

# Psykoterafin inom psykiatrin.

## Ett livshistoriskt perspektiv

*av Clarence Crafoord*

*Anförande vid S:t Lukasdagarna 21 november 2008*

I dagarna har presenterats en intressant metastudie över psykodynamisk långtidspsykoterapi<sup>1</sup> som visar att denna terapiform är med övertygande evidens överlägsen andra kortare terapiformer när det gäller kroniska psykiatriska tillstånd och vid personlighetsstörningar som borderline. Studien refererades i New York Times<sup>2</sup> som rätt uppseendeväckande, inte kanske för sina resultat som knappast antogs förvåna någon psykoanalytiker utan för att den publicerades i den ansedda *medicinska* tidskriften JAMA, Journal of the American Medical Association. Denna tidskrift brukar vara fylld av strikt organmedicinska rapporter om framsteg inom det inremedicinska området. När

---

<sup>1</sup> Leichsenring, F & Rabung, S: Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy. A Meta-analysis. *JAMA*, oct.1, 2008, vol 300, nr 13, 1551-1565.

<sup>2</sup> Psychoanalytic Therapy Wins Backing. *The New York Times* 30 sept, 2008.

jag läste detta referat kom jag att tänka på den tidvis ilska debatt om psykiatri som då och då återkommer i *Läkartidningen*.

Det gångna året har jag i detta läkarnas eget kårblad kunnat följa en hätsk debatt om psykiatriens ämnesområde, där olika psykiatriska företrädare framfört i skilda inlägg hur psykiatri främst är en vetenskap om hjärnans sjukdomar och att alla psykiska störningar har sin lokalisering i centrala nervsystemet och dess fysiologi och kemi. Hjärnan betraktas som ett organ som andra som börjar bli alltmer väl kartlagt och numera också kan avbildas i flera dimensioner. Psykiatriens debattörer hävdar att eftersom psykiatri är lika med neurovetenskap ska man inom psykiatri inte syssla med allehanda personliga problem eller sorger<sup>3</sup>. Psykiatriens avgränsning är hjärnans sjukdomar och ska alltså ägnas det kvantifierbara och mätbara där det viktigaste är att fastställa diagnoser som i de gängse klassifikationssystemen som DSM IV blir alltmer utförliga och till synes exakta. Den ultimata drömmen verkar vara att i tre dimensioner avbilda hjärnans vindingar med hopp om att depressionen, ångesten eller fobierna ska avteckna sig i bild eller att på prydliga grafer återge transmittorsubstansernas nivåer i olika skikt. Många invändningar restes i debatten i *Läkartidningen* denna höst, inte minst från psykodynamiska företrädare som framhöll att man höll på att förlora sin själ om man inte inkluderade psykoterapi och den själsliga

---

<sup>3</sup> Se bl.a. Isacson G. Psykiatri är en medicinsk specialitet - punkt! *Läkartidningen* 2008;105:1120.

dimensionen i det psykiatriska arbetet. Det intressanta med just den här debatten var kanske inte att de olika ”skolorna” inom psykiatrin ställdes mot varandra, det har hänt otaliga gånger tidigare på ett närmast fruktlöst sätt. Det intressanta med den här omgångens ordväxling var att en kirurg, en vanlig kliniskt arbetande kirurg, tog till orda och med höjda ögonbryn uttryckte sin förvåning över det sätt på vilket de psykiatriska kollegerna genom att ensidigt hävda neurovetenskap och hjärnabbildning frånhänder sin specialitet det som han för sin del från kirurgisk utgångspunkt hade förväntningar på psykiatrin att vara experter på, nämligen frågan hur mänskliga problem och sociala svårigheter i livet tar sig uttryck som psykiska symptom och hur kroppsliga olyckor eller åkommor tar sig psykiska uttryck som depression eller ångest. Är inte psykiatrer experter på detta? Är det verkligen så att psykiatrin vill avhända sig expertisen på dessa områden? Vart skall då den lidande allmänheten med en kombination av somatiska och psykiska lidanden vända sig?<sup>4</sup>

Psykoterafin inom psykiatrin har alltså plötsligt fått stöd från oväntat håll, nämligen från de discipliner som vanligen håller sig till de strikt kroppsliga åkommorna. När jag har betraktat psykiatrins utveckling under de senaste årtiondena och insett hur man alltmer avlägsnar sig från psykoteraapeutiskt tänkande och numera helt avfärdar psykoanalysen som ovetenskaplig så har jag

---

<sup>4</sup> Petersson C. Har psykiatrin med psyket att göra? *Läkartidningen*. 2008;105:2187. □

tänkt: Psykiatrin tycks aningslöst vilja göra sig av med just det som ligger i själva ordet: själsläkekonst. Mycket riktigt söker man inom disciplinen byta ut ordet psykiatri och psykiatrisk mot neurovetenskap och neurovetenskaplig. Det är som om själva ordet *psyke* skulle utmönstras och ännu värre är det med ordet *själ* – som Freud gärna använde – själen hör inte hemma inom människovården, den kan överlämnas till andligheten! Också den etik eller det *etos* (Jurgen Reeder)<sup>5</sup> som finns i de psykodynamiska grundvärderingarna för mänskliga möten har förtunnats i den evidensfundamentalism som kommit att föra fram de kognitiva terapimetoderna på bred front inom psykiatrin.

Mig har det både beklämt och förvånat som känner igen den envisa kropp- eller-själ diskussionen alltsedan min studietid på femtioalet, då jag bestämde mig för att bli läkare, inspirerad inte minst av mina föräldrar som i dopet gav mig namnet efter en världsberömd hjärtkirurg, en skicklig tekniker inom kirurgin, men samtidigt en sant humanistisk person som spelade stråkkvartetter och som talade med sina patienter.

