

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

Bilder av den psykotiske

En studie av boendepersonals praxis mot bakgrund av Lacans teori om psykosen och psykiatrireformens vårdideologiska former

Nina Magnusson

Examensuppsats 30 hp
Psykologprogrammet
Vårterminen 2014
Handledare: Mats Eklöf
& Peter Jansson

Innehållsförteckning

Inledning	s. 1
Tidigare forskning	s. 3
Syfte och frågeställning	s. 5
Metod	s. 6
Deltagare	s. 6
Tillvägagångssätt och intervjuguide	s. 7
Analys och databearbetning	s. 8
Ett heuristiskt verktyg: spänningsfältet mellan psykiatrireformen och Lacan	s. 9
Sammanfattning av det heuristiska spänningsfältet	s. 10
Från inspärrad till utflyttad – Psykiatrireformen växer fram	s. 11
Som vilken handikappad som helst? Den psykotiske i psykiatriutredningen	s. 14
Den fundamentala klyvningen; nedslag i Lacans teori om psykosen	s. 23
Resultat	s. 34
Beskrivningar av praxis – boendepersonalens ageranden utifrån en komplementär roll	s. 34
Strukturella och organisatoriska villkor som omgärdar boendepersonalens praxis	s. 47
Tolkning av boendepersonalens praxis i ljuset av det heuristiska spänningsfältet	s. 49
Diskussion	s. 63
Studiens bidrag och implikationer för framtida forskning	s. 64
Metoddiskussion	s. 64
Slutord	s. 67
Referenser	s. 70

Bilder av den psykotiske

En studie av boendepersonals praxis mot bakgrund av Lacans teori om psykosen och psykiatrireformens vårdideologiska former

Nina Magnusson

Sammanfattning: Uppsatsen beskriver vilka bilder av människor med psykosdiagnoser som boendepersonals praxis tycks bära på latent när de rekonstrueras inom spänningsfältet mellan psykiatrireformen och Jacques Lacans syn på psykosen. Spänningsfältet ställs upp genom nedslag i psykiatriutredningen och Lacans mest centrala texter på området och appliceras sedan på de praxisbeskrivningar som sex semistrukturerade intervjuer med boendepersonal genererat. Resultatet visar att boendepersonalen tenderar att inta en komplementär roll i relation till de boende, en roll som tycks vila på antagandet att människor med psykos inte kan ses som tillräkneliga, och som syftar till att resocialisera den boende till samhället. Vidare framkommer en polariserande praxis vilket tolkas som att personalen har ett latent antagande om att den psykotiske ”i grunden” fungerar på samma sätt som dem själva.

Vår relation till en individ som befinner sig i ett långvarigt psykotiskt tillstånd tycks ofta innehålla något av en paradox. Samtidigt som de flesta av oss verkar ha en ganska klar uppfattning om vad psykosen innebär – en splittrad personlighet, ett sprucket tal, hallucinatoriska irrfärder – så innebär denna bild en distans, något *främmande*. I allmänhetens bilder ryms också ofta aggressivitet, brottslighet och våld, men även övergivenhet, hopplöshet och isolering. Hatfield och Lefley (1993) summerar den vitt spridda bilden; människor med psykos ses som osociala, excentriska, misstänksamma och ensamma. De har dålig empati med andra människor, är rigida i sitt beteende, kommunicerar på ovanliga sätt och föredrar att vara för sig själva. I epitet som ”schizo” och ”manikern” syns den degradering som inte sällan görs av en person med psykotiska symtom till en kliché, till en icke unik varelse, långt ifrån sans och moral (Lilja, 2007). Vi har således en välkänd bild av det främmande; en närvarande bild av det frånvarande. Och från den bilden tycks vi vilja hålla en social distans, ett fysiskt och emotionellt avstånd.

Men hur ser då de bilder av den psykotiske ut som innehas av människor som istället för distans har en rumslig, tidlig och relationell *närhet* till dessa individer? Hur ser personer som genom sitt yrke varje dag möter människor med långvariga psykotiska symtom på deras diagnos, deras livsvillkor och på den psykotiske som just individ, som subjekt? Om detta ska föreliggande uppsats handla; om bilder av den psykotiske och dennes förutsättningar i livet som finns hos *boendepersonal*, den personalgrupp som under 1980-talets utflyttning från de stora mentalsjukhusen följde med sina patienter till en helt ny praktik, en praktik i det okända – i patienternas egna hem.

Avsikten med uppsatsen är att genom en analys av boendepersonals beskrivningar av sin vardagspraxis kunna förstå något om de *latenta antaganden* om den psykotiske som denna praxis kan tänkas vila mot. Jag ska alltså försöka fånga boendepersonalens bilder genom en analys av deras handlingar. Studien fokuserar på de långvariga psykotiska tillstånden, de som vi kanske främst känner som paranoia och schizofreni.¹

Vägledande i analysen är den tes som idéhistorikern Sven-Eric Liedman framhåller i sitt forskningsarbete, nämligen att all verksamhet hänger samman med allmänna föreställningar om vad världen och människan är (Liedman, 1980). Studiet av latent antaganden eller bilder är, menar han, ett studium av *betydelser* hos praxis, men också hos texter och utvecklingslinjer. Inte minst är vår språkliga praktik i relation till den andre, hur vi kläder orden, beroende av vår hållning till – vår bild av – honom eller henne. Varje mänsklig handling, individuell eller kollektiv, muntligt, skriftligt eller av kroppens större muskulatur utförd, kan således avvinnas en innebörd eller mening. I detta förutsätts som synes att ideologiskt laddade företeelser är möjliga att vetenskapligt analysera genom att skärskåda deras yta, spåra den verklighet varom de uttalar sig och söka de sociala miljöer, i vilka de fungerat och fungerar (Liedman, 1984).

Som ett instrument för att uppnå studiens syfte har ett *heuristiskt*² *spänningsfält* konstruerats, ett fält som kunnat belysa studiens empiriska material från två håll som mig veterligen aldrig tidigare mötts i förhållande till den psykotiske. Spänningsfältet ställs här upp med å ena sidan den bild av psykosen som skrivits fram i den svenska psykiatrireformens mest betydande texter och å andra sidan den bild som innehas av den franske psykiatrikern och psykoanalytikern Jacques Lacan. Dessa två poler utgör en avgränsning för uppsatsens intresseområde och presenteras närmare under rubriken *Ett heuristiskt verktyg: spänningsfältet mellan psykiatrireformen och Lacan*. Psykiatrireformen som sjösattes 1995, vars grundprinciper i första hand formulerats av psykiatriutredningen (SOU 1992:73), har valts på grund av dess avgörande roll för hur man i Sverige ordnat med vård- och stödinsatser till individer med olika typer av psykosdiagnoser efter avinstitutionaliseringen på 1970- och 80-talen, inte minst vad gäller boende och boendestöd. Lacan å sin sida har jag valt eftersom han erbjuder en förståelse av psykosen som jag uppfattar skiljer sig på ett markant sätt från psykiatriutredningens bild vilket jag tycker är intressant och något som mitt emot utredningen i ett spänningsfält belyser intervjumaterialet på ett givande sätt. Jag anser Lacans psykoanalytiska teori om psykosen vara pregnant, särskilt i och med att han aldrig lämnade psykiatris fält och sin roll som psykiatriker. Han tillhörde också den sista generation psykoanalytiker som fortfarande genomförde noggranna studier i både filosofi, litteraturhistoria, lingvistik och psykiatri – en kursplan som efter 1960-talet fick se sig besegrad av ett mer tekniskt och positivistiskt psykologiskt ideal vid universiteten

¹ Långtidstendensen i ett psykotiskt förlopp är det som skiljer psykosformerna schizofreni och paranoia från det som kallas *reaktiva psykos* (Haugsgjerd, 1985). De reaktiva psykoserna är kortvariga tillstånd som betraktas som en psykologisk reaktion på en livssituation som av en eller annan orsak befordrar det psykotiska sammanbrottet. Underförstått finns här uppfattningen att de andra psykosformerna *mindre* kan betraktas som ”reaktiva” i denna betydelse.

