

## ISPS Kongress i Köpenhamn den 16 till 19 juni 2009

Hej kära medarbetare!

Som några vet var jag åter på en ISPS konferens i somras, och vill här förmedla mina intryck till den som är intresserad.

Temat för konferensen var

### **DIFFERENTIATION, INTEGRATION AND DEVELOPMENT.**

En sammanfattande upplevelse av kongressen blir för min del att intersubjektiva inslag i behandlingen framhålls och tar större plats, oavsett ideologisk inriktning. "Metacognition" är ett annat begrepp som förekom mycket ofta, och "Mentalisering" är ett av de teoretiska begreppen som försöker fånga detta. Andra använda begrepp är "Reflective functioning", liksom "Mindfulness", flera kommenterade och resonerade om begreppens släktskap.

Forskningsmässigt och i resultatforskning blir det framträdande att man har ett stort intresse för den "Skandinaviska modellen", vilket den kallas trots att den även inbegriper Finland, kanske t o m i första hand?!

Det riktigt intressanta är att man från Sverige, Norge och Danmark kan peka på forskning som gett goda resultat jämfört med traditionell psykiatrisk behandling, men där Finland sticker ut, för att man där nått ännu mycket bättre resultat än i de övriga nordiska länderna.

Johan Cullberg hade en fundering över detta i sin presentation och i frågor, och tyckte det måste vara intressant att undersöka grunderna för denna skillnad vidare. Metoden och namnet och teoretiska utgångspunkten ("Behovsanpassad behandling" "Need Adapted Approach") är den samma i alla länderna.

Det var t o m så att de Finska representanterna hade ett symposium med den i sammanhanget rätt sensationella titeln:

*"Can really 80% of psychotic patients return to full employment?  
Outcomes and new trends in the Finnish family centred need adapted  
tradition"!!.*

(Mer om detta nedan, men det förefaller mig oerhört konstigt mot bakgrund av hur debatten sett ut här i landet, att inte svenska politiker och beslutsfattare tycks mer intresserade av denna inriktning och synsätt!)

Min reflektion är dock att det tycks finnas en tämligen tydlig skillnad mellan å ena sidan de Finska föreläsarna, och de från övriga nordiska länder, trots allt?

Jag avser då två saker;

Dels vikten och tyngden Finländarna lägger vid att ha patienten med och delaktig i varje steg av behandlingen.

Dels ett mer fritt och mindre akademiskt bundet uttryck, där prestige och expertroll inte tar samma plats? Makt och ideologi är kanske mindre framträdande parametrar i vården?

Icke desto mindre är det närmast fantastiskt hur tyst det trots allt är om detta inom psykiatri och psykiatriforskning. Även om resultaten vore bara hälften så bra mot vad de Finska vännerna själva med viss förvåning finner, är de ju sensationella! Varför finns ingen uppståndelse och förundran från det psykiatriska etablissemanget?! Inte ens en rejäl kritik förekommer, i form av debatt och diskussion! Och framför allt, varför finns så lite lovord och hyllningar? Dessa hyllningar finns, från fristående patientorganisationer, men de hörs knappt och kommer inte fram i mediebruset. Läkeemedelsindustrin är tyst, och "etablissemanget" strävar efter att få denna verksamhet till "normal vetenskapligt förankrad" sjukvård.

Utvecklingspsykologiska modeller, till skillnad mot psykopatologiska beskrivningar, var en annan framträdande trend. Man fokuserar allt tydligare på att de problem och symtom vi använder för att klassificera "störning" finns i ett kontinuum. Det handlar inte om ett kvalitativt tillstånd som skiljer patienter från andra, men i detta perspektiv ett kvantitativt. Här får det personliga större utrymme och vikt, funktionsbeskrivning och personlig problembeskrivning framför allmänna symtom.

Som vanligt fanns ett digert utbud av föreläsningar och papers, och mycket hann jag inte med.

Här följer sammanfattat en del av det jag bevistade.

Tisdagen 16 juni inleddes med två amerikaner som i plenarform talade under titeln:

### **Psychological models of psychosis from the perspective of developmental psychopathology (Part 1)**

Först ut var **Arnold Sameroff**. University of Michigan, USA

Han kallade sitt bidrag - **Developmental perspective on mental illness**.

Han framhöll den sociala kontexten som oerhört viktig, att i en svår social situation blir alla former av symptom eller störning förstärkta och försvårade, och han använde sig av en hel del Power-point bilder.

Han tog upp dikotomin mellan "Nature/Nurture", och formulerade att i det ena axiomet formulerar man en fråga som "How is to blame", och i det andra "What is to blame", men vi behöver inse att svaret ligger i - "båda".

Han framhåller att nu när en ensidig mekanisk biologisk syn håller på att ersättas med en mer dialektisk och utvecklingsinriktad neurovetenskap, finns det förutsättningar att använda en dialektisk modell om "värld" och "kognition", där dessa inte är totalt skilda.

Han använder sig av figuren för ying/yang för att illustrera detta, där ni kanske minns att i det mörka fältet finns en ljus cirkel, och vice versa? Världen (medvetandet om den) finns inte utan kognition, och kognitionen inte utan en värld att percipiera och tänka kring.

Han torgför även en utvecklingsmodell från forskning i Philadelphia, kring faktorer viktiga för utveckling ur psykos. Man har identifierat ”bra” faktorer, och ”dåliga” faktorer, och ju fler av de ”bra” som man hittar, desto bättre utfall, ju fler av de ”dåliga” desto sämre utfall.

Faktorerna är många, och finns såväl på individnivå, relationsnivå, samhällslevellelig nivå, innefattar ekonomisk utveckling, samhällsinsatser, etc.

(Detta låter närmast självklart och banalt!? KO)

Ändå lyckas han ge intressanta bidrag, på två sätt:

Dels visa på siffror och figurer som talar om olika faktorerers verkan, och inte minst hur faktorer kan addera effekter mot utvecklandet av psykos, eller ta ut varandra och leda till ett icke-psykotiskt fungerande mot alla odds.

Dels, som en följd av det förra, peka på vikten av att något görs, det ”lönar sig”.

En rolig detalj var att man bl. a. studerat bedömning av ”temperament”, hur bedömningar gjorda av ”proffs”, korrelerade med mödrars bedömningar av barns temperament? Man fann att bedömning av andras barn korrelerade väl, = + .70-.90.

Men:

Då det gällde att bedöma det egna barnet, skilde det mellan den utbildade (proffs) och modern från -.30 till + .90!

**Michael Robbins**, American and International Psychoanalytic Association, USA, kallade sitt bidrag:

**Convergence and divergence of psychoanalytic and developmental psychological perspectives on the development and nature of psychosis.**

Han inledde sitt föredrag med att öppet relatera den allvarliga ”Power-Point-Envy” han nu insåg att han lider av efter den förra presentationen.

Enligt MR går vårt arbete ut på att: ”To understand a mind, in order to help that person”. (Jmf. Fonagy & Batemans uttryck, ”To have others mind in mind”)

Han gick sedan tämligen snabbt igenom tankeutvecklingen inom PA kring psykos, genom att kort relatera till olika författare.

Primärprocessmodellen såg han som Freuds viktigaste bidrag till förståelse av psykosen. Melanie Kliens bidrag är f a tankar kring ”infantil avund”, och det hon beskriver som ”Phantasy”, alltså stavat med ph, för att skilja det från ”fantasy” med f.

(MR nämnde även några fler, Sullivan och Searls (?) och ytterligare några, men jag har inga anteckningar om detta. KO)

Han talade om något ha kallade PMA, (Primary Mental Acvtivity) med teoretiska rötter i Freuds primärprocessbegrepp. (Med inslag av M Klein?)

Ang jämförelsen mellan PA och DP (developmental Psychology) ansåg han att den första och grundläggande likheten är att båda ansatserna ser personen som något unikt.

Han beklagade även att de flesta forskningsprojekt är förhållandevis kortvariga, och alltmer så i dessa dagar.

Han relaterade sedan ett 72-årigt projekt (!), som nu var inne på sin fjärde professor. !!

Han ansåg att en sak kunde man uttala sig om på grundval av detta projekt:

”Mer än vi tror är oförutsägbart”.

Kaffe!!

Så mer plenarföreläsning.

**Psychological models of psychosis from the perspective of developmental psychopathology (Part 2)**

**Andrew Gumley**, University of Glasgow, UK presenterade **Contributions from attachment theory to the understanding of the development and nature of psychosis - convergence and divergence with the developmental psychopathology perspective.**

Ref. tog upp ett citat från Bowlby (1988) där han uttryckt att "change is always possible", men att det förutsätter en "secure base" från vilket lek kan utvecklas.

(Dvs en positiv anknytning? KO)

AG talade fort, och det var ofta svårt att hinna med i hans framställning, mitt referat blir därefter.

Han menar dock att om man ser pat:s dilemman som hitintills inte lyckade men dock lösningsförsök, istället för en totalt medicinsk linjär modell, så är nya och bättre lösningsmöjligheter fullt rimligt. Detta måste användas i psykologiska terapier avsedda att leda till återhämtning från psykosen.

**Professor Richard Bentall**, University of Bangor, UK, kommenterade på detta.

Han uttryckte att vi behöver inom detta område göra all forskning som vi kan göra, noggrant och väldokumenterat, med förhoppningen att vi inte därmed hamnar i en alltför stor grad av fragmentering, i olika substanser eller smådelar.