Låt mig delge några vinjetter från min medicinska uppväxt och personliga väg genom psykiatrin.

Jag tror mig kunna påstå att jag redan när jag började läkarutbildningen hade ett slags vag psykoanalytisk livsåskådning, grundmurad genom studier av psykoanalytiska skrifter redan under tonåren samt befästa under oppositionella

---

<sup>5</sup> Reeder, J: Att synliggöra den psykoanalytiska erfarenheten. *Divan* 3-4: 50-64, 2007.

diskussioner under gymnasietiden med Pehr Henrik Törngren, en avfallen psykoanalytiker som var min lärare på en kurs om personlighetstyper vid Stockholms universitet. Han hade övergivit psykoanalysen för att ägna sig åt Sjöbrings personlighetslära med rötter i Ernst Kretschmers mer behavioristiska psykologi. Tiden var 1951-52. Jag påbörjade medicinstudierna med en psykoanalytiskt grundad nyfikenhet i mig och med tanken: människans beteenden och uttryck måste ses i sitt psykologiska och främst känslomässiga sammanhang.

I medicinstudiernas första möten med patienter var mitt intresse mindre de organiska sjukdomarna och mer vilka människorna var som jag mötte, vilken historia de hade och hur de olika sjukdomarna påverkat deras liv. Min syn på de olika specialister som var mina medicinska lärare på olika nivåer blev därför övervägande kritisk. Hur tilltalade de människor, hur lyssnade de till människors klagomål, hur kunde de som erfarna kliniker undgå att se bortom de rena utfrågningarna av patienternas symptom? Jag ställde mitt hopp till psykiatrikursen men den visade något liknande med vissa undantag – det ena undantaget var Bengt Berggren på SöS det andra Nils Haak på St Görans psykklinik. Jag återkom hit under min utbildning till psykiater och han blev min handledare i psykoterapi. Jag lärde mig att en psykoterapeutisk hållning kan fånga viktiga skeenden också i korta möten, speciellt i akuta situationer. Inte minst Bengt Berggren visade påtagligt detta under sin handläggning av akuta jourfall som jag hade möjlighet att följa under psykiatrikursen på

Södersjukhuset för femtio år sedan. Han urskilde och förebyggde såväl utageranden, våldsytringar som känslomässiga utspel och förförelse genom att rätt avlyssna patienterna. Den psykologiska tysta kunskapen, förvärvad genom psykoanalytiska insikter och psykoterapeutiskt vardagsarbete gav honom en psykologisk fingertoppskänslighet i handläggningen av enskilda fall, inte minst i akutpsykiatrin. Detta var årtionden före alla skattningsskalor och checklistor i psykiatrisk praxis.

En av mina kamrater på kursen 1959 var Johan Cullberg<sup>6</sup> och vi kom sedermera att bli kolleger hos Nils Haak och hade båda starka beröringspunkter i till exempel vikten av att just integrera den psykodynamiska psykoterapin i den psykiatriska vardagen. Vi arbetade i början av sextiotalet på St Görans nyetablerade psykiatriska klinik och förutom vårdavdelningar fanns här också en psykiatrisk poliklinik som förestods av psykoanalytikern Nils Haak, legendarisk för sin tid. Han föreläste om psykoanalysen för medicinarna och var en psykodynamisk mentor för många generationer studenter. Han blev också handledare för mig och Johan och vår kollega Bo Larsson och medverkade till att vi alla sökte oss till psykoanalytikerutbildningen. I Stockholm fanns vid denna tid då psykoanalytiker vid de tre stora psykiatriska klinikerna, Södersjukhuset, där också Imre Szecsödy var verksam och vid Karolinska Sjukhuset där analytiker som Elisabeth Kahan, Karin Stenstedt och så

---

<sup>6</sup> Cullberg, J. (2008): *Mitt psykiatriska liv*. Natur och Kultur, Stockholm.

småningom Margareta Falk verkade, Dessutom fanns den psykoterapeutiskt orienterade förra direktorn för Lukas Curt Åmark som klinikchef på Långbro som ännu var ett mentalsjukhus med fyra kliniker. En av dem förstods f.ö. av Torsten Herner som skrivit böcker om sin speciella form av psykoterapi med psykospatienter. På en av enheterna på Långbro arbetade Iréne Matthis, sedermera psykoanalytiker och författare till flera böcker.

Detta var 1960-talets optimistiska och expansiva tid. Landstingen hade pengar och var redo att bygga ut och pröva nya vägar. Samtidigt fanns en kritik mot de stora slutna psykiatriska institutionerna och Johan Cullberg och jag själv ivrade för att mer integrera det psykoterapeutiska tänkandet i hela psykiatrin, inte bara inom öppenvården och enstaka öar av den slutna vården som präglades av medicinska metoder, den tidens psykofarmaka och ECT. Behandlingen borde innebära ett psykologiskt bemötande från början och därefter kontinuerligt bedrivs inom både slutna och öppen vård. Inläggningar och heldygnsvård skulle kunna undvikas, familjeorientering och socialt samarbete kunde kanske byggas in i verksamheten. Vid den här tiden, 1967-68 verkade den dynamiske Bengt Berggren som överläkare på Långbro och där fanns även den sedan tragiskt bortgångne Christer Båge. De for båda fram inom den gamla mentalsjukvården som nybundna kvastar, var och en sopande på sitt vis. Den rastlöse Bengt Berggren flyttade snart till Ulleråker där stora delar av sjukhuset stod inför nedläggning. Han lanserade då idén om att starta ett helt nytt psykiatriskt projekt i Nacka som tidigare ingått i Ulleråkers upptagningsområde.

Bengt Berggren frågade mig under den tidiga planläggningen om jag ville vara med, men jag var då redan på väg till ett eget projekt i Luleå.

