



Psykologyrkets utveckling i Sverige

Seniorpsykologer berättar

Klinisk vuxenpsykologi

Olena Sennton

25 år sedan Långbro fick sin första psykolog

Sonja Levander

Etiskt och oetiskt i psykiatrin – en subjektiv betraktelse av de senaste 50 åren

Seniorpsykologerna inom Sveriges Psykologförbund
i samarbete med Psykologihistoriska Sällskapet

Innehåll

Innehåll.....	1
Inledning	2
Författarpresentationer	4
25 år sedan Långbro fick sin första psykolog Olena Sennton	6
Auskultation, 1948	6
Psykologens första arbetsuppgifter	7
Trädgårdsvillan	8
Nya lokaler för allt fler psykologer	9
Landstinget och början till en psykologorganisation.....	9
Psykiatrins utveckling och psykologernas nya arbetsuppgifter	10
Etiskt och oetiskt i psykiatri-en subjektiv betraktelse av de senaste 50 åren. S. Levander	13
En psykologs arbetsuppgifter för femtio år sedan	13
Från slutenvård till öppna mottagningar.....	15
Nackaprojektet	16
Krishemmet Soteria.....	17
Forskning om egna yrkeserfarenheter i psykiatri	19
Polariseringen mellan psykodynamiska och kognitiva terapiformer.....	20
Ökade insikter	22
Avslutande reflektion	23
Personförteckning	24

Inledning

Föreningen Seniorpsykologer inom Sveriges Psykologförbund har initierat ett projekt där pensionerade psykologer beskriver sitt arbetsliv. De olika berättelserna speglar förutsättningarna för psykologarbete under andra hälften av 1900-talet, hur samhälleliga förändringar och idéer har påverkat yrkesrollen och hur psykologerna själva har format sina arbetsuppgifter. Berättelserna utgör personliga dokument över hågkomsterna. De är sammanställda områdesvis inom det kliniska (del 1), arbetspsykologiska (del 2) och pedagogiska området (del 3). Dessutom finns ytterligare en avdelning med berättelser som inte kan kategoriseras på ovan nämnda sätt men som dels beskriver psykologers arbetssituation under en period när yrket knappast fanns, dels psykologarbete i anknytning till psykologutbildning och forskning (Ett ämne – två världar del 4).

Författarna beskriver sin väg till psykologyrket som då de började sin yrkesbana saknade en sammanhållen psykologutbildning som grund. Ingången i yrket varierar därför i hög grad liksom de ämnen dåtidens unga psykologer läste. Kampen för en sammanhållen psykologutbildning fördes av Psykologförbundet och finns beskriven i Bengt Göransson's skrift "Profession på väg. Markering och etablering" (Psykologförbundet 1997). En ämneskombination av psykologi, pedagogik och sociologi (eller statistik) kom i en första förordning 1959 och stadfästes 1964. Psykologförbundet hade i uppgift att "certifiera" psykologerna, dels med en B-behörighet (biträdande psykolog) som erhöles efter fil.kand. och praktisk tjänstgöring och dels A-behörighet (självständig psykolog) som följde på lic. examen. För att komplettera grundutbildningen infördes en tvåårig vidareutbildning. Psykologexamen tillkom 1972, den statliga legitimationen 1978 och ett sammanhållet femårigt psykologprogram 1982.

Berättelserna avspeglar den situation som det innebar att komma som en ny yrkesgrupp och kräva plats och gehör för psykologiska kunskaper, en kamp som alla psykologer fick utkämpa. Det gällde att klara av motsättningar till annan

personal som kunde känna sig hotad både vad gällde monopol på kunskaper och intressen att bevaka, inte minst i fråga om status. Psykologi var för många något mystiskt och ovederhäftigt, ibland till och med hotfullt, vilket också satte sin prägel på uppfattningen om psykologer.

Det finns gemensamma teman i flertalet berättelser trots att de är hämtade från helt olika verksamheter. Till en del beror detta på att många av de beskrivna arbetsplatserna funnits inom den offentliga sektorn. Det är teman som handlar hur psykologerna utvidgade sina insatser mot nya arbetsfält, hur aktiv kampen var för att få personer med funktionshinder att accepteras, hur man arbetade mot att öka insyn och delaktighet i utredningar och behandlingar och hur organisationsförändringar kom att påverka arbetet och psykologernas egen situation. Ett annat tema är de konflikter inom psykologkåren som uppstod när nya psykologiska metoder introducerades och hur de så småningom assimilerades. Det gällde t.ex. olika former av gruppmetoder som ifrågasattes av de som försvarade den traditionella inriktningen med individbaserade bedömningar och behandlingar. Ett annat exempel är beteendeterapeutiska metoder som stred mot gängse psykoanalytiskt inriktade teorier.

Vi får alltså ta del av en yrkeskårs framväxt och utveckling från den tid då få visste vad psykologi var och vad en psykolog kunde användas till. En ytterligare tanke med att presentera dessa berättelser är att ge nya psykologer en historik så att nuvarande erfarenheter av psykologyrket kan förstås utifrån den utveckling som skett under årtionden. De erfarenheter som speglas är en rik provkarta på hur enskilda psykologer, men också i grupp, påverkat sin egen arbetsituation och i hög grad spridit psykologisk kunskap till sin omgivning.

Även de psykologer som varit med under denna period har glädje av att läsa, kanske med igenkännande leenden. De som hittills har läst brottstycken av texterna har alla börjat minnas och berätta egna erfarenheter. Det betyder att det finns många fler berättelser. Därför önskar vi att ännu fler vill dokumentera sitt arbetsliv, både de som avslutat sitt yrkesliv och de som är mitt upp i det.

Texterna har i ringa grad redigerats. För sammanställning och förord till de olika avsnitten svarar en redaktion som har bestått av Ulla-Britt Selander, v. ordförande i

Seniorpsykologerna samt professorerna Siv Boalt Boëthius och Gunn Johansson som representanter för Psykologihistoriska Sällskapet.

Redaktionen

Författarpresentationer

Klinisk vuxenpsykologi

Olena Sennton utbildade sig till psykolog efter många års verksamhet som pedagog och disputerade 1965 på en avhandling gällande barns förhållande till film med titeln "Exposure to Films and Social Adjustment". Chefspsykolog vid Långbro sjukhus 1959-76. Hon knöts till Statens skola för scenisk utbildning 1964 och blev medlem av Svenska psykoanalytiska föreningen 1973. Hon var bland de första som undervisade i Rorschachtestning. Avled 1997.