² Ett heuristiskt verktyg är en artificiell analytisk konstruktion som används för att underlätta förståelse för eller ge kunskap om något, exempelvis som här, latent bilder. Det involverar vanligtvis antaganden genererade från tidigare empiriska studier, exempelvis litteraturstudier. Ett heuristiskt verktyg är således en form av *förberedande analys* där vissa noder funnits omkring vilka variationer och skillnader sedan kan bli situerade. Det heuristiska verktyget används då för att skapa största möjliga analytiska klarhet (Marshall, 1998).

(Roudinesco, 1994). Detta är något jag uppfattar ger tyngd åt hans bidrag kring psykosen och dess klinik.³

Förutom den skilda synen på psykosen och den psykotiske är det faktum att psykiatriutredningen och Lacans texter genomsyras av frågorna om *autonomi*, *rationalitet* och *valfrihet*, samt att de skiljer sig åt även där, det som gjorde dem intressanta för mig att sätta samman inför studien. Hur man ser på dessa frågor spelar en väsentlig roll för hur man uppfattar människans förutsättningar i livet och därmed också för hur man agerar gentemot andra. Att analysera boendepersonalens utsagor om sin praxis utifrån dessa punkter kan således säga något om hur de ser på de *villkor* som människor med psykos idag lever under, och hur dessa föreställningar hos personalen kan tänkas påverka deras arbete och dem de arbetar med. Frågan om livsvillkor utgör i uppsatsen en avgränsning för de bilder av den psykotiske jag avser att undersöka. Vad läsaren alltså kommer att få följa är en, så vitt jag vet, hittills utforskad väg bestående av en rekonstruktionsprocess av boendepersonals praxisbeskrivningar inom relationen mellan Lacan och psykiatrireformens vårdideologiska former i syfte att försöka fånga bilder av den psykotiske och dennes livsbetingelser.

Tidigare forskning

Jag har i artikelsökningar och litteraturgenomgångar inte hittat några studier som undersökt boendepersonals latent bilder av den psykotiske mot bakgrund av psykiatrireformen och Lacans syn på densamme. Inte heller har jag hittat några undersökningar gjorda med syftet att göra boendepersonals latent antaganden om individer med psykos manifesta genom en analys av deras praxis.

I följande avsnitt kommer jag därför att istället beskriva den forskning som kan sägas ligga närmast frågan om boendepersonals bilder av den psykotiske, nämligen sådan som fokuserar på deras *attityder*, dvs. deras *explicita inställning*, till personer med psykos.⁴ Lilja som studerat just attityder hos vårdare, bland annat boendepersonal, menar att deras inställning ofta är motsägelsefull. Personalen ser på personen som vilken annan människa som helst, om än bara som någon som råkat ut för en psykisk sjukdom. Trots detta upplever vårdaren sig osäker och främmande inför den andre när denne exempelvis talar om sina upplevelser och därför undviker personalen att ha en nära kontakt med dem de arbetar med och nöjer sig med en rutinmässig kontakt (Lilja, 2007). I sin studie beskriver Lilja en struktur för stödpersonals attityder till bland annat personer med psykosdiagnos som lever i kommunala gruppboendestäder. Han fann att fyra typologier som tidigare upptäckts i en kvalitativ intervjustudie (Hellzén, Lilja, Dahl & Ördell, 2004) återkom i hans kvantitativa undersökning. Typologierna var ”god”, ”ond”, ”osynlig” och ”tokig”. Typologin ”god” karaktäriserades av två adjektiv, oproblematiskt och tillitsfull, som stöds av fem andra adjektiv nämligen varm, mild, mjuk, snäll och god. Typologin ”tokig” karaktäriserades av adjektivet förvirrad, omsluten av de tre

³ Lacan utgår i sina texter mestadels från den paranoida psykosen men hanterar så att säga samma fenomen som både psykiatriutredningen och boendepersonalen. De två senare börjar pendla mellan schizofreni- och det mer övergripande psykosbegreppet när de konkretiserar sina framställningar, vilket psykiatriutredningen har fått utstå kritik för (Markström, 2003). De båda måste dock på ett generellt plan sägas ha samma intresse som Lacan. I uppsatsen kommer jag att följa den senare i hans mer övergripande teori om psykosens struktur.

⁴ Ett argument för att attityder är viktiga är att vi genom våra attityder är med och skapar varandras världar, bestämmer nyanser och definitioner av det som händer och sker omkring oss och bidrar till att göra våra medmänniskors tillvaro mörk eller ljus, rik eller torftig, hotande eller trygg (Kristiansen, 2006).

adjektiven dum, inkompetent och okunnig som associerar till adjektivet ”förvirrad”. Typologin “osynlig” karaktäriserades av adjektivet isolerad som kopplades till adjektiven passiv, apatisk, tyst och avvisande. Typologin “ond” länkades till adjektivet aggressiv som omgavs av fyra andra nämligen opålitlig, hård, grym och problematisk. Lilja menar att vårdares inställning, attityder, till personer med psykisk ohälsa i mångt och mycket kan förstås genom att vårdaren använder den traditionella bilden av psykisk sjukdom som referensram i relationen till brukaren, en referensram som har sitt ursprung hos exempelvis den schweiziske psykiatrikern Eugen Bleuler som 1911 myntade begreppet schizofreni och vars symtombeskrivningar utgör grunden till dagens diagnossystem som exempelvis DSM (American Psychiatric Association, 2002; Lilja, 2007).

I Liljas studie tolkades diskrepansen mellan vårdaren och patienten som att vårdaren i huvudsak möter patienten som en karaktär varigenom han eller hon inte tillåter olikhet. Detta tycks vårdaren göra genom att försöka forma ”den andre” till den ”samme” och på så sätt undvika “annanheten” hos denne. Tendensen till en sådan transformation förstår Lilja utifrån att en psykiatrisk kontext är ett totalitärt system som inte har rum för annanhet och som därför strävar efter konformitet (Lilja, 2007). I ett sådant system upphör patienten att vara en person och övergår till att vara just en karaktär, en typologi. Härigenom kommer patienten att placeras i ett ”ingenmansland”, det vill säga i en kontext där han eller hon inte tillhör vårdargemenskapen samtidigt som kontakten med den gamla privata gemenskapen upphör. Genom att inte se patienten som person i en social grupp utan identifiera honom eller henne som ett enskilt ”psykiatriskt fall” undviker vårdarna att se det lidande som finns i ”rummet”. Det blir så en ”isvärld” som patienterna befinner sig i (Lilja, 2007).