På sitt okonventionella sätt pläderade Bengt Berggren inför beslutfattarna för projektet som skulle bygga på att man rev murarna mellan öppen och slutenvård och därmed integrerade det psykoterapeutiska bemötandet i all vård. Hans drastiska modell var ”den psykiatriska korven”<sup>7</sup> där enligt den gamla sjukhuspsykiatrin allt stoppades in så att korven blev jättetjock på mitten, ja sprickfärdig av resurser in i den slutna vården innanför korvskinnet. Så klämde Bengt korven på mitten så att ”resurserna” pressades ut i ändarna – inom öppna vården och det som nu kallades eftervården – och Bengts modell förebådade den sektoriserade psykiatrin, uppdelning av upptagningsområdena i överblickbara sektorer, där verksamheten skulle bedrivas av psykiatriska team där samtliga medarbetare skulle ha en minimal psykoterapeutisk kompetens och besjålas av samma kultur. Detta beforskades därtill, och forskningsledare blev Johan Cullberg. En annan vida använd kulinarisk metafor var Bengts sätt att beskriva resursfördelning, nämligen ”marmeladsmörgåsen” – om man har en liten klick marmelad så kan man lägga den på ett hörn av smörgåsen så åtminstone det hörnet smakar marmelad, men breder man ut klicken på hela smörgåsen så smakar den inte marmelad någonstans. Med den här sortens argument fick han

---

<sup>7</sup> Återgiven i Crafoord, C. (1987): *Den möjliga och omöjliga psykiatrin*. Natur och Kultur, Stockholm.



resurser till det som först kallades Nackaprojektet och sedermera Nacka-Värmdö psykiatriska sektor. Det var en psykiatri inspirerad av psykoterapeutiskt tänkande.

Tidsandan vid slutet av sextioalet präglades av ungdomsuppror och studentrevolt som innehöll en stark framtidstro och båda delarna fanns i den psykodynamiska hållningen grundad på utvecklingspsykologi och dialog med samhället. Tidsandan var också framtidsoptimistisk och radikal. Inom den psykoterapeutiska och analytiska utbildningen kom också nya idéströmningar vid denna tid.

Under 1960-talet fanns i tidsandan också ett slags förening av politisk radikalism och psykoterapeutiskt tänkande i idéerna om ett terapeutiskt samhälle inom ramen för institutionspsykiatrin. Sjukhuset skulle vara ett samhälle i miniatyr där gruppterapier och sysselsättningar bedrevs med ett slags självstyre med stormöten och yttrandefrihet som också hade ett psykoterapeutiskt och utvecklande mål. Terapeutiska miljöer och terapeutiska samhällen blev en sätt att tillämpa psykoterapi med annars hospitaliserade psykiskt sjuka och störda individer. Principerna presenterades redan 1968 i en bok som redigerades av Christer Båge och Göran Ahlin: *Miljöterapi – gemenskap och behandling* hette boken<sup>8</sup>. Den psykodynamiska psykoterapins principer legerades med tankar om självbestämmande och respekt för alla människors lika värde. Själv kom jag

---

<sup>8</sup> Ahlin, G & al.(1968): *Miljöterapi – gemenskap och behandling*. Aldus, Bonniers.

att pröva tillämpningen av miljöterapi vid Fruängens Dagsjukhus som för övrigt också var en av Bengt Berggrens nyskapelser. Här kom jag i kontakt med borderlinebegreppet och borderlinestörda patienter helt enkelt därför att de samlades på den här enheten, tillräckligt välfungerande för att sova i eget boende men alltför störda för att klara livet utanför. Mina erfarenheter av borderline resulterade i monografen *Borderlinepersonligheten* (1971) och en artikel i *Läkartidningen* om psykoterapi vid Dagsjukhuset med titeln ”Grundtrygghet och konfrontation” (1973). Det är med ett igenkännande leende jag nu, 35 år senare, återfinner liknande tankegångar, utgångna från vidareutvecklade psykoanalytiska utgångspunkter i vad som kallas ”mentaliserings” i program för borderlinepatienter från Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge och dess MBT-projekt.<sup>9</sup> Det jag på 1970 talet kallade ”Grundtrygghet och konfrontation” 1973 och diskuterade i ”En bok om borderline” 1986 dyker upp i ny skepnad, med nya ord och nya profeter. Det viktigaste, när det gäller denna form av mentaliseringsbaserad psykoterapi, tycks mig vara den långsiktighet i uppläggningsen som är grundläggande för dessa patienter, något som nu också har bekräftats i den metastudie som jag nämnde i början.

---

<sup>9</sup> Rydén, G. & Wallroth, P. (2008): *Mentalisering. Att leka med verkligheten*. Natur och Kultur, Stockholm.

Min egen utvecklingsväg kom under 1970-talet via mitt envisa fasthållande vid psykoanalysen som värdegrund att vidgas till ett än mer samhällligt perspektiv genom studierna av E. H. Erikson och Winnicott. Att med dessa erfarenheter bli privatpraktiserande analytiker verkade inte så lockande. Min fråga löd ungefär: ”Hur kan det psykoanalytiska tänkandet vidgas utanför det trånga analysrummet?” Samtidigt fanns i tiden ett ifrågasättande av all psykiatrisk verksamhet. Antipsykiatrin var en extrem rörelse i England som växte fram ur miljöterapi<sup>10</sup> och en husbibel var Thomas Szasz’ kontroversiella bok ”Psykisk sjukdom – en myt.”<sup>11</sup> Psykiatrin och psykoterapin inom psykiatrin ifrågasattes inom olika läger. RSMH hade just bildats och R-förbundets olika psykiatrikritiska skrifter började komma ut.