Olena Senntons bidrag ”25 år sedan Långbro fick sin första psykolog” är en artikel som publicerades 1985 i Socialmedicinsk Tidskrift, där hon beskriver sitt första möte med Långbro 1948 vid en fyra månaders auskultation. År 1959 fick Olena en av två självständiga psykologtjänster förlagda till Stockholms två mentalsjukhus, Långbro och Beckomberga. Psykologens uppgift var att ”ge service åt sjukhusets kliniker, d.v.s. ge specifika bidrag till patientvården utifrån sin specifika utbildning och erfarenhet”. Någon forskningspsykolog ville man inte ha, även om en sådan verksamhet utvecklades med tiden. Gruppen psykologer omfattande till en början en psykolog och tre biträdande psykologer men växte med tiden till en psykologienhet som 1969 flyttade in i en ny paviljong. En avgörande förändring inom vuxenpsykiatri var när Stockholms läns landsting 1971 övertog ansvaret för den psykiatriska vården. Långbro blev säte för den psykiatriska blockorganisationen i Södra förvaltningsområdet och 1973 kom en ny organisationsplan för psykologerna med en chefspsykolog placerad på Långbro och med en platsrepresentant för psykologerna på Södersjukhuset.

Sonja Levander. Leg. psykolog och psykoanalytiker. Arbetade inom allmänpsykiatri mellan 1959 och 2005 med främst psykotiska patienter. Parallellt engagerad i forskning tillsammans med Andrzej Werbart. Fil. lic 1967. Blev 1985 medlem i Svenska Psykoanalytiska Föreningen och har arbetat privat med psykoanalyser fram till pensioneringen.

I Sonja Levanders bidrag ”*Etiskt och oetiskt i psykiatri – en subjektiv betraktelse av de senaste 50 åren*” får vi följa övergången från slutenvård till öppenvård inom psykiatri och de stora förhoppningar som knöts till olika öppenvårdsprojekt. Sonja började på Karolinska sjukhusets psykiatriska klinik 1959. Arbetet som psykolog omfattade främst begåvningstestning, testning av minnesfunktioner och projektiva test. Som psykolog hade man en mellanställning mellan avdelningspersonalen och den medicinska personalen. Psykologen tillkallades när det behövdes en utredning. Det satsades i första hand på slutenvården. Under 1970-talet skedde en omsvängning i synen på psykisk sjukdom. Patienter skulle bort från sjukhusen, ut i samhället. Ett av de mest välkända projekten var Nackaprojektet, som innebar en stor satsning på välutbildad personal som skulle finnas ute i samhället. Det skulle bli mindre av sjukdomstänkande och mer av lyssnande till människors egna beskrivningar av sina problem och erfarenheter. Den teoretiska inriktningen var stor del färgad av psykoanalytisk teori. Nackaprojektet innebar många olika satsningar på att fånga upp nyinsjuknade patienter. Ett sådant var Soteria i Nacka, där Sonja arbetade de sista tio åren, främst som handledare för teamet i sin helhet. Detta syftade framför allt till att skapa en samsyn mellan det medicinska, psykologiska och sociala kunskapsområdet.

25 år sedan Långbro fick sin första psykolog

Olena Sennton

En strålande sommardag 1959, närmare bestämt den 1 juli, gjorde jag min första uppvaktning hos dåvarande styresmannen för Långbro mentalsjukhus, överläkare Erik Goldkuhl. I början av år 1959 hade Stockholms stad utannonserat två psykologtjänster, förlagda till stadens två mentalsjukhus, och jag hade haft lyckan att få tjänsten på Långbro. Historiskt sett är det intressant att de självständiga psykologtjänsterna i Stockholm debuterade inom mentalsjukvården.

Jag kände mig också mycket högtidlig där jag satt mitt emot docent Goldkuhl i hans imposanta ämbetsrum med respektingivande tunga skinnklädda möbler. Atmosfären påminde mig om din barndoms läkarbesök hos Erik Goldkuhls far, som var stadsläkare i Växjö och tog väl hand om små sjuka barn i den gamla lärdoms- och stiftsstaden. Under barnepidemier som mässling, vattkoppor mm for han på rond till de olika hemmen, under vintern per släde och övriga årstiden per droska, dragen av häst. Jag tänkte också på min gymnasietid, då vi flickor ivrigt läste Erik Godkuhls diktsamlingar med smärtfyllda tragiska strofer om liv och död.

Auskultation, 1948

Detta var inte mitt första möte med Långbro och Erik Goldkuhl. Redan 1948 auskulterade jag 4 månader på hans egen klinik för kvinnor, vilket blev en både uppskakande och intressant lärotid. Detta var innan psykofarmaka gjort sitt inträde i mentalsjukvården, och jag hade rika tillfällen att observera och uppleva den öppna paniken och våldsamma smärtan hos människor som drabbats av tragedin att ha förlorat förmåga att styra och kontrollera sina handlingar. Jag fick delta i ronder, där förtvivlade kvinnor klängde sig fast vid hoppet om en lindring i gestalten av den mäktiga doktorn. Jag fick bevittna hur kvinnor rasande som backantinnorna i Euripides´ klassiska drama slet håret av varandra eller rev nystoppade madrasser i smala remsor, som om det varit tunt papper. På ronder på den oroliga avdelningen, den s.k. Stormen, fick jag inte följa med. Men jag fick se den tidens elchock, utförd

på en medelålders man, som hölls av sex vårdare som motvikt mot fruktansvärda kramper. Den synen förföljde mig i veckor. Och jag minns den egendomligt dova atmosfären i den stora salen med patienter i insulin-coma-behandling, när de väcktes ur sin dvala.

Det fanns en oas på varje klinik, och det var avdelningen för privatpatienter. Där var det lugnt, tavlor på väggarna, kuddar i soffan och blomkrukor i fönstren. Dit nådde ingen oro, för oroliga privatbetalande patienter fick inte komma dit förrän de blivit lugna och stillsamma. Så länge de förvirrades av sin galenskap fick de vistas på vanliga avdelningar. Men där fanns en skillnad. De fick sin mat på bricka med tallrik och bestick, medan övriga patienter fick äta med sked ur en spilkum.

Men en person har jag träffat, som trivdes bättre bland oron och galenskapen. Det var kungens överhovoceremonimästare, som jag uppvaktade på Stockholms slott 1960 för att lämna min ansökan om bidrag från Kungafonden för studier av mentalsjukvård i USA. Han berättade för mig att han tillbragt några av de lyckligaste månaderna i sitt liv som patient på en av Långbros oroligaste avdelningar. Han tyckte det blev vadderat tråkigt när han fick flytta till privatavdelningen. Sannolikt bidrog detta till att jag fick två stora bidrag från Kungafonden som möjliggjorde för mig att tillbringa ett helt år i USA. Där pågick en intensiv upprustning av mentalvården med kraftigt ökade federala anslag och ett av kongressen utarbetat förslag till ett effektivt nationellt mentalvårdsprogram. Förslaget kunde samtidigt ses som en programförklaring för modern psykisk hälsovård, där humanitära och ekonomiska synpunkter på ett föredömligt sätt förenades med en dynamisk förståelse för vad psykisk sjukdom kan innebära för en person i form av sänkt självkänsla och avbrutna relationer med omvärlden.