En svårighet som Bentall var den första på den kongress att påpeka men inte den sista, var att det åtminstone i större delar av världen blivit omöjligt att göra noggrann forskning där man jämför medicinerings påverkan på ett vetenskapligt meningsfullt och godtagbart sätt.

(Bentall har en fascinerande förmåga att ta in "Dynamiska" och slående motsägande aspekter i sina kommentarer och forskning, utan att alls vara "psykodynamisk" vad jag uppfattar, i mer traditionell mening. Hans professur är i kognitiv psykologi, har jag för mig? KO)

LUNCH!

Efter lunch lyssnar jag på ett symposium där **Chris Burford** var "chair", med titeln: **Some models of the psychotic mind.**

**Gustav Shulman**, Privatpraktiserande, Finland, höll ett föredrag som helt enkelt hette **Model of the psychotic mind.**

Han uttalar att för honom är Melanie Kleins bidrag grundläggande för att förstå och kunna behandla psykos. Han uttrycker att Klein på ett helt annat sätt var intresserad av relationer än vad Freud var. Vidare uttrycker han att vad gäller Freuds skrivelser om ämnet finner han ingen skillnad mellan "dissociationer" och "split" i Freuds texter, de är synonyma.

Han uttrycker också att man kan se psykoanalys som en "biologisk behandling", då den leder till påvisbara förändringar i cerebrala strukturer.

Diskussion i panelen följer. Chris Burford anstränger sig att nyansera för fram skillnader till diskussion

Rickard Bentall återkommer:

**Cognitive models of the development and nature of psychosis - convergence and divergence with the developmental psychopathological perspective.**

Han talar här om det medicinska synsättet idag som en "One size fits all"-modell, vilket han anser inte har stöd vare sig i en klinisk eller i en teoretisk verklighet av mer utvecklat slag, som jag förstår honom.

Han startade med Kraepelin, och ansåg att:

Ny-Kraepeilianska diagnoser är inte ägnade för något av de syften de har skapats:

- They do not identify true syndromes.
- The are poor predictors of course and treatment response
- They do not map on to particular aetiological processes

De är inte mycket bättre än stjärntyding (Som är ett annat bestående och allmänt omfattat diagnosystem)!!

(Detta har jag hört biologiskt inriktade föreläsare använda mot psykoanalytiskt tänkande tidigare, nu används det från en framträdande kognitiv forskare mot det medicinska tänkesättet. KO)

I ljuset av dessa misslyckanden har vissa forskare börjat söka andra vägar att forska på. Ett är att försöka finna "transdiagnostiska" processer som ger upphov till vissa besvär eller symptom.

"Once we have figured out how to explain hallucinations, delusions, thought disorder, negative symptoms, mania etc, maybe there will be no schizophrenia or bipolar disorder to explain".

Han talade även om depressioner i två former, som ordnade kring olika upplevelser av självet som antingen "Poor me" eller "Bad me".

(Vilket väl kan ses som ett exempel på betydelsen av "intersubjektiv diskurs"?)

Det han såg som utmärkande för psykologiska processer i utvecklandet av det vi kallar (psykisk) sjukdom eller störning var:

- Jumping to conclusions
- Theory of mind (Dåligt fungerande sådan. KO)
- Attributions

Han ställde (sig) även frågan: "Om nu paranoia är ett försvar, varför är det då så dåligt?" (Menande att "försvar" brukar vara möjligt att förstå orsaker till? KO)

Bentall har en förmåga att ställa "dynamiska" och komplicerade men intressanta frågor, men de är inte "psykodynamiska", vilket han själv vid ett tillfälle kommenterar.

Han uttrycker också på nytt tankar om hur omöjligt det nu blivit att bedriva en grundläggande och meningsfull forskning där man på allvar skulle kunna förstå och vetenskapligt visa vad psykofarmaka leder till och inte leder till. Det är idag helt enkelt inte möjligt att i utvecklade länder undersöka vad som händer utan dessa preparat, bl a. för att de flesta redan har tagit dem längre eller kortare tid!

(Bentall är skarp och välformulerad i sin kritik, men det slår mig att det man försöker i Skandinavien, och f a det finska exemplet med "need adapted approach", delvis motsäger honom? Han har naturligtvis rätt om man ställer kraven på totalt skilda grupper och på dubbelblinda upplägg och randomisering, men om man "nöjer" sig med att titta på kliniskt utfall, "verkligheten", vilket väl är det bästa som står till buds, så borde "Need Adapted Approach" antagligen falla väl ut? Mer om det nedan. KO)

Bentall säger vidare:

- Psykotiska upplevelser finns på ett kontinuum, de är inte kvalitativt skilda åt i en "psykotisk" respektive "icke-psykotisk" grupp människor. Psykotiskt fungerande finns i en ände och vad man kan kalla "healthy functioning" i den andra.
- Emotionella faktorer är mycket viktiga, speciellt vad gäller de positiva symtom, enligt hans forskning.
- Motgångar verkar spela en betydande roll för uppkomsten av psykos.  
("Bad things happens- and they matter", som John Read brukar framhålla" KO)

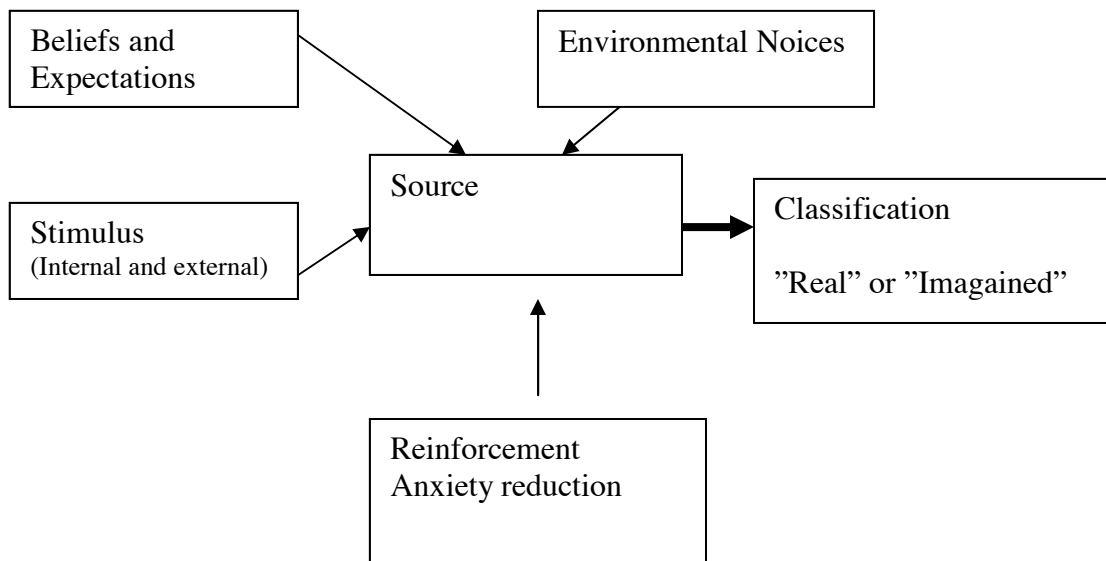
Enligt Bentall har flera studier visat, (Liddle 1987, duplicerat flerfald) att det finns åtminstone tre kluster av schizofrena symptom:

Positive: hallucinations and delusions  
Cognitive disorganisation  
Negative

Sammanfattningsvis:

1. Det finns ökande evidens för att alla dessa symptom existerar på ett kontinuum i befolkningen i allmänhet, att de inte är diskreta företeelser i samband med "schizofreni".
2. Det tycks som att varje genetiskt inflytande vid schizofreni är indirekt. Det finns inga (specifika? KO ) schizofreni-gener.
3. Affektiva processer är viktiga vid alla typer av psykotiska tillstånd, det finna ingen "icke-affektiv" psykos.
4. Motgångar och påfrestningar, tidigt i barndomen eller senare, bidrar till risken för psykotiska symtom. Exv verkar anknytningssvårigheter leda till ökad risk för paranoid utveckling.
5. Många av de cerebrala förändringarna man ser vid psykos, tycks vara följderna av motgångar snarare än orsaken till symptomen.  
(Inklusive följder av "boten", farmaka eller sjukhusmiljö. KO)

Bentall ritar följande, som jag uppfattar som en i många stycken "Dynamisk kognitiv" modell för perception/perceptiv förvrängning:



Enligt honom har det från åren 2001 till 2008, vid en litteratursökning på bra utförda undersökningar, gått att finna 23 trials på psykologisk behandling, men under samma tid 397 trials på "drugs/farmaka".

(Jag skulle ha trott skillnaden var ännu större! Och vad betyder denna slagsida för "Statistisk kraft" exv när SBU skall göra utvärderingar? KO)

Bentalls konklusion för framgångsrik psykoterapi känns dock igen:  
**"Warm, supportive relationships are the therapeutic "all good"**.  
 ("Alltid denna Ville Vessla!", skulle man kunna säga!!! KO)

**Gustav Schulman** talar ur sitt psykonalytiska perspektiv, och erbjuder en modell av hur han ser på den psykotiska utvecklingen, grundad i f a Kleins metapsykologi. Han ser ett psyke som är svagt, hypersensitivt och vulnerabelt, ett psyke som finner delar av perceptionen av inre och yttre verklighet outhärdlig, och mobiliserar omedveten aggression för att utplåna och dissociera dessa perceptioner. Därmed går även den symbolbärande funktionen förlorad

Nestor Yrjö Alanen tar till min glädje till orda i frågestunden.

