och verkar klarar sig bra i livet.

**En anhörig säger:** Har haft intentionen att min anhörig skulle få känna sig fri att inte känna sig tvingad eller pressad till saker, så för mig har det varit viktigt att vår relation ska präglas av detta. Vi träffas ibland och gör saker ihop men jag vill inte att han ska känna sig tvingad till något. Jag tycker att det är tråkigt att hans mamma bara håller på och tjatar och bestämmer över honom, han får inte vara ifred hon ljuger en massa om mig. Jag tycker att han själv ska få bestämma vilka kläder han ska ha, vilka färger de ska ha men det får han inte för henne. Jag vill att han ska få känna frihet när vi är tillsammans, att han själv får bestämma. Jag är rädd för hans mamma hon är stark och jag är rädd för att hon gör honom sjuk genom att hon stressar honom.

### 3. Finns det någon vändpunkt när tillståndet vände?

Nej, inte vad jag kan komma på.

Har förträngt så mycket, gick själv på behandling, ville inte träffa min anhörig på flera år, ville inte ha med henne att göra, hade ingen koll på när tillståndet vände.

Ja, efter det han hon legat inne på sjukhuset blev det en markant förändring till det bättre. Ska aldrig glömma när hon efter tre veckor ringde från sjukhuset och var glad på rösten. Tidigare var telefonkontakten extremt laddad, jag hade full koll på när hon ringt, om hon ringt, vem av oss som ringt, kommer hon att ringa, svarar hon när jag ringer osv. När hon kom in på sjukhuset fick hon träffa andra personer i liknande situation, fick ett annat perspektiv på saker och kunde spegla sig i andra. Detta tror jag bidrog till att hennes tillstånd vände och så mediciner som hon fick.

Ja, när han fick en egen bostad fick han större självförtroende och en känsla av att han kunde klara något på egen hand. Mognaden började i den första tillfälliga lägenheten han fick men utvecklades mer när han fick en permanent bostad. Vändpunkten kom när han fick ta ett eget ansvar och när han vågade säga ifrån, när han lärde sig att säga nej.

Kan inte riktigt svara på det, vi har inte den nära kontakten längre men jag ser ju att tillståndet vände när hon fick kontakt med er på mottagningen, hon är en annan person nu, även om jag inte vågar lita på att det håller.

Vet inte riktigt, har inte varit så inblandad i min sons liv eftersom hans mamma ljög och talade illa om mig, hon manipulerade honom, bestämde allt, jag ville inte göra det värre utan försökte hålla mig utanför.

### 4. Vad i klientens livssituation har förändrats under behandlingstiden och vad har bidragit till det? Ta även med faktorer utanför behandlingen som haft betydelse för återhämtningen och tillfrisknandet!

**En anhörig säger:** Att jag har pratar mycket med honom, när han går in i sina tankar brukar jag prata med honom och förklara för honom att det bara är i hans tankar. Ibland har han tagit tag i mig och visat mig att det står en man utanför dörren som ska döda hans son, då säger jag att det finns ingen där, du behöver inte vara orolig, det är bara i dina tankar, då blir han lugnare.

Jag ser till att han har någonting att göra hemma, han får hjälpa till att laga mat, hjälpa till med disken, gå ut, för att skingra tankarna, då mår han bättre. Jag pratar med honom att han behöver bli bättre för att hans son behöver honom även när han blir äldre. Jag har tagit med honom när sonen har spelat fotboll, när han har haft matcher, jag har hela tiden funnits vid hans sida för att han inte skulle vara rädd och för att han skulle känna sig trygg.

Att han har en son att leva för har varit viktigt för honom och hjälpt honom att återhämta sig.

**En anhörig säger:** Hon har blivit positivare, gladare, har mer mål i livet och har slutat haka upp sig och fixera sig på olika saker. Det går att prata med henne, hon utmanar sina tvångsföreställningar, hon gör saker som hon inte gjorde förut, jätte mycket har hänt hon har

tagit ett stort seg fram. Tidigare var hon helt ensam och inne i sin psykos och släppte inte in någon, nu är det helt annorlunda.

Efter ett tag när hon mådde bättre vaknade hon nog upp och tänkte att jag har ju två barn att ta hand om, det var nog det som hade betydelse för att få tillbaka livslusten och kämparglöden. Mest var det nog min yngre bror som har speciella behov som gjorde att hon behövde kämpa för att återvända till livet, att ha något att kämpa för, någon som behövde henne. Det var i alla fall inte hennes vänner för hon har inga bra vänner.

En annan faktor som inte direkt påverkade tillfrisknandet men som också påverkade henne i positiv riktning var att hon flyttade. Hon fick en nystart genom att byta lägenhet och miljö, det gjorde henne gott.

**En anhörig säger:** Det är en enorm förändring som har skett. Tidigare hade hon ingen framtid, hon var livegen, nu har hon mognat som människa, hon har blivit vuxen och kan ta ansvar. Tiden innan kontakten på mottagningen var det kompisar som gällde, man skulle vara häftig, att tjäna pengar och göra rätt för sig existerade inte i hennes värld, hon hade ingen relation till arbetslivet. Hon tänkte bara på sig själv, tog inte ansvar för sina barn, det var en hel del droger. Hon blev paranoid på grannarna, upplevde sammansvärjningar, blev utsatt för övergrepp, minns inte riktigt tidsföljden för olika händelser. Hon separerade från sonen pappa när olyckan inträffade, på den tiden drogade de tillsammans.

Om det var före eller efter olyckan minns jag inte men hon var inlagd tre dagar på psykiatrin för en Hasch utlöst psykos. Hon var urförbannad på mig för det var jag som såg till att hon kom in på sjukhus. Det var en skötare som lyssnade på henne så även om hon kom ut och livet fortsatte som tidigare var det nog värdefullt i alla fall. Hon flyttade ett par gånger, föräldrarna hade delad vårdnad men barnen var största delen av tiden hos henne och hon hade vårdnadsbidrag för att sköta sin handikappade son. Ju äldre han blev ju svårare blev det för henne att ta hand om honom, hon började missköta sin hygien och kunde inte hålla ordning på saker, hon började isolera sig mer och mer och världen blev mer och mer inrutad.

Tidigare var hon väldigt osäker på sig själv, hon kunde inte sätta gränser, hon var osäker på om hon uppfattade saker rätt, hon saknade tillit till sig själv. Efter behandlingen hos er har hon sakta men säkert fått ett självförtroende, en känsla av att hon duger och att det hon gör duger, hon kan säga ifrån, hon går inte med på vad som helst, hon litar på sig själv, har hittat sina egna gränser hon har fått en identitet. Hon har förlorat många år av sitt liv, hon hade inget liv men nu har hon fått livet tillbaka, ett nytt liv, en framtid, det hade hon inte tidigare. Hon har kommit otroligt lång och utvecklats till en mogen vuxen individ.

En annan viktig del i tillfrisknandet var när hon flyttade sista gången. Det blev en nystart i hennes liv där hon kunde lämna allt kaotiskt och traumatiskt bakom sig och få börja om på nytt.

**En anhörig säger:** Han har mognat och blivit mer realistisk i sina drömmar och mer verklighets förankrad. Han frågar mer och är mer mottaglig och kan ta till sig och lära sig saker. Han kan ta ansvar för saker på ett annat sätt än tidigare. Han vågar träffa kompisar och är inte så inbunden och isolerad som han var tidigare. Han har blivit mer social, har fler kamrater och har fått det sedan han började skolan för några månader sedan. Han är lite rädd för festande och alkohol men vågar ändå vara med och kan säga nej till sådant som han inte vill delta i.

**En anhörig säger:** Förändringen kom när hon kom i kontakt med er mottagning. Vi märkte att hon började må bättre men vi vågade inte hoppas på en förändring och vi vågade inte ta ut någon glädje i förskott.

Hennes husdjur for illa, hon kunde inte sköta dem. Det var när hon började bli bättre och hade brutit sin isolering, då gick hon ut till puben och lämnade hunden ensam hemma. Grannarna klagade och hon fick flera varningar men förstod väl inte allvaret utan tänkte som hon brukar tänka att det ordnar sig. Men hunden hade farit illa under flera års tid, det var hemskt att se. När hon blev hotad om vräkning om hon inte gjorde sig av med hunden tog vi beslutet tillsammans med hennes dotter att avliva den. Hon fick säga adjö till hunden innan vi tog den till veterinären. Hon blev naturligtvis arg på oss men så här efteråt tror jag att det var bra för henne att slippa ansvaret för hunden och nu verkar hon inte bry sig att den är borta.