De rika erfarenheter jag hade tillfälle att samla under detta år, fick jag sedan många tillfällen att tillämpa i mitt fortsatta arbete som psykolog på Långbro.

Psykologens första arbetsuppgifter

Från början hade jag Erik Goldkuhls helhjärtade stöd för min verksamhet. Redan tidigare hade det funnits en viss psykologverksamhet genom hans försorg. Psykologens uppgift – det betonades mycket starkt – var att ge en service åt sjukhusets kliniker, d.v.s. ge specifika bidrag till patientvården utifrån sin specifika utbildning och erfarenhet. En forskningspsykolog hade man inte behov av. Min målsättning var från början att ge den psykologiska service, som sjukhuset önskade. Denna målsättning kom också att präglade den psykologavdelning som

långsamt växte fram i takt med sjukhusets expanderingsarbete. Psykologernas arbetsuppgifter vidgades i takt med allmänna förändringar i den psykiatriska vården och så småningom fanns tid även för vissa forskningsuppgifter.

Den första sommaren

Jag minns den första sommaren av min verksamhet som en idyll. Det var otroligt vackert i den stora lummiga parken. Det fanns tre kliniker, som alla fungerade lugnt och metodiskt. Alla verkstäder fanns kvar, och många patienter gick till sina vävsalar, till tryckeriet, till målar- och snickeriverkstäder dagligen som till ett jobb. Det var inte längre någon större skillnad mellan privatavdelningen och övriga avdelningar, det fanns tavlor och blomkrukor överallt. Den sommaren startade även den nya arbetsterapin med en ung välutbildad entusiastisk arbetsterapeut. Varje dag kl. 15 samlades några underläkare, kuratorer och de två nya funktionärerna till kaffe hos kuratorn på klinik 1, ”Stora Mans”. Det ter sig i efterhand fridfullt och avspänt, men idyllen var ju skenbar. Redan hösten 1959 delades klinik 3, och därmed fanns det 4 kliniker, två för manliga och två för kvinnliga patienter. Den s.k. ”Stormen” försvann, men under 60-talets expansiva utbyggnad och utveckling upplevde sjukhuset stormiga perioder, där olika vårdideologier bröts mot varandra, vilket kunde medföra komplikationer i psykologarbetet.

Trädgårdsvillan

Efter en kort sejour under taket på ”stora kvinns” fick psykologavdelningen sin permanenta hemvist i den s.k. Trädgårdsvillan, en f.d. bostadsvilla för personal. Köket arrangerades om och bakrummet blev dokumentskåp. Det var hemtrevligt, vilket patienterna uppskattade när de fick komma på psykologundersökning med åtföljande samtal. Det var också en ny upplevelse för många patienter att någon lyssnade och tog notis om vad de själva tyckte och kände.

Den 1 januari 1967 inträffade en stor händelse på psykologavdelningen som nu bestod i en psykolog och tre biträdande psykologer jämte två psykologer på ungdomskliniken. Efter många äskanden fick psykologavdelningen en kontorist på halvtid. Dessförinnan hade expertis från snickeri- och målarverkstäderna ”skapat” en expedition genom att över trappuppgången i andra våningen i Trädgårdsvillan bygga ut ett litet kontorsrum till vår värderade sekreterare Mary-Ann Wibaeus. Hon fann sig väl tillrätta i ett minimalt utrymme, som hon inrättade med

funktionell precision för sina olika uppgifter. Hon blev sedan psykologavdelningens goda genius och ovärderliga stöd. Med exceptionell effektivitet och pregnans gav hon oss en service som väl kunnat fylla en heltid på sin halvtid och utan att arbeta på övertid. Snabbt satte hon sig in i nya företeelser som databehandling och andra moderniteter och var och mina medarbetares oförlitliga stöttele.

Nya lokaler för allt fler psykologer

I december 1962 förelåg ett förslag om lokalprogram för ett medicinskt centrum vid Långbro sjukhus, som också gav möjligheter till en välplanerad psykologavdelning, välbehövlig med tanke på de alltmer omfattande psykologiska arbetsuppgifterna. Jag hade från början ett mycket nära samarbete med arkitekterna, beträffande såväl funktionella som estetiska synpunkter och jag konsulterade en rad experter för att få en modern och fullgod utrustning i de nya lokalerna. Inredningsanslaget från Stockholms stad var rikligt tilltaget.

I början av år 1969 flyttade vi in i paviljong 6 i rymliga välinrättade lokaler. Där fanns rum för många psykologer och för chefspsykolog, rymlig expedition för sekreteraren, stort och attraktivt konferensrum med veckdörrar mot en scen med uppbyggbara enheter. Där fanns också ett välutrustat och välisolerat speciallaboratorium, som jag planerade i samråd med Psykologiska institutionen vid Uppsala universitet. Tyvärr kom detta inte till användning för den psykofysiska forskning jag hade drömt om i förening med metodiska medicinfördelningar. Efter några kortare forskningsprojekt övergavs det till förmån för psykodynamiska behandlingsmetoder. Men annan modern apparatur användes flitigt som bandspelare, video mm och rum med ”one-way-screen” användes i utbildningen av blivande psykologer.

Landstinget och början till en psykologorganisation

Den 1 januari 1967 trädde en ny lag i kraft, benämnd ”Lag om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall” och därmed försvann begreppen mentalsjukvård och mentalsjukdom i formell, legal mening. Den s.k. sinnessjuklagen av 1929 hade därmed upphört att gälla. 1967 avgick också sjukhusets chef Erik Goldkuhl med pension till stor sorg och saknad för många inte minst för psykologerna. Och när jag nu i dagarna läst om hans bortgång tänker jag tillbaka med glädje och

tacksamhet men också med vemod på de åtta år jag hade förmånen att få arbeta under hans kunniga och vidsynta ledarskap.

1971 övertog Stockholms läns landsting ansvaret för den psykiatriska vården med indelning i förvaltningsområden och blockorganisation för varje område. Långbro blev säte för den psykiatriska blockorganisationen i Södra förvaltningsområdet, och en interimistisk organisationsplan för psykologerna trädde i kraft den 1 februari 1973 med chefspsykologen placerad på Långbro och med en platsrepresentant för psykologerna på Södersjukhuset. Psykologorganisationen underställdes blockchefen för psykiatriblocket. Därmed hade psykologverksamheten inom södra förvaltningsområdet, vad gällde vuxenpsykiatri fått sin organisation bekräftad, vilket i hög grad kom verksamheten till godo. Blockchef var Bengt Berggren, och under hans dynamiska ledning växte psykologernas uppgifter med många nya skott och grenar och ingick allt mer som en integrerad del av patient- och avdelningsarbetet. Chefspsykologen kallades till samtliga block- och överläkarkonferenser och sammanträden och deltog aktivt i planeringen och personalurvalet för Nackaprojektet, som startade 1974. (Se vidare i artikeln av Sonja Levander. Red.anm.)