(Han verkar i år 3 år yngre än han gjorde i Madrid, för 3 år sedan! KO)

Han påpekar att panelen inte talar om "the present interaction", om mötet, om vad det är som händer i den stund vi möter patienten eller familjen?

(Är detta en signifikant observation från den som faktiskt grundade den finska "Need adapted approach"-modellen, i förhållande till en mer akademisk psykiatri/psykologi? KO)

Denna förmiddag konkluderas med ett uttalande gällande både våra terapeutiska förhoppningar och den psykotiska krisen, och en känga till förenklade och ensidiga modeller:

**"There is one paradise! - And it's the false Paradise!"** (Bentall?)

Kaffe!!

På sena eftermiddagen ett symposium om  
**“How models of the psychotic mind determine the approach to psychotherapy”**

1. **Gustav Shulman** på nytt denna, gång med titeln:

**A general approach to psychotherapy of the psychotic mind.**

Han bygger sitt anförande utifrån Kliens begrepp ”Projektiv identifikation”, och försöker illustrera hur olika delar av patientens och terapeutens psyken samverkar till att en process av växande kommer igång.

2. **M Robbins** om

**Psychoanalytic therapy of psychosis based on a model of primary mental activity. PMA.**

Att ö h t etablera en relation till en psykotisk patienten är svårt, MR anser att kanske är det extra svårt, och onödigt svårt, eftersom de flesta terapeuter lärt sig att se Schizofrenin som en kronisk och handikappande sjukdom, och därför nöjer sig med att ha små förväntningar? Detta kan samverka med pat:s ovilja att arbeta mot ett mer fungerande tänkande? Efter att kontakt och relation skapats, vidtar arbetet för att ersätta PMA med mer moget tänkande

3. **Richard Bentall** om

**The therapy of psychosis**

En tämligen lakonisk Bentall uttrycker att de behandlingar vi använder idag, antingen kom till av ren tillfällighet (antipsykotisk medicin) eller totalt pragmatisk utan hänvisning till några mekanismer som ledde till symtom eller sjukdom (KBT).

(Som om det bara fanns dessa! KO)

Han blir i detta tämligen underhållande, dock.

Han kommer mot slutet åter till att det finns övertygande bevis för att terapeutisk allians i alla sammanhang är en viktig prediktor för positivt terapeutiskt utfall.

Och slutligen

4. **A Gumley** åter, nu om

**“An attachment based conceptualisation of vulnerability to and resilience from psychosis: psychotherapeutic implications”**

Orken att anteckna hade totalt försvunnit!

Så var det Onsdag 17 juni

**Josef Parnass**

Föreläsaren berättade att han jobbat till klockan 2 på morgonen för att färdigställa sitt föredrag. Han var nämligen tillfrågad att vara ”Discussant” till ett föredrag av George Northoff, men denna har fått förhinder. Nu får han istället hålla ett plenarföredrag.

Han vill i sitt föredrag peka på

**”Some Research Problems”**, angående forskning inom vårt område.

Han tar upp aspekter han kallar:

- 1 ”Reliability-drive”,
- 2 ”The Fuzzy boundaries of schizophrenia symptoms”,
- 3 “Mechanistic and simplistic causality models”, samt
- 4 ”Användandet av en “icke teoriförankrad empiri”,

som exempel på dessa forskningsproblem.

1 Det första är det klassiska, strävan efter tillförlitliga resultat leder till forskning som är kliniskt insignifikant.

2 JP har gått igenom åtta diagnostiska system och funnit att det inte finns stöd för att något av dessa är bättre än det andra.

(Det gäller DSM, ICD samt ett flertal andra jag inte hört talas om. KO)

Ex:

Number of patients diagnosed with schizophrenia:

- By all 8 systems: 14 pat.

- By at least 1 system 108 pat.

(Jag har tyvärr missat hur många pat det rörde sig om ursprungligen, men det borde väl varit 108?)

3 Han tar även upp om den sedan länge pågående "genetiska-forskningen", dvs. sökandet efter specifika gener relaterade till det man kallar schizofreni. Han menar att detta nu till slut tycks ha kommit till vägs ände vad gäller schizofreni. Den genetiska faktorn vid "Huntingtons Disease" närmar sig 100%, i schizofreniforskningen har man kämpat sedan många år, för att kunna fastslå samband kring 2%. Tydliga samband, men inte starkare än så.

(Då kan man ju undra om inte den "troende biologisten", även han har användning för den konceptuella kritiken som blev så tydlig vid denna kongress? Helt enkelt att eftersom diagnossystemet är så dåligt eller rent av meningslöst, så kommer vi att finna "svaret på gen-gåtan", när vi kan diagnostisera ordentligt, dvs skilja verklig schizofreni från annat? Då blir ju gen-sambandet till utfall betydligt starkare? KO)

4 Vidare, med utgångspunkt från Robins & Barret 1989,

Validity of psychiatric diagnosis is considered a problem of matching clinical entities with 'real' processes of nature.

"Carving nature at its joints", kallar han det. Det går inte att utifrån ett diagnostiskt mönster beskriva ett "typiskt förlopp", någorlunda stringent.

(Vilket jag förstår är en kritik mot att man inte kan koppla samman de kliniska entiteterna som finns beskrivna i systemen, med något som kan ses som en "naturlig utveckling" av sjukdomen på ett meningsfullt sätt? Antagligen menar han att exv en förkylning har en påvisbar och någorlunda predicerbar utveckling, liksom en tumör eller neurologisk skada har det, men så är inte fallet med de psykiatriska diagnoserna. Jämför också vad som sker med de neuropsykiatriska diagnoserna. KO)

Han tar även upp funderingar som genast får mig att tänka på Karl Lesche: (KO)

-Explanation versus understanding (Dilthey)

-In Schizophrenia, the symptoms are not understandable (??!) and hence can only be addressed on the biological level

-Process vs. Development

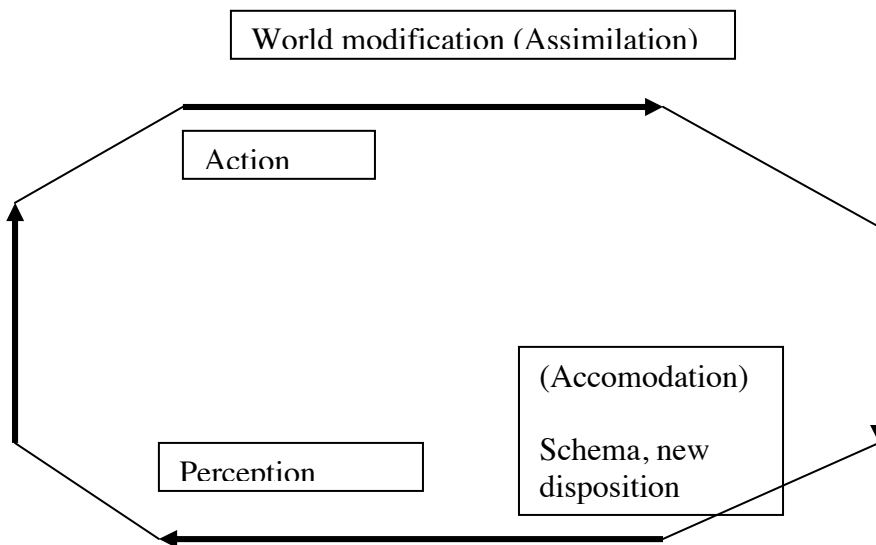
-Mental causation presupposes overall rationality.

Han vänder sig genast mot f a ett av dessa påståenden.

”Att något (ett psykotiskt symptom) inte är ”begripligt”, i sig skulle innebära att det har biologiskt ursprung, håller inte. Även begripliga tankar har ett biologiskt substrat.”

Han konkluderar att det nu är dags att i forskningen ge plats för ett ”**First-person – perspective**”.

Dessutom relaterar han till Piaget och hans begrepp ackomodation och assimilation, och ger en intressant utveckling av detta i följande bild



Han får ett flertal frågor efter sitt anförande. Han tar på en av dessa upp något mycket intressant kring ”Descarts dicotomy”. (Vilket åter för tankarna till Lesche! KO)

Han säger att ”den finns inom oss alla”, och kopplar till self-nonselself-discrimination, vilken kapacitet finns från början i våra liv.

(Jmf. Bl. a Sterns forskning, ”det kompetenta spädbarnet”, etc. KO)

(Här finner jag åter starka ekon från Lesche, men här i en mer ”kognitiv” språkdräkt.

Mer psykoanalytiskt, med Lesche, tänker jag att när vi pratar om att vi upphävt skillnaden mellan kropp/själ, säger att vi har ett ”holistiskt perspektiv”, etc., vi i själva verket idealiserar och uppfinner en teoretisk enighet som vi språkligt och begreppsmässigt inte besitter! Därmed förnekar vi den förnedrande eller generande nödvändigheten av denna split? KO)

Han anser vidare att en intressant utveckling inom kognitiv teori är den förändrade synen på inre/yttre. Är det verkligen antingen/eller?

Han exemplifierar med matematikern som löser ett problem med hjälp av papper. Sker lösningen i hjärnan eller på pappret? ”Troligen båda”, det blir ingen lösning utan att båda finns med.

Han har även avslutningsvis en funderig om alternativa viktiga forskningsfrågor framöver, som alternativ till de idag gängse:

**Self-non-self.** Discrimination (imitation)

Cross-modal perception

Amodal perception (rhythm, affective contour)

**“Primary Groupings”** (Piaget) as the initial protoconceptual prelinguistic categories (affordances)

Detection of **sameness** (Rochart)

Primary **intersubjectivity** (empathy)

Reflective self-awareness

Joint attention etc.