En förgrundsgestalt bland de äldre analytikerna kom att bidra till min hållning och utveckla ytterligare ett psykoanalytiskt synsätt. Detta var Carl Lesche<sup>12</sup>. Hans sätt att lågmält inta en extrem hållning avseende psykoanalysens vetenskapsteoretiska status berörde mig starkt. De diskussioner om analysen som hermeneutisk och kvasinaturvetenskaplig med främst ”kunskapsmål” till skillnad från ren hermeneutik respektive manipulativ naturvetenskap som

---

<sup>10</sup> Cooper, D. (1967): *Psychiatry and Anti-Psychiatry*. Tavistock, London. Sv.övers.

*Psykiatri och antipsykiatri*. Aldus, Bonniers, Stockholm, 1970.

<sup>11</sup> Szasz, T. *The Myth of Mental Illness*. Harper & Row, New York.

<sup>12</sup> Lesche, C (1971): Om psykoanalysens vetenskapsteori. *Häftet för kritiska studier*, nr 5.

medicinen som har "hälsomål". "Int' bekymrar vi oss om hälsan," tycker jag mig höra hans röst säga. Detta hade för mig en paradoxal verkan – en uppmaning att släppa den visionära ambitionen att bota världen och i stället lyssna till den, att inte påverka men låta sig påverkas.

Det var ändå med Lesches tankegångar i bagaget som jag anträdde min fortsatta psykiatriska bana. Det var tidigt 70-tal och familjeterapeutiska profeter från USA kom till Sverige där de verkade finna obrukat land. Namn som Walter Kempler, Salvador Minuchin, Virginia Satir väcker säkert minnen hos er med lång erfarenhet.

Lesches snustorra akademiska stil överröstades nu i mitt inre av det emotionella och omtumlande mötet med psykodramatiker och gestaltterapeuter som ganska brutalt ruskade om deltagarna i dessa familjeterapeutiska seminarier. De som var med minns nog hur psykiatrin men främst barnpsykiatrin skakades om, och jag tror att en stor förändring av synsätt inleddes av detta uppvaknande eller ska man säga förförelse som drabbade det barnpsykiatriska och psykiatriska Sverige. Det fanns också en politiskt förändrad strömning som påverkade oss och för många förde till livsomkastningar, skilsmässor och etablerandet av nya strukturer i vården – en del utagerande, annat genuina förändringar. Denna period blev för mig omtumlande och inte så lite skrämmande. Allt nytt under diskussionerna och gestaltningarna i psykodrama och familjeterapi, alla omtumlande politiska debatter om samhällets del i den psykiska ohälsan bubblade inom mig inför en

situation av ställningstaganden, ett slags vändpunkt i livet. Min dittillsvarande världsåskådning splittrades i motstridiga beståndsdelar och jag hade dessutom en begynnande egen vision att tillsammans med en grupp medarbetare föra samman psykiatri, familjeterapi och samhällsengagemang, kanske en vag radikal politik på en och samma gång. Jag var uppfylld av att skapa något tillsammans med min nya hustru Karin Crafoord som hade liknande idéer. Samtidigt förvirrades jag av att stå i begrepp att lämna tidigare familj, borgerligt liv med vovve, villa och barn, att bryta upp från det fundament som jag skapat i mitt yttre liv och som i många hänseenden var en kopia av min barndoms bunker. I min inre smältdegel kom dock min identitet som psykoanalytiker att bilda kärnan i den terapeutiska hållning som var drivande i en vision av att skapa ”en ny psykiatri”. När så ett erbjudande kom från övre Norrland som jag sommaren 1970 besökt på en upptäcktsresa till Västerbottens inland och Storforsens strömmande vatten, så spirade visionen av ett nytt liv, en pionjärgärning som väntade långt borta i en nordlig avkrok. Jag insåg under norrlandsresan att Luleå var en stor stad utan någon psykiatri alls, ingen mottagning, ingen personal, ingen verksamhet. Det moderna ordet utmaning var inte uppfunnet, men detta blev för oss en oanad utmaning. Här låg vårt verksamhetsfält obrutet och väntade på oss. Vi kände oss nästan som Karl Oskar och Kristina när vi hade upptäckt det här nya landet. Rusiga av alla brusande visioner och i perspektivet av en livsgärning planerade vi *Psykiatriska Verksamheten i Luleå* och i den planeringen var det den psykoanalytiska

grundsynen som präglade det organisatoriska arbete som nu vidtog. Vår verksamhet skulle vila på idéer om familjeorientering och psykoterapi och basen skulle vara det psykoanalytiska tänkandet om den omedvetna motivationen, utvecklingspsykologin, insikten om överföring och motöverföring et cetera. Vidare skulle de samhälleliga instanserna informeras och dras in i ett samarbete i samma anda, och personal skulle anställas och entusiasmeras. Jag skulle kunna uttrycka det så att jag i detta intensiva skede bars av ett nästan förblindande psykodynamiskt perspektiv på allt – samtidigt som jag knappast hade någon insikt om den oerhörda omnipotens som uppfyllde oss. Vi fick mandat att anställa folk, vi erbjöds idealiska lokaler, anställningsintervjuer omväxlade med granskning av inredningsritningar och inköp av möbler och utrustning. Vår entusiasm smittade av sig på olika medarbetare och, tyckte vi, på själva Luleå som vi snart upptäckte fortfarande var en nybyggerstad, allt expanderade i tidigt sjuttital, drömmarna omkring ett nytt jättelikt industriprojekt berusade hela kulturen häruppe. Stålverk 90 var under vardande, midnattssolen skimrade i övre Norrland och vi befann oss mitt i detta som i ett eget smältverk. Men snart väntade ett smärtsamt uppvaknande, både för stålverksdrömmarna och för oss som arbetade med den tillämpade psykoterapin. Vi hade fått möjlighet att anknyta en oberoende forskning kring Psykiatriska Verksamheten i Luleå. Fyra år senare kom forskningsrapporten som innehöll en delvis svidande kritik av

vårt bristande samhällsengagemang och att det psykoanalytiska synsättet hindrade oss att se samhällsproblemen<sup>13</sup>. Det var smärtsamt. Vi hade känt oss som samhällsengagerade pionjärer men betraktades av den utifrån kommande forskning vi själva initierat som ett slags svikare. Vi trodde oss radikala men drabbades av en rallarsving från oväntat håll.

