

ISPS Generalforsamling 2008 og møde m. Cullberg.  
v. Jens Roved

Indledning, præsentation af foredragsholder, samt præsentation af faglitteratur ved Bent Rosenbaum. Oplæg og paneldebat med Johann Cullberg om psykose med udgangspunkt i hans seneste bog "Mitt Psykiatriska liv", hans bog om "Psykoser: ett humanistisk og biologisk perspektiv", samt hans syn på psykoser og kunst. I panelet sad Bettina Jæger, Anne Lindhardt og Bent Rosenbaum.

Jeg kom til forelæsningen med store forventninger til at høre Cullberg. Jeg har som ergoterapeutstuderende i Sverige stiftet bekendtskab med nogle af hans værker, ligesom hans gode omdømme ej heller var mig ubekendt. Da vi ankom fiskede jeg en diktafon frem, og i en snak med Bent Rosenbaum, fik han sneget et spørgsmål ind om, hvorvidt jeg ville skrive et referat af Cullbergs foredrag, siden jeg nu havde fået lov til at optage det. Et tilbud af den kaliber kan man jo ikke afvise, så jeg sagde straks ja tak - uden at tænke nærmere over konsekvensen af mine ord. Det skulle vise sig at blive en stor opgave, for alt hvad Johann Cullberg havde at sige, synes for mig så vigtigt og væsentligt indenfor forståelsen af psykiatri, så jeg har befundet mig i en lidelsesfuld kamp i forhold til, hvad jeg skulle tage med, og hvad jeg skulle smide væk under tilblivelsen af dette skrift. Det følgende er, hvad jeg er nået frem til.

Johann Cullberg startede med en indledning, hvor han fortæller om glæden ved arbejdet med psykiatri, som den største motivationsfaktor. Om at lære noget om forskellen på tryghed - utryghed og den evige risiko for at mislykkes. Om sin bog "Mitt Psykiatriska Liv" beretter han, at han ville undersøge, hvorfor han valgte at blive psykiater, og om det hang sammen med hans barndom. Om hvordan han og broderen, som var kunstner, men også skizofren, oplevede det første møde med psykiatrien, som et stort chok. Om hvordan man eksporterede psykotiske til anstalter, hvor der hverken fandtes forskning eller interesse for at helbrede disse mennesker. Mange patienter sad der til deres død. Det lærte ham frem for alt noget om, hvad psykiatri ikke er. Herefter fulgte en kort gennemgang af psykiatrien op gennem årtierne indtil i dag, hvor den svenske psykiatri er vældigt stærkt neurobiologisk indrettet. Men neurobiologi uden en bagvedliggende dynamisk tankegang og uden en psykodynamisk kundskab bliver tom og overfladisk. En konsekvens af det er, at der ikke længere er nogen læger, som vil uddanne sig som psykiatere - en katastrofesituation. Der er ikke nogen unge psykiatere tilbage. Diskussionen går for tiden på, hvordan vi skal få bredden i psykiatrien tilbage. Den meget spændende psykiatri, som handler om mennesket som både biologisk, socialt og psykologisk væsen.

Nu startede en åben spørgerunde, hvor Anne Lindhardt lagde ud med at spørge ind til "Mitt Psykiatriska Liv". Johann beretter meget levende om, hvad der skete, da hans bror blev syg og det chok, som det medførte. Om de meget kraftige behandlinger og alligevel en taknemmelighed over, at han ikke blev lobotomeret, for det var man præcis stoppet med året før. Johann havde endnu ingen erfaring med psykiatri; men efterfølgende læste han selv psykiatri som led i medicinstudiet. Han fortæller videre, at han havde svært ved at skulle beskæftige sig med psykoser i de følgende 10-15 år, netop fordi han syntes at oplevelserne med broderen var for tæt på. I stedet vendte han sig imod krise, psykosomatik, neuroser og sin psykoanalytiske uddannelse. I den periode startede man noget, som hed Nacka-projektet, hvor man havde som formål at indføre sektorer i psykiatrien, dels et psykoterapeutisk - dels et psykiatrisk behandlingstilbud, m.m. Her fik Cullberg for sig, at de psykotiske patienter i projektet ikke fik nogen særlig god behandling, fordi man blandede psykotiske patienter sammen med andre patienter i den tro, at man kunne behandle dem på samme måde. Cullberg følte meget stærkt for, at der måtte en trygtere og varmere relation til over en længere periode og med mere kontinuitet efter den