Det var vi som gjorde anmälan till socialtjänsten att barnen for illa, det var innan kontakten på er mottagning.

Hon mår bättre nu än vad hon gjort någon gång tidigare i sitt vuxna liv så det måste vara er förtjänst.

**En anhörig säger:** Det är mycket som har förändrats. Min son har blivit starkare, är mer säker på sig själv, vågar bestämma mer och göra efter sin egen vilja, har mer styrka att klara manipulationer och att säga ifrån. Han har hittat en balans i tillvaron, kan göra normala saker, har normala aktiviteter, är inte så ensam längre utan är mer med kompisar, har fått distans till saker.

Perfekt när han fick en lägenhet, det bästa som kunde hända, det blev en ny chans, en möjlighet att få leva sitt eget liv och frihet att få göra saker själv. Kom ifrån mycket tjtande och bestämmande.

Resan till hemlandet var också bra, han kom ifrån ensamheten, fick träffa jämnåriga kamrater och kom in i en social gemenskap.

## **5. Vad i det terapeutiska arbetet tror du har varit till hjälp för din anhörig i återhämtningsprocessen och är det något som inte varit till hjälp?**

**En anhörig säger:** Alla samtal han haft på mottagningen, du har hjälpt honom mycket.

**En anhörig säger:** Absolut att ni har varit där för henne. Hon behövde professionell hjälp och det fick hon av er. Ingen anhörig kunde göra någonting, inte kompisar heller. Vi försökte hjälpa henne men hon stötte bort alla, öppnade inte dörren, svarade inte i telefonen. Ni gav er inte, ni gav inte upp, ni fanns där även när hon inte ville ta emot hjälp, ni stod ut, hade tålamod, kunde vänta ut henne, det hjälpte henne och så medicineringen. Hon fick stöd och hjälp från er. Att ni var där regelbundet och hjälpte henne ibland flera gånger i veckan samt medicinen var det som hjälpte henne.

Jag kunde märka om hon inte tagit medicinen, då blev hon som pappa var när han var sjuk, hon blev en helt annan människa, pratade grejer som inte alls gick ihop. Jag kan förstå mamma till viss del, att hon inte ville ta emot hjälp för så var det för mig med när jag var på behandlingshemmet. Personalen var så på hela tiden och de var också kvar där som ni var fast

jag inte ville ta emot hjälp. Jag hatade dem, men till slut vände det efter ungefär ett år och så var det nog för mamma också.

**En anhörig säger:** Er envishet, att ni funnits, att ni inte gav upp, att ni var ihärdiga, att ni fanns och stod ut med tystnaden, att ni kunde vänta in henne, alla samtal, regelbundenheten, ni hjälpte henne att sätta gränser, hitta sig själv, ni fanns för henne på hennes villkor, år efter år, ni hjälpte henne att bygga upp tilliten till andra människor, utan er hade hon inte haft något liv, ni gav henne livet tillbaka och relationen till sina barn och anhöriga.

**En anhörig säger:** Alla era samtal har hjälpt honom. Ert prat har stärkt hans självförtroende. Genom att prata med någon utanför familjen har han fått andra perspektiv och att inte bara ha familjen som referens i förhållande till andra.

Du stöttade honom utifrån hans behov och gav honom goda råd, du var bestämd på ett respektfullt sätt där du förmedlade saker som han kunde ta till sig av för att må bra, du daltade inte med honom. Du har hjälpt honom att vara uppmärksam på sina sårbara sidor och hjälpt honom att hantera sådant som har stressat honom så att han inte blev sjuk igen.

Han fick förtroende för dig som terapeut, det var väldigt nyttigt för honom. Du har hjälpt, backat upp, stöttat och förebyggt återinsjuknande. Han har sett upp till dig som människa och haft respekt och beundrat dig för den du är och din framåtanda på olika områden i livet.

Han har lärt sig att lättare säga ifrån till sin mamma när hon stressar honom. Skulle tycka att det vore bra för honom att ta emot mer hjälp i form av samtal men han har så stort behov av att klara sig själv och vill nog därför inte komma till er mottagning. Han har fortfarande svårigheter med att hitta sina gränser och sin förmåga och skulle behöva stöttning med det. Han behöver hjälp med att sätta stopp när det drar iväg i det blå och hjälp att pusha på när det stoppar upp men hans mamma har varit så påtvingande så det är nog därför behovet av självständighet tar överhanden.

**En anhörig säger:** Era samtal, kontakten, kontinuiteten med er och relationen som byggdes upp mellan er.

**En anhörig säger:** Du har betytt väldigt mycket, att få samtala med en utomstående, få andra perspektiv, få prata av sig om alla dåliga minnen, alla negativa erfarenheter, har blivit lugn av era samtal, mår bra nu, du har visat respekt och respekterat oss anhöriga, han har sett upp till dig, han har fått hjälp att respektera sig själv, han har fått hjälp med sin identitet, hjälp till att bejaka sitt ursprung. Hans mamma ville bara att han skulle vara svensk, lämna sitt ursprung bakom sig, men du hjälpte honom att integrera båda delarna, att hitta sig själv i förhållande till två kulturer, att få tillåtelse till det. Du fick honom att känna sig ok, han fick vara den han var, han fick utrymme att själv få känna efter vad han ville. Han har varit så invaderad och sönder tjtad men har lärt sig att hitta sig själv, få eget utrymme.

## **6. Har du några tips och idéer på saker som är viktigt för mig att tänka på när jag framöver jobbar i behandling med andra patienter?**

**En anhörig säger:** Har tidigare tänkt att de som jobbar med sådant som socionomer och andra jobbar med är typ idioter som inte har upplevt svårigheter själv. Att de inte kan förstå hur det är när livet är tufft, saker som man inte kan läsa sig till i en bok. Det bästa om man ska kunna hjälpa en annan människa är om man har egen erfarenhet, man behöver inte ha varit

med om samma sak som sina klienter. Man kan aldrig jämföra sitt eget liv med någon annans eftersom man har olika upplevelser av saker som händer en men man måste ha tålamod och livserfarenhet bakom sig för att kunna hjälpa en annan människa. Jag har genomgått många svårigheter i livet men jag har lärt mig hur jag vill vara som förälder när jag får familj. Allt har sin mening, jag tror att det alltid kan komma något som är bättre, efter regn kommer sol, min erfarenhet kanske kan bli till hjälp för någon annan människa jag möter längre fram i livet.

**En anhörig säger:** Nej, jag vet inte mer än att fortsätta göra det du har gjort när du har lyssnat och funnits till.

**En anhörig säger:** Jag kan inte tänka mig att ha blivit bemött på något bättre sätt än så som du har bemött mig som anhörig. Vi har kunnat samtala med varandra om min dotter utifrån hennes behov och välbefinnande. Du har inte gömt dig bakom tystnadsplikten utan sett till min dotters bästa. Jag har alltid kunnat ringa till dig, du har lyssnat på mig, du har funnits för mig i min oro. Om jag skulle ha några önskemål för terapeuter framöver skulle jag vilja säga att kontakten med anhöriga är mycket viktig och värdefull.

**En anhörig säger:** Du har stöttat och funnits där på hans villkor, vet inte vad du skulle kunna ha gjort annorlunda, har inga tips eller idéer mer än att fortsätta göra som du har gjort.

**En anhörig säger:** Ni har gett henne livet tillbaka, så det här med att inge hopp är nog viktigt för att få människor att må bättre. Jag vet inte vad ni gjort som har hjälpt henne eftersom vi haft så lite kontakt på senare år.

**En anhörig säger:** Nej, det har jag inte. Det är ju ni som är professionella som kan detta.

## **Sökande efter teman och mönster:**

Hos samtliga tre patienter kunde man utgå från stress- och sårbarhetsmodellen där samtliga var extremt sårbara för stress och även känsliga för andra människors lidande.

Patienterna isolerade sig då de var plågade av symtom. De hade utvecklat verklighetsfrånvända och primitiva strategier för att försöka bemästra sin ångest och sitt lidande. De hade skapat sina egna föreställningssystem, överklighets kompenserande idéer, storhetsidéer, vanföreställningar, tvångsmässiga rutiner mm. i ett försök att göra tillvaron förutsägbar och meningsfull.

Alla patienter hade en komplicerad och traumatisk uppväxt.

Rädsla och skräck var ett gemensamt tema som samtliga patienter plågades av.