Jag vill beskriva denna tidsbild som en vinjett till vad som i sin efterföljd kom att se de stora förändringarna inom psykiatrin med andra försök till samhällsorientering i en tid då många psykoanalytiker gav sig ut på fältet som handledare och drivande krafter inom psykiatrin. Den sektoriserade psykiatrin lanserades i stora delar av landet med en bred övergång av arbetet från slutna sjukhusvård i ofta stora institutioner till öppen vård med integration i det vanliga samhället som mål. Betoningen av de strukturella samhällsfrågorna kom i stor utsträckning att överskylla den individuella vården och bemötandet av de enskilda patienternas problem. Tanken var liksom i Bengt Berggrens vision att omfördela de ofantliga resurserna som låsts in i de på den tiden gigantiska institutionerna, men i själva verket beslöt sjukvårdspolitikerna om stora besparingar med omfördelning av resurser från vad som kunde ha blivit en öppen vård med goda resurser för det personliga och psykoterapeutiska bemötandet. Nu blev personalresurserna knappare medan tillströmningen av patienter ökade. Detta kom att skapa jordmånen för en till synes effektivare och

---

<sup>13</sup> Eliasson, R & Nygren, P. (1974): *Psykiatrisk verksamhet 1 och 2*. Prisma, Stockholm.

mer medikaliserad vård med hård lansering av nya generationer psykofarmaka under 80- och 90-talet. Erfarenheterna från Luleå blev ovärderliga, och motvilligt tog vi till oss den kritik om bristande bredd och trots allt en exklusivitet som var resultatet av vår ensidiga satsning på frivillighet och psykoterapi. Tillfrågade om ett projekt i Blekinge för att omorganisera vården som dittills varit förankrad i det stora mentalsjukhuset Gullberna till sektoriserad psykiatri blev en ny möjlighet att gå ut på ett nytt ”obrukat” arbetsfält.

Förändringens vind hade blåst över landet. Sektoriseringen var nu, i början av 1980-talet, vad som spreds inom psykiatrin i Sverige. Vi hade varit pionjärer i Luleå, under en tid var alla pionjärer. I korthet kan sägas att entusiasmen från Norrbotten hade förbytt i mer eftertanke och arbetet präglades mindre av omnipotens och mer av integrerad erfarenhet av vad som är möjligt att genomföra. Närhet till samhället och samverkan var viktiga principer och i grunden sökte jag som chef förmedla en psykdynamisk ideologi. Den psykoanalytiska värdegrunden upplevde jag som något som jag införlivat som tyst kunskap, först och främst i arbetet med den psykiatriska praktiken, däremot mindre genom tillämpad psykoanalytisk psykoterapi.

Men den sektoriserade psykiatrins spridning kom sig nog främst genom att sjukvårdsadministratörer och politiker såg möjligheterna i vad de med ett mystifierande uttryck kallade ”utveckling inom krympande ramar.” Visionen av en ”psykoterapeutisk kultur” som vi lanserade i Luleå kom av sig. Medarbetarna i Blekinge var så många flera och på så olika nivåer att det som avsetts vara en



”psykoterapeutisk kultur” blev en mängd kompromisser med läkemedelspsykiatri, den nya diagnostiken och gammal hederlig praktisk psykiatri. Den princip som vi i Blekinge lanserade med de små, överblickbara sektorerna på cirka 30.000 invånare finns dock fortfarande kvar, så att fördelarna med tillgänglighet och kontinuitet gav det psykoterapeutiska förhållningssättet goda möjligheter.

I centrum för det psykiatriska arbetet var nu det psykiatriska teamet med fördelning av patientarbetet, konsultverksamhet och egna terapipatienter. De två specialistläkarna i varje team ansvarade för både den öppna vården och de till teamet knutna fåtaliga sjukhusplatserna. Mottot för arbetet i Blekinge var att samma vårdkultur skulle råda i både sluten och öppen vård. Arbetet i teamen var hårt men varierande med en hel del hembesök och kontakter med kommunens verksamheter. Pionjärandan i det som ännu kallades ”den nya psykiatrin” gav lust och gnista i arbetet. Tid ägnades också åt fortbildning och handledning som präglades av en psykoterapeutisk värdegrund. Denna terapeutiska värdegrund lanserades redan från början i arbetet och formulerades ungefär på följande vis: ”Viktigast för människors psykiska hälsa är känslan av tillhörighet och kontinuitet. Patientbemötandet och behandlingen går ut på att förstå och bedöma tillsammans med patienterna var och hur de kommit vilse. Teamet planerar en behandling med samma plan inom både öppen och sluten vård. Medicineringen anpassas efter psykoterapeutiska överväganden.”

Ungefär så lät visionen för ledarskapet i de olika teamen. Att en möjlig linje för arbetet låg klar bidrog i hög grad till lusten och framgången i arbetet. När en enkät gjordes om omfattningen av tvångsåtgärder, patientnöjdhet och kostnader i början av nittioalet låg Blekinge på första plats i landet<sup>14</sup>. Många tillskrev detta den sammanhållna och konsekvent genomförda vårdidén med små, överblickbara enheter samt en humanistisk vårdkultur.