Psykiatrins utveckling och psykologernas nya arbetsuppgifter

Jag har tidigare nämnt att sjukhuset expanderade kraftigt under 60-talet. Klinikerna 5 och 6 byggdes och inrättades för psykogeriatrisk vård. Ett långt förberedelsearbete ledde fram till att 1965 öppnades en specialklinik för svårt störda ungdomar, ungdomskliniken. Det var en liten men stridbar grupp, där vi diskuterade våra negativa erfarenheter av att ha barn och ungdomar på sjukhusets intagningsavdelningar och formulerade bärande argument, som till sist övertygade de styrande om nödvändigheten av en specialklinik för unga patienter. 1966 öppnade dagsjukhuset i Fruängen och den öppna vården vidgade sin verksamhet mot mera terapeutiska mål.

Samtidigt pågick en intensiv diskussion om samhällets insatser för att hjälpa psykiskt sjuka människor och människor med olika handikapp. Forskningsrön och praktiska erfarenheter från olika fält banade väg för ett nytt synsätt, där behandlingsaspekterna blev alltmer centrala. Ökade kunskaper om det komplicerade samspelet mellan individ och miljö öppnade nya perspektiv och medförde förändringar i form av intensifierat samarbete och ökat ansvar för patienternas del. Och psykologerna hade sin givna roll i denna diskussion utifrån sin

speciella utbildning i psykologi och sociologi. Men det fanns bildstormare utanför psykologkretsen som radikalt ville förändra de gamla vårdformerna över en natt, tillspetsat uttryckt. Kaos är granne med Gud säger Stagnelius i en dikt, senare lånad av Lars Norén som titel på en av hans pjäser. Det blev nog alltför kaotiskt ibland och patienterna fick ett alltför snabbt och stort ansvar, Men de stormiga åren kanske var nödvändiga?

När jag nu ser tillbaka på psykologernas arbetsuppgifter efter att ha läst igenom några av mina gamla årsredogörelser, blir jag nästan förvånad över den kontinuerliga växten av arbetsuppgifter. Det är också intressant att se hur väl detta sammanfaller med förändringar i patientarbetet, och hur psykologerna antar nya roller och anpassar sig till nya arbetsformer. Dynamiska processer i ständig växling är påfrestande för personalen – kanske också för patienterna. Därmed ökade förväntningarna på psykologernas deltagande i avdelningsarbetet som ledare av personakonferenser och grupper, som personalgruppleddare, konsulter vid avdelningskonflikter, mm. 1971 upptog person- och klinikarbete ungefär hälften av psykologernas arbetstid. På ungdomskliniken och dagsjukhuset fick psykologarbetet redan från början en speciell utformning som en integrerande del i den miljöterapeutiska verksamheten. Och för Nackaprojektets psykologer gällde detta i ännu högre grad. Vid de två psykiatriska klinikerna ägnade psykologerna ungefär hälften av sin tid till patientarbete, som ledare av aktivitetsgrupper på de olika avdelningarna samt individualkontakter med varierande målsättning (t.ex. talträning och kontakträning). Personalarbetet gällde planering av klinikmöten, kontinuerliga avdelningskonferenser och intern utbildning, även uppläggning av specifikt testmaterial och litteratur för psykiatrisk vård.

Psykologerna anlätades mer och mer för individualterapi med enskilda patienter, såväl inläggande som utskrivna samt patienter på öppna vårderna.

En av Långbros kliniker integrerade en avdelning för gravt hörselskadade patienter med sitt övriga arbete. En psykolog gjorde där en stor insats genom att hon behärskade teckenspråket. Samma psykolog var också specialist på talträning och gav kontinuerlig talträning kombinerad med psykoterapi åt en patient i nära kontakt med avdelningspersonalen och även anhöriga under en längre tid.

De psykologundersökningar, som utgjorde huvudparten av arbetsuppgifterna de första åren, genomfördes redan från början med en målsättning att så långt som möjligt bygga på patienternas aktiva medverkan, och resultaten diskuterades först

med patienterna, Detta visade sig ofta ha en terapeutisk effekt i sig. Förutom att denna psykologiska diagnostik blev en efterfrågad och högt värderad insats i patientarbetet, utgjorde den början till en intern vidareutbildning inom psykologavdelningen. På regelbundna konferenser diskuterades testmetoder och resultat. Denna interna fortbildning vidgades och fördjupades med åren, allteftersom psykologavdelningen växte. Därtill kom praktikutbildningen för blivande psykologer, där psykologavdelningen på Långbro gjorde en stor insats. Psykologerna anlätades mer och mer för utbildning, fortbildning och handledning för alla personalkategorier, inklusive AT-läkarna, Och vårt trevliga konferensrum välkomnade även annan utbildning, som familjeterapi, psykodrama mm.

Den 30 september 1976 lämnade jag Långbro med pension. Jag kände ett stort vemod men också glädje, därför att jag gick till nya arbetsuppgifter. Jag tänker med tacksamhet på Långbroåren och allt jag där fick lära mig, som jag har stor nytta av i min nuvarande verksamhet. Jag vill tacka alla som fanns på min tid för den värme och förståelse jag mötte för mitt arbete, men framför allt vill jag tacka min chef Bengt Berggren för den stimulans och uppmuntran han förmedlade till vårt samarbete. Det gjorde mina sista år på Långbro till en fest, trots besvärande komponenter.

Etiskt och oetiskt i psykiatrin – en subjektiv betraktelse av de senaste 50 åren. Sonja Levander

I detta kapitel gör jag en tillbakablick på mina erfarenheter som psykolog i olika former av psykiatrisk vård. Jag startar med Karolinska sjukhuset och mina uppgifter på psykiatriska kliniken i slutet av 1950-talet. Jag beskriver sedan den övergång som skedde i Sverige från slutet vård till öppna psykiatrimottagningar. Där spelade det så kallade Nackaprojektet en viktig roll. Där låg människors egna beskrivningar av sin livssituation till grund för flexibla arbetssätt och kreativa lösningar på problem. Krishemmet Soteria ingick i Nackaprojektet. Mina erfarenheter därifrån påverkade mig ordentligt. Jag återger därefter resonemang från min forskning om människors egna kunskaper om sina problem. Så kommer jag in på något jag anser gränsar till det oetiska, nämligen den olyckliga polarisering som skett mellan å ena sidan psykodynamiska och å andra sidan kognitiva terapiformer. Avslutningsvis konstaterar jag att denna polarisering dock inte varit enbart negativ utan den har även lett till ökade insikter både om behovet av forskning kring psykodynamiska terapiformer och om att människor behöver och efterfrågar olika terapeutiska kontakter och behandlingsformer.