## **Resultatanalys:**

### **Hur ser resultatet ut i det verkliga livet?**

Resultatet av terapin verkar vara bestående, terapierna har varit långa (ca 6 år, 5 år och 3 år) och tillståndet är nu så bestående stabilt att terapierna i stort sett har upphört.



**Patient 1.** Den längsta terapin som pågick i ca 6 år har patienten inte varit inlagd inom slutenvården någon gång sedan vår kontakt påbörjades. Patienten har inte återinsjuknat eller behövt inläggning inom slutenvården sedan första inläggningstillfället då kontakten på öppenvården påbörjades. Före vår kontakt på mottagningen var patienten inlagd ca 1 ½ år på en sluten Rättspsykiatrisk avdelning.

Terapeuten har till största del träffat patienten själv men även tillsammans med hans fru och vid något tillfälle även tillsammans med sonen. I början av kontakten träffade terapeuten även några av patientens syskon för samtal. Hustrun fick mycket stöd och hon ringde alltid vid oklarheter, hon blev lyssnad på med respekt och det hon sa togs på största allvar, hon fick även hjälp att föra sin talan när så behövdes (främst till läkaren).

Patienten lever ett hyfsat gott liv tillsammans med sin hustru och son, han träffar regelbundet sina syskon och deras familj som han har en god relation till. Han har kvarvarande synhallucinationer som inte inkräktar och tar allt livsutrymme i anspråk. Om patienten inte utsätts för stressrelaterade faktorer är livet hanterbart och livet innehåller flera meningsfulla faktorer.

Hustrun har haft en avgörande betydelse för tillfrisknandet, något som blev tydligt och framkom vid intervjuerna. Medicineringen har också en avgörande betydelse för resultatet. Klarar inte av stress i form av arbete, studier och annat och får sin försörjning via sjukersättning. Har en välfungerande struktur utan stress i vardagen vilket innebär att han är ute och cyklar eller tar långa promenader, tar hand om sina husdjur samt deltar i vardagssysslor i hemmet.

**Patient 2.** Har haft terapeutiska insatser i 5 år, patienten har varit inlagd en gång under behandlingstiden vilket blev en vändpunkt i patientens liv. Personligen upplevde terapeuten inläggningen som ett bakslag utifrån idén om att en inläggning skulle vara av men för patienten. Härvidlag var det en felaktig bedömning då inläggningen blev en vändpunkt som var av betydelse för klientens återhämtning. De terapeutiska insatser som gjorts före inläggningen banade väg för den vändpunkt patienten upplevde i samband med inläggningen.

Resultatet för denna patient innebär att hon idag lever ett socialt rikt liv med anhöriga och vänner och att hon trivs med livet. Är så gott som symptomfri förutom tidvis återkommande mardrömmar och en del tvångsföreställningar som hon utmanar och som hon inte låter sig begränsas av.

Började arbetsträna i våras, har tidigare i livet inte haft någon större erfarenhet av arbetslivet. Livsomständigheterna gjorde att hon slutade arbetsträningen för att i stället få sitt uppehälle via vårdnadsbidrag för att sköta sin handikappade son. Efter fem års sjukskrivning är hon nu arbetsför. Medicineringen har också en avgörande betydelse för resultatet.

**Patient 3.** Den kortaste terapin som pågått under tre år och där familjeterapin har varit en stor del av den terapeutiska interventionen. Patienten har varit ineliggande vid tre tillfällen under påverkan av extrem stress. Alla tillfällen har varit traumatiska men patienten har ändå upplevt sig blivit bättre rustad att möta svårigheter i livet. Medicineringen i akutskedet har varit en hjälp att varva ner, minska stressen och få de psykotiska symtomen att gett vika. Patienten är

nu medicinfri och har efter alla tre inläggningarna på eget initiativ slutat medicinera en kort tid efter hemkomsten.

Resultatet efter behandlingsinsatserna innebär för denna patient att han har fått ett rikare socialt liv med kamrater, han har en mer realistisk föreställning om sin förmåga, han har lättare för att sätta gränser till omgivningen, han har hittat sig själv i relation till andra utifrån sitt historiska, kulturella och samhälleligt sammanhang, inkluderande ålder, ras, kön, religion, klass, familjesituation och utbildningsnivå.

Bestående resultat är lite tidigt att utvärdera i nuläget men enligt patientens egen bedömning har han en plattform att så på utifrån de behandlingsinsatser som utförda och säger sig kunna hantera stress och sårbarhets faktorer. Risker för återfall är därmed mindre även om det naturligtvis inte finns några garantier. Patienten har varit symtomfri sedan drygt ett år tillbaka i tiden. Har inte längre sjukersättning utan försörjer sig via studielån för studier som påbörjades i höstas.

### **Terapeutens bidrag för att få till stånd en positiv förändring i klientens livssituation?**

**Patient 1.** Den terapeutiska interventionen som innefattade samtal om det mesta som berör livet och vardagen, relationer till närstående, hjälp att bearbeta traumatiska minnen och upplevelser mm. En styrka har varit att terapeuten varit med patienten i sammanhang utanför terapirummet och därigenom kunnat sätta sig in i hans livsbetingelser på ett sätt som inte varit möjligt utan denna insats. Att gå utanför ramarna har inneburit att terapeuten kunnat förstå vad som orsakat stress, bakomliggande faktorer, fått en begriplighet i de psykotiska symtomen, fått en inblick i de svårigheter patienten brottades med.

Patienten har fortfarande kvarvarande vanföreställningar som han har fått hjälp med att hantera så att dessa inte längre styr honom. Han är fortfarande extremt stresskänslig men har i terapin fått redskap att hantera den och har strategier för att skydda sig i möjligaste mån. Han lever ett fullvärdigt vardagsliv med hustru och barn. Han har fått tillbaka tilliten till viktiga personer i sin omgivning och rädslan för olika saker är inte så påtaglig och plågsam längre. Terapeutens bidrag i förändringen består i grunden av att en trygg och tillitsfull kontakt etablerades och att terapeuten fanns med i utsatta situationer.

**Patient 2.** Det tog det flera år att etablera en tillitsfull kontakt, tack vare att terapeuten och dennes medbehandlare bestämt sig för att inte ge upp. De var envisa, målmedvetna, uthålliga och hade en tanke om att det var möjligt att hjälpa patienten utifrån ramen för den verksamhet de arbetade i, även om de från början inte var klara över vad patienten led av. Det tycktes som om patienten var bortom all hjälp men alla idoga försök att nå kontakt gav så småningom resultat. Patienten uteblev vid de flesta kallelser men ringde ibland återbud. Kom någon enstaka gång utifrån en påtvingad kontakt via socialtjänsten. Efter mycket lirkade framkom det att hon trodde att kontakten skulle leda till att hon skulle få sin son tillbaka, för övrigt var hon till att börja med tom, tyst och svår att nå.

Vid ett tillfälle hade terapeuten omedvetet skickat fel kallelse där det stod att de skulle komma på hembesök. Patienten ringde och frågade om vi skulle komma hem till henne och vi sa att vi kunde göra det om hon ville och på den vägen var det. Det visade sig att denna felskickade kallelse var det som gjorde att vi fick kontakt med patienten. Långt senare förstod vi att hon

inte hade förmåga att ta sig till mottagningen på grund av alla tvång och vanföreställningar hon led av.

Vi påbörjade därefter regelbundna hembesök med samtal som utvecklades till att bli alltmer av terapeutisk karaktär. Vi kom på hembesök samma veckodag, samma tid, så gott som året runt. Det var en regelbunden kontakt som var förutsägbar. I den mån det var möjligt gick vi om lott på semestrar för att inte rubba några rutinen som så småningom visade det sig vara en viktig framgångsfaktor.

Patienten var extremt rigid för att på så sätt hålla ihop sitt inre kaos så intentionen att komma regelbundet vid samma tid och samma veckodag föll väl ut. Hon öppnade så gott som alltid dörren för oss eftersom hon var en inprogrammerad på den rutinen. Det gick sämre för Bostödjaren, dels för att deras uppdrag var otydligare och inte passade in i patientens rigida värld och dels för att deras tider var oregelbundna.

Vi lade ner ett stort motivationsarbete för att få patienten att ta emot medicin vilket var svårt utifrån hennes paranoida vanföreställnings värld. Siffrorna på de olika förpackningarna gav upphov till enorm frustration och förtvivlan där det krävdes tålamod, uthållighet, fantasi mm. för att inte ge upp. Hon blev paranoid när det inte var samma sifferkombination på de olika förpackningarna som skulle hämtas ut. Vi hade ett flertal andra tuffa utmaningar som vi kämpade med tillsammans med patienten utifrån hennes vanföreställningar som främst röde pengar, hur de kunde användas och inte användas mm.