Tio, femton år efter sektoriseringsvågen kom helt andra krafter att dominera och en annorlunda psykiatri växte fram med återgång till större enheter för subspecialisering, mer naturvetenskapliga evidenskrav, medicinska strukturer och neurovetenskaplig propaganda för hjärnskadesyndrom, diagnostisk knappologi, skattningsinstrument och en alltmer tydlig hyllning av s.k. evidensbaserad behandling. Mycket av detta raserade sektoriseringsidéerna och utgjorde helt nya och för mig främmande synsätt. Med kraven på evidensbaserad behandling följde inom den medicinska och psykiatriska vården i landet successiva förändringar som jag skulle vilja kalla en evidensfundamentalism som banade vägen för alla de olika beteendefokuserade behandlingsmetoder som kallades kognitiva i olika sammansättningar. Den betoning av livshistoria och klagörande av hur patientens lidande kan vara ett uttryck för hans eller hennes plats i sin egen historia och i sitt sociala

---

<sup>14</sup> Psykiatriutredningen, 1995.

sammanhang tonades ner. I fokus kom nu symptomet och dess hantering och avbetingning. Också den personliga relationen till behandlaren som tidigare varit i fokus tonades ner. Från att ha varit den lyhört lyssnande har behandlaren blivit den först utfrågande, därefter vägledande och den som vet och kan ge patienten anvisningar. Behandlingstiderna kortades och effektiviteten lovordades och beforskades. Kognitiva terapier kom på modet och genomfördes för patienterna som kategoriserades enligt alltmer noggranna klassifikationssystem. Den senaste versionen av DSM IV lär innehålla bortåt 400 skilda psykiatriska diagnoser, var och en med sin nummerkod. Diagnostiska begrepp som neuroser, försvar, narcissism utmönstrades alltmer till förmån för alltmer beskrivande diagnostik med utmejsling av syndrom och utan antydning om dynamisk bakgrund.

Den psykoterapeutiska kultur kring vilken vi under blekingetiden sökte forma all vår behandling kom på många håll i landet att ersättas av ett förnyat medicinskt tänkande med de nya rönen kring depression och suicidproblematik i fokus. De nya SSRI-preparaten gjorde sitt segertåg och en ny tilltro till psykiatrin som i första hand en medicinsk disciplin kom i förgrunden.

Ute i samhället i stort hyllades nu beteendemodifikationens principer och många yngre personer utbildades i denna nya psykoterapeutiska metod vars resultat imponerade genom att det var möjligt att bedriva forskning enligt en evidensskapande forskningsmodell. Behandlingen var kortare, resultaten snabba och uppföljningstiderna inte så långa. Forskningen kunde alltså snabbt visa upp

resultat som imponerade. Idrottspsykologin hade länge tillämpat dessa metodiker för att klargöra hur man först i positivt tänkande kan visualisera sitt höjdhopp för att sedan i positiv anda kunna genomföra vad man lärt hjärnan att i fantasin utföra. I fokus kom sådant som alla psykiatriska patienter haft svårigheter med, självbilden och självkänslan. Man stärker självkänslan och förbättrar självbilden genom att stärka positivt tänkande, så lär hjärnan om. Slagordsmässiga rubriker sattes nu till självhjälpböcker och manualiserade anvisningar för bedrivandet av de nya formerna av terapi: ”vem är det som bestämmer i ditt liv?” Förkortningar som KBT, DBT, och MBKT visar på utvecklingen av allehanda terapiformer som alltmer erövrar terräng från den livshistoriska psykodynamiska behandling som tidigare varit dominerande. Metoderna lyfter fram ord som att lära sig hantera sitt liv, styra sina tänkesätt och genom övningar förändra tankemönster. Psykoanalysens betoning av att söka meningssamband och omedvetna föreställningar som avtecknar sig i överföring, drömmar eller felhandlingar har försvunnit. Jag kan reflektera över hur terapiformernas successiva starkare betoning av att hantera, manipulera och förändra mönster avspeglar ett samhälle som alltmer betonar kroppskontroll, social kompetens, smartness och sociala strategier för att hantera problem och allt mindre betonar reflexion, begrundan eller nyfikenhet på det irrationella.

Våra tankemönster avspeglas inte i den komplicerade livshistorien utan förutsätts följa vägar som inlärts enligt banor och mönster i hjärnan snarare än i

den personliga berättelsen. Beteenden som är irrationella eller oönskade kan genom övningar arbetas bort.

Dessa skeenden börjar nu också kunna avbildas i sofistikerade medicinska apparater som visar upp hjärnan på ett hittills oant sätt. Dessa nya avbildningsmöjligheter liksom de biokemiska fynd som parallellt härmed bekräftade att själen sitter i hjärnan kom psykiatrin till del som ett slags prestigehöjare i den medicinska världen som i sina centrala delar i all modern tid satt sin tillit till alltmer tekniskt avancerade och utstuderade apparater. Apparatänkandet från min ungdoms medicinstudier var tillbaka i nya former. Psykiatrin, själsläkekonsten, som jag ville ägna mig åt tycks på ett par årtionden har förtvinat. Sektoriseringen kom att anses opraktisk då de specialiserade diagnoserna och mätapparaterna krävde en långtgående subspecialisering och därmed större upptagningsområden som till en början kallades sektorer för att ordet sektorsklinik hade fått en hoppfull klang och ett gott rykte i befolkningen. Psykoanalysen avfärdades liksom den psykoanalytiskt orienterade psykoterapin och den förvisades till avskilda specialenheter tills vidare. I mina ögon hade arbetet i psykiatrin alltmer förlorat sina sammanhang och förgreningar i samhället som min generation fann så spännande. Psykiatrin verkade ha förtråkligats.