En psykologs arbetsuppgifter för femtio år sedan

Min första arbetsdag på Karolinska Sjukhusets psykiatriska klinik var 1959. Där hade jag fått en vit rock och fått veta att jag skulle göra ett begåvningsstest på en psykotisk patient. Jag skulle bete mig formellt och undvika att prata med honom mer än vad själva testningen fordrade: ”God dag, jag heter Sonja Levander och är psykologpraktikant och skall testa dig.” – ”Vad heter kungen av Sverige?” Skälet var, sades det, att patienten lätt kunde bli ändå mer psykotisk om man pratade med honom. Man kunde utlösa något, om man inte var väldigt strikt. Och jag följde anvisningarna, för jag var ju där för att lära mig. Idag gör man inte så längre. Man

vet ju mer och förstår att också psykotiska människor vill bli sedda och ha mänsklig kontakt – åtminstone av ett slag som de klarar av. Men i slutet på 1950-talet trodde man annorlunda, och handlade därefter, det vill säga efter vetenskap och beprövad erfarenhet. Och det var ju etiskt.

Psykiatrin på 1950 och 60-talen var starkt medikaliserad. Man hade då börjat använda antipsykotisk medicin men mest frekvent på den klinik jag jobbade var båg ljus och salta bad.

När patienter blev oroliga fick de *lumop* – en liten hutt spetsad med opium. Den lugnade bra. Nere i kulverten på källarplanet fanns det ett rum där man gav elbehandlingar. Det var lite skrämmande, någonting som bara berörde läkarna i huset.

Avdelningarna hade av och till låsta dörrar, galler för fönstren och en altan högst upp med höga staket runt om, där patienterna kunde sitta om de fick tillåtelse. Vi hade sju olika avdelningar med litet olika regimer. Den bästa vården gavs förmodligen på den avdelning där klinikens professor hade sina patienter. Förmodligen förekom det litet mer omvårdnad och respekt.

Det var väldigt få som vid den tiden sysslade med psykoterapi i den bemärkelse vi menar idag eller åtminstone som vi menade för 5-10 år sedan. Jag återkommer till detta. Som psykolog hade jag en sorts mellanställning. Jag tillhörde inte avdelningspersonalen utan tillkallades då man behövde veta något om en patients begåvningsnivå, om det skett en sänkning och om sänkningen var generell eller specifik. Det handlade ofta om minnestestningar. Då och då hände det att man också ville ha en ”Rorschachtest” gjord – bläckplumpstestet – det vill säga en personlighetsbedömning, som sade något om patientens sätt att reagera, om hans sätt att möta och relatera till andra människor och om hans syn på sig själv. Resultatet av sådana undersökningar emotsågs med stor förväntan och stort intresse, man tyckte det var så spännande. Men det blev så gott som alltid så att utredningen sedan blev liggande i journalen.

Jag fick också medverka i bedömningar som gjordes i samband med tvångssterilisering av begåvningssvaga kvinnor. Jag skäms än idag över att jag inte reagerade särskilt mycket på den hanteringen. Deras barn löpte ju en stor risk att också bli svagt begåvade och att komma att ligga samhället till last – och bli lika olyckliga som sina mammor! Och jag hade inte så mycket till argument att komma med.

Från slutenvård till öppna mottagningar

Den tydligaste skillnaden mellan dagens psykiatri och den tidens var att satsningarna nästan helt låg på slutenvården. Även på en sådan klinik som jag arbetade på, kunde vårdtiderna ligga på en eller flera månader och blev därför mycket kostsamma. När patienterna väl skrevs ut, var vården i stort sett avslutad. Mediciner kunde man visserligen få utskrivna, och kanske några uppföljande samtal. Någon eftervård var det knappast fråga om, och samordningen med de anhöriga och med andra institutioner ute i samhället, var nästan obefintlig. De stora institutionerna Beckomberga och Långbro fick ta över när den slutna vården på klinikerna inte hade något att ge längre – eller som man sa: Dom hade blivit kroniker – behandlingsresistenta. En självuppfyllande profetia, som förvisso kan uttalas även idag!

På sinnessjukhusen, som de hette då (och som sedan kom att heta mentalsjukhus), var avdelningarna enorma med stora sovsalar och avdelningssköterskor som försökte hålla ordning på ett kaos, som inte gärna lät sig betvingas. Där var det många patienter som tystnade och blev sittande i korridorerna, nästan helt osedda, tåligt, eller otåligt, väntande på att komma ut på det ena eller det andra sättet. Jag minns hur en läkare på Beckomberga demonstrerade för en grupp studenter hur en kataton man kunde sitta i dagar med ena eller båda armarna utsträckta. Läkaren petade på honom så att armarna flög upp och han frågade patienten varför han höll dem så där. Det kändes ovärdigt.

Vid den tiden började rapporter komma från USA om långa terapeutiska behandlingar, bland annat på Chestnut Lodge. Det var inte fråga om någon dans på rosor precis men man kunde faktisk visa att en del av de svårt sjuka schizofrena blev bra eller åtminstone bättre. Och vi fick också höra om att många kunde skrivas ut från mentalsjukhusen till något som kallades Half-Way-houses. Då hade också psykoanalysen blivit mer allmänt känd, både som teori och behandlingsmetod, och man hade blivit mer medveten om att det bakom ångesten och andra symtom fanns något annat, som det kanske var viktigt att förstå.

På 1970-talet inträdde ett nytt skede i den svenska psykiatrin. Man skulle bort från sjukhusen, ut i samhället, såväl patienter som personal. Slutenvården skulle minimeras och i stället skulle man satsa på mottagningar som var lättillgängliga för befolkningen och som mötte deras behov av psykiatrisk hjälp. Psykiatrin skulle stödja vårdgrannar som distriktssjukvård och socialtjänst, och man skulle verka förebyggande genom att komma in tidigt då människor behövde hjälp och inte

långt senare, då de kanske redan hade fastnat i långvariga sjukdomsförlopp. Man forskade också kring vad det kunde vara för faktorer som verkade störande för befolkningens psykiska hälsa, till exempel dåliga boendemiljöer, bristande socialt nätverk, dålig ekonomi och så vidare.

Nackaprojektet

1975 började jag arbeta i det så kallade Nackaprojektet. Där gjordes en stor satsning på personalen: 90 läkare, sjuksköterskor, psykologer, mentalskötare och socionomer skulle finnas ute i bostadsområdena i olika team. Entusiasmen var stor över att få arbeta ute i samhället. En stor del av oss var psykoterapiutbildade och vi såg nu en möjlighet att få arbeta friare utanför sjukhuset och utan den medicinska modellen som ram. Det skulle bli *mindre av sjukdomstänkande* och *mer av lyssnande* till människornas egna beskrivningar av sina problem och sina livssituationer.