Så här i efterhand råder det ingen som helst tvekan om att utan medicinsk och terapeutisk behandling hade patienten inte haft en chans att återhämta sig. De regelbundna hembesöken som till det yttre kunde tyckas onödiga när patienten mådde bättre visade sig ha avgörande betydelse för behandlingens utgång inte minst vid försämring och återfall. Utan den strikta rutinen hade vi inte kommit i kontakt med patienten som vid försämring stängde av kontakten med yttervärlden.

Vi som behandlare gick utanför ordinarie terapeutiska ramar, vi följde med patienten till banken, apoteket, affären, socialtjänsten, behandlingshemmet där sonen var placerad, frisören mm. Vi fick en inblick i patientens funktioner och inte minst i de extrema funktionsnedsättningar hon hade på grund av sin psykiska ohälsa. Vi såg hur patienten interagerade med sina barn, anhöriga, människor i samhället och kunde på så sätt lättare förstå patientens tankar känslor, handlingar och upplevelser vilket underlättade i den terapeutiska behandlingen. Genom hembesöken började hon tala och vi fick en inblick i hennes inre kaos, vi såg och kunde förstå henne genom att vi befann oss i hennes värld, i hennes vardag, i hennes hem där vi lade märke till detaljer som vi kunde använda oss av i terapin.

Resultatet, ja det får tala för sig själv. Patientens har fått livet tillbaka och fungerar bättre nu än vad hon gjorde tidigare i sitt vuxna liv. Från att ha varit helt isolerad och handlingsförlamad i sin egen värld lever hon nu och njuter av social gemenskap med vänner och anhöriga, relationen till barnen och anhöriga är till största del upprättad. Det har skett en personlig utveckling där patienten värderar sig själv högre än vad hon någonsin har gjort tidigare. Hon kan säga ifrån och ta avstånd från människor som kränker henne eller beter sig på ett oacceptabelt sätt och hon har också förmåga släppa taget om oförätter och låta det passera.

Ytterligare en sak som terapeuten gjorde utanför det ordinarie arbetet var att ta tag i den brutna relationen till sonen. Kontakten med honom bröts helt när han blev omhändertagen och

först kom till ett behandlingshem och därefter blev placerad hos sin pappa. Eftersom det var en socialtjänst som hade ansvar för patientens sons första omhändertagande och en annan socialtjänst som hade hand om placeringen hos pappan var det ingen som tog ansvar eller ville medverka till att sonen skulle få träffa sin mamma igen. De båda socialtjänsterna skyldes på tystnadsplikten och sa att de inte kunde göra något, båda föräldrarna stod som vårdnadshavare. Efter stor frustration kontaktade terapeuten pappan och frågade om pojken kunde få besöka sin mamma tre timmar per vecka med löfte om att vara där samtidigt. Detta för att han skulle kunna känna sig trygg med att sonen inte skulle fara illa. Terapeuten fanns på plats när handikapptaxin kom och vara med hela tiden fram till taxin tog honom tillbaka hem till pappan igen. Förutom denna extra insats fortgick den terapeutiska behandlingen som tidigare.

Det var en stor seger när patienten för första gången sedan sonens omhändertagande fick ha sin son hemma igen, terapeuten var både rörd och berörd den stora dagen. Utan att gå in på några detaljer var denna säkerhetsåtgärd viktig, det dröjde innan patienten fullt ut kunde se och ta in sonens behov och gensvara på dem. Tre extra timmar per vecka var en stor investering, det var timmar som segade sig fram men det gav resultat och var mödan värd. Allteftersom patienten mår bättre kunde hon träffa sonen oftare och så småningom helt själv. Terapeuten lärde sig mycket under dessa besök, främst hur patienten samspelade med sin son men även till de andra familjemedlemmarna när de kom på besök. Terapeuten fick en god inblick i patientens psykiska värld vilket var gynnsamt för terapin.

**Patient 3.** Den kortaste terapin som varade i drygt tre år. Patienten hamnade i en utvecklingskris där han blev psykotisk utifrån att vara ung till att bli vuxen. Terapeuten hade turen eller tillfället att träffa patienten utifrån en remiss från ett akutbesök på en psykiatrisk akutvårdsmottagning och kunde i initialskedet utgå från Jakku Seikulas modell med tidig intervention, krisstöd, krisbearbetning, familjeterapi och enskilda terapeutiska samtal. Tillståndet förvärrades, patienten blev inlagd och har sedan dess varit inlagd ytterligare vid två tillfällen där återfallen varit relaterade till olika stressfaktorer.

Resultatet efter familjeterapi och den terapeutiska behandlingen har varit gynnsam då patienten nu är mer vaken över tidiga tecken och har ökade resurser att hantera och förebygga stress. Patienten har fått bättre självförtroende och självkännet, har mognat, kan sova intryck, har en annan överblick över tillvaron och inför framtiden och är bättre rustad att möta svårigheter i livet. Har blivit bättre på att sätta gränser till omgivningen vilket medverkat till att sänka stresströskeln.

I anamnesen framkom stressrelaterade faktorer utifrån flera olika perspektiv. Han skulle socialiseras in i vuxenvärlden, in i samhället och där anta nya roller. Man kunde se motsättningen mellan separation och autonomi å ena sidan och integrering av andra sidan. Till det kom en svårighet att hitta sig själv i förhållande till två olika kulturer. Vissheten om vem vi är hämtar vi ur våra identifikationer med andra. Vi blir till i den gemenskap vi har med andra med andra. Kultur omfattar gemensamma kunskaper, värderingar, erfarenheter och sammanhållande tankemönster. Men det finns inte bara inne i huvudet på människor. Medvetandet blir gemensamt bara genom att man kommunicerar, delar ett språk, förstår koder och budskap, ser hela sin omgivning som betydelseladdad på ett sätt som är någorlunda lika för alla. (Hannerz, Liljestöm, Lövgren 1982).

I terapin berörde vi dessa olika områden i livet, där vilsheten var stor och inte helt enkel att hantera. Patienten var aktiv inom fotboll men umgicks inte med jämnåriga på fritiden. Han brottades med två kulturer där det fanns starka påtryckningar utifrån att inte bejaka sitt ursprung.

Han levde i ett minerat krigsfält av vuxna och skulle dessutom axla ansvaret av att vara enda "barnbarnet" till sambons familj. Utifrån lyhörddhet för patienten berördes innehållet i de kriser patienten gick igenom i denna fas av livet i de terapeutiska samtalen. Terapeuten blev en trygghet i tillvaron och en vuxen förebild att identifiera sig och frigöra sig ifrån. Patienten upplevde en styrka i att terapeuten blev så djupt involverad i den komplexa problematik familjemedlemmarna hade i sin historia, de kände sig förstådda och upplevde sig behandlade som "vanliga" människor med resurser.

Det terapeutiska arbete med familjen utgick delvis från mentaliseringsteorin som innebär antagande om att människan föds med ett djupt behov av att bli sedd och förstådd som en mental varelse, och att det är denna mentaliserande förståelse som både skapar den trygga anknytningen och ligger till grund för barnets egen utveckling av mentaliseringsförmåga (Wennerberg, t. s.104). Terapeutens bidrag var intentionen att utgöra en trygg bas för de olika familjemedlemmarna som gick i familjeterapi och i enskilda terapeutiska samtal. Man kunde i anamnesen ana en ogynnsam anknytningshistorik i flera generationer bakåt i tiden vilket var ytterligare ett viktigt tema att utgå från i det terapeutiska arbetet med familjen.

### **Forskaren är en del av processen och påverkas/påverkar processen:**

Det var ibland svårt att låta bli att dras in i den höga stressnivå som kunde florerade i speciellt ett familjesystem. Det var svårt att hålla gränser och ramar på alla nivåer, att särskilja den ena individen från den andre, särskilja familjemedlemmarnas behov, tankar, känslor och handlingar från varandra. Terapeuten blev en viktig person för alla anhöriga i patientens närhet vilket var en styrka i den terapeutiska processen där alla berörda påverkades och påverkade processerna. Genom acceptans och tolerans blev det möjligt för klienten och dennes anhöriga att känna att de ägde och hade rätt till sina egna upplevelser och just därför kunde förändras.

Terapeuten försökte matcha klienten och anhörigas känslor inte för att tillfredställa dem utan för att de skulle få ökad tillgång till sina behov (själprocesser) och så småningom få igång en förändring.