Själv hade jag under de decennier då dessa sorgliga förändringar spreds börjat med två helt i sammanhanget aparta projekt. Det ena var ett projekt vid Psykoterapiinstitutet med närstudium av personlighetsstörda patienter i

långtidspsykoterapi som presenterades i boken *På lång sikt* 1999<sup>15</sup> och som lanserade tanken att dessa vilsna människor främst led av en relationspatologi och att de skulle må väl av en långvarig behandling i en relation med en kontinuerlig målsättning att i terapin utveckla relationen som i patienternas historia hade kränkts eller varit alltför besvikande.

Det andra projektet var det i tiden till synes helt malplacerat, nämligen att åter lansera Freuds skrifter i en välöversatt och kommenterad ny utgåva<sup>16</sup>. Detta jätteprojekt är nu efter femton år nästan slutfört och på vägen händer något intressant. Ett av de tjocka banden, Freuds fallstudier, kom ut som Månocket och slutsåldes snart i stor upplaga. Originalutgåvan som vi gett ut, slutsåldes därefter snabbt, trots att den var tio gånger dyrare. Freud lever trots allt i människors medvetande och tanken att livet har en mening i ett sammanhang finns därute och borde intressera också en psykiatri som har alltmer fjärrat sig från de etiska och humanistiska idealen och blivit en neurovetenskaplig gren som i sina extremformer hävdar att människan är en maskin. Att betrakta människan som en apparat är förtråkligande eftersom människan främst är intressant så länge hennes längtan, begär, strävan, besvikelser och glädjeämnen

---

<sup>15</sup> Crafoord, C, (1999): (Red). *På lång sikt. Fem fallstudier av tidig personlighetsstörning i långtidspsykoterapi*. Natur och Kultur, Stockholm.

<sup>16</sup> Freud, S. (1996-2008): *Samlade skrifter I-XI*. Utg. av Clarence Crafoord, Lars Sjögren och Bengt Warren. Natur och Kultur, Stockholm. Band XII under utgivning.

tas i betraktande i alla de relationer som ett liv innehåller och som i en psykodynamisk psykoterapi träder in i terapirummet. Långtidspsykoterapin måste kunna rymmas i psykiatrin i denna mening, och jag har en gång i tiden föreslagit att alla medarbetare inom en psykiatrisk enhet ska ha en långtidsterapi kontinuerligt pågående, helst under handledning. Nu finns alltså även den omdiskuterade evidensen dokumenterad att just långa psykodynamiska psykoterapier som omfattar minst 50 sessioner och löper över minst ett år är överlägsen alla andra terapiformer vid kroniska tillstånd och personlighetsstörningar. Våra redogörelser i *På lång sikt* har fått en bekräftelse, och i den nya meta-studien finns även med Rolf Sandells och andras svenska forskning<sup>17</sup> med mycket lång uppföljningstid som visar att tvärtemot tanken att effekten skulle avklinga med tiden så fortsätter det uppnådda välbefinnandet att öka åren efter terapins avslutning.

Mitt andra projekt kan också få ökad aktualitet. Den samlade Freudutgåvan är fullbordad i och med att ett registerband utkommer om ett år. Den kommer att finnas i en pocketupplaga i en praktisk kartong så att var och en kan förvärva sin kompletta Freud. Han har mycket att säga oss fortfarande, och en recensent

---

<sup>17</sup> Sandell, R. & al. Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy; a review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP) *Int. J. Psycho-Anal.* 2000; 81:921-942 och Wilczek A. & al. Change after long-term psychoanalytic psychotherapy. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 2004, 52 (4) 1163-1184.

uttryckte nyligen om tionde bandet som kom ut i år: Freud var kanske 500 år före sin tid.

Därför ska jag idag ge er ett Freudcitrat att ta med er till er psykoteraeutiska verksamhet:

På frågan vad psykoanalysen kan göra för en människa svarade Freud en gång att ”psykoanalysen har möjlighet att bringa en person från neurotiskt lidande till vanlig mänsklig olycka.”

I detta finner jag ett anslag som talar till min egen psykoteraeutiska hållning som växt fram under ett liv som präglats av ett psykoanalytiskt tänkande i vid mening. Mellan raderna i Freuds tal om ”vanlig mänsklig olycka” läser jag en hel del om psykoanalysens sätt att behandla värderingar som människor hyser och som påverkar analytiker och analysander. I Freuds uttalande finns en pessimistisk grundhållning som gör det möjligt för oss att uthärda livet utan alltför omfattande illusioner om allmakt och verkligen förstå det som står i visan: ”en liten tid vi leva här med mycken möda och stort besvär”.

Den som söker sig till psykoterapi har, som andra som söker sig till någon form av behandling – vare sig det gäller kroppens eller själens välbefinnande – ett hopp om bot och bättring och om att bli kvitt det lidande man söker för. Jag har därför som vana – och kanske är det ett uttryck för ett perspektiv som står Freud och psykoanalysen nära – att ställa frågan ”vilket lidande söker du min hjälp för” och jag betonar då ordet *lidande*, för att introducera begreppet



”vanligt mänskligt elände” i vårt mellanhavande och för att fortsätta diskussionen i närheten av de orealistiska hopp om ett lyckligare liv som analysanden tror att jag – i min föräldragodhet – ska förmedla. Freud avvisar detta hopp samtidigt som han lägger en *positiv* värdering till ”vanligt mänskligt elände” och en klart *negativ* värdering till begreppet ”neurotiskt lidande” som ju är präglad av ett kvarhållande av en *infantil* inställning med alla de infantila föreställningar och illusioner som präglar det neurotiska förhållningssättet i livet. Det gäller för oss att komma till tals med barnet inom oss...