Att personal inom psykiatrin ofta använder den traditionella bilden av psykisk sjukdom som referensram i relationen till brukaren understryks även av Porskrog Kristiansen (2006). Vad gäller boendepersonal menar hon att dessa ofta väljer en ”åskådarrull” gentemot de boende genom att göra dessa till just ”psykiatriska fall” vilket gör det svårt för dem att se den boende som något annat än vad den traditionellt medicinska synen på diagnosen säger. En majoritet av personalen utgår enligt Kristiansen i sitt arbete från ett symtomorienterat synsätt vilket bland annat innebär försök från personalens sida att korrigera de boendes symtom, att realitetsanpassa dem, samt att i kommunikationen med de boende fokusera på det som sker ”nu och här”. I en studie framkom att mindre än en tredjedel av de deltagande boendeassistenterna hade ett personorienterat bemötande, det vill säga bemötte personen som något mer än de till den psykiatriska diagnosen hörande symtomen. Om personalen hade arbetat mindre än tio år tenderade de att i större utsträckning ha en personorienterad syn på de boende vilket indikerar att lång tids arbete med personer med svåra psykiatriska diagnoser kan påverka personalens attityder. Vidare visar Kristiansen på en korrelation mellan förekomsten av fler och svårare symtom hos de boende och personalens bedömning av deras funktionsnivå. Kristiansen menar att det i detta faktum finns en risk att den boende inte får chansen att ”bli sin egen” genom sina egna ord, handlingar och sätt att vara utan att personen i fråga istället hindras i och med personalens bild som de skapat genom sina antipatier gentemot den boende. De personer som uppvisar flest symtom är också de som oftast är mest ensamma (Kristiansen, 2006).

Hydén's forskning (2000) visar på liknande resultat som framkommit i ovan nämnda studier, nämligen att personal inom olika vård- och omsorgsorganisationer ofta utgår från ett sjukdomstänkande i mötet med personer med exempelvis

psykosproblematik och hur detta, dock nödvändigtvis inte felaktigt, ofta leder dem att betrakta sitt eget handlande som endast ett vårdande handlande eller omhändertagande i respons på en sjuk persons oförmåga att klara sig själv.

Socialstyrelsen (2010) pekar på att de hospitaliseringseffekter, exempelvis apati, bristande initiativförmåga och en utslätning av personens individuella egenskaper, som patienter som vistats länge på institution ofta uppvisar även format och formar den personal som idag arbetar med dessa patienter i bostäder med särskild service i kommunal eller enskild regi. Personal som tidigare skulle upprätthålla det totalitära systemet har tagit med sig en del av systemets tankemodell till de nya samhällsbaserade arenorna. Detta institutionstänkande syns exempelvis i låsta utrymmen som endast personalen kan öppna, ett låst kylskåp i det gemensamma köket och andra restriktioner som hindrar patienterna från att leva vad som kan betraktas som ett normalt liv. Sådana inskränkningar kan bero på okunskap men de kan också vara något som "sitter i väggarna" eller vara en del av omedvetna handlingar som personalen inte ser eller förstår konsekvenserna av.

Andersson (2011) visar dock att boendestöd också kan och bör betraktas som skillnaden mellan att ha sällskap och att vara ensam. Att ha sällskap innebär, menar hon, att uppgå i en socialitet och att tankar och känslor därmed förflyttas utanför den enskilda existensen. Denna sociala och kommunikativa process har en given riktning; mot en annan individ, och tillbaka. Det sociala skeende som skapas i denna process kan sägas existera *mellan* individerna och innebär en distraktion från den egna existensens upptagenhet med sig själv. I den samtidiga närvaron kan den boende och boendestödjaren "betrakta den andres själv som en obruten totalitet i ett levande nu" (citatt i Andersson, 2011 s. 62). Detta till skillnad från att i ensamhet endast kunna betrakta sitt eget själv i förfluten tid. Och vad mer är; i "nuets obrutna brutalitet" möjliggör boendestödjarens sällskap inte bara ett socialt responsorium där boendestödjaren genom sin "attitydöverföring" möjliggör en självbild som inte bara innefattar att vara "psykiskt sjuk", utan även innefattar humor, skratt och kompetens: "en normalitetens självbild" (Andersson, 2011 s. 63).

Även om attitydforskning många gånger är välgjord och viktig så riskerar frågor om förhållningssätt och inställning att tillrättalägga svaren hos de tillfrågade. Denna risk väntas dock kunna minimeras genom att man, som i föreliggande studie, lägger fokus vid *praxis* för att genom den analysera latent antaganden.

Boendepersonals praktik har studerats tidigare men man har då oftast stannat vid den, inte sällan med syftet att titta på vilken effekt personalens praxis har för de boendes integrering i samhället eller hur deras arbete bidrar till patienternas "återhämtning" (se t.ex. Tidemalm, 1996; Markström & Wikström, 2000; Topor, 2004; Andersson, 2009; Lindqvist, Markström & Rosenberg, 2010).

Syfte och frågeställningar

Till skillnad från ovan presenterade forskning stannar denna studie varken vid boendepersonalens explicita attityder och inställning till individer med psykosdiagnos eller vid en deskriptiv undersökning av boendepersonals praktik för att se hur den bidrar till de boendes "återhämtning" eller sociala integration. Frågeställningen handlar istället om vilka bilder av den psykotiske som boendepersonals praxis kan tänkas bära på latent när de rekonstrueras inom spänningsfältet mellan psykiatrireformen och Lacans syn på

psykosen. Med en sådan ansats är min förhoppning att en djupare förståelse ska kunna genereras.

Det är dock endast en liten del av denna utforskade väg som väntas kunna täckas genom de punkter jag valt att rikta min uppmärksamhet till i det heuristiska spänningsfältet. Inga anspråk görs på att fånga bilden med stort B av den psykotiske. Punkterna har jag som ovan nämnts valt utifrån intresset för de villkor eller livsbetingelser som kan sägas omgärda den psykotiske i hans eller hennes vardag. Villkoren undersöks indirekt genom att visa hur psykiatriutredningen respektive Lacan förstår människans autonomi, rationalitet och valfrihet – frågor som antas ha betydelse för vår praxis, hur vi förhåller oss gentemot och påverkar andra. Fältet har således konstruerats a priori som en *form* för boendepersonalens praxis, det empiriska materialet. ”Svaren” däremot, det vill säga innehållet i intervjumaterialet, är *inte* på förhand givna. Därför kan undersökningen inte ses som strikt deduktiv.

Som framgår kommer jag inte att ställa några självständiga frågor till psykiatrireformen och Lacan, men på grund av att de är instrument som används för att besvara forskningsfrågan så är de en del av undersökningen, de utgör en förutsättning för den. Inget anspråk görs dock på att ge en helhetlig bild av psykiatriutredningen eller Lacans teoribygge. Det är istället ett antal nedslag hos dem som tillsammans bildar det för uppsatsen relevanta spänningsfältet. Och med anledning av att de är just instrument måste de presenteras på ett transparent och brett sätt; på ett sätt som visar *hur* de skiljer sig åt samt *varför* de anser det de anser om den psykotiske och dennes villkor. Därför kommer jag att redogöra för de båda polerna på ett sätt som ”går utanför” det som är *direkt* avgörande för att besvara forskningsfrågan. En bredare ingång gör att läsaren bättre förstår vad det är som står på spel – vilka grundpremissor psykiatrireformen och Lacans slutsatser förutsätter.

Metod

Studien är av explorativ karaktär vilket innebär att några empiriska generaliseringar inte låter sig göras, det vill säga det är inte säkert att resultaten äger giltighet också för andra urval. Eftersom ingen forskning har hittats som analyserar intervjudata inom det för uppsatsen specifikt konstruerade spänningsfältet mellan psykiatrireformen och Lacan blir inga extrapoleringar utanför denna relation möjliga även om liknande resultat skulle kunna återfinnas i andra studier.