Common sense

Basic trust

Language

Förutom detta föreslog han

**Directions of research:**

(Alltså mer övergripande riktning för forskningen, att orientera frågeställningen till? KO)

To clarify conceptual issues and develop appropriate vocabulary

To describe neurodevelopment in psychologically adapted terms

To link developmental and phenomenological approach

To constrain the empirical research by specific hypothesis (“Theory guided research”)

Om fortsatt forskning konkluderade han ungefär:

**”Jag föredrar att ge forskningspengar till dem som har en teoretisk fråga att ställa och besvara, istället för till dem som bara tar prover och ser vad de får”!**

(Jag tänker att f a det sista har stor meningsfullhet! Som jag uppfattar honom är det en kritik mot en förment ”ideologi-fri” forskning, en forskning som säger sig inte styras av något annat än ”verkligheten”. Exempelen är väl ganska många, ”fynd” av exv cerebrala förändringar, vilka sedan snabbt och oreflekterat tolkas utifrån en omedveten och f. a. inte uttalad föreställning/teori, ofta bottnade i en tämligen biologisk förklaringsmodell och ideologi, och en mekanisk orsak/verkan-modell. Denna som dessutom anses kunna fungera enbart åt ena hållet. Denna typ av forskning har varit legio inom området så länge jag har minsta möjlighet att överblicka, (Mentalskötare på Beckomberga 1970) och tycks fortfarande vara den typ av forskning som får mest pengar och resurser?! KO)

Chris Burford kommenterar i frågestunden efteråt att det kanske är dags att utmönstra begreppet (Schizofreni?) och kalla det en ”Neuro-Psycho-Social Disorder”?

17/6 11.00

**”The Integration of psychodynamic integration into ’everyday’ work with psychosis”**

Här var **Brian Martindale** chair, samtidigt som han var den fjärde talaren.

**Jorge L Tizón** (Spanien) talade på rätt knagglig engelska om  
**Psychodynamic approaches in an Early Detection and Prevention of Psychosis team in Barcelona**

Det var en mycket fascinerande framställning, av en man som visade sig vara både psykolog, psykiater, psykoanalytiker och neurolog. (!)

Han hade ett begrepp, “flash-psychotherapy”, för att beskriva vad som ofta förekom i det distrikt av Barcelona han arbetade. Han beskrev ett mycket intressant och utvecklat arbete där de anställda i allmänhet, inte bara läkaren, hade stor del i behandlingen.

(Han får mig att tänka på Malan, som beskriver hur “insikter” i psykodynamisk mening, om de ligger tillräckligt nära medvetandet, kan ge omfattande och goda resultat, t o m om de på medveten nivå väcker avsky och ilska, och avståndstagande mot den som yttrar dem.

Bättre “arg, fungerande och aktiv”, än “omedveten, passiv och sjuk”, kan man säga! Visar på något om nyttan av de maniska försvaren (Klein) kanske?! KO)

Tizón påpekade även hur viktigt det var att de kunde visa goda resultat, eftersom det är politiker som ger dem anslag.

Han fick snabbt en fråga om de anställdas utbildningsnivå?

Han svarade att många anställd har ingen utbildning att tala om, teoretiskt, men man är oerhört noggrann då man väljer ut vilka människor som skall få arbeta hos dem.

Återkommande handledningar är naturligtvis en del av arbetet.

Däremot har de anställda läkarna långa utbildningar, och om jag förstod rätt var de alla utbildade i en post-Kleininsk psykoanalytisk anda?

Han visade en slide på vad ha kallade

**Family and Patient’s Need Adapted Treatment in the Community (TANC på Spanska)**  
 där ha listade hur man under en behandlingstid om 2-5 år använde kombinationer av följande:

1 **Psychoanalytic psychotherapy if indicated**

2 **Psycho-educative groups (CC+Psychoanalytical)**

(6 Group sessions and 2-3 sessions Psycho-educative workshop)

3 **Psychopharmacology integrated in the “Combined therapy”**

4 **Multifamily Group**

5 **Family Interwies** (Scheduled and/or demanded by family or by team)

6 **“Open Attention” Settings** + semi-professional attention by “reference clinic”

7 **Socio-laboral orientation Cognitive reparation and/or Social Skills Therapy**

8 **“Offspring of...” and other preventive programs.** (Preventive Programs for daughters and sons and other family members)

9 **Home visits if it is necessary**

**Bent Rosenbaum** höll sedan ett anförande:

**A Manualized work with persons in first-episode psychosis – experiences from the Danish National Schizophrenia project (DNS)**

Bent talade utifrån det danska schizofreniprojektet, DNS, och gick in på vilken funktion en psykoterapi-mauual har i en vetenskaplig studie:

- To uniform the therapeutic approach
- To help the patient and the therapist to work along a common path
- To Guide the therapist through the initial, middle and termination phase
- To be able to exclude from evaluation therapies that are not in accordance with the manual
- To be able to judge interventions in the manual as either helpful or not for this patient at this time of the therapy (maintaining the individual perspective)

Utifrån det gjorde han sedan en genomgång i punkter av ett delprojekt, nämligen vad man i detta forskningssammanhang menar med "Psykodynamisk" respektive "Stödande"

**Dessa entiter sammanfattades:**

**"Psykodynamisk":**

- The use of the interactions in the therapeutic space to understand communication processes outside the space
- The work of unconscious processes, and the understanding of both experimental/subjective and theoretical understanding
- The co-existence of the working alliance and negative, psychotic attitude towards the therapist
- The role of counter transference in the distortion of the therapists understanding and responding
- Recognizing and respecting the co-existence of both psychotic and non-psychotic aspects of the personality
- Acknowledging symbol-formation as "turning the raw sense impressions into thoughts", and "thoughts into thinking".

**Samt om "stöd":**

- Acknowledge both the helpful and the destructive aspects of the defence mechanism in use
- Orienting the mind in its defence against and recovery from the losses it has experienced (re-narrating your story of development)
- Applying the necessary modifications of the technique: clarifications, affirmations, suggestions, proposals, exemplifications from own life experience, responding to questions after having examined their possible meanings, showing explicit empathy with the patients painful state of mind.
- The ethics of shared responsibility for the work to be done.

Utifrån detta fortsatte han att berätta om hur man kan förhålla sig i det terapeutiska arbetet, med en klar inriktning mot "utvecklingen av självet" hos patienten. Mycket av detta känns väl igen från Mentaliserings-tänkande.

Därefter talade **Sverker Belin**, hans föreläsning hette

**Implementing a psychodynamic understanding of the psychotic patient through joint team supervision.**

Den som läst något av det Sverker skrivit känner igen det han här beskriver, hur hela gruppen kan hjälpa sig till att se lite djupare under symptomen, och att ett av målen är att åstadkomma en "good milieu" för P att vistas i. Denna "goda miljö" förutsätter förståelse och acceptans från personalen, och förståelse för att bakslag och ageranden är en följd av tidigare upplevelser, och ett försök att lösa något som inte kan uttryckas på annat sätt. Han relaterar att detta synsätt har likheter med hur man kan se på spädbarnets behov av sin moder.

Han tar även upp behovet av att skapa en mer medveten identifikation och empati, för att inte fastna i omedvetna identifikationsmönster som hotar bli improduktiva eller rent destruktiva.

(Sverkers syn på miljöterapi som kapabel att "hålla" så mycket mer än enskilda terapi- eller analyskontakter klarar, känner jag väl igen och känner mig mycket befryndad med. Jag undrar vidare om detta är en utpräglad skandinavisk erfarenhet, från intensivt dynamiskt miljöterapiarbete, något som idag mer eller mindre helt monterats ner, åtminstone i den offentligt ägda vården? Ett undantag kan exv. vara familjevårdsstiftelsen i Göteborg, men deras upplägg är mycket annorlunda, mer "glost" i personaltäthet, men de verkar nå en liknande intensitet? KO)

Sverker bidrag sammanfattas i en slide:

**Psychodynamic understanding as a tool:**

- Bringing a deeper meaning to the patient's symptom and his/her way of interpreting the world.
- Focus on the more "primitive", influential forms of emotional communication
- Parallel processes
- Better understanding of which particular phenomena and process that are set in motion in psychiatric milieus

Efter detta så **Brian Martindale** som kallat sitt föredrag **"The Alien (a psychoanalyst)"**

Vad händer i ett psykiatriskt team om en medlem tar fram teman och begrepp som är ovälkomna? Han pekar på möjligheten att det leder till ökad kreativitet från medarbetarna som grupp.

Brian berättar att då han som konsultläkare/psykiatriker och tillika utbildad psykoanalytiker kom till ett nybildat team för tidig intervention, fanns ingen tanke hos de anställda att psykoanalys skulle kunna ha något att bidra med till att tänka eller förstå arbetet med psykotisk problematik. Han jämför med situationen idag, några år senare, och bidrar med en del dråpligheter kring detta.

Efter dessa fyra framträdanden vänder sig Yrjö Alanen till panelen med en fråga om neuroleptikas användning, och panelens syn på vad den har för effekter?