Allt blev väl inte precis som vi hade tänkt oss. Vi terapeuter mötte till exempel en grupp människor som inte helt stämde med våra tidigare erfarenheter. De var ibland inte riktigt införstådda med att sitta och prata med en främmande människa om saker som för dem kändes alltför privata. De kände sig inte så bekväma med att samtala över huvud taget. De ville ha konkret hjälp och förstod inte hur det skulle hjälpa att bara sitta och prata. Det var också konstigt för många att deras anhöriga bjöds in till samtalen. De fick en obehaglig känsla av att vi var på jakt efter att något inte var som det skulle i familjen. Kanske hade detta ibland en kärna av sanning.

Vi lärde oss mycket om att vara flexibla och att hitta olika lösningar. Vi samlade ihop människor som verkade ha samma problem och lät dem prata med varandra, vilket var mycket spännande. Vi lärde oss mycket om värdet av hembesök. Det var så annorlunda att sitta vid köksbordet med en kopp kaffe snarare än i vårt mottagningsrum, där vi själva var på hemmaplan och motparten var en hjälpsökande osäker människa, som kanske för första gången träffade en psykolog.

Vi besökte också skolor, socialbyråer, politikermöten med mera, där vi försökte tala om det vi visste om människor i kris, i social isolering och i ekonomisk nöd. Det var inte alltid vi hittade rätt formuleringar men vi ville så gärna dela med oss. Ibland gick det, ibland inte. Vi trodde oss om väldigt mycket ibland. Dessutom utgick vi ifrån att andra skulle vilja ha del av vårt perspektiv. Så småningom blev

vi nog mer ödmjuka och det gick bättre när vi förstod att också vi kunde ha glädje av att ta del av andras erfarenheter.

Det som var det viktigaste i Nackaprojektet var att det var högt i tak. Det betyder inte att vi inte skulle registrera vad vi gjorde: Vi fyllde i våra scheman, skrev journalanteckningar, intyg, diagnostiserade och så vidare. Men det fanns *tankeutrymme*. Vi sökte hela tiden efter nya och bättre sätt att hantera problemen vi mötte.

Äldre finska kvinnor som var deprimerade eller ”småparanoida” fick träffas i en tvättstuga tillsammans med den finska tolken och laga finska morotslådor. Vår uppgift var att vid behov handleda tolken. Vi hade möten på biblioteket en gång i veckan där både vi, ”soc.” och distriktsläkaren satt runt ett bord och svarade på frågor. Vi ordnade daglig sysselsättning som matematikkurs, joggingrundor, vävning, matlagning för långvarigt sjuka psykotiska patienter. Vi ordnade en kvinnogrupp för ensamma mammor som var deprimerade och trötta på sin situation, och en annan grupp för äldre kvinnor som egentligen bara led av sin ensamhet och av att inte vara behövda. För inte så länge sedan fick vi ett litet brev från de tre kvinnor som fortfarande, efter 30 år, fanns kvar och just hade firat en 95-årsfödelsedag.

Det påpekades ibland – och kanske med rätta – att en del av det vi gjorde knappast var psykiatri. Men var det oetiskt? Vi försvarade oss med att nya sätt att arbeta alltid innebär att man tänjer på gränserna. Tilläggas skall att vi skrev rapporter om det mesta vi gjorde.

Sedan kan man naturligtvis fråga sig om det var rimligt och riktigt att använda en del av vår tid till patienter som inte var lika sjuka som andra? Inte gav det kanske så många ”pinnar”, detta gissel som det idag klagas så mycket över. Jag själv tror att det var riktigt det vi gjorde. Skall man förstå de insatser man gör, måste man veta något om närliggande områden, så att man inte arbetar i ett vakuum. Då ligger det farligt nära att man förlorar perspektivet och missförstår sin roll. Dessutom behöver ny kunskap vara bred för att man så småningom skall kunna definiera den och sätta gränser.

Krishemmet Soteria

De sista 10 åren i Nacka arbetade jag på Soteria, en erfarenhet som lämnade viktiga spår hos mig. Soteria var ett så kallat krishem för patienter som för första gången reagerat psykotiskt. Soteria var på många sätt det vi hade drömt om på 1970-talet.

Det var terapeutiskt, mänskligt och anpassat till vilsna patienter som förlorat fotfästet. Det var i större utsträckning organiserat för att möta dem i den kris de var i och inte för att motsvara fackets krav och personalens uppfattning om vad som var rätt och riktigt. Namnet Soteria kommer från en grekisk gudinna som vakade över säkerhet och skydd mot sådant som hotade människan. Men hon kunde också befria sådana som var fångade eller fängslade.

Ett sådant krishem för psykotiska människor fanns från början i Kalifornien men har sedan etablerats i olika delar av Europa, alltså också i Nacka. Personalens främsta uppgift där var att lyssna och försöka förstå det som patienterna på olika sätt uttryckte - med ord eller handling. Det menar säkert all vårdpersonal idag att de gör, men på Soteria var det mer konkret, inte bara en god intention.

Den första frågan vi ställde då vi fick kontakt med någon som just insjuknat, var vad det var de kände att de behövde hjälp med. Vad var det för problem de just då hade, som de önskade att vi kunde avhjälpa? Naturligtvis var det ofta svårförståeliga historier vi fick, men vi bemötte dem alltid med respekt, eftersom vi blev mer och mer säkra på att dessa berättelser innehöll kärnor av sanning, som patienten försökte få oss att förstå. Och all personal på Soteria skulle känna till de olika patienternas berättelser om sina problem för att kunna se hur de skulle kunna hjälpa.

Kanske kände de sig rädda och förföljda. Då var det lätt att ta upp frågan om inläggning – skulle de känna sig litet lugnare då? Eller en som var fylld av ångest för att han blivit utvald för att leda företag över hela världen: Kunde vi erbjuda samtal för att försöka reda ut varför detta hade hänt honom och vad han trodde att utvaldheten skulle få för konsekvenser? En annan, som kände att han ensam måste kämpa en slutgiltig strid mot mörkret som hotade familjen: Kunde vi lugna genom att inkalla hela familjen för att de tillsammans med oss skulle kunna försöka skingra det mörka? Hon som aldrig kunde somna, kunde få hjälp med insomningstabletter, och han som hörde pappans röst i huvudet hela tiden, kunde få hjälp att förstå varför det var så – men han kunde också få medicin som dämpade den där rösten, om den inte gick bort på annat sätt.

De problem som berättades för oss blev sedan den ”problemdiagnos” som vi kunde arbeta med för att så småningom komma fram till kärnan i det hela. Oron hos den som bävade för att ha blivit vald till en stor industriledare hade kommit i samband med att han antagits till Teknis. Det visade sig så småningom vara en oro för att pappan, som var stadsbud, skulle känna sig hotad och återfalla i den

depression han tidigare haft. Och han som behövde kämpa mot mörkret visade sig vara fylld av besvikelse och ilska på föräldrarna som hade skiljts något år tidigare, eftersom de inte kunnat dra jämt. När det gällde henne som inte kunde sova visade det sig att hon efter det att hon flyttat hemifrån inte kände att hon kunde hålla rätt avstånd till mamman. Antingen kom hon för nära eller alltför långt bort och osäkerheten blev störst på nätterna.