Deltagare

I studien deltog sex personer som alla arbetar på boenden med särskild service för personer med olika typer av psykosdiagnoser i Västsverige, främst schizofreni. Urvalet gjordes utifrån kriteriet att deltagarna skulle vara ordinarie personal och ha arbetat i minst två år på det aktuella boendet och därmed ha god kännedom om hyresgästerna. Samtliga deltagare hade någon av följande yrkestitlar; stödassistent, stödpedagog eller boendeassistent. Ett par respondenter var utbildade socionomer, övriga hade ingen eftergymnasial utbildning eller var undersköterskor. Några respondenter berättar att de gått kurser i exempelvis psykologi och omsorgsarbete, ett par med särskild inriktning mot psykiatri. Deltagarnas olika utbildningsbakgrund, ålder

och kön har ingen särskild betydelse för studien varför de fortsättningsvis kommer att benämnas ”boendepersonal”.

De psykiatriska gruppboendena kan ses som en mellannivå mellan en ordinär lägenhet med hemtjänst/boendestöd och behandlingshem. De inkvarterade i snitt tolv brukare och varje personal hade så kallat kontaktmannaskap för minst en boende. Kontaktmannaskapet beskrevs av informanterna innebära att man har särskilt ansvar för vissa boendes kontakter med exempelvis sjukvård och gode män. Gode män/förvaltare, sjuksköterskor och ansvarig psykosavdelning är rutinemässigt kopplade till boendena. Så gott som samtliga hyresgäster på de aktuella boendena är över 40 år och har tidigare vistats långa tider inom den psykiatriska slutenvården. Endast ett fåtal hade inte gjort det.

Samtliga deltagare kontaktades per telefon efter att sökningar på lämpliga boenden gjorts på internet. Sökord var *Serviceboende psykiskt funktionshinder*. Efter en kort presentation av ärendet och uppsatsämnet undersöktes huruvida den person som svarat i telefonen matchade urvalskriterierna. I samtliga fall ville den tillfrågade ta upp frågan med sina kollegor för att höra om det var någon av dem som var särskilt intresserad av att vara med. Vid de uppföljande samtalen hade personalgrupperna enats om en informant som ville ställa upp på intervjun.

Tillvägagångssätt och intervjuguide

Samtliga informanter intervjuades på deras respektive arbetsplats. Intervjuerna var semistrukturerade och varade i mellan 50 och 80 minuter. Den korta information om uppsatsens ämne som tidigare lämnats på telefon upprepades vid intervjutillfället. I övrigt rörde de instruktioner informanterna fick inledningsvis endast intervjuernas längd och frågornas öppna karaktär.

Intervjuguiden utformades med inspiration från metoden Critical incidents technique (CIT), utvecklad av John Flanagan (Flanagan, 1954). CIT är en kvalitativ forskningsmetod med rötter i industriell- och organisationspsykologi. Genom att observera anställdas praxis i vissa situationer kunde Flanagan och hans medarbetare göra funktionella beskrivningar och kategoriseringar av betydande aktiviteter och beteenden, så kallade ”kritiska moment”, i den givna situationen. En fördel gentemot andra kvalitativa metoder är att CIT fokuserar på särskilda situationer, kritiska exempel som noggrant studeras i sina detaljer; Vad hände? Varför hände det? Hur hanterades situationen? Vad blev konsekvenserna? etc. (se t.ex. Chell, 1998). Denna fördel är en viktig anledning till att metoden använts som inspiration för intervjuguiden i föreliggande studie. Sättet att ”dyka in i” särskilt besvärliga situationer, det vill säga situationer då något oväntat inträffar eller går fel i praktiken och lugnet bryts, väntades kunna hjälpa intervjupersonerna att *fokusera* redogörelserna för sin praxis och även att så att säga ställa frågorna ”på sin spets”. Vidare har forskning visat att personal som arbetar i en psykiatrisk kontext, exempelvis på ett serviceboende, i kritiska situationer tenderar att överge sin roll som den boendes ”advokat”, lämna det ömsesidiga mötet ”här och nu” – vilket annars ofta lyfts fram som basen i det stödjande arbetet – och i hög grad söka sig till kustodiella lösningar (Lilja, 2007). De tycks här frångå den mer nyanserade bild de kan tänkas ha haft om den boende innan det kritiska skeendet och istället åberopa stereotypa förklaringsmodeller för det inträffade. Att då ställa frågor till intervjupersonerna om både besvärliga eller kritiska situationer *och* om särskilt ”positiva” eller ”intressanta” situationer antogs kunna generera intressant information

om hur deltagarnas bilder av de boende kan tänkas skifta i ”positiva” respektive ”negativa” situationer.

För att få en överblick över intervjupersonernas arbetsuppgifter inleddes intervjuerna med en fråga om hur en vanlig vecka på respondenternas arbetsplats brukar se ut. Därefter ombads informanterna att berätta om situationer som kan uppstå eller som har uppstått i mötet med de boende som de skulle beskriva som särskilt besvärliga eller svåra. Följdfrågor som här användes presenteras i Tabell 1.

Tabell 1. Följdfrågor

- Vad gör/gjorde du när detta sker/skedde?
 - Vad säger/sa du?
 - Vad händer/hände då?
 - Brukar du göra så? Hur gör du annars i en sådan situation? Vad händer när du gör så?
 - Hur samspelar du annars med de inblandade personerna/den inblandade personen?
 - Hur uppfattar/uppfattade du att den andra personen/de andra personerna reagerar/reagerade i och på situationen? Hur reagerar/reagerade övriga på boendet?
-

När tillräckligt många detaljer hade getts gällande en specifik situation ombads informanterna att beskriva ytterligare situationer. Samma följdfrågor upprepades här. När redogörelserna bedömdes ha täckt tillräckligt av de för uppsatsen relevanta intresseområdena ombads informanterna att berätta om situationer som, istället för besvärliga, upplevs som särskilt positiva eller intressanta. Även dessa i relation till de boende. Samma följdfrågor och procedur som för de besvärliga situationerna användes här.

I intervjuguiden fanns också vad man skulle kunna kalla för ”potentiella påfyllnadspunkter” med. Dessa utgjorde några för uppsatsen särskilt utvalda situationer i vilka kritiska incidenter hade antagits kunna uppstå i boendepersonalens arbete med de boende. De aktuella situationerna var följande; aktiviteter för de boende utanför den egna lägenheten, stödinsatser, konfliktsituationer samt valsituationer som de boende kan hamna i. Situationerna adresserades i de fall då respondenterna inte själva berörde dem i sina utsagor. Slutligen ställdes även frågan om vilka regler som gäller på de aktuella boendena.

Analys och databearbetning

Som framgått ovan har min väg för att besvara uppsatsens forskningsfråga gått genom ett konstruerat spänningsfält mellan psykiatireformen och Lacans syn på den psykotiske i kombination med Liedmans förståelse för det latentas relation till det manifesta. För tydlighetens skull presenteras spänningsfältet separat nedan men ska ses som en del av metoden. Konstruktionen gjordes utifrån ett flertal gemensamma frågor eller punkter hos psykiatriutredningen och Lacan, kopplade till mitt intresse för den psykotiskes villkor, men där de två uppfattades skilja sig åt på ett intressant sätt. Frågorna rör som vi sett synen på autonomi, rationalitet och valfrihet samt synen på psykosen som diagnostisk kategori/struktur. Det är dessa punkter som utgör den form mot vilken det empiriska materialet brutits i analysen. Teman i materialet skapades som

”svar” på de utvalda frågorna. Analysarbetet ska härmed inte ses som *determinerat* av teori men som *teoridrivet*.