ISPS Generalforsamling og fagligt møde.

første indledende kontakt. Han tog nogle terapeuter ud af de eksisterende 3 teams og skabte et decideret psykoseteam - et 4. team. Det begyndte at gå op for Johann, at han havde lettere ved at omgås psykotiske patienter end nogle af hans kolleger. Han havde nok lært noget af omgangen med sin bror. Under projektet, hvor han samarbejdede med Sonja Levander, gik det op for dem, at de var nødt til at udvikle nye metoder til behandling af psykotiske patienter.

Bent Rosenbaum spørger, hvad sådan en livshistorie kan fortælle os idag? Til det svarer Cullberg, at mange af de, som kommer til at arbejde inden for psykiatrien, har haft psykiske lidelser tæt inde på livet under opvæksten, og mange har kæmpet med forældrenes svære samlivssituationer og forsøgt at bringe dem sammen. Ofte er der den slags forhistorier i valget af psykiatri eller psykologi som levevej. På et tillægsspørgsmål fra Anne Lindhardt omkring selvterapi og den terapeutiske indgangsvinkel til sig selv og sin egen livshistorie som en slags 'case', svarer Cullberg, at det er helt bevidst. Da han skrev sin bog tænkte han på at beskrive et kulturmiljø og de spændinger, som findes i de nære relationer. Humoren ligger ikke fjernt idet han beskriver hvordan mange journalister gennem tiden har villet interviewe Cullberg og hans bror sammen; men som han siger, så behøver man jo ikke være tosset for at blive psykiater. Selv har han aldrig trods livets små og store kriser været bange for at blive psykotisk. Det har snarere været vigtigt for ham at beskrive konsekvensen af at leve med psykisk sygdom tæt inde på livet. At det er en tilfældighed, som afgør hvilken side af skranken man sidder på, og at man skal være taknemmelig for at sidder der. Det kunne ligeså godt have været en selv. Man skal være åben overfor associationer og ubevidste processer og ikke være bange for at kunne tilbyde en god kontakt.

Selv fik jeg chancen for at spørge om manglen på psykiatere kunne skyldes angsten for at undersøge sig selv, som eksempelvis Roger Waters gjorde med filmen 'The Wall'? Cullberg viste et af sine mange eksempler på, hvor knivskarpt han tænker. Han mener, at mange faktisk er interesserede i at forstå mere om indre psykiske processer; men at det handler om som lærer også at stimulere sine elever til at gå i personlig terapi, og at der skabes gode forudsætninger for dette. Og så fulgte ellers en meget humoristisk anekdote om følgevirkningerne af at have læst en bog af Aldous Huxley, som nok er mest kendt for "Brave New World" (den henvises der til i 'The Wall'), men Cullberg havde læst The Doors Of Perception, hvor Huxley beskriver sine eksperimenter med at tage mescaline. På det tidspunkt gik Cullberg på farmakologi-kurset og blev interesseret i selv at prøve at tage mescaline. Efter sin eksamen spurgte han sin professor om denne kunne fremskaffe noget mescaline - og det var han med på. Eksperimentet førte til, at Cullberg blev psykotisk i 6 timer og ikke kunne beherske sine aggressioner. Han anklagede sin professor for de mest forfærdelige ting og sager, hvortil professoren sagde, at han ikke skulle bekymre sig om det, for han havde gået i psykoanalyse og kunne godt håndtere det. Usædvanligt med en farmakologiprofessor, som havde gået i psykoanalyse midt i 50'erne. Men som Cullberg selv sagde, så var det meget fortrøstningsfuldt at få sådan en besked. Det Cullberg senere fandt ud af, da han selv gik i psykoanalyse var, at aggressionerne allerede fandtes i ham inden eksperimentet; men adfærdændringen blev udløst af mescaline-psykosen. Han begyndte at forstå, hvordan en psykose kan hænge sammen med forestillingen om en biologisk sårbarhed; men også hvordan psykologien i psykosen hænger sammen med personligheden. Psykosen kan altså ikke betragtes som en reduktionistisk definition i psykologien, man er nødt til at betragte den unikke personlighed, som ligger bag psykosen og dens udtryk.