Terapeuten var med samtliga patienter i olika vardagssituationer och fick därigenom tillgång till värdefull information om patienten och familjens svårigheter vilket ökade förståelsen, vidgade perspektivet och underlättade behandlingen.

### **Vad har varit till gagn för familjens utveckling?**

Tillgängligheten har varit till gagn för familjen, något som också framkommit i intervjuerna. En anhörig skulle vilja ha tillgång till terapeuten på sina villkor helst dygnets alla 24 timmar. Det var snabb omedelbar behovstillfredsställelse som gällde när stressen slog till. Denna anhörig fick tillgång till egna regelbundna tider men tackade ofta nej till dessa, ringde i stället eller kom på oplanerade besök till mottagningen.

Intention med insatsen att ge regelbundna egna samtalstider utgick från Tor Wenneberg: Vi är våra relationer där han skriver att det är viktigt att lära sig att hävda och definiera sig själv i förhållande till andra, och samtidigt kunna respektera andras behov och intressen. Detta perspektiv utgör den centrala utvecklingsuppgift som barnet har att lösa under uppväxtåren, och som sedan återkommer i olika former och skepnader genom livet (s.16-17).

Terapeuten upplevde frustration över att inte fullt ut få möjlighet att jobba terapeutiskt med denna anhörig.

Denna anhöriga hade brist på självdefiniering och förmåga till självhävdelse, hon hade ingen verklig ömsesidig relation och närhet utan relationen till sin anhörig präglades av symbios och ett uppslukande. I frånvaro av en ömsesidig relation och närhet till andra blir självdefinieringen innehållslös och utan rottrådar, baserad på ett fobiskt förnekande av den egna sårbarheten och beroendet av andra. Ett gediget problemområde som inte var enkelt att närma sig för att få till stånd en utvecklingsprocess som skulle vara till gagn för identifierad patient.

Familjen upplevde en betydande utveckling och var nöjda med behandlingsinsatserna, de upplevde trygghet i relationen, de kände tillit och de uppskattade terapeutens genuina intresse för dem. De delade med sig av vardagens både glädjeämne och sorg och terapeuten blev en betydande person för alla i familjen även om delar av familjemedlemmarna var i krig med varandra. De gav också uttryck för att de fått stöd i kontakten med sjukhuset då patienten var inlagd då de själv var vilsna och hade svårigheter att hantera situationen.

Som terapeut finns det en risk att vara överdrivet tillmötesgående vilket hämmar lärandet av skillnader mellan fantasi och verklighet, så rätt dos av frustration bidrar till att omskapa och utveckla självet.

En annan viktig sak att nämna som haft stor betydelse för att främja positiva processer i familjen är att terapeuten i samtliga fall har träffat så många viktiga personer i patientens nätverk. Att träffa patienterna i olika sammanhang utanför det terapeutiska rummet har haft stor betydelse för de terapeutiska processerna. Att träffa och knyta relation till alla de viktiga anhöriga som funnits i patientens närhet har varit en viktig framgångsfaktor.

Hos flera patienter och anhöriga har det förekommit egna oreglerade affektillstånd som terapeuten på olika sätt har tagit emot för att berörda personer inte skulle känna sig ensamma och utlämnade. Det har varit existentiella känslor av ensamhet, känslor av rädsla och hot, behov av närhet och distans som har varit viktiga att se och ta hand om vilket varit till gagn för familjen.

En styrka hos terapeut är en ödmjukhet inför hur svårt livet kan vara och att alla människor på olika sätt oförskyllt kan bli drabbade av svåra livsbetingelser. Utifrån anknytningsteorier finns det spår av de desorganiserat anknutna barnens ensamhets- och övergivenhets känslor hos oss alla, och en ökad förståelse för dessa barns (vuxna barns) utsatta situation kan hjälpa oss att bättre förstå våra gemensamma livsvillkor, hur beroende vi i sista hand alltid är av varandra, samtidigt som den också kan stärka vår empati för människor som har det svårt.

## **DISKUSSION:**

### **Vad har varit särskilt jobbigt?**

Att inte dras in i familjens/klientens känslomässiga klimat.

Att inte ha för höga ambitioner och vilja för mycket, mer än vad som är rimligt att uppnå och därmed blir dränerad på energi.

Ibland har det varit så många problemformuleringar som kommit fram samtidigt som gjort det svårt att sortera och avgränsa.

Att inte fullt ut få tillgång till och jobba mer med barnen till de patienter som hade sådana.

### **Vem äger kunskapen, den som har läst till sig den, den som har erfarenhet eller är den subjektivt konstruerad utifrån varje enskilds individ?**

Skulle vilja beskriva kunskapen utifrån ett citat till eftertanke av Sören Kirkegaard:

Om jag vill lyckas med att föra en människa mot ett bestämt mål,

Måste jag först finna henne där hon är och börja just där.

Den som inte kan det lurar sig själv när hon tror att hon kan hjälpa andra.

För att hjälpa någon måste jag visserligen förstå mer än vad han gör,

Men först och främst förstå det han förstår.

Om jag inte kan det, så hjälper det inte att jag kan och vet mera.

Vill jag ändå visa hur mycket jag kan,

Så beror det på att jag är fåfång och högmodig och egentligen vill bli beundrad av den andre i stället för att hjälpa honom.

All äkta hjälpsamhet börjar med ödmjukhet inför den jag vill hjälpa

Och därmed måste jag förstå att detta med att hjälpa inte är att vilja härska, utan att vilja tjäna.

Kan jag inte detta så kan jag heller inte hjälpa någon.

### **Får jag svar på min fråga?**

Intervjuaren hade förväntat en fylligare och mer utförlig berättelse än vad som gavs vilket väcker frågor om hur det kom sig! Var det frågeformuleringarna eller något annat som låg till grund för det? Samtliga intervjuade svarade visserligen frågorna men reflektioner och egna berättelser kring frågeformuleringarna kom inte till uttryck i den omfattning som förväntats.

Funderingar finns om det hänger ihop med psykosproblematiken vilket ofta innebär att patienten saknar sjukdomsinsikt även om det förekommer sjukdomskänsla och att anhöriga omedvetet blir indragna i den isolering och tystnad som råder där patienten inte har uttrycksformer för sina upplevelser. En annan fundering är om det skulle kunna vara någon form av "folie à deux" (medsjuklighet hos anhöriga).

Anledningen till att psykotiska människor oftast håller information hemligt för behandlare är inte enbart att de är vättskrämda för närhet. De befinner sig i ett dilemma där de samtidigt försöker hålla den lojalitet som avkrävs dem inom ramen för de relationer och system av relationer som råder i den psykotiska världen. När en människa väl ingått ingående allianser och lojaliteter i den psykotiskt uppbyggda världen kan det vara mycket svårt för verkliga personer (t.ex. anhöriga och behandlare) att få insyn (Belin, S. Relation före metod.).

## **Resultaten skall tolkas i ett meningssammanhang!**

Resultatet av behandlingen har varit framgångsrik. För att uppnå ett bestående resultat behöver patienten en långvarig mödosam behandlingsprocess vilket patienterna i undersökningen har blivit erbjudna. De har fått möjlighet att bli trygga tillsammans med sin behandlare så att de kunnat återerövra förmågan att känna känslor kopplade till verkligheten. Detta har lett till ett mindre beroende av det överaktiva paranoida tolknings- och skyddssystemet. Behandlaren har försökt att bygga en trygg relation till patienten så att en mer känslomässigt levande kontakt med verkligheten har kunnat återtas.

Kvaliteten i det terapeutiska mötet och behandlingsalliansen har haft betydelse för den utveckling som har skett. Patienten och anhöriga har möts av engagemang, värme, medmänsklighet och acceptans, vilket måste vägas in i resultatet. Såväl patient, anhörig och behandlare delar upplevelsen av relationers betydelse för tillfrisknande och återhämtning.

Utifrån ett bemötandeperspektiv är det många människor har nått längre än de trodde att de kunde därför att någon annan trodde att de kunde det.

Resultaten kan kopplas till att det har funnits någon som har gett hopp även när det har sett hopplöst ut, någon som har litat på individens inneboende kraft och förmåga även när det såg som mörkast ut.

## **Titta på likheter och skillnader i svaren, jfr t.ex. patientens upplevelse med närståendes!**

Det finns en övervägande kongruens mellan terapeutens, patientens och anhörigas upplevelse av symptom, återhämtning och tillfriskningsfaktorer.

Anhöriga har sett betydelsen av tålmod och uthållighet mer än vad patienterna har gett uttryck för något som också terapeuten mer än väl kan känna igen sig i.