Jorge Tizon anför då två saker som svar på Alanens fråga:

1. På grund av "normal-dos"-tänkandet och hur det används, är det omöjligt att utforska psykofarmakas effekter på ett vetenskapligt acceptabelt sätt. (Jmf prof Bentalls uttryck ovan att det inte går att forska på detta, eftersom det inte finns en grupp pat som inte fått dem!)
2. Kronofierandet ett stort problem, han säger att många doktorer i Spanien är mycket oroade över att psykofarmaka leder till, eller kraftigt bidrar till, en onödig kronifiering. (Jmf. med vad Johan C försökt påvisa sedan länge!)

Brian Martindale uttrycker dock att då människor behöver hjälp att slippa en plågsam akut psykotisk kris, är det rimligt att de får hjälp med detta med medicin. (Johan igen?!)

Parallellt med detta seminarium pågick ett annat om

**Risk factors, development and psychosis**, där Anna –Karin Neubeck, som är anställd på kliniken sedan i våras (Spelprojektet), kort berättade om den doktorsavhandling hon disputerade på i vintras:

**"The Prodromal phase of what? A metapsychiatric analysis of the prodromal phase of schizophrenia"** .

Jag lyssnade på AK på ISPS vårmöte i mars, och avstod därför från hennes bidrag nu. Men avhandlingen är en mycket intressant redogörelse på två teoretiska nivåer (?)

Slutsatsen är dels att man visst kan finna exempel på att det som betecknas som "prodromalsymtom" i psykiatrisk mening, men att då man gör intervjuer och använder ett mer fenomenologiskt undersökande förhållningssätt finner man att dessa tecken på "tidig sjukdom" snarare förändras till "reaktioner på livshändelser och trauman", företrädesvis sexuella sådana.

(Mest ur minnet, hoppas jag fångat essensen? Kontakta Anna-Karin, om du tycker det låter intressant, hon finns på EK (SLL) KO)

Lunch, och poster sessions

**Maria Sundvall**, Södertälje bidrar med en poster

**Family, language, stigma – exploration of factors affecting duration of untreated psychosis in an ethnic minority group**

Maria hade i intervjuform undersökt hinder att söka hjälp då en familjemedlem hamnat i psykotisk kris. Att söka hjälp utanför familjekretsen föreföll otänkbart, och en enorm börda av skam, familjekonflikter, omöjligheter att tala med någon, och rädsla för effekterna på familjen som helhet var hinder som nämndes. (Detta borde Maria utveckla och kommunicera mera om!) Det är svårt göra hennes rättvisa, men hon beskrev t.ex. svårigheterna när varken patient eller dennes familj talar ett språk där det inte går att tolka vissa begrepp på vanligt sätt, ord för "psyke" eller psykisk sjukdom lexikalt saknas helt, finns inte i begreppsvärlden.

Efter lunch lyssnade jag på ett symposium med tre olika bidrag från olika delar av Finland, om

**The Finnish model**

**Viljo Räkköläinen** talade om **The turku project: about the history and origins**, tillsammans med J Aaltonen, B Alakare, A Heikinen och M Saari.

1965. "Schizophrenics are also humans, and often even more human", var en av tankegångarna tycks det, när man startade.

Man använder det man kallar "Need-adapted treatment system", med grund från sextioalet, men som till följd av genomförda utredningar och uppföljningar under vägen har lett till 3-4 stora och rejäla skiftningar i hur metoden används.

Den från början använda inriktningen att erbjuda psykoanalys, har via familjeterapi och samhällsarbete nu lett till att en del patienter erbjuds psykoanalys eller psykoanalytisk psykoterapi, men först i ett ganska sent skede. Man inriktar sig i stället på ett familje- och nätverksarbete, där tillgången till normal social och samhällelig verksamhet finns med tidigt och hela vägen. Den "öppna dialogen" är ett viktigt instrument, patienten är personligen närvarande vid alla kontakter som tas, (eller åtminstone erbjuden och uppmanad att vara det). Även detta ställer naturligtvis till problem! Hur skall man t.ex. förhålla sig till en far som är dömd för våldtäkt och sexuella övergrepp, och dennes deltagande?

**B Alakare** berättar om

**The Western Lapland project: the open dialogue model**

Alla behandlingsmöten sker med patienten närvarande. Patienten och dennes familj samt psykiatrisk personal och företrädare för olika samhällsintressen, exv soc, diskuteras så öppet som möjligt. Även problem och olika ståndpunkter ventileras öppet under ordnade former.

**Mauno Saari** berättar om **The Kainuu project**.

Kainuu ligger 50 mil norr om Helsingfors. Detta föredrag var svårt att följa på engelska, och åhörarna fick inget stöd av bilder. Det jag har kvar är att MS trycker på behovet av att underlätta för familjen att stötta P, och föra fram förståendet till alla andra, inklusive till polisen och administrativa beslut i kommunen, hur man förstår patientens och familjens situation.

En fantastisk siffra från 5-års uppföljning /utvärdering är:

**”Tjugo procent är inte i arbete”!**

(Vilket ungefär motsvarar den allmänna siffran för arbetslöshet i området vid tidpunkten!?)

Slående är att när man från finskt håll talar om att man integrerar och tar med patienten i arbetet på alla nivåer, uppfattar jag att detta har en annan betydelse och tyngd, än vad det har när man från övriga Skandinavien talar om samma sak?

**Detta kan vara oerhört viktigt för att man tycks lyckas så oerhört väl i Finland?!** (KO)

(Jag uppfattar att man från de finska vännernas sida är mer än villiga att ta upp debatt och diskussion kring sina resultat och få de prövade, men som det är nu tycks ingen anstränga sig speciellt mycket för att ta debatten ”rätt upp och ner”. Istället förväntar man sig ett akademiskt svar och lösning? Jag finner en påtaglig risk att om man småningom i framtiden försöker göra s k ”rättvisa och vetenskapliga utvärderingar” med gängse och accepterade medicinska modeller som förlagor, kommer det att innebära helt andra resultat, till följd av att den modellen utesluter och styr (tar bort) så oerhört mycket ?

Enligt principen ”du kan inte prata med eller relatera till en mikroob, transmittorsubstans eller benbrott”? Dvs det är ”ovetenskapligt”. KO)

På em lyssnade jag på ett symposium om ”The Parachute Project”

**Johan Cullberg** var chair för detta.

Han inledde med en bakgrund till Fallskärmsprojektet, och hade en illustrativ bild där projektets syn på användningen av ”Need-Adapted Approach” sammanfattades.

- 1 Early intervention
- 2 Crisis, psychotherapeutic and psychoeducational orientation.
- 3 Family Meetings.
- 4 Continuity and accessibility during 5 years
- 5 Lowest effective neuroleptic medication
  - Initial non-neuroleptic treatment if possible
- 6 Therapeutic in-patient milieu (personal, low-stimulus, non-institutional crisis home)
- 7 Early habilitation/rehabilitation.

Första inslaget berättade **Lena Flykt**, psykiatriker, om

**1. Prediction of five-years outcome in first episode psychosis – does gender really matter?**

Ett rätt ”tekniskt” föredrag, där man satt sig före att finna metoder att hitta de som verkligen s.a.s. blir ”allvarligt sjuka”, de som har en sämre prognos och behöver lång och omfattande vård, till skillnad mot majoriteten av patienter med symptom. Man fann 5 olika variabler som med god kvalitet, skiljde dessa grupper:

GAF året före intagning  
Utbildning  
GAF vid intag  
Kön  
Socialt Nätverk

Sedan talade psykolog **Roger Carlsson** om

## **2. A neuropsychological perspective on course and outcome in first-episode psychosis.**

RC beskrev en forskning kring förstagångsinsjuknade (FEP) och hur kognitiva och neuropsykologiska faktorer påverkades. Det väsentliga är att performance prestationer mätt med WAIS stiger betydligt vid 5 års uppföljning. Ref relaterar även några andra fynd från fallskärmsprojektets forskning, och pläderar för att det är meningsfullt att mäta kognitiva förmågor, och att ökade förmågor kan ses som en viktig positiv prediktor för god prognos till remission. Slutsatsen är att en förbättrad (+1 SD) av icke-verbal kognitiv förmåga bör läggas till som kriterium för remission vid psykos.

## **3. Association between financial strain, social network and five-year recovery from first episode psychosis.**

**Maria Mattson**

En statistisk jämförelse mellan å ena sidan 52 FEP recovered (First Episode Patients) och 19 FEP non-recovered, med å andra sidan 284 personer ur en befolkningspopulation. Man fann klara belegg för att sociala faktorer och nätverk, liksom ekonomiskt utsatt position påverkade utfallet.

## **4. To what extent is five-year outcome of first episode psychosis predetermined?**

Kring detta talade **Johan Cullberg**

Johan berättar om en femårsuppföljning av 135 patienter i fallskärmsprojektet. Med hjälp av GAF-skattningar, dels initialt och dels vid uppföljningen, framkommer vid statistisk bearbetning 4 grupper av patienter. Dessa grupper tycks ha olika återhämtningsprocesser och potential. Han anser att materialet pekar på att för en av grupperna, (den med lägst GAF), tycks en undermedicinering ske, de skulle kliniskt ha nytta av fortsatt och mer medicinering, om jag förstår honom rätt, och kan tolka mina anteckningar. Detta är dock inte den största, utan jag tror det var den minsta (?) gruppen patienter, enligt Johans framställning. Övriga har successivt ökade GAF-score, och stor potential till återhämtning, något som ofta motverkas av den vård som erbjuds idag.