Freuds sats handlar ju också i hög grad om insikten att olycka i varierande grad är människans öde, och kanske kan man också tillägga en hög grad av ensamhet. Men vi människor framhärdar i att på upptänkliga sätt undvika och förneka vårt obönhörliga förfall. Den nutida västerländska kulturen präglas ju av ett desperat förnekande av eländet och framhärdande i skönhet, njutning och evig ungdom. Den står i kontrast mot den livsåskådning som uttrycks av Freud i hans korta formulering, så grym i sin enkelhet.

Dess grymhet finns i psykoanalysens själva grundtes, att jaget inte är herre i eget hus och således den kompletta kontrollen inte heller är möjlig. Psykoanalysen blir inte populär genom denna synbarliga grymhet, den väcker alltid motstånd och i motståndet i den psykoanalytiska situationen finns också den psykodynamiska psykoterapins essens.

Hur förhåller sig denna insikt till den gamle Lesches torra tal om ”kunskapsintresset” som verksamhetens mål till skillnad mot behandlingens ”hälsointresse”?

Freudcitaten lyfter ju fram kunskapsintresset som det goda – att lära känna sin neuros och sitt neurotiska lidande men smyger också in ett hälsomål mellan raderna. Kunskap om den egna olyckan är en möjlighet till hälsa och relativt välbefinnande? Eller? Vad Freud menar torde vara att vi uthärdar ”vanlig mänsklig olycka” om vi har insikt i den och dess villkor. Till detta måste fogas ett moment av ödmjukhet – att stanna kvar och begrunda. Personligen börjar jag inse i återblicken på mitt liv att *uthärdandet* utan upprepade försök till flykt in i neurotiska illusioner är ett av behandlingens viktigaste mål. Kan det vara en psykoanalytisk orientering som fört fram till denna slutsats? Jag finner alltmer förmågan att överleva ”vanlig mänsklig olycka” vara något gott och värt att sträva efter. Övertygelsen om överlevandet i vid bemärkelse tror jag kan förebygga många ödesdiga beslut om uppbrott eller självmordsförsök och andra oöverlagda handlingar där en illusion om ett bättre liv någon annanstans eller med någon annan driver beslutet. Illusionen om lyckan – religiös eller kommersialiserad – sätter sina krokben, ibland kallar vi det utåtagerande i stället för reflexion. Psykoanalysen har värderingen att utåtagerandet i regel är något dåligt – en flykt – och reflexionen något gott.

I detta psykoteraeutiska förhållningssätt finns mycket tröst att hämta för både patienter med olika lidanden men också för många av dem som arbetar

inom psykiatrin och som jag skulle unna de givande relationer som psykodynamisk långtidsterapi ger. Här finns så mycket mänsklig upplevelse och glädje att hämta. Det är därför märkligt när *Läkartidningens* ledare häromdagen ställer frågan ”Hur ska psykiatrin få ny lyskraft?” Vart tog den lyskraften vägen, kan jag undra, var det psykodynamiken som försvann?

## Litteratur:

- Ahlin, G & al.(1968): *Miljöterapi – gemenskap och behandling*. Aldus, Bonniers.
- Carey, B.: Psychoanalytic Therapy Wins Backing. *The New York Times* 30 sept, 2008.
- Cooper, D. (1967): *Psychiatry and Anti-Psychiatry*. Tavistock, London. Sv.övers. *Psykiatri och antipsykiatri*. Aldus, Bonniers, Stockholm, 1970.
- Crafoord, C. (1971): Borderlinepersonligheten. SFPH:s monografiserie nr 2 SFPH, Stockholm.
- Crafoord, C. (1973): Grundtrygghet och konfrontation. Erfarenheter från Fruängens Dagsjukhus. *Läkartidningen*, 70: 1640-72.
- Crafoord, C. (1986): *En bok om borderline*. Natur och Kultur, Stockholm.
- Crafoord, C. (1987): *Den möjliga och omöjliga psykiatrin*. Natur och Kultur, Stockholm.
- Crafoord,C.(1999, 2002): (Red). *På lång sikt. Fem fallstudier av tidig personlighetsstörning i långtidspsykoterapi*.Natur och Kultur, Stockholm.
- Cullberg, J. (2008): *Mitt psykiatriska liv*. Natur och Kultur, Stockholm.
- Eliasson, R & Nygren, P. (1974): *Psykiatrisk verksamhet 1 och 2*. Prisma, Stockholm

- Freud, S. (1996-2008): *Samlade skrifter I-XI*. Utg. av Clarence Crafoord, Lars Sjögren och Bengt Warren. Natur och Kultur, Stockholm. Band XII under utgivning.
- Isacsson G. Psykiatri är en medicinsk specialitet - punkt! *Läkartidningen* 2008;105:1120.
- Leichsenring, F & Rabung, S: Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy. A Meta-analysis. *JAMA*, oct.1, 2008, vol 300, nr 13, 1551-1565.
- Lesche, C (1971): Om psykoanalysens vetenskapsteori. *Häftet för kritiska studier*, nr 5.
- Läkartidningen: Hur ska psykiatrin få ny lyskraft? Ledare. *Läkartidningen* 105, nr 40:2747-2748
- Petersson C. Har psykiatrin med psyket att göra? *Läkartidningen*. 2008;105:2187. □
- Rydén, G. & Wallroth, P. (2008): *Mentalisering. Att leka med verkligheten*. Natur och Kultur, Stockholm.
- Sandell, R. & al. Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy; a review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP) *Int. J. Psycho-Anal.* 2000; 81:921-942.
- Szasz, T. (1961): *The Myth of Mental Illness*. Harper & Row, New York. Sv.övers. *Psyisk sjukdom – en myt*. Aldus, Bonniers, 1970.
- Wilczek A. & al. Change after long-term psychoanalytic psychotherapy. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 2004, 52 (4) 1163-1184.