En anden tilhører spurgte ind til om det brede humanistiske perspektiv er årsagen til at Cullberg taler om psykoser og ikke skizofreni? Johann fortæller, at han foretrækker at tale om psykoser frem for skizofreni, fordi skizofreni er så dårligt defineret et begreb med en

ISPS Generalforsamling 2008 og møde m. Cullberg.

v. Jens Roved

ganske høj reliabilitet, men en ussel validitet. Der findes mange sub-grupperinger, som vi begynder at forstå mere og mere af, og vi skal passe på, at vi ikke forvandler patienter med eksempelvis dissociative forstyrrelser til skizofrene efter længere tid i behandlingssystemet. Det er vigtigt, at se på hver enkelt patient som et unikt tilfælde, fordi mange måske kunne slippe ud af psykosefælden ved at få en bedre tidlig behandling. Så findes der naturligvis en del klassiske skizofrenier, som er svære at behandle; men det er nok færre end, man hidtil har antaget. Bent Rosenbaum spørger i tillæg ind til hvilken terminologi, man skal anvende ud af psykisk lidelse. Her er Johann meget klar i mælet. Han mener, at det bliver for ensrettet kun at tale om psykisk sygdom. I rent samfundsmæssige sammenhænge, det være sig arbejdsret eller forsikring, bør vi nok anvende sygdomsbegrebet, fordi det har økonomiske konsekvenser for patienterne; men ellers kan det medføre fejlassociationer, fordi skizofreni og psykose er så komplekse begreber.

Bent Rosenbaum spørger videre om Cullberg vil kommentere på sammenkædningen af krise og psykose. Hertil svarer Johann, at ordene psykose og skizofreni har en ganske håbløs og negativ klang for de pårørende og patienten. Han lærte sig tidligt at næsten enhver psykose i bund og grund er en krisereaktion, som kommer af en ydre belastning på en sårbar person. Man ser hvordan psykosen har et forløb ligesom andre kriser (beskrevet i Kris och Utveckling), og at det er vigtigt i mødet med en psykotisk patient at se, hvilken fase denne befinder sig i. I et psykoseprojekt, som kaldtes faldskærmsprojektet så man bl.a., at næsten alle psykoser var gået over efter 3 måneder. Man begyndte at kalde det for psykose-krise. Det gav håb både for patient og pårørende frem for håbløsheden i den rene psykotiske diagnosebetegnelse. Det er ikke en håbløs sygdom, som har ramt patienten, men en dynamisk reaktion, som kan påvirkes af ydre årsager og i høj grad af andre mennesker. Der findes en indbygget evne til heling, hos mennesker, ligesom der findes til andre kriser, som gør at vi kan blive friske igen med støtte udefra. Det er ikke os, som helbreder psykosen, patienten helbreder sig selv; men vi kan hjælpe eller hæmme patienten.

::PAUSE:: (lækre og mangfoldige forfriskninger, hyggelig småsnak og salg af bøger)

Anne Lindhardt spørger om Cullberg vil fortælle lidt om psykoseterapi og hvad vi kan gøre i den virkelighed, som vi lever med idag? Cullberg angiver 3 dele af behandlingen, som er vigtige, når man arbejder med psykose.

1. Miljøet
2. Det psykologiske møde
3. Det farmakologiske møde

Det ene er, at tilbyde et miljø, som er optimalt, hvor man ikke får for mange og angstvækkende stimuli. Vi må skabe et optimalt mål-miljø. Et eksempel er et krisehjem bestående af en 5-6 sengepladser og en ganske lille personalegruppe.

Den anden del er, at kunne give en psykologisk mening og forståelse af sammenhæng. Det psykologiske miljø må ikke være så underligt og svært begribeligt, at psykosen øger. Man må være så tydelig så muligt, når man skal forklare, hvad man gør og hvorfor, så patienten kan forstå det.