## **Vilka framgångsfaktorer har haft betydelse för tillfrisknandet utanför behandlingsinsatserna?**

En framgångsfaktor utanför de terapeutiska insatserna har bestått av att en av patienten hade en fru som förstod vad hennes man behövde för att må så bra som möjligt i form av stöd, trygghet, lugn och ro, uppmuntran, stressavlastning, daglig sysselsättning, hjälp att skingra sjuka/svåra tankar mm. Ytterligare en framgångsfaktor har varit att patienten hade en son som gjorde att han kände sig behövd och därför motiverad att ”komma tillbaka till livet”, samt förstående och stöttande syskon.

För en annan patient hade det betydelse att hon hade en son och dotter som behövde henne.

Den tredje personen landade med sig själv när han fick möjlighet att identifiera sig med sitt ursprung i relation till den kultur han kom från när han gjorde en resa till sitt hemland.

## **Vad är det som gör att människor förändras?**

Utifrån forskning och evidens har terapeutens förmåga att bygga upp tillförlitliga relationer i samspel och lyhördhet för patienten en avgörande roll för återhämtning och tillfrisknande.



Undersökaren hade en ide om vikten av att inte låta sig begränsas av gängse regelverk, att gå utanför ramarna, att använda fantasi och humor, att våga ge sig ut på delvis okänd mark som en framgångsfaktor.

Ofta har förändring sitt ursprung i någon form av livskris som öppnar upp för en förändring, relationer som brutits eller kollapsat, man får någon form av vinst/belöning som motiverar, ibland kan det vara fråga om en insikt men inte nödvändigtvis, hot utifrån att patienten kanske förlorar sin lägenhet eller kontakten med viktiga närstående, förändring kan hänga ihop med att terapeut eller andra viktiga närstående engagerar sig, har tålamod, inger hopp och tänder livsgnistan när patienten saknar egen motor och drivkraft, individens egna aktiviteter spelar också en stor roll ur förändringsaspekten.

I de familjer undersökaren har jobbat med har förändringarna mindre att göra med samhälleliga strukturer som levnadsförhållande och konjunkturen. Inte heller sammanhänger det med förändringar som har att göra med värderingar synsätt och paradigmskiften i samhället och vårdapparaten eller med materiella förhållanden, även om ekonomi, arbete och bostad har en viss marginell betydelse.

### **Kan man veta att en förändring verkligen är genuin och bestående och inte enbart en tillfällighet?**

Ja, åtminstone vid längre terapeutiska kontakter där man som behandlare har lärt känna patienten, dennes anhöriga och funnits med i patientens vardag över tid.

### **Hur kan man vara säker på att en förändring går att härröra ut vissa bestämda insatser och inte i stället beror på helt andra förhållanden i människornas livssituation?**

Man kan ju naturligtvis inte vara helt säker men efter många års erfarenhet och därtill en gedigen kunskap inom ämnesrådet, få man en känsla av vad som ligger till grund för vilka insatser som haft betydelse för människors förändrade livssituation. För många patienter innebär själva terapin inte det som i första hand är avgörande för förändring utan mer samtalen som sådana och tilliten och relationen till terapeuten, medan terapeuten härrör mer till bestämda insatser som medvetet gjorts. Många patienter har inga medvetna föreställningar om de processer som terapeuten initierat. Kanske är det just detta som är terapi, att det är en process inom patienten som sker utifrån en lyhördhet från terapeuten där patienten gör jobbet medan terapeuten är den som lägger grunden och ger förutsättningar för förändringsprocessen.

### **Hur vet vi att det vi gjorde var det som hade verkan och hjälpte klienten utifrån evidens och bevisbarhet och hur ser resultatet ut i det verkliga livet?**

Det finns evidensbaserat material som säger de som fått familjeterapi har mindre återfall och kräver mindre sjukhusvård. Det finns också forskning som säger att den enskilda terapeutens förmåga, alliansen och på det sammanhang psykoterapin bedrivs inom har större betydelse än själva metoden. En annan viktig faktor för att säkerställa effektiv psykoterapi är intensitet och längd som anpassas till den unika patienten.

## **Medicinens betydelse för återhämtning och tillfrisknande?**

Medicinens vara/icke vara, i vilken mängd är en stor och viktig fråga att ta ställning till och förhålla sig till. Principen för kliniken är att man ska använda en så låg dos som möjligt med bästa möjliga terapeutiska verkan. För många patienter med psykossjukdom är medicinering med neuroleptika nödvändigt medan det för andra inte är det. Ibland kan det vara svårt att säga om medicineringen har någon betydande effekt, hur effekten ser ut och om den skyddar mot sjukdomsskov mm. För flertalet patienter med en svår psykosproblematik har dock medicinens inverkan en avgörande betydelse för att klienten över huvudtaget ska vara mottaglig för andra behandlingsinsatser. Det är viktigt att ha en ödmjuk inställning till mediciner och dess verkan och en lyhördhet för patientens upplevelse av densamma. För en del patienter är det dock nödvändigt att motivera (då patienten inte själv är motiverad) till medicinering för att få ett optimalt behandlingsresultat.

## **Hur ser betraktarens perspektiv ut?**

Vid psykisk sjukdom ser situationen olika ut beroende på vem som betraktar den. Närstående ser det förändrade beteendet, många gånger utan att ha en förklaring. Många/make/barn förändrar sitt sätt att vara, att tala, att tänka, att reagera. Kanske blir oförutsägbar i sina handlingar, ändrar vanor, visar inte samma känslor som tidigare. Vardagslivet blir annorlunda. Ansvarsfördelningen i hemmet påverkas, måste göras om. Rutiner kan inte alltid upprätthållas, dygnets aktiviteter förändras. Ett bra samarbete med familjen underlättas därför av förståelse för var och ens upplevelser och erfarenheter och för att man har olika perspektiv på situationen inklusive sjukdomen.

## **Slutsatser:**

### **Vem bestämmer vad som är meningsfullt för min klient?**

Mina klienter hade ett stort behov av förutsägbarhet och det är viktigt att förstå mekanismerna bakom detta för dem meningsfulla förhållningsätt. De icke förutsägbara väcker omedvetet upp skräckfyllda, svåra känslor och förväntningar, som härrör från situationer tidigare i livet då allt bara varit outhärdligt, då man varit utlämnad åt andras godtycke, då man varit i underläge, så man blivit kränkt eller inte haft kraft och mognad att själv kunna styra och kontrollera sitt liv (Belin, 2007, s. 33). När en ständigt närvarande och förintande ångest hotar måste en välkänd förutsägbarhet prioriteras. Man tvingas till slut att bita sig fast i tvångsmässiga livsmönster och extrema verklighetsförvanskade, förnekande, men trots allt kortsiktigt ångestlindrande verklighetsuppfattningar. För klienten är det således meningsfullt i en bemärkelse att vara kvar i sitt psykotiska tillstånd men inte på sikt. Det är här jag som terapeut kommer in med min kompetens om vad som är meningsfullt för klienten genom att stimulera till känslomässig mognadsutveckling.

Det är bara i relation till andra människor som upplevs som tillräckligt pålitliga och förstående som klienten kan våga börja ta fäste i verkligheten igen för att växa och förändras. Här krävs det uthålligt, respektfullt, långvarigt och uppoffrande insatser för att underlätta förändring hos en person som investerat sin överlevnad genom att utveckla väl invanda avvärjningsmönster och verklighetsförvanskade svarssystem.

## Återföring av resultat och slutsats:

En viktig faktor för att säkerställa en effektiv psykoterapi är att intensitet och längd anpassas till den unika patienten (Orlinsky et al, 2004). Dessutom är påtvingade tidsbegränsningar av administrativa eller ekonomiska skäl kopplade till sämre utfall (Seligman, 1995). Frågan om teknik, terapilängd, personlighet och relation är således komplex vilket inte vägs in i den snäva evidensdefinitionen.

Resultaten i undersökningen kan kopplas till att terapeuten haft möjlighet att utöva sin verksamhet utan tidsbegränsning utifrån patientens behov vilket har gynnat behandlingsalliansen. Det har även funnits utrymme för frihet att använda olika tekniker/terapimodeller utifrån terapeutens unika kompetens, kunskap, bakgrund och erfarenhet. En slutsats är att relationen och samspelet är en av de viktigaste krafterna i psykoterapiarbetet med psykospatienter. Processer där terapeuten har förmåga till intoning, intersubjektivt delande, spegling och affektreglering vilket är avgörande för att klientens känslotillstånd ska bli uppfångat. Klienten behöver uppleva ett sammanhang i sina upplevelser som har betydelse för den terapeutiska processen och återhämtningen.