Svaret på dessa frågor kunde på det sättet vara en nyckel till den kris de här patienterna hamnat i och blev ofta vägledande för uppläggningsen av det fortsatta arbetet. Problemdiagnoserna fanns alltid med i journalerna tillsammans med den formella diagnosen. Ibland hade patienterna till och med ett häfte där de själva förde anteckningar om vad man kommit fram till. Ute i arbetet i vardagsmiljön på Soteria kunde problemformuleringarna vara till stor hjälp. Var patientens snäsiga humör och rastlöshet ett uttryck för oron att också på Soteria ha fått för mycket ansvar – liksom rädslan för att växa sig för stor på Teknis? Eller var hon som inte kunde sova rädd för att inte kunna klara avståndet till mamman, när hon vägrade att vara med på familjesamtalet? Hela tiden försökte vi tillsammans med patienterna förstå vad som dolde sig bakom symtomen och krånglade till livet för dem.

Det är klart att det blev fel ibland men både vi och patienterna använde sådana situationer för att lära oss mer. Vi försökte hela tiden visa att ingen är ofelbar; alla kan missta sig, glömma bort, tappa humöret. Man förlorar inte sitt människovärde för att sådant händer – det mesta kan faktiskt repareras på något sätt.

Soteria deltog i ett nationellt forskningsprojekt, ”Fallskärmsprojektet”, och lyckades faktiskt bäst av alla deltagande kliniker med att hjälpa patienterna att återgå till sitt vanliga liv (även om det inte var statistisk säkerställt eftersom grupperna blev små). Kort därefter bestämde landstinget att Soteria skulle stängas. Man behövde inte sådan specialistvård och dessutom blev det för dyrt (fast forskningen visade att krishem blir betydligt billigare i längden). Vi gjorde många försök att diskutera det etiska i ett sådant beslut men förblev ohörda.

Forskning om egna yrkeserfarenheter i psykiatri

De senaste 10-15 åren har jag kommit att alltmer ägna mig åt forskning kring sådant jag har sysslat med. En central tanke har varit att vi människor själva vet mer än vi tror, både om våra problem och om vad som skulle kunna avhjälpa dem. Det gäller också patienterna. Jag har tillsammans med kollegor intervjuat unga psykotiska patienter såväl som långtidssjuka så kallade kroniska patienter. Också

distriktsläkarmottagningens patienter har fått berätta om vad de tänker om sina somatiska problem och analyspatienter har fått ge sin bild av vad som fört dem till analys. Alla har haft en historia att berätta. Tre enkla frågor har lett till timslånga intervjuer som har bandats och analyserats: ”Vad är det för problem du skulle vilja ha hjälp med?” - ”Hur tror du att dessa problem har uppkommit?” Och: ”Hur tror du att de kan avhjälpas?” Lyssnar man bara till vad patienten har att säga, finns det alltid information som vi kan ha hjälp av i vårt arbete. Det finns kunskap som vi inte kan få på annat sätt än att fråga patienten själv. Det är kunskap som man inte får lägga åt sidan och underlåta att använda.

Vår forskning har bekräftat våra tankar om att människor har olika behov som måste bli tillgodosedda för att man skall kunna hjälpa dem. Då menar jag inte de behov som bestäms av läkarna som till exempel injektioner, inläggning och liknande. Människorna som söker vård har olika erfarenheter och olika sätt att handskas med situationer som uppstår. De har också olika personligheter. Vi behöver alla en vård eller behandling som svarar mot våra individuella behov.

I vår senaste undersökning kunde vi se att det fanns två grunddrag som skiljde patienterna i gruppen åt: De som hade problem i relationen till andra människor och som strävade att bli omtyckta och att få mänsklig kontakt. De andra litade mer till sig själva och fann en tillfredsställelse i att vara relativt oberoende, duktiga och kompetenta. Det är klart att skillnaderna var mer eller mindre tydliga men de fanns där. Det är också klart att de därmed hade olika syn på hur terapin skulle kunna hjälpa dem. Man kan inte använda sig av vårdprogram rätt av, som Socialstyrelsen nu förordar, utan man måste i praktiken tillämpa dem på ett mer nyanserat sätt.

¹Det vet egentligen alla kliniskt erfarna inom vården men vårdsituationen har inte mycket utrymme för detta längre.

Polariseringen mellan psykodynamiska och kognitiva terapiformer

Detta för mig mer eller mindre osökt in på något som jag tycker är ett stort problem idag – som nog faktiskt gränsar till det oetiska. Sedan några år har det förts heta diskussioner som har lett till en olycklig polarisering mellan de två terapiformerna – den psykodynamiska och den kognitiva. Denna polarisering är olycklig, eftersom man då man polariserar understryker och förenklar båda sidor och gör dem mer olika än de faktiskt är. Den medför också att man glömmer att olika människor

¹ Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestillstånd* (2010).

behöver olika typer av terapeutiska insatser allt efter deras specifika behov. Båda terapiformernas anhängare menar att deras metoder är till hjälp för de flesta patientgrupperna. Men det har inte stannat där, vilket är illa nog, utan utbildningen på den psykodynamiska sidan har skurits ned praktiskt taget till ett minimum. Psykoterapiinstitutets nedläggning – en verksamhet som länge varit Sveriges enda sammanhållna utbildnings- och forskningsinstitution som också hade en mångårig klinisk verksamhet för hela Stockholm – var ett dråpslag. Ingen utbildning, ingen klinisk verksamhet och ingen fortsättning på det forskningsarbete som man under många år bedrivit där – Rolf Sandell, Johan Schubert, Andrzej Werbart är några av de ledande namnen. Vidare är det ju så att man idag knappast får tjänst inom landstinget som psykodynamiskt orienterad psykolog. Främsta skälet är förmodligen Socialstyrelsen kraftfulla prioritering av den kognitiva terapin.

Det är just detta jag uppfattar som oetiskt: att man på *felaktiga* grunder förordar att psykiatrin i första hand skall erbjuda den *ena* terapiformen framför den andra. Det viktigaste skälet som anges är att psykodynamisk terapi saknar evidensprövning av sina metoder. Evidensprövning skall enligt Cochran baseras på klinisk erfarenhet, patientens egen utvärdering och forskningsresultat. Patientens egen utvärdering undersöks nästan aldrig. Inte heller den kliniska erfarenheten finns med, när socialstyrelsen uttalar sig. Forskning har visserligen gjorts på den kognitiva terapin, men sällan av det slaget som evidenskraven kräver: randomiserade grupper och långtidsuppföljningar som visar om resultaten är hållbara. Man har också ofta använt sig av mätinstrument som inte är allmänt accepterade utan som i regel konstruerats för att mäta det man vill bevisa. Man får resultat som visar att patienterna blivit bättre av terapin men det säger inte så mycket, eftersom man vid upprepade mätningar nästan alltid hittar resultat som säger att patienter blir bättre, till och med efter det att de under en period har stått på en väntelista.