Det tredje er, at man skal kunne give farmakologisk hjælp, der hvor det behøves. Og det at kunne give beroligende og søvngivende medicin på et tidligt stadie, så patienterne kan sove. Beroligende medicin skal vi være ganske generøse med. Hvis det ikke hjælper, skal vi være beredte på at give antipsykose-medicin; men i så lave doser så det ikke giver unødige bivirkninger.

I Sverige er det kun det farmakologiske møde, som man taler om.

Det Cullberg ser, som psykoseterapiens store indhold er, at man giver en relationsmulighed, der skal opbygge et tillidsforhold til et medmenneske. De fleste, som arbejder med psykotiske patienter er enige om, at det handler om, at tale om den psykotiske verden og kunne lade patienten gøre det og hjælpe patienten med at sætte ord på det, og at man er en 'container' for patientens angst og 'onde' sider - og på den måde komme videre. Johann beskriver med nogle glimrende eksempler, at det er, når psykosen er overstået, at man kan arbejde virkelig dynamisk psykoterapeutisk med patienten. Når psykosen står på, er man mest lyttende og forstående samtalepartner. Min erfaring er, at den store bearbejdningsfase først kommer efter psykosen er overstået. Ydermere beretter han, at man må have både kognitive og dynamiske kapaciteter med i et psykiatrisk psykoseteam. Der må findes både dygtigt kognitivt uddannet personale og dynamisk uddannet personale. I de forskellige faser har man forskellig nytteværdi ud af de her metoder. Vi skal vogte os for at se de her metoder som konkurrerende. De kan virkelig understøtte hinanden.

Bent Rosenbaum spørger til Cullbergs beskrivelse af forskellige principper i faldskærmsprojektet for mødet af en psykotisk patient. Disse er hurtig hjælp og 'psykologisk bemötande'. Men også at det er vigtigt at tegne et familiekort og danne sig et billede af familiens netværk.

Cullberg fortæller, at det er jo en familie i krise her. Det glemmer man ofte, når man er så fokuseret på patienten. I sit møde med patienten og familien må man forsøge at skabe refleksioner over det her, uden at man umiddelbart behøver at indlægge patienten og give sprøjter osv. Man skal ikke være alt for bange for den psykotiske tilstand. Man har ofte lidt mere tid, end man umiddelbart skulle tro i den her type af psykosesituationer. Det er nyttigt for både familien og patienten, at se at man kan bringe dem til at falde lidt til ro. Med hensyn til familiekortet kan det være rigtig godt for familien, at se sin egen historie sat op på denne måde. Man ser ganske ofte, at patienten, som sidder med, i øjeblikket går ud af psykosen, når man laver sådan et billede af slægten, og bliver deltagende i beskrivelsen af historiske fakta, for så, når det er overstået, at synke tilbage i psykosen. Det første er altså, at lave et familiekort. Det andet er at lave et relationskort, hvor man kigger på hvilke mennesker, som findes omkring patienten. Hvor ensomt eller tilpas fyldt med søskende - eller kammerat-relationer er patientens liv. Bent Rosenbaum spørger videre til den tidlige rehabilitering og nødvendigheden af at bringe patienter ind i en social arbejdsmæssig eller studiemæssig sammenhæng. Cullberg beretter, at det er noget, som vi også må tænke på. De mest prognostisk ulykkelige patienter havde også haft en lang periode, hvor de fungerede dårligt, inden de blev psykotiske. Og der må man også arbejde med arbejdssituation, boligsituation, osv. Han nævner nogle af de 7 principper, som man havde på faldskærmsprojektet. Det er vigtigt at være let tilgængelige efter psykosen og at have en personlig eller personel kontinuitet. Man kan jo ikke have en helt ubrudt personlig kontinuitet i psykiatrien; men et team kan holde en sådan kontinuitet. Et team som kender patienten, hvor man kan skifte ganske let imellem de involverede terapeuter. Så kontinuitet og let tilgængelighed over 5 år. Normalt siger man 1-2 år. Men der sker så meget også under 3. og 4. år, så det er vigtigt, at kunne holde en sådan kontinuitet. Hvis man eksempelvis får en ny psykose i det 3. år, så er det vigtigt at kunne komme der, hvor man i forvejen er kendt, hvor 'teamet' ved nogenlunde, hvilken type kriseintervention og medicin patienten behøver for at komme ud af psykosen, i stedet for at skulle søge til en akut modtageenhed, hvor man bliver en 'ny patient'. Kan man holde kontinuiteten i de her 5 år, så er det rigtig godt. Det er faktisk sådan at 70% af alle første gangs psykotiske får tilbagefald. Det må vi være opmærksomme på, for så bliver det også mere praktisk at indstille sig på, at det er sandsynligt, at patienten kommer tilbage før eller senere, og der må vi kunne hjælpe patienten med at kunne genkende sine tidligere symptomer, og at