Hela tiden har tolkningsarbetet rört sig inom ramen för det konstruerade spänningsfältet och mellan de för uppsatsen relevanta begrepp som härletts ur det.⁵ Analysarbetet inleddes med flera genomläsningar av intervjumaterialet samtidigt som de ljudfiler som de utskrivna intervjuerna härstammade från genomlyssnades med syftet att validera utskriften och få ett första intryck av textmaterialet. I det andra steget gjordes en sammanställning av de kritiska och positiva situationer som intervjupersonerna beskrivit. I ett tredje steg sorterades texten med hänseende till den praxis som kunde kopplas till temana autonomi, rationalitet, valfrihet samt syn på psykosen som diagnostisk kategori/struktur. Nästa steg i analysarbetet var det dekonstruktiva momentet, det vill säga det moment som utgått från Liedmans tes om att all praxis vilar på latent antaganden om hur världen och människan är beskaffade (Liedman, 1980). I syfte att analysera boendepersonalens bilder av och antaganden om den psykotiske och dennes levnadsvillkor utifrån de fyra givna intresseområdena studerades varje funnen praxiskategori med avsikt att finna dess latent budskap. Följande frågor användes huvudsakligen för tolkningen:

- Vilket är det troliga syftet med personalens praxis i en given situation?
- Utifrån mina intresseområden: vad behöver personalen förutsätta hos den boende för att denne ska tänkas ”svara” i enlighet med deras praxis syfte? Hur verkar boendepersonalens bilder av den psykotiskes autonomi/rationalitet/valfrihet/psykiska tillstånd eller struktur vara beskaffade givet deras praxis?

I analysens sista steg, sammanfattades teman för att belysa de bilder, de latent antaganden, som framkommit i materialet. Dessa kan således sägas ha trätt in som ett ”förled” till praxis. På så sätt byggdes ett begreppsligt och teoretiskt sammanhang, där samtliga tre instanser – det vill säga psykiatireformen, Lacan och informanterna – fått ge sin bild av den psykotiske utifrån de för uppsatsen relevanta intresseområdena.

Ett heuristiskt verktyg: spänningsfältet mellan psykiatireformen och Lacan

I det följande ska det heuristiska analysverktyg som jag konstruerat utifrån psykiatireformen och Lacans bilder av psykosen som diagnostisk kategori/struktur samt deras respektive syn på människans autonomi, rationalitet och valfrihet presenteras. Ett kort inledande avsnitt sammanfattar det jag uppfattat som det mest centrala i deras föreställningar kring de utvalda punkterna så att läsaren ges en första orientering i spänningsfältet. Därefter utvecklas punkterna vidare.

⁵ Steinar Kvale (2009) påpekar att det är vanligt att göra intervjuanalyser utan att följa någon specifik analytisk teknik. Somliga förlitar sig inte på en enda analysform utan blandar fritt metoder och tekniker och genomför allmänna, just *teoretiskt präglade* tolkningar av intervjutexterna. Föreliggande intervjuanalys kan sägas tillhöra denna brokiga tradition.

Sammanfattning av det heuristiska spänningsfältet

I min läsning av psykiatriutredningens arbete har jag tolkat utredarnas narrativ som att de har en föreställning om ”den friska” människan som en i grunden autonom, rationell och självständig varelse som så att säga ”äger sig själv” och besitter förmågan att göra egna fria rationella val. I nedanstående längre genomgång kommer mina argument för detta att visas. En förutsättning för en sådan autonom och rationell människa torde vara ett antagande om ett sammanhållet fristående *jag*, kapabelt att ”bemästra psyket”, medvetet navigera i det gängse språket och uppfatta en ”sann verklighet” utanför sig själv.

Psykiatriutredningens bild av den psykotiske tycks bottna i en uppfattning om psykosen som en sjukdom, en störning orsakad av en biologiskt betingad sårbarhet i kombination med yttre stressorer, men att han eller hon *bakom sjukdomssymtomen* – i grunden – fungerar på samma sätt som andra.

Vad gäller implikationer för praxis utifrån detta uppfattar jag att psykiatriutredningen står för en strävan efter att stödja den psykotiske så att han eller hon kan leva ett liv på *samma premisser* som andra; att den autonomi, valfrihet och verklighetsförankring som i och med sjukdomen anses ha gått förlorad kan återfås och att den sjuke kan *normaliseras* och anpassas till det samhälle där denne (numera) lever. Psykiatrireformen tycks uppmuntra en slags *komplementär praxis* i förhållande till människor med psykosdiagnoser. Personal som arbetar med dem ska kompensera för deras kognitiva och sociala svårigheter. Exempelvis bör den psykotiske avledas i sina vanföreställningar och stödjas i sin ”ofta slumrande” vilja till förändring. Om individens insikt om sina egna uppfattningar och värderingar av både sig själv och omgivningen saknas tar utredningen det som ett tecken på att den psykiatriska behandlingen tills vidare bör fortsätta att vara den huvudsakliga insatsen.

När vi går till Lacan ser bilden annorlunda ut. Han förstår inte människan som en rationell, autonom och fristående herre i sitt eget hus – inte ens den ”normala”, i Lacans språkbruk *neurotiskt strukturerade*, människan. Lacan ser jaget som en imaginär konstruktion, ett säte för inbillning och fantasier. När vi refererar till vårt jag, menar Lacan, refererar vi till den vi *förespeglar oss* att vi är. Detta har att göra med att våra liv som mänskliga subjekt determineras av språket, vi är subjekt för den språkliga strukturens *Lag*. För att bli *talande subjekt* har vi gjort avkall på någonting, vi har underkastat oss en ursprunglig förlust, nämligen den förlust man ådrar sig vid separationen från den moderliga symbiosens omedelbarhet. Och enligt Lacan är denna förlust oåterkallelig. Den tvingar oss att kanalisera våra önskningar genom språkets trånga passager, som endast erbjuder en begränsad tillfredsställelse genom att förse oss med symbolisk närvaro, och den dömer oss till ett ändligt liv som ett decentrerat subjekt; som kluven. Alternativet är antingen döden eller *psykosen*. Där finns det varken närvaro eller frånvaro, där följs helt andra regler än de som gäller för folk i gemen – där finns inget talande subjekt utan ett subjekt *bortom* språket (Muller, 2002).

I de texter av Lacan som jag tagit del av för uppsatsen har reflektioner kring praxis varit mer svårfunna än hos psykiatriutredningen. Det som framförallt dock ändå framgår är Lacans betoning på den symmetriska relationen mellan en människa med psykos och en med denne arbetande person, en icke-polariserande praxis som bygger på insikten om och accepterandet av att en psykotiskt strukturerad människa inte fungerar på samma sätt som en neurotiskt strukturerad. Medan psykiatriutredningen verkar mena att den psykotiske bäst bemöts som ”vem som helst” som lever med ett handikapp och

därmed behöver praktisk kompensation för detta, ska han eller hon enligt Lacan bemötas som någon *i grunden* annorlunda fungerande och därmed med försök att alliera sig med och att förstå denna annanhet.

Det är alltså mot detta spänningsfält som boendepersonalens redogörelser för sin praxis i mötet med de boende de arbetar med har brutits i analysen. Vi ska nu lära känna de båda polerna närmare.

Från inspärrad till utflyttad – Psykiatrireformen växer fram

Vid medeltidens slutskede fick en bred grupp ”vansinniga” individer ersätta de spetälskes roll som samhällets syndabockar och platserna på hospitalen när denna opasslighet försvann (Foucault, 2010). Här tycks de som idag förmodligen skulle få någon typ av psykosdiagnos ha stått i ett av de främsta leden. I 1700-talets Sverige började man stänga in dessa personer på stora auktoritära och hierarkiskt uppbyggda institutioner, av säkerhetsskäl långt bort från den övriga befolkningen i städerna, och de levde där sina liv under konstant övervakning. Det ansågs vara en social plikt att gömma undan de moraliskt oönskade ”avvikarna” eller ”galningarna” från samhället (Markström, 2003). Men målet med institutionsvistelserna kunde också vara bot och bättring. Optimismen var på sina håll stor och man ansåg att man med rätt metoder kunde omforma de avvikande personerna så att de blev goda samhällsmedborgare igen (Lilja, 2007).