Ute i samhället idag hyllas beteendemodifikationens principer där resultat imponerar genom att metoderna gör det möjligt att bedriva forskning enligt evidensskapande forskningsmodell. Behandlingen är kortare, resultaten snabba. Idrottspsykologin har länge tillämpat dessa metodiker för att klargöra hur man först i positivt tänkande kan visualisera sin prestation för att sedan i positiv anda kunna genomföra vad man lärt hjärnan att i fantasin utföra. Man stärker självkänslan och självbilden genom att stärka positivt tänkande, så lär hjärnan om just sådant som alla psykiatriska patienter har svår med. Våra tankemönster avspeglas inte i den komplicerade livshistorien utan förutsätts följa vägar som lärts enligt banor och mönster i hjärnan snarare än i den personliga berättelsen. Den starkare betoning av att hantera, manipulera, ha smarta sociala strategier och där beteenden som är irrationella eller oönskade kan genom övning arbetas bort, hur klingar det inför nyfikenheten på det irrationella, begrundan, reflektion och sökandet efter meningssammanhang?

Undersökarens erfarenhet utgick från att snabba lösningar inte ger önskvärt resultat. Med svårt psykiskt funktionsnedsatta patienter krävs en helt annan dimension där långsamhetens lov bättre passar in. Att ha ett realistiskt perspektiv är viktigt enligt Belin (1987) som beskriver terapi med psykospatienter som en mognads- och växtprocess där patienten, liksom ett nyplanterat träd behöver stöd och lång tid på sig för att växa sig starkt ”både på djupet, bredden och höjden” (s.102) och att behandlingar kan sträcka sig över flera år till decennier.

Syftet med uppsatsen var att undersöka patienters och anhörigas upplevelser om vad som varit till hjälp i tillfrisknande och återhämtning, samt hur relationerna påverkats av behandlingen. Undersökaren hade en hypotes om att en trygg och tillitsfull relation till terapeuten var grunden för återhämtning och att det skulle medföra att relationerna till anhöriga skulle förbättras, upprättas och fördjupas. I resultatet av intervjuerna framkommer det den hypotesen var riktig, relationerna hade avsevärt förbättrats och fördjupats. Det framkom även att relationen till terapeuten hade stor betydelse för patienter och anhöriga där de blev bemötta som människor, de blev tagna på allvar, de blev sedda och bekräftade, de kände sig förstådda av terapeuten som också kunde härbärgera svåra känslor.

Psykoterapi handlar om att hos patienten aktivera resurser som kan tillämpas i vardagen. Människor läker sig själv inifrån. Läkning, kan ske utan behandling, men behandling som inte

leder till läkning fungerar inte. All läkning kräver energi. Hopp producerar energi och riktning. All bearbetning kräver ansträngning. Smärta och lidande är ofta patientens första signal på att något måste förändras, därför är de symtomen ofta i fokus för patientens uppmärksamhet. Hur hopp och hårdighet kan aktiveras är behandlarens undersökningsfokus.

Alla människor tycker att det är meningsfullt med personliga utmaningar, och därför finns det i varje handling ett behov av medvetenhet om resurser och möjligheter. De behöver få användas. Kunskapen om olika problemlösningstrategier hjälper terapeuten när terapeut och patient tillsammans tittar på problemet. Terapeuten erbjuder sin verktygslåda av möjliga strategier. Detta samarbete gör att patienten kan utveckla nya och för henne hittills okända möjligheter.

Vi är skapade för socialt samspel. Det gör att vi kan uppleva andra människors handlingar, intentioner och metaforer och i förlängningen konstnärliga uttryck som om de skedde inuti oss. Denna förmåga är bland annat medierad via spegelneuronerna och utformas i vår tidiga anknytning. Våra svar i mänskligt samspel sker framför allt på en känslomässig nivå, där känslor och inre bilder kan betraktas som ett bärande informationssystem hos människor.

Om man skulle tillföra något nytt i behandlingsarbetet förutom det som redan är forskat på och som är beskrivet i litteraturen skulle det kunna vara betydelsen av att träffa patienterna i olika sammanhang utanför det terapeutiska rummet vilket i den här undersökningen verkar ha haft stor betydelse för de terapeutiska processerna.

Man kan fundera på betydelsen av långsiktig behandling ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Denna uppsats är skriven utifrån tre patienter och deras anhöriga, det går inte att dra några generella slutsatser utifrån detta material men frågan kan ju ändå ställas om inte avsevärda vinster finns att hämta utifrån en engagerad terapeuts förhållningssätt? Låt säga att klienten och dennes närstående inte blev bemötta med respekt, engagemang och överlåtelse av sitt uppdrag, vad skulle det kosta samhället i form av sjukhusvård, sjukbidrag, mänskligt lidande, trasiga relationer mm.?

### **Förslag till vidare forskning:**

Det skulle vara intressant att forska kring andra terapeuters erfarenhet av att gå utanför ordinarie terapeutiska ramar och att vidare undersöka vad som sker utanför det ”terapeutiska rummet” som har betydelse för tillfrisknande och återhämtning.

## Referenser:

- Ankarberg P, Falkenström F., *Piller eller psykoterapi: en fråga mer om ideologi än vetenskap*. *Insikten*, 15(3), 13-19, 2006.
- Allen, J.G., *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Chichester: John Wiley & Sons, 2001.
- Belin, S., *Schizofrenibehandling. Psykiatri på liv och död*. Natur & Kultur, 1987.
- Belin, S., *Relation före metod*. Dualis 2007.
- Broberg, A. Almqvist, T. Tjust, *Klinisk barnpsykologi, utveckling på avvägar*, Natur o Kultur 2003.
- Broberg, A., Granqvist, P., T. & Risholm Mothander, P., *Anknytningsteori: Betydelsen av när känslomässiga relationer*. Stockholm: Natur & Kultur, 2006.
- Bowlby, J., *En trygg bas: Kliniska tillämpningar av bindningsteorin*. Stockholm. Natur & Kultur, 1994.
- Cullberg J. . ”Fallskärm” för förstagångsinsjuknade. *Läkartidningen* 1996; 93:3992-9.
- Cullberg, J., *Att prioritera för psykoterapi*. En utredning för Stockholms läns landsting, 1995.
- Crafoord C. *Psykoterapi inom psykiatrin. Ett livshistoriskt perspektiv*. Anförande vid S:t Lukasdagarna 21 november 2009.
- Ducan, BL, Miller SD., *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, American Psychological Association, p. 140-149, 2006.
- Fridenberger A-C., Johansson G., *Anhöriga till psykiskt störda och deras uppfattningar om psykopedagogisk undervisning*. Memento, Rapportserie från Psykiatriskt forskningscentrum, Örebro, nr 18, 1999.
- Hannerz, U., Liljeström, R. & Lövgren, O., *Kultur och medvetande*. Stockholm: Akademilitteratur, 1982.
- Herman, J., *Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Book, 1992.
- Jonsson H., *Många osakligheter om psykosjukdomarna*. *Läkartidningen*, volym 94, nr 28-29, 1997.
- Karilampi, U., *Neurocognition In Schizophrenia Spectrum Disorders*. Department of Psychology, University of Gothenburg, 2011.
- Kvale, s., Brinkmann, S., *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur 2009.