ISPS Generalforsamling 2008 og møde m. Cullberg.

v. Jens Roved

patienten har den tillid, som skal til for at orke at komme tilbage til modtageenheden igen. Næste princip er ikke at give for meget medicin og ikke at have for travlt med at give antipsykotisk medicin; men at lade den medicin man giver få lov til at have en effekt, for bivirkningerne kommer hurtigt; men de terapeutiske virkninger indfinder sig måske først efter nogle dage. Det er vigtigt, at forsøge at vente på dem i stedet for at forhøje medicindoseringen for hurtigt, for så får vi de her grimme bivirkninger, som også bevirker, at patienten taber tilliden. Og den kommer ikke så let tilbage, når patienten sidenhen er blevet udskrevet.

En tilhører spørger om, hvordan man skal møde en patient, som har et misbrug? Cullberg fortæller, at det beror på, hvilke miljøer vi henter vore patienter fra. I 'faldskærmsprojektet' var der ikke så mange patienter, som var dominerede af misbrugsproblemer. Noget, som vi imidlertid kan se, er, at de udviklede misbrug - alkoholmisbrug, overdreven rygning, etc. - i takt med psykosen og bivirkningerne af neuroleptika i forsøget på kemisk at mindske den ulyst, som for meget neuroleptika vækker hos dem. Der har man forsøgt at mindske ulysten ved for meget neuroleptika - for nikotin og alkohol sænker ulystfølelsen - med ganske små doser (mediandoser på 2 mg) haldol (serenase) for at undgå bivirkninger, og netop derfor har vi meget få, som har udviklet misbrug af rusmidler. Det er vel ikke mere end en 10%.

Selv spurgte jeg om det ville være en god idé at tage de pårørende ind sammen med patienten og forsøge at genskabe den bristede relation i en slags gruppepsykologisk projekt. Cullberg beretter at det blev forsøgt meget i 70'erne, hvor man forsøgte at tage det op i familierapi med de pårørende. Men det gik ikke rigtig godt. Måske var vi ikke dygtige nok. I stedet tog man fat i problemerne på en mere praktisk måde mht. at finde strategier i forhold til at løse og forstå problemerne. Der var så meget skyldfølelse, med rette eller urette, og familiemedlemmerne føler sig så let krænkede og fortvivlede, så det er svært at undgå at begå fejl, hvis man skal lave familierapi med de her familier. Jeg ved ikke om andre har nogle andre erfaringer med det; men jeg droppede i det store hele familierapien på den baggrund. Vi mislykkedes simpelthen.

En anden tilhører spørger, hvad Cullberg tænker om recovery-metoden i forhold til eksempelvis en psykotisk lidelse? Cullberg mener, at i psykiatrien har vi systematisk taget håbet væk fra patienten, når det gælder den klassiske måde at arbejde på. Det er imidlertid vigtigt at give et adekvat håb. Ikke for at sige at alle kan blive 100% raske; men alle kan få det bedre. Man kan forsøge at sætte delmål, som inkluderer håbet om, at det kan blive bedre bid for bid. Som overlæge og leder for diverse projekter og teams gennem mange år er det også Cullbergs erfaring, at der faktisk er mange, som bliver bedre og bedre. Selv svært skizofrene kan efter 10-20 år fungere meget bedre, hvis de har fået chancen for at få arbejde eller udvikle relationer. Den kundskab kan bruges til at give håb til både patient og pårørende, så vi opnår et mindre deprimeret eller skrækfyldt billede af psykosetilstanden. Det håb er vigtigt at formidle og ganske afgørende for mange familier.