(I detta svenska projekt, liksom i redogörelser från Danska och Norska projekt i samma tradition, tycker jag mig finna en glidning som kanske är signifikant, jämfört med de Finska? Man lägger inte explicit och uttryckligen lika stor vikt vid patientens närvaro och aktiva deltagande i vårdens utformning, på det sätt jag finner att de finska företrädarna lyfter fram. I den finska framställningen har det en mer framträdande roll. Är det en följd av större frihetsgrad i Finland, eller större tryck från akademiskt håll i övriga Norden? Vilken betydelse har detta för den bättre prognosen för patienter i de finska projekten? KO)

(Dessutom: Om jag förstår Johan och denna forskning rätt, skulle man väl kunna säga att han här identifierar de "verkligt sjuka", den grupp som kanske skulle

kvalificera sig för diagnosen "schizofreni", om något sådant kan säga existera, och begreppet kan användas på ett meningsfullt sätt? Är detta den grupp patienter som man i Finland ser ej återkommer till arbete? Men det innebär kanske också att de patienter exv. jag och många andra psykoterapeuter träffar närmast uteslutande tillhör någon av de övriga grupperna, "filtrerade genom ett psykiatriskt filter" s a s, och har en helt annan potential och tämligen god prognos att "tillfriskna"? Det bör då, fortfarande enligt Johan, inte kallas att "tillfriskna" utan snarare "återhämta sig", eftersom de aldrig varit sjuka utan reagerat med psykos, och av oerhört många olika anledningar? Detta leder ganska naturligt till min upplevelse/villfarelse att alla patienter går att förstå, och att därmed alla patienter kan bli hjälpta, etc. Men denna min åsikt/upplevelse grundar sig inte på en bild av det totala problemkomplexet, dvs en överblick över hela spektret psykospatienter? KO)

### **Torsdag 18 juni.**

Plenarsession med **Tor Kjetil Larsen** som chair och discussant, visar en bild över Norska staden Lysaker, eftersom

**Paul H Lysaker** Indiana University, (USA) skall tala om **Self-experiences and recovery of the self in psychosis.**

Föreläsaren börjar med att det finns en risk som biologiska och sociala modeller har gemensamt, nämligen att man tappar bort ("losing track of") personen, dvs. det subjektiva ses inte, eller framhålls inte, som en meningsfull del i förståelsen av den psykotiska upplevelsen eller i tillfrisknandet.

Han tar upp det nu ofta redovisade skillnaden gällande U- och I-länder, men vänder på det: Fler människor i utvecklade länder återhämtar sig inte från svåra psykiska störningar än i utvecklingsländer, konstaterar han.

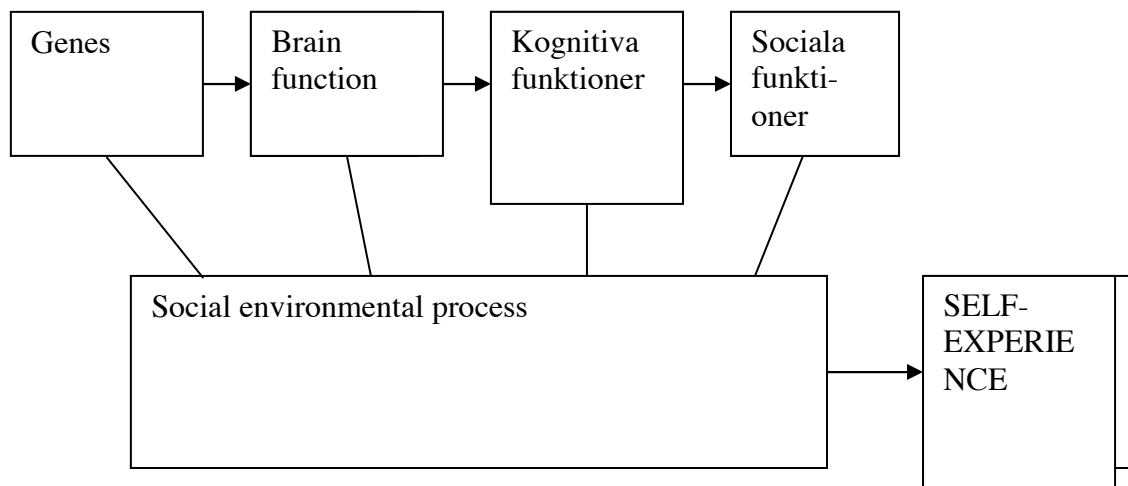
(Vilket leder till en intressant förändring i tanken, var finns "aktiviteten" i denna skillnad.? Handlar det om något som man "gör" i utvecklingsländerna, eller är det något vi "gör" i de så kallade utvecklade länderna? Exempelvis föreskriver farmaka? KO)

Det finns "objektiva" kriterier (?) möjliga att använda i forskningen, som att symptom avtar, och uppnåendet av "psychosocial milestones", exv arbete eller eget boende, men dessa möjligheter används inte på ett meningsfullt sätt i dagens forskning.

Mer subjektiva delar av återhämtningsprocessen kan indelas i två distinkta delar, dels den personliga upplevelsen av de omständigheter men lever under, dels vilken upplevelse man har "as a being in the world".

Återhämtningen inkluderar:

Symptomremission  
Funktionsnivå (ökning)  
Förändring i tankar om vem man är.



Ett sätt att se på återhämtning kan beskrivas som åter-erövrandet av en fullständig upplevelse av "self as agent within one's own life".

Hans paper ger så exempel på ett seriöst försök att fånga och beskriva en sådan utveckling i mätbara termer, MAS, (Metacognition Assessment Scale)

**Tor K Larsen** funderar sedan kring denna presentation.

Han ställer begreppet "Self-experience" mot "Self-disturbance".

Han relaterar ett fall, en 20-årig pojke med rösthallusinos och cannabismissbruk, tidigare tämligen framgångsrik i fotboll. Man har i TK:s projekt familjesessioner 1-2 gånger per månad i 3 års tid, samt vad man kallar stödterapi (individuellt 2 gånger per vecka) och en "farmaka-policy", i tre steg. Där man inleder med låg dos av första generationens preparat, kan gå över till andra generationen, och därefter till (Olansapin?), om man finner det nödvändigt.

TK antyder att detta fall, som får illustrera ett "normalförlopp", som det framträder i TIPS-projektet. (Stavanger, Oslo; Roskilde)

Han berättar vidare att sättet att mäta blir avgörande för vilka siffror man får, exempelvis:

Om man mäter social framgång av behandlingen i att pat träffar vänner, är aktiv i detta och har utbyte av det, får man en siffra just över 80%

Om man däremot mäter genom hur många som kommer igång i arbete, och åtminstone delvis egen försörjning, hamnar man i en siffra något under 40%.

(Siffrorna är fem år efter första episoden, (FEP) ännu ej publicerade data)

(Även om dessa båda mått antas mäta aspekter av "samma sak", och rimligen gör det i någon mån, något som exv. kan kallas "socialt fungerande/anpassning", eller liknande, blir alltså siffrorna så olika. Det pekar väl oerhört tydligt på vikten av att veta vad man ställer för frågor. Skall det överlåtas till exv. läkemedelsbolagen? Som man ropar får man svar! KO)

Dock framhållet TK att från den ännu opublicerade fem-årsuppföljningen verkar 10 % av pat fortfarande vara kontinuerligt psykotiska, 13-14% ostabila, men nära 80% betraktas i remission.

(Detta är enda tillfället jag hört liknande resultat rapporteras, förutom från den Finska forskningen! KO)

Tor K avslutar med en kommentar:

**”Början till förändring blir ofta synlig senare än 2 ½ år efter den akuta krisen!”**

(Fundera då över hur synen på vad ”lång” psykoterapi” är, och hur vår syn på den, borde påverkas av detta!? KO)

Det seminarium där mitt eget paper hade fått plats, skedde just före lunch, och kallades för **Free Communication: Psychodynamic, Cognitive Behavioral, Interpersonal and other forms of psychotherapy**

Jag lyssnade till **Dag Söderström**, psykiatriker, som namnet till trots visade sig bo och verka i Schweiz. Hans föredrag hette

**Schizophrenia and chronic pain: common factors during psychotherapy.**

Ref ville påtala vissa likheter han funnit mellan patienter med kraftig och kronisk smärta, och patienter med psykos/Schizofreni. Bakgrunden är ofta upplevelser av trauma eller andra familjeupplevelser som av olika skäl inte kan behållas medvetna och möjliga att bearbeta. Han använde sig av Benedettis arbeten, ”Internal feelings relates to ones body”, och beskrev hur man kan förstå att ”förändring” överhuvudtaget på det viset blir mer eller mindre omöjlig, eftersom det leder till katastrof, i form av att kroppen påverkas eller förändras. Han menar att ”splitting” är ett delvis effektivt sätt att hålla borta outhärdliga aspekter, men splitting kan aldrig helt ”lyckas”, eftersom den alltid leder till fragmentering. ”The body is the painful link left”. Han uttrycker även att cannabis ofta används som smärtlindring av kroniska smärtpatienter, och som ångestlindring av schizofrena patienter.

Psykoterapiens uppgift blir att med spliten som möjlighet, åter förena det splittade ”självet”

**David Wilson** privatpraktiserande psykiatriker från Delaware, USA, talade om **Patient intoxication in the concurrent treatment of psychosis and substance abuse.**

Ett ”hett” tema för psykoterapitänkandet inom Beroendecentrum!

Ref talar om problemen som uppstår då pat. är påverkad i terapisituationen.