- Laing R. D., Esterson A., *Mentalsjukdom och miljö*. Aldus, Stockholm, 1971.
- Lambert MJ., *Begin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 5:e ed. New York, Wiley, p. 139-93, 2004.
- Langermar, P., *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi, - att låta en värld öppna sig*. Liber 2008.
- Lovlie Schibbye, A-L., *Relationer ett dialektiskt perspektiv*. Runa Förlag, 2004.
- Lundsbye M. m.fl. *Familjeterapins grunder*. Natur & Kultur. Stockholm, 2010.
- Lyons-Ruth, K., The two-person konstruktion of defenses: Disorganized attachment strategies, uitigrated mental states, and hostile/helpless relational processes. *Newsletter of the Division on Psychoanalytic Psychology of the American Psychological Association*, Winter, 2001.
- Main, M., Attachment: Owerview, with implications for clinical work. *Attachment theory: social, developemental and clinical perspectives*. Hillerdale, NJ: The Analytic Press, s. 407-4749, 1995.
- Malm, U. Case Management. *Evidensbaserad integrerad psykiatri, praxis, forskning*. Studentlitteratur 2002.
- Mitchell, S.A., *Relationality: From attchtment to intersubjectivity*. Hillerdale, NJ: The Analytic Press, 2000.
- Nathanson, D. *Shame and pride: Affekt, sex, and the birth of the self*. New York: W.W.Norton, 1992.
- Orlinsky DE, Rönnestad MH, Willutzki U. *Fifty years of process-outcome research; Continuity and change*. Begin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 5:e ed. New York, Wiley; p.307-389, 2004.
- Ramström J., *Tonåringen i välfärdssamhället. Om svårigheter att bli vuxen i dagens västerländska kultur*. Natur & Kultur 1991.
- Safran JD, Muran JC. *Negotiating the therapeutic alliance*. New York, Guilford, 2000.
- Sandell G., *Psykosocialt förändringsarbete*. Liber AB Stockholm, 1985.
- Sandell G., *Integrerad utvärdering av välfärdens nytta i brukarnas liv*. Värdegrund, teori, metod och IT-stöd för dialog, evidens och kvalitet. Reviderad, e-publicerad utgåva 2009.
- Seikula J. *Sociala nätverk I dialog*. Stockholm: Mareld, 2005.
- Seikula. J. *Öppna samtal*. Mareld, Stockholm, 1996.

Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., Fallon, I., Fadden, G., Borell, P., Kärräng, L., Ivarsson, B., Malm, U., *Integrerad psykiatri*. Stockholm, Psykologia/Spri (1997).

Sitter Rande`n, H., *Magiska ögonblick. Psykoterapi vid psykoser*. Natur & Kultur 2005.

Stratton, P., *Report on the Evidence Base of Systemic*. Hämtat från Family Therapy. Association for Family Therapy sajt: <http://www.aft.org.uk/training/research.asp>, 2005.

Wachtel, P.L. *Relational theory and the practice of psychotherapy*. Neww York: The Guilford Press, 2008.

Werbart, A., & Levander, S., *Understanding the incomprehsible: Private theories of first-episode psychotic patients and therapist*. Bullentin of the Menniger, Vol. 69, No. 2. 103-136. 2005.

Wennerberg, T., *Vi är våra relationer. Om anknytning, trauma och dissociation*. Natur & Kultur 2010.

Westen D, Novotny CM, Thompson- Brenner H (2004). *The empirical status of empirically supported psychoterapies; Assumptions, findings, and reporting in controlled klinikal trials*. Psychological Bullentin, 130, 631-663.

Wikström Owe, *Långsamhetens lov*. Natur och kultur 2007.

Vocisano C, Klein DN, Arnow B, Rivera C, Blalock JA, Rothbaum B et al (2004),; *Theory Research, Practice, Traning*, 41, 225-265. *Psychotherapy; Theory Research, Practice, Training*, 41, 225-265.

Yalom Irvin D. *Terapins gåva*

Öjehagen, A., Hansson, L., Sandlund, M., Gustavsson, C., Cruce, G., Nyström, M., Glad, J., Jonsson, A.-K., Fredriksson, M., *Effekter av psykosociala insatser för personer med schizofreni eller bipolär sjukdom*. En sammanställning av systematiska översikter. IMS, Socialstyrelsen, 2006.

## Bilaga:

*Psykos – definition och förenklad klassifikation efter Cullberg (2000), DSM-IV och ICD-10*

Att vara psykotisk beskrivs av Cullberg (2000) som en varierande grad av förlust av självet gränser mot omvärlden, vilket tar sig uttryck i vanföreställningar och hallucinationer. Verklighetsprövningen är sänkt, liksom sjukdomsinsikten. En person som har full insikt om att den upplever en hallucination är definitionsmässigt inte psykotisk utan lider av en perceptionsstörning.

Kriterierna för **Schizofreni** skiljer sig något mellan diagnossystemet DSM-IV och ICD-10, men i stort beskrivs båda symtomen karaktäristiska ”positiva” och ”negativa” symtom. Till de ”positiva” symtomen räknas vanföreställningar, hallucinationer, desorganiserat tal och desorganiserat eller katatont beteende, d v s symtom som tar sig aktiva, ”produktiva” uttryck. Till de ”negativa” symtomen räknas affektiv avflackning och utarmat tankeliv eller viljelöshet, d v s symtom som är mer diffusa och ter sig som en brist på uttryck när det gäller tankar, känslor och vilja. För att diagnosen ska kunna ställas måste minst två symtom förekomma under större delen av en månad eller endast ett om det rör sig om bisarra vanföreställningar eller röst som ständigt kommenterar personens beteende eller tankar, eller flera röster som samtalar med varandra. Enligt DSM-IV krävs dessutom att störningen lett till sociala eller yrkesmässig funktionsnedsättning samt varaktighet av sjukdomstecken under minst 6 månader. I denna tid inräknas även faser med promodala symtom (som föregår den akuta psykotiska fasen, t.ex. att personen drar sig undan, blir ångestfylld eller ter sig personlighetsförändrad) och residualtillstånd (kvarstående positiva symtom i försvagad form och/eller negativa symtom).

Kriterierna enligt DSM-IV är således snävare än för ICD-10. ICD-10 använder sig av de s.k. Schneiderska kriterierna av första och andra rangen, där det räcker med ett symtom av första rangen under en månad för att diagnosen ska kunna ställas. Hit hör rösthallucinos och bisarra vanföreställningar enligt ovan men andra symtom är hörbara tankar, tankepå sättning och vanföreställningar/påverkansidéer/perceptioner vad gäller kroppen.

Kriterier för schizofreni som varar kortare än en månad (ICD-10) eller längre än en månad men kortare än 6 månader (DSM-IV) rubriceras som **Schizofreniform psykos** (DSM-IV) eller **Akut schizofreniliknande psykos** (ICD-10). Psykos med symtom i form av hallucinationer, vanföreställningar eller desorganiserat beteende som varar mer än en dag men mindre än en månad rubriceras som **Kortvarig psykos** (DSM-IV) eller **Akut övergående psykos** (ICD-!=).. Man ska ange om det förelegat tydlig stressor eller ej.

Vid **Schizoaffectivt syndrom** ska det samtidigt föreligga symtom på schizofreni och affektiv sjukdom. Det måste också förekomma hallucinationer eller vanföreställningar i frånvaro av affektiva symtom under en period av 2 veckor.

**Vanföreställningssyndrom** innebär symtom i form av icke bisarra vanföreställningar (situationer som skulle kunna inträffa i verkligheten, t.ex. att vara förföljd, förgiftad, infekterad, beundrad på avstånd eller bedragen av sin partner) och ska inte leda till påtaglig försämrad funktionsförmåga.

Diagnoserna **Psykos UNS** (DSM-IV) eller **Andra psykotiska störningar** (ICD-10) använder man sig av när det förekommer psykotisk symptomatologi, men tillräcklig information saknas



för att ställa någon specifik diagnos. Det kan också röra sig om motstridig information, eller att symtomen inte uppfyller kriterier för någon specifik diagnos.

Då någon insjuknar i psykos första gången kan det vara svårt att avgöra om det är något övergående eller om det rör sig om ett led i en mer djupgående, långvarig sjukdom. T.ex. schizofren, schizoaffektivt eller bipolärt syndrom. Även personlighetsstörning, posttraumatiskt stressyndrom och dissociativa störningar kan det förekomma psykotiska eller psykosliknande symtom.

**PTSD**, ingår att personen upplevde, bevittnade eller konfronterades med en händelse som innebär, död, allvarlig skada, eller ett hot mot egen eller andras fysiska integritet, och att han reagerade med intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck (American Psychiatric Association, s. 160). Det är denna kraftfulla psykologiska reaktion, av intensiv skräck och hjälplöshet, som kan resultera i ett trauma, det vill säga en bestående negativ effekt av en extremt stressframkallande händelse. Traumatiska upplevelser uppstår när det är utsiktslöst att handla. När varken flykt eller motstånd är möjliga överväldigas och desorganiseras det mänskliga självförsvarssystemet, konstaterar psykiatrikern Judith Herman (1992, s. 34). Traumat är således inte händelsen i sig utan händelsens resultat (Allen 2001).

Traumatiska minnen är hallucinatoriska och ofrivilliga upplevelser som inte har kodats in som verbala, episodiska minnen utan består av bilder, kroppsförnimmelser och fysiska handlingar som injagar skräck i individen. Individen har inte haft möjlighet att berätta sin historia för en förstående annan, har inte fått tillfälle att mentalisera sina traumatiska upplevelser (Wennweberg, s.148).