Trots institutionsvårdens starka ställning började det under 1800-talet växa fram kritik mot anstaltsväsendet och en osäkerhet uttrycktes gällande dess effektivitet (Markström, 2003). Ett av de nya behandlingsideal som vid sidan av institutionsstrukturerna vann mark vid denna tid hade sin utgångspunkt i psykologiska teorier och gick under benämningen *moral treatment*. Idéerna handlade här om att återanpassa den psykiskt sjuke till ett normalt liv. Metoden var en form av beteendemodifikationsprocess som syftade till att ”omskola” patienten till en medborgare med gott uppförande. En sådan ”normaliseringsprocess” förutsatte en så naturlig och vardaglig miljö som möjligt. Förutom detta mer samhällsbaserade arbete med patienterna kom även den framväxande psykoanalysens idéer att initiera alternativ till vården på de stora institutionerna, inte minst i USA där psykoanalytiker kom att få en framträdande roll i läkarkåren.

Mot bakgrund av denna utveckling och genom ett samspel av en rad olika faktorer inleddes under andra hälften av 1900-talet en process för att avveckla institutionerna (Markström, 2003). Målet var öppenvårdsinsatser och ett utbyggt stöd i den enskildes vardag. Den vetenskapliga utvecklingen inom psykiatrin anses av många ha varit en av de viktigaste orsakerna till avinstitutionaliseringen, särskilt introduktionen av neuroleptikan i mitten på 1950-talet (Markström, 2003). Med den kunde graden av ”avvikelse” hos patienterna dämpas vilket tycks ha uppfattats som underlättande för deras utflyttning från institutionerna till samhället. Utöver läkemedelsutvecklingen har sociala påtryckningar likt de ovan beskrivna enligt många spelat en avgörande roll (Markström, 2003). Starka argument föddes exempelvis ur den forskning som upptäckt olika typer av institutionsskador hos patienter som vistats långa perioder i mentalsjukhusets isolerade värld, och exempelvis Maxwell Jones pekade på hur patienter mycket mer skulle gynnas av vård och stöd i mindre, hemlika institutioner där hälsobefrämjande sociala omgivningar kunde växa fram grundade på demokratiska ideal, så kallade ”terapeutiska samhällen” (Cullberg, 2000). Alltmer tongivande i den

samhällskritik som psykiatrin drogs med i blev också de växande medborgarrätts- och vänsterrörelsen på 1960-talet. Personer som Ronald D Laing, David Cooper och Thomas Szasz, förgrundsgestalter för *antipsykiatrin*, framförde stark kritik mot den biologiskt inriktade psykiatrin, dess dogmatiska etikettering av patienternas ”galenskap” och behandling av dem med tung medicinering, elchocker, inlåsning, bältesläggning och på vissa håll fortfarande lobotomi (Markström, 2003). Med utgångspunkt i teorier om personliga kriser och relationsstörningar lanserade de alternativa förklaringsmodeller för psykisk ohälsa och också alternativa sätt att möta patienterna.

Andra forskare och kritiker av den institutionsbaserade psykiatrin som fått stort genomslag för sina idéer är Erving Goffman och Michel Foucault (se t.ex. Goffman, 2014; Foucault, 2010). De knöt ord som disciplinering, makt, förtryck, stämpling och stigmatisering till det de såg ske på mentalsjukhusen och betraktade psykiatrin som ett av de instrument som samhället använder för att säkerställa ordning och social kontroll av marginaliserade och avvikande grupper bland sina medborgare. En annan sympatisör av det psykiatrikritiska idégodset var Franco Basaglia som genom sina försök att demokratisera psykiatrin i Italien blev en av föregångarna för avinstitutionaliseringen i västvärlden (Cullberg, 2000).

Andra faktorer som man ofta menar kan förklara psykiatrins kursändring spåras i rent ekonomiska motiv. Nya bidrags- och försäkringssystem, problem med överbeläggningar, dyra driftskostnader och akuta renoveringsbehov av många av de stora mentalsjukhusen under 1960-talet kan ha påskyndat rivningarna och uppbyggandet av nya behandlingsverksamheter (Markström, 2003).

I Sverige fortsatte utbyggnaden av den slutna institutionsbaserade vården in på 1960-talet. 1967, när landstingen tog över huvudmannskapet för dessa institutioner i syfte att få ett enhetligt ansvar för all sjukvård, fanns ca 36 000 slutenvårdsplatser (Topor, 1998). Först då började avvecklingen av de stora mentalsjukhusen och utskrivningarna av deras patienter. Förtroendet för de nya läkemedlen hade varit så pass stort att många utgick ifrån att de från mentalsjukhusen utskrivna patienterna hade blivit botade. Så var dock inte fallet. Det skulle visa sig att många av de tidigare institutionsvårdade patienterna inte klarade sig särskilt bra ute i det samhälle de hade förvisats till och många av dem ”återinsjuknade” och ”återintogs”. Dock var det en hårt nedbantad psykiatri de mötte med ett kraftigt minskat antal sängplatser. I detta uppstod vad man kallat för ”svängdörrspsykiatrin”, där de tidigare långtidsvårdade patienterna nu blev intagna för kortare perioder i slutenvård, skrevs ut men återkom inom kort (Markström, 2003).

Vad som här hände var att de tankar som legat bakom den internationella avinstitutioniseringstrenden tog sig upp ur den jord där de sedan länge hade slagit rot i Sverige och blommade ut i det som kom att kallas *sektorisering*.⁶ En smältdegel av socialpsykiatriskt och psykodynamiskt orienterade idéer med tydliga influenser från den amerikanska vårdreformen hamnade under begreppet; ifrågasättandet av den

⁶ Psykologen Alain Topor (1998) menar att sektoriseringen kan ses som ”ett lyckligt sammanträffande” mellan å ena sidan politikernas behov av att komma bort från en kostsam och ineffektiv slutenvård och å andra sidan just psykiatrikernas tjänsteutbud som alltmer kom att påverkas av psykoanalysen och idéer om ett förebyggande och samhällsbaserat arbete. Andra inslag i sektoriseringen var en stark betoning på öppenvårdsinsatser och arbetet i tvärprofessionellt sammansatta team (Markström, 2003). Den sektoriserade psykiatrin kom av många att ses som en lösning på en rad problem som den institutionsbaserade psykiatrin och senare ”svängdörrspsykiatrin” stod inför. Exempelvis tyckte psykiatern Clarence Crafoord, som hade en ledande ställning i sektorsarbetets första steg, att det nya stod för en ”helhetssyn på människan” (Crafoord i Markström, 2003: 114).

klassificerande diagnostiken och av sjukdomsbegreppet, kritiken mot institutionernas förtryck, familjeterapeutiska strömningar, psykoanalysen samt insikten om samhällsfaktorernas inverkan på psykisk hälsa (Markström, 2003). I mitten av 1980-talet hade de flesta landsting i Sverige skapat så kallade *sektorskliniker* med sammanhållet ansvar för psykiatriska insatser inom ett geografiskt område, och genom den nya socialtjänstlagen hade kommunerna getts ett större ansvar för boende och sysselsättning för dem som tidigare bott på institutionerna (Lindqvist, Markström & Rosenberg, 2010).