Han relaterar en korrespondens mellan Jung och Freud 1908, där de resonerar om bristande utveckling i en pågående behandling. Ingenstans nämns att denna pat. troligen, vilket framgår av anamnestiska och andra data, var påverkad och missbrukade under behandlingen. Inte heller diskuteras hur missbruket kunde inverka i behandlingen.

Har patienten ”använt”? Kan vi med säkerhet avgöra det? Troligen inte.

Farorna med pågående missbruk enligt ref:

-Amnesi

-Omöjligt göra framsteg, interventioner blir meningslösa

-Risk (fysisk medicinsk risk med missbruket, = kan upplevas att T inte tar avstånd eller skyddar. KO)

-Collusion

Trots dessa svårigheter förordar ref. kraftfullt möjligheten att fortsätta terapin eller behandlingen, även under pågående missbruk. Detta förutsätter att betydelsen av bruket/intoxikationen tas upp i behandlingen.

Ur ”Abstract”:

”A special focus in this approach will be on containing patient intoxication within the therapeutic envelope so that it may be resolved there rather than referring elsewhere for detoxification, residential treatment, or other forms of outpatient substance abuse treatment.”

Därefter mitt paper.

Mitt paper skickar jag med som bilaga i mailet, du kan kontakta mig om du inte får det. Men Abstract tar jag mig friheten att sätta här:

## **ABSTRACT**

### **On the concept “to Take Care”.**

### **Implications in a psychodynamic psychotherapy with a psychotic man on buprenorphine maintenance treatment.**

When about to cross a street we do “take care”, one way or the other, in order not to get hit by a car.

When we meet people, be they new acquaintances or family, something corresponding to this takes place inside us, on social and psychological levels.

I want in this paper to describe how, after some years of treatment with a psychotic opioid dependent man, there appeared in the therapeutic material a fragile notion that it might be meaningful to think and consider what in life is harmful and dangerous, and what is not?

When this notion is present, it’s often possible to use as a vehicle to better alliance, fosters mutual understanding of dynamics of self-destructiveness, including relapses in abuse, and of psychotic symptoms.

This leads to material of more easily understandable (non-psychotic) anxiety concerning everyday life today, future and history. This includes concern what the (medical) doctors approach might be now? What would former friends reactions and thoughts be were he to contact them again? What are the meaning and relevance of earlier relations, and the actual relation to his mother today?

Finally I want to discuss how this development could be understood from different theoretical perspectives.

Key Words: Integration of Self, Integration of Treatments, “The third”, “Regressive/progressive balance”, Signalangst, Mentalizing.

Sedan behövdes LUNCH!!

Därefter lyssnade jag på ett paper med den intressanta och uppseendeväckande titeln **Cognitive Behavioural Therapy for psychosis practiced within a psychoanalytic frame, with mention of Melanie Klein.!!**

**M Garrett, New York Downstate Medical Center, USA**

“My Head is killing me”, är en utsaga som kan ses både som en symbolisk beskrivning av ett tillstånd av huvudvärk, och som en konkret och psykotisk upplevelse av fiendskap och fara. Är KBT-teknik och psykodynamisk tolkning verkligen kliniskt helt motstridiga eller motsatta? Ref anser att innan man kan använda en dynamisk förståelse-ram och kommunicera den till pat, måste man använda en KBT-grundad och pedagogiskt förankrad teknik för att minska symptomens grepp om patienten. Symtomen uppfattas som ”ting”, något utifrån kommande, inte tankar eller föreställningar. Om KBT lyckas skapa en tvekan hos P kring den psykotiska förvirringens ursprung, kan psykodynamiska tolkningar leda vidare till en psykodynamisk formulering av psykosen.

Ref redovisar flera korta fallbeskrivningar där han använt detta förfarande.

**Ron Abramson**, privatpraktiker från Wayland, USA, höll ett paper betitlat **”How the rest of us can do psychotherapy for psychosis”**

Hans tes är att psykologisk behandling alltid är oerhört viktig, men att de flesta människor inte kan förväntas ha eller någonsin nå den teoretiska kunskap och förtrogenhet som kännetecknar de riktiga psykoterapeuterna. (Menade han så? KO) Han torgför i alla fall något han kallar ”Hierarchy of Causal Relations”, där han menar att upprätthåller man dessa fem riktmärken, dvs. håller dem i huvudet under arbetet, har man förutsättningar att göra ett gott psykoterapeutsikt arbete. Han anser intressant nog att dessa kan jämföras med CBT:s mer robusta tekniska förhållningssätt.

1. **Safety** - in the therapeutic situation.

2. **Empathy** - as a means of understanding the patient and avoiding counter-transference problems.

3. **Validation** – in the therapeutic situation as enhancing safety and promoting ego strength in a fragile ego.

4. **Being a “Real Person”** – with the patient rather than a psychoanalytic “mirror”.

5. **Transmuting Internalization** – as the way in which the therapeutic process promotes the development of a stronger self able to live in conventional reality.

(De fyra första är väl enkla och begripliga, men innebörden av den femte är mig dunkel! KO) Han relaterar så en 18 år (!) lång terapi, (som jag tror fortfarande pågår?) De första 10 åren var fyllda av återkommande sjukhusinläggningar till följd av självskadande och hallucinationer. De senaste 8 åren har förflutit utan inläggningar. Trots dessa framgångar bedöms patienten ha ”extremely little trust”, men kan således helt annan förmåga att hantera sin värld jämfört med tidigare.

I de efterföljande frågorna är det en åhörare som till min förtjusning ställer frågan, (men formulerat i lite andra ord) om hur ref ser på ett av mina favoritbegrepp i kliniskt arbete, ”Regressive/Progressive Balance”, angående patienten vi just hört om, och hur ”regressiv-progressiv balans” kan antas spela roll för den trots allt påtagliga positiva utvecklingen, oavsett den fortsatt extremt låga tilliten (trust)?

Svaret formuleras ungefär: ”He is safe enough to be unsafe”.

(Jag gillar den formuleringskonsten, den fångar något väsentligt i detta arbete! KO)

## **Fredag 19 juni, sista dagen**

I plenum avhandlade **Svein Friis**, Oslo

### **The importance of early intervention: results from the TIPS project**

Här ges en genomgång av hur man från TIPS-projektet ser på meningsfullheten i tidig intervention. Man anser sig funnit belägg för att en tidig upptäck bidrar till bättre utfall, samt att den kampanj man hade som utgångspunkt (i Stavanger) ledde till en förkortning av DUP från 12 månader till 4.

Ref påpekar dock att i experimentgruppen ingår en pat med DUP på 20 år!

Man fann vidare inga klart bestående effekter på positiva symtom, men signifikant bestående positiva effekter på negativa symtom.

GAF visar en liten men positiv utveckling för experimentgruppen.

**Merete Nordentoft** (Det var Pia Jeppson som läste hennes paper?)

### **OPUS trial: Lesson learned and future perspectives**

Man strävar efter att attityden mot pat skall vara som till en

- Länge efterlängta gäst
- En samarbetspartner
- En individ med egna önskningar och preferenser

En kort genomgång av 5-års uppföljning visar att skillnaderna mellan experiment och kontrollgrupp successivt minskar, jämfört med 3-årsuppföljningen, vad gäller ”symtombelastning”, men vad gäller att klara av eget boende och lägre antal dagar i slutenvård, består de goda resultaten.

(Dessa båda resultat, från TIPS respektive OPUS, verkar onekligen peka åt samma håll? ”Positiva symptom” påverkas framför allt i det korta perspektivet men kvarstår delvis, men man ser tydligare positiva förändringar om man tar sociala faktorer och livskvalitetsaspekter med i beräkningen. Om inte annat, så visar det väl vad man skulle missa, inte upptäcka, om man enbart utförde traditionell symptomcentrerad utvärdering, särskilt med ett kortare tidsperspektiv? Vilket troligen blir det enda alternativet om läkemedelsföretagen är de enda som finansierar forskning! KO)

### **Klaus Lehtinen**

#### **The Finnish need adapted approach: what have been learned**

Denna modell har nu funnits sedan 60-talet, även om den modifierats en hel del så finns grunderna kvar, enligt ref. Han sammanfattar angående förutsättningarna för att lyckas, att det räcker inte med en ”Straight Flush”, det krävs för bestående framgång en ”Royal Straight Flush”, dvs ”kungen i topp är inte nog, även esset måste med”!

Översatt till ett mer administrativt språk blir det, så vitt jag förstår, att i det långa loppet räcker det inte med att ha chefen, ”kungen” med i genomförandet, även om det är nödvändigt, utan även de högre makterna, politikerna, ”Esset” måste vara intresserade, och planera på lång sikt!

(Jag kommer personligen att tänka på några samhällsliga och politiska fenomen, som kanske har liknande implikationer? Dels ”Mega-rika”, finansmän och andra som lyckats berika sig oerhört, och som i efterhand propagerar för ett system som inte alls ser ut som det de lyckades utnyttja så väl! Kanske en Soros eller Gates, etc? Dels generaler eller andra militärer som efter sin egen aktiva tid, blir häftiga kritiker mot en fortsättning av de krig de själva varit med att utkämpa, och kraftigt kritiserar de moraliska och etiska grunderna som lags fram på officiell nivå: KO)

Klaus konkluderar att det har varit betydligt svårare att få till en förändring efter dessa riktlinjer i större organisationer. En annan svårighet är att det varit svårt att upprätthålla inriktningen över många år, dvs över decennier. Trycket finns att man skall återgå till ”normal klinisk praxis”, dvs återupprätta maktstrukturerna, i detta fall tillbaka till vanlig psykiatrisk praxis.