Afslutningsvis spørger Bent Rosenbaum om hvad skal der til for at blive en god psykoseterapeut og hvilke elementer skal en uddannelse have, for at man kan erhverve sig de nødvendige kundskaber? Cullberg 'indrømmer' ikke at kunne give noget enkelt svar. Men nogle bud på nogle gode egenskaber hos psykosebehandlere, vil han gerne komme med. At have en ikke-invaderende varme, at have en empatisk evne til at forstå hvad der rør sig i det psykotiske menneskes indre, ikke at mistolke eksempelvis vrede og aggression som angst. Ser man på, hvad der findes for affekter i en patient, og kunne fatte sympati og empati for den patient. Den tredje er kundskaben. Hvad vil det sige at være psykotisk. At kunne udvikle sig professionelt under supervision. Intuitionen ligger i

ISPS Generalforsamling og fagligt møde.

tilgangen til at udvikle kundskaber. Cullberg mener, at supervision er utroligt vigtigt og af den rette person. Den, som giver supervision må have de her egenskaber selv og også praktiske kundskaber i at supervisere. Men det er klart, at den teoretiske kundskab om psykoser og forskellige terapiformer, mediciner og psykoseformer også er vigtig. Og stiller i sit behagelige livsglade og drillende tonefald modspørgsmålet til Bent Rosenbaum: "Hvad tror du?"

Bent svarer, at han tænkte på det, da Anne spurgte, om Cullberg ville se på, hvad det var, som havde gjort, at han blev interesseret i og grebet af og gik ind i det vanskelige fag, som psykiatri er - og hvor han giver udtryk for, at det er nødvendigt, at man ser på sig selv. Et krav til os alle. Har vi spurgt os selv, hvordan i alverden vi er havnet i den her mærkelige profession, og hvordan svarer vi hver for sig på dette? Hvordan kan vi udveksle disse erfaringer, som gør, at man er grebet af og fascineret af og gerne vil forblive og arbejde i den her profession?

Cullberg svarer, at han tror også, at man må opleve, at de her patienter er spændende. Man må føle, at de lærer en noget hele tiden. Det er ikke blot 'deres' psykotiske verden og kundskaber, det er et samarbejde. De viser én et forhold til verden, som man selv har glæde af og nytte af at tage del i.

Anne Lindhardt kom faktisk med den bedste afslutning på mødet, som man kunne tænke sig. Den vil jeg derfor bringe her: "Blandt de andre ting vi har nævnt om dig Johann, så er du faktisk også den første i Sverige, som har lavet sundhedstjenesteforskning på psykiatriområdet. Jeg ville lige nævne det, fordi denne nysgerrighed både efter, hvad der sker i relationen og hos den enkelte, men også at flytte den ud, så den får et samfundssigte - altså den pendling imellem ikke bare biologi og psykoterapi, men også imellem relationen overfor den enkelte patient og hvordan vi så forstår den i et bredere samfundsperspektiv - synes jeg ikke, at du skal gå ud af døren uden, at det er nævnt. For det har haft stor betydning, og det var jo præcis derfor, at I i Nacka-projektet gik fra at være en mere krisebehandlende sektorpsykiatri til mere psykosebehandling, fordi I opdagede gennem statistikopgørelser, hvad der gik tabt. Jeg synes, at det er en vigtig facet, som I lige skal have med."

En meget præcis og værdig beskrivelse af Cullberg og hans arbejde. Når jeg sådan kigger på min optagelse af foredraget så slår det mig netop, at Johann virker meget nysgerrig og inspirerende for sine omgivelser. En dygtig og levende fortæller, som er knivskarp og formår at svare selv en studerendes famlende spørgsmål på ligeså højt et niveau som de mere kvalificerede spørgsmål fra panelet og nogle af de andre erfarne deltagere. Efter mødet meldte jeg mig ind i ISPS, og jeg ser frem til fremtidige aktiviteter med stor forventning og lyst til at lære mere. Disse 2 timer en fredag eftermiddag var bestemt givet godt ud.