I praktiken resulterade den psykoanalytiska ”tillsatsen” i psykiatrin i en splittring av den psykiatriska vården i två tämligen självständiga organisationer (Topor, 1998). Dessa separata organisationer, som befann sig inom samma sektorsorganisation, skilde sig med avseende på målgrupp, ideologi och behandlingsmetod. Öppenvården, som kommit ut i bostadsområdena, uppsöktes av nya befolkningsgrupper, exempelvis människor i livskriser som i högre grad än de tidigare institutionaliserade patienterna kunde verbalisera sitt lidande. Språket blev här det psykodynamiska, de behandlingsinstrument som förfäktades var regelbundna samtal och frivilligheten poängterades starkt. Slutenvården däremot, fortsatte att arbeta med patienter med psykosdiagnos genom behandlingsinsatser som till övervägande del inriktades på patienternas kroppar – inlåsning, tung medicinering och ECT (Topor, 1998). Denna nya modell bestod således både av en sista utpost, det vill säga det som man såg som en nödvändig slutenvård där de demokratiska fri- och rättigheterna inte gäller, samt av en *ny psykiatri*, där en ny stor grupp människor kunde få hjälp med sina psykiska problem utan att behöva lämna produktionsapparaten vilket psykofarmaka annars ofta medför. Patienterna skulle här vara befriade från den traditionella psykiatrins koppling till tvång, övergrepp, våld, isolering och kontroll.

Sektoriseringens psykodynamiskt och socialpsykiatriskt orienterade prägel mötte dock motstånd från den medicinska professionen och inre slitningar uppkom (Topor, 1998). Den nya prägeln kan kanske sägas ha utgjort ett hot för psykiatrins *medicinska* anknytning i det att det psykiatriska fältets vidgning i och med sektoriseringen gav det specifikt medicinska i psykiatrins behandlingar en mindre framträdande roll; bot fick konkurrens av insikt, sjukdomsbegreppet fick konkurrens av problem, lidande och funktionshinder och de terapeutiska samtalen kunde föras av personal utan naturvetenskaplig utbildning (Topor, 1998). Kanske uppfattade man att psykiatrins vetenskapliga tillhörighet, det vill säga dess trovärdighet i det av naturvetenskapen dominerade vårdparadigmet, utmanades. Därmed tycktes det uppstå ”ett behov” av att avgränsa ansvarsområdet för den psykiatriska vården vilket exempelvis Socialstyrelsen försökte göra i sitt förslag till principprogram för psykiatrisk hälso- och sjukvård som kom 1976 (Topor, 1998). Här framfördes förslag om att avgränsa psykiatrin till ett renodlat medicinskt fält och att skära av de psykoterapeutiska och socialpsykiatriska komponenter som vuxit fram; psykiatrin skulle inte hålla på med sådant som enbart kräver insatser av psykologer eller socionomer – dylika uppgifter skulle ankomma på socialtjänsten. Dessa förslag mötte dock kraftig kritik. Psykoterapi- och öppenvårdsinsatser ansågs av de flesta remissinstanser tillhöra psykiatrin och Socialstyrelsen övergav renodlingsförsöket av psykiatrin som enbart en medicinsk verksamhet i sina nya förslag (Topor, 1998).

Men problemen hopade sig för den nyfödda sektoriseringen. De professioner som drev fram utvecklingen, exempelvis psykologer och socionomer, fick inte de medel som de sade sig behöva för sina modeller, utbyggnaden av öppenvårdsmottagningar

skedde inte i samma takt som slutenvården lades ner och snart visade det sig att få av de utskrivna institutionsskadade patienterna klarade av att leva upp till de krav som de nya öppenvårdsmottagningarna ställde på sina patienter; verbalisering av lidandet, tidspassning och att klara av tiden mellan träffarna på egen hand (Topor, 1998). Dessutom upplevde kommunerna att de inte kommit med i planeringen av slutenvårdsreduktionen och att de därför fått kostnader vältrade över sig som de inte kunde klara av i och med det ansvar de fått att ordna med boende och sysselsättning för den stora grupp som kom ut från mentalsjukhusen och som hade behov av just det. Enligt dem gick avinstitutionaliseringen alldeles för snabbt (Markström, 2003). Resultatet av allt detta var att tusentals personer fortfarande levde inom den psykiatriska heldygnsvården, utan att erbjudas någon avancerad behandling och de sociala villkoren för de som skrevs ut visade sig vara betydligt sämre än för andra grupper i samhället (Topor, 1998).

Den sammantagna sprängkraften i problemen var för stor för de nya framträdande yrkesgrupperna och deras socialpsykiatriska verksamheter inom psykiatrin och socialtjänsten att stå emot eller bromsa. Kritiken ledde till tillsättandet av psykiatriutredningen 1989. Detta är den utredning som låg till grund för Sveriges psykiatrireform, träd i kraft 1995. Psykiatriutredningen bestod av tre parlamentariska ledamöter samt sakkunniga och experter från landstings- och kommunförbunden, statliga myndigheter, departement och olika patient-, anhörig- och personalorganisationer (Knutsson & Pettersson, 1992). Uppdraget var att överväga och föreslå olika åtgärder för att uppnå en förbättrad och effektivare service och vård till den aktuella målgruppen. Utredningens delbetänkanden och omfattande slutrapport, *Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda* (SOU1992:73) är, tillsammans med de direktiv och den regeringsproposition (Direktiv 1992/67; Prop. 1993/1994: 218) som utredningens många förslag utmynnade i, psykiatrireformens mest centrala dokument. Det var först i dem som en sammanhållen ideologisk plattform för vården av den grupp människor som utredningen betecknade som just ”psykiskt störda” presenterades (Lindqvist, Markström & Rosenberg, 2010).

I slutbetänkandet från 1992, slog psykiatriutredningen fast att *långvarigt psykiskt störda* utgjorde en grupp i samhället som karaktäriserades av allvarligt handikappade personer som berövats sina medborgerliga rättigheter och som hade få resurser till sitt förfogande (SOU 1992:73). Kommunernas ansvar för alla medborgares boende och sysselsättning, särskilt de handikappades, behövde därför förtydligas och det kom nu också att förenas med en betalningsskyldighet parat med straffavgifter för de kommuner som inte levde upp till sitt ansvar (Markström, 2003). Rättigheterna för de psykiskt störda skulle stärkas och deras delaktighet i samhällslivet ökas (Lindqvist, Markström & Rosenberg, 2010).

Som vilken handikappad som helst? Den psykotiske i psykiatriutredningen

Psykiatrireformen är en av de mest omdiskuterade förändringar som har genomförts inom den psykiatriska vården genom tiderna och den har tolkats på många olika sätt (Topor, 1998). Somliga har valt att se den som ett steg i normaliseringen av de medborgare som lider av psykiska problem och som en nedläggning av den medicinska psykiatrin där ”mentalsjukdom” ersattes av ”psykiska funktionshinder”. Andra har analyserat reformen som en renodling av det medicinska monopolet över psykiatrin. De flesta som deltog i den offentliga diskussionen vid tiden för reformens utformning stod

dock bakom dess policy och när regeringens slutgiltiga proposition om reformen kom antogs den av en enig riksdag och mottogs positivt av så pass motstridiga intressen som Svenska psykiatriska föreningen, Riksförbundet för social och mental hälsa och Intresseföreningen för schizofreni (Topor, 1998).