**”The essence of the approach can be summarised as an endeavour to use different bio-psycho-social tools and therapies to find the minimal necessary intervention to reach maximal empowerment of the patient and his family”.** (Klaus L)

Om man använder "Vardagslivets princip" som vägledande i behandlingen på allvar, leder det till:

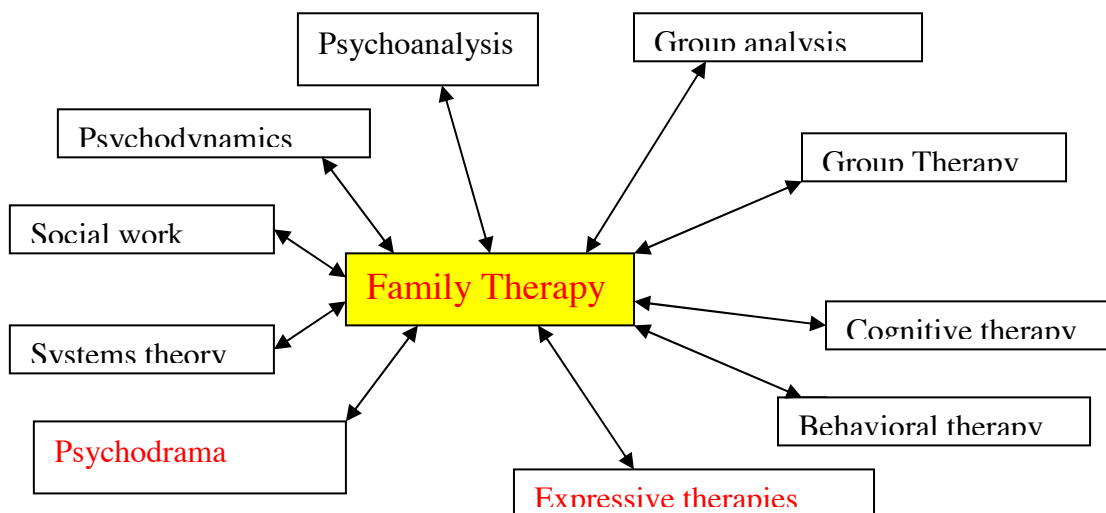
- Ta behandlingen till problemet, dvs hemmet, arbetsplatsen, skolan, etc.
- Involvera patienten och hans närstående. Maximera självakt, (self mastery, empowerment)
- Gör inte för mycket! (Minimal men tillräcklig inblandning)
- Gå från diagnos till individuell problembeskrivning. (Sonja Levanders stora intresse?! KO )  
Gör allt förståeligt, (Dvs. förklara för patienten? Helt enkelt?! KO)  
Undvik dis-information!! (Dvs att experter "vet"? Att det är en "biologisk sjukdom"? Att "hjärnan inte fungerar"? Etc? KO)

#### RECEPT:

"1-2 tabletter till kvällen, för att kunna hantera de blandade känslor som är resultatet av att du håller på att avsluta din långa psykoterapi"!

Klaus berättar att han skrev ovanstående recept, och blev orolig för vad receptarien skulle tycka? Han fick dock ingen kommentar från apoteket, eller en anmälan.

Han visar även en mer humoristisk slide, med Familjeterapi I centrum, som han benämner "The Opportunist"



#### Susanne Harder

##### The Danish national schizophrenia project. What have we learned?

En omfattande och ambitiös studie med avsikt att jämföra utfallet för patienter som får TAU + och vad man kallar "psychodynamically informed psychotherapy", med patienter som enbart får TAU. (TAU = Treatment As Usual)

Man har haft problem med stora bortfall.

Man fann dock skillnader i fungerande, såväl år 1 som år 2 efter behandling, till experimentgruppens fördel. Dessa skillnader hade dock minskat betydligt vid år 5, många skillnader fanns statistiskt sett inte kvar, mellan grupperna.

(Jämför liknande resultat redovisat av Svein Fries från Stavanger, (TIPS) ovan)

Men vad man kalla "positive self-image" vid år 1 och 2, är fortsatt en positiv faktor år 5, och således en god prognostisk faktor. (Men det gällde då, troligen, båda grupperna? KO)

De som erbjudits terapi visade en betydligt snabbare återhämtning av personliga förmågor och i socialt fungerande, än de som fått TAU.

I den efterföljande diskussionen fastande jag för att **Svein Fries**, med sin vad jag uppfattar förankring i traditionell psykiatri (?), så entydigt fastslår att det nu är omöjligt att hävda att medicinerig är nog för psykotiska patienter! Dessutom liknar han diagnosförfarande vid schizofreni som används idag, vid att kasta tärning!

**John Read** pläderar för att vi måste påpeka behovet av fler och bättre studier av patienter utan medicinerig, och att det är dags för "fanatiska psykoanalytiker eller KBT-are" att ta till sig att ingen metod antagligen är den rätta!

Så sista seminariet på kongressen, mina anteckningar är nästan obefintliga.

Jag lyssnar på en i mina öron mycket konstig fundering med bl a shamanism inblandat, kring att höra röster. Jag kan inte återge något meningsfullt från detta!

Jag lämnade denna sal och hamnade i stället i en annan.

Från ett bidrag där har jag en anteckning som kan fungera som en god avslutande fråga från kongressen. Den formulerades av **Christine Kohlberg** från Psykiatrisk Centrum i Tromsø, i hennes bidrag

"Experiences of acute psychosis - what may be helpful?" Mot slutet undrade hon:

**"What is psychosis, if it disappears with experiences of"open dialogue"?!"**

**Fundera på det????!!!! Och bäva för konsekvenserna av svaret?!**

**Med hopp om att detta kan väcka intresse och att debatt!:**

Hälsningar: Kent Olofsson

Beroendecentrum Stockholm  
Leg. Psykolog Leg Psykoterapeut

OBS: Fundera på om detta möte är något för dig, eller för dina arbetskamrater!?:

**ISPS höstmöte i Östersund**, med bla Jaakku Seikulla, rekommenderas varmt till alla intresserade, inte minst till vårdpersonal inom BCS, som egentligen alla kommer i kontakt med dessa patienter. Inbjudan finns bifogad.

PS Litteraturförslag följer nedan, hör av er till mig om intresse finns.

**Tidskriften "Psychosis", Psychological, Social and Integrative Approaches,****Ed. Dr John Read****(OBS . Prenumeration på "Psychosis" ingår i medlemskap i ISPS!! (s. k. "Morot"! KO)**

(Ur innehållet bl. a.)

Volym 1 2009

Bola, Lehtinen, Cullberg, Ciompi: Psychosocial treatment, antipsychotic postponement, and low-dose medication strategies in first-episode psychosis: A review of the literature.

(Författarna redogör kort för projekt i respektive land, och för en diskussion om möjliga slutsatser. KO)

Rietdijk, van Os, de Graaf, Delespaul and der Gaag: Are social phobia and and paranoia related, and which comes first?

(Man jämför begreppen och påpekar likheter, samt problematiserar vad som sker om an ser symptomatologin ur perspektivet av en allmän population, istället för en psykiatrisk. KO)

Hug, Lohne: A case study of the treatment of a patient with psychosis and drug dependence: Towards an integration of psychoanalytic and neuroscientific perspectives.

(Med hjälp av neuropsykologiska och neurologiska nyare rön, jämför man vad som händer en psykotisk kvinna, och gör intressanta referenser bl a till Tom Andersens arbete i Tromsø KO)

Volym 2 2009 (Ej hunnit läsa, men låter inte följande spännande?)

Morrison Cognitive behaviour therapy for first episode psychosis: Good for nothing or fit for purpose?Lysaker, Yanos, Roe: The role of insight in the process of recovery from schizophrenia: A review of three views.Randal, Stewart, Proverbs, Lampshire, Symes, Hamer: "The Re-recovery Model" – An integrative developmental stress-vulnerability-strengths approach to mental health.García-Cabeza, Chávez: Therapeutic factors and insight in group therapy for outpatients diagnosed with schizophrenia.Neil, Kilbridge, Pitt, Nothard, Welford, Sellwood; Morrison: The questionnaire about the process of recovery (QPR) A measurement tool developed in collaboration with service users.Alanen: Towards a more humanistic psychiatry: Development of need-adapted treatment of schizophrenia group psychosis.**Böcker:****Alanen**: Schizophrenia It's Origins and Need-Adapted Treatment Karnac 1997**Johannessen, Martindale, Cullberg**: Evolving Psychosis Routledge 2006**Read, Mosher, Bentall**: Models of Madness Routledge 2004**Geekie, Read**: Making sense of Madness, Routledge 2009.**Gale, Realpe, Pedriali**: Therapeutic Communities for Psychosis, Routledge 2008**Cullberg**: Psychosis: An integrative Perspective Routledge. (Finns tidigare på Svenska, en utmärkt introduktion och tankeväckande. KO)**Edited by Alanen, de Chávez, Silver, Martindale**: Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses. Routledge 2009.

(En ambitiös antologi, där jag ännu bara hunnit ta del av två tämligen olika synsätt på farmaka-användning:

1. **Hietala**: Challenges of antipsychotic drug treatment in schizophrenia, (mer traditionellt) samt2. **Räkköläinen, Aaltonen**: The principles of using and not using neuroleptics in the Finnish need-adapted approach to the treatment of schizophrenic psychoses. (Tydligare i need-adapted tradition) KO)