Varför har man på Socialstyrelsen inte tagit reda på vad som faktiskt gjorts i Sverige, men framför allt internationellt, inom det *psykodynamiska* området? Jag fick till exempel nyligen i min hand en sammanställning som gjorts i Tyskland av det Tyska Sällskapet för psykoanalys, psykoterapi och psykosomatik. På 140 sidor redovisas en noggrann genomgång av de psykodynamiska metodernas bakomliggande teorier, en mängd studier både av metodernas ”efficacy” såväl som ”efficiency”, det vill säga då man använt en välkontrollerad design med randomiserade grupper, föreskrivna mätmetoder och manualiserade terapimetoder,

samt det faktum att undersökningen skett under vanliga kliniska förhållanden. Grupper såväl som individualterapi redovisas, resultatens kliniska relevans, de utbildningsmöjligheter som finns för respektive metod, samt hur kvalitetskontroller har utförts.

Men skadan är redan skedd och effekterna är redan synliga. Hur kan Socialstyrelsen (den enhet som skall bidra med såväl kunskap, information och översikt till befolkningen) fortsätta med sin ensidiga information och sina påbjudande rekommendationer? Med psykoanalytikern Jurgen Reeders formulering vill jag kalla detta för ett *odemokratiskt* förfarande², kanske till och med oetiskt, eftersom Socialstyrelsen skall vara en allmän, statlig och opartisk institution. Skadan som skett är att en yrkesgrupp håller på att förlora sina förvärvsmöjligheter och att kunskap som samlats under ett halvt sekel går förlorad. För patienterna innebär det att behandlingsutbudet minskar i en tid där det snarast borde utvidgas så att möjligheten att erbjuda behovsanpassad vård ökar. Dessutom tycker jag att man också skall peka på att den psykodynamiska eller psykoanalytiska kunskapen är väsentlig inom det kulturella området, där medvetandet om ”människans inre värld” är en ständig källa till inspiration. I och med restriktionerna fråntas vi något som tillhör den existentiella sfären som har att göra med vad för slags väsen människan egentligen är.

Ökade insikter

I rättvisans namn skall dock sägas att situationen inte enbart är negativ. Polariseringen har medfört en ökande insikt bland psykodynamikerna att deras metoder i högre grad behöver granskas, definieras och utprövas. Det rådde länge en restriktiv hållning bland psykodynamiska terapeuter till forskning eftersom som menade att om man öppnade upp terapiverksamheten för forskare skulle det innebära störningar i den terapeutiska processen. Man skulle också behöva göra inskränkningar på sekretesskraven som man inte kunde acceptera. Dessutom fanns den åtminstone delvis berättigade uppfattningen att de dimensioner man sysslade med i en terapi var oåtkomliga för forskning.

På senare tid har fler och fler forskare gett sig in på det ”subjektiva” området och hittat spännande och fruktbara infallsvinklar för att klara de utmaningar som psykologisk forskning innebär, bland annat för att handskas med så kallade

² Jurgen Reeder, *Det tystade samtalet. Om staten, psykiatrin och försöken att undanröja det psykoanalytiska inflytandet* (2010).

subjektiva, ”mjuka” data. Man har också kunnat konstatera att patienternas förmenta ovilja mot forskningsinrång egentligen mycket handlat om terapeuternas egen osäkerhet och ovilja att bli granskade. Själv har jag ytterst sällan stött på patienter som vägrat delta om målet för undersökningen redovisats ordentligt.

Sist men inte minst skall nämnas att den tydliga polarisering mellan olika terapiformer också bidragit till, att man blivit mer medveten om att människor har olika behov och förväntningar när det gäller sina terapeutiska kontakter. Det finns människor som inte vill ”gräva i sin barndom” eller se sina problem som uttryck för ”inre konflikter”. Man vill kunna lämna sådant och få hjälp och stöd att ”göra” något konkret åt sin situation. Å andra sidan finns det sådana som har ett behov av att förstå varför det har blivit som det blev och som inte kan acceptera att man inte bara ”är som man är och har de egenskaper man har”. De hoppas att de genom terapin skall kunna få nya perspektiv på sig själva och sin livssituation.

Avslutande reflektion

När jag ser tillbaka på mina år inom psykiatrin, är det mycket som förändrats. Mycket har rättats till för att man har större kunskaper. En del forskning har gjorts och att praktiskt tillämpa det man kommit fram till, är väl det mest etiska som kan göras, när man är osäker och inte vet tillräckligt inom sitt område. Men här skall ändå sägas att forskningen inom psykiatriområdet har varit ganska ensidig och mycket återstår när det gäller psykologiska faktorer.

Gränserna mellan bristande etik, okunskap och otillständiga konkurrens- och maktbehov är svåra att identifiera men kanske just därför måste vi fortsätta att ständigt vara kritiskt granskande, samtidigt som vi måste vara öppna för att själva bli granskade.

Referenser: Peer reviewed international publications

- Levander, S., & Werbart, A. (2003). Different views of a psychotic breakdown: Complementary perspectives of a bewildering experience. *Psychoanalytic Psychotherapy, 17*, 163–174. doi:10.1080/1474973031000105311
- Levander, S., & Werbart, A. (2012). Personality related responses to the psychoanalytic process: A systematic multicase study. *Psychoanalytic Psychology, 29*, 1–16. doi:10.1037/a0024713
- Werbart, A., & Levander, S. (1998). La construcción de significado y las teorías privadas de la patogénesis y la cura. *Revista de Psicoanálisis, 55*, 767–768.
- Werbart, A., & Levander, S. (2005). Understanding the incomprehensible: Private theories of first-episode psychotic patients and their therapists. *Bulletin of the Menninger Clinic, 69*, 103–136. doi:10.1521/bumc.69.2.103.66507

Werbart, A., & Levander, S. (2006). Two sets of private theories in analysands and their analysts: Utopian versus attainable cures. *Psychoanalytic Psychology, 23*, 108–127. doi:10.1037/0736-9735.23.1.108

Werbart, A., & Levander, S. (2011). Vicissitudes of ideas of cure in analysands and their analysts: A longitudinal interview study. *International Journal of Psychoanalysis, 92*, 1455–1481. doi:10.1111/j.1745-8315.2011.00485.x

Werbart, A., & Levander, S. (2015). Fostering change in personality configurations: Anaclitic and introjective patients in psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology, 32*(4). (In print) doi:10.1037/pap0000022

Personförteckning

Berggren Bengt, 10, 12
Goldkuhl Erik, 6, 7
Norén Lars, 11
Reeder Jurgen, 22

Sandell Rolf, 21
Schubert Johan, 21
Werbart Andrzej, 21
Wibaeus Mary-Ann, 8