Psykiatriutredningens syn på psykosen som diagnostisk kategori/struktur Många har pekat på att den mångfald av benämningar som psykiatriutredningen använde i sina försök att definiera den grupp människor som man främst riktade sig till i sitt arbete har gjort det svårt att klart och tydligt uppfatta dess egentliga avgränsning (Markström 2003: 156). Utredningen valde att framför andra begrepp använda sig av benämningen *psykiskt störda*, och den särskilt centrala undergruppen *psykiskt långtidssjuka*. Utifrån regeringens direktiv skulle målgruppen, enligt utredningens tolkning, vara människor med alla typer och grader av psykisk sjukdom, men man betonade särskilt problemen hos personer vars ”psykiska besvär både är mycket allvarliga och har en väsentlig varaktighet över tiden” (SOU 1992:73, s 104).

I utredningens slutbetänkande görs en längre genomgång av de psykotiska symtomen (SOU 1992:73). De kanske tydligast särskiljande fenomenet vid psykossjukdom överlag, menar utredarna, är det sammanbrott i verklighetsuppfattningen som är utmärkande för psykostillstånden och som vid schizofreni vanligen också medför en mycket uttalad psykisk skörhet. Psykiatriutredningen beskriver hur sjukdomen orsakar en förlust av stora delar av den egna personligheten och att individen inte uppfattar var gränsen för störningen går. Vidare väntas funktionsförmågan mer eller mindre alltid inskränkas i den akuta fasen och det ankommer här på individen själv och på den psykiatriska personalen att avgöra var gränsen i det enskilda fallet går mellan vilka funktionssvårigheter som har sin grund i en kvarvarande aktiv sjukdomsprocess och vad som måste bedömas vara ett resttillstånd som inte kan påverkas genom behandling. Karaktäristiska funktionsnedsättningar som man menar kan bli kvarstående efter en psykossjukdom är exempelvis initiativlöshet och apati, överkänslighet, kontaktskygghet, ritualism, en oförmåga att uthärda ensamhet samt stora svårigheter att omsätta kunskaper och generalisera färdigheter till andra situationer. Också hallucinationer, vanföreställningar och magiskt tänkande menar man kan finnas kvar och utredarna framhåller här att det ofta behövs avledningar, uppmuntringar och positiva tilltal för att få den psykiskt störde ”på banan igen”.

Samtliga dessa symtom känns igen från exempelvis Bleuler som vi ovan sett var den som myntade begreppet schizofreni och vars symtomuppställning från 1900-talets början ligger till grund för den moderna diagnostiken. Psykiatriutredningens uppställning lutar sig på de diagnostiska kriterier som vid tiden för utredningens arbete fanns i DSM III-R, utgiven av American Psychiatric Association 1987 (SOU 1992:46).

I samband med målgruppsdefinitionen diskuterar utredarna också *handikappbegreppet* (SOU 1992:73). De menar att det blivit alltmer uppenbart att man måste se konsekvenserna av en långvarig psykisk störning i ett handikappersperspektiv och att ett sådant delvis också skulle kunna förskjuta uppmärksamheten från brister hos individen till brister i miljön vilket bör leda till försök att anpassa den på olika sätt (SOU 1992:73). I detta perspektiv blir den enskildes rättigheter centrala vilket inte minst märks i psykiatriutredningens förslag att personkretsen för den av den parallellt pågående Handikapputredningen föreslagna lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (senare antagen och känd som LSS) skulle vidgas:

Vi föreslår som alternativ att 1§ i den föreslagna lagen kompletteras med en bestämmelse (punkt 3) som innebär att lagen skall omfatta psykiskt störda personer 'med långvarig eller återkommande nedsättning av den sociala funktionsförmågan som inte beror på normalt åldrande men som förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett stöd- eller servicebehov som är nödvändigt att tillgodose för att individen skall fungera socialt' (SOU 1992:73 s. 25).

Sedan 1995 års psykiatrireform är således den officiella beteckningen för individer med psykosdiagnoser *personer med psykiska funktionshinder*. Begreppet är sanktionerat av såväl lagstiftaren, då det exempelvis används i Socialtjänstlagen 5 kap. 8 §, som av den organiserade brukarrörelsen, exempelvis Schizofreniförbundet (Sandlund, 2005). Detta var första gången som begreppen funktionshinder och handikapp började användas i specialiserade psykiatriska sammanhang vilket innebar att personer med olika typer av psykosdiagnoser kom in i en ny vårdpolitisk kontext (Brusén 2005). Psykiatriutredningen menade att det psykiska funktionshindret uppstår hos individen som en följd av den psykiska sjukdomen. Ett handikapp uppkommer när detta starkt begränsar hans eller hennes möjligheter att förverkliga sina livsmål på ett avgörande sätt. Handikappet är således en yttring av det individuella funktionshindret och dess samspel med begränsande faktorer i omgivningen (Brusén, 2005). Ett handikapperspektiv måste i detta sammanhang tolkas som att förändringar i den psykiskt funktionshindrade personens tillstånd kan ske – och sker – vilket gör att det psykiska funktionshindret kan vara föränderligt.

Den teoretiska modell som psykiatriutredningen utgår ifrån vad gäller uppkomsten av psykosjukdomar är den så kallade *stress- och sårbarhetsmodellen* (SOU 1992:73). Enligt den är det samspelet mellan en biologiskt betingad sårbarhet och påverkan av yttre stressfaktorer, kopplade till individens levnadsförhållanden, som avgör benägenheten hos en individ att utveckla psykos. De personliga sårbarhetsfaktorerna står främst att finna i en medfödd dopaminerg dysfunktion vilket leder till en reducerad förmåga att bearbeta information och vidare till en autonom reaktivitet i det centrala nervsystemet. Växelspelet här emellan riskerar att mynna ut i en schizotypal personlighet (SOU 1992:46). Om en individ har en hög sårbarhet kan en förhållandevis svag yttre stress utlösa sjukdomen medan personer som har låg sårbarhet måste utsättas för stark och kanske långvarig stress för att han ska drabbas. För personer med stor sårbarhet, som är de som i första hand riskerar att bli handikappade av sin sjukdom, är det enligt utredarna helt avgörande att deras sociala livssituation kan stödjas så att stressen minimeras (SOU 1992:73).

I psykiatriutredningen slås det fast att det alltid finns både en biologisk, en psykologisk och en social dimension med i psykosens sjukdomsbild (SOU 1992:73). Dessa tre menar man måste ges en likvärdig ställning i all den service, stöd och vård som riktas till målgruppen. Dock, menar utredarna, "är de sociala behoven idag de mest eftersatta" (SOU 1992:73 s. 208). Detta torde vara orsaken till att de åtgärdsförslag som presenteras i utredningen i så hög utsträckning koncentrerats till det sociala området, även om medicinska och psykoterapeutiska insatser också diskuteras. Utgångspunkten för utredarna är här att socialt inriktade åtgärder är en förutsättning för att psykiskt störda ska kunna erbjudas förbättrade levnadsförhållanden i "allmänna välfärdstermer" och att stärka sitt inflytande över sin vardag.

Psykiatrireformens principer; lika rätt – lika liv. Tidigt i psykiatriutredningens slutbetänkande listas de principer som framförallt ska vara vägledande för alla de stöd-, service- och vårdinsatser som riktas till psykiskt störda (SOU 1992:73):

1. De psykiskt störda skall ha samma rättigheter och skyldigheter som andra grupper i samhället
2. Den psykiskt störde individen ska ha rätt till service, stöd och vård som är anpassad till hans individuella förutsättningar och behov
3. Den psykiskt stördes egna val och prioriteringar skall vara utgångspunkten för alla insatser som riktas till den enskilde
4. Service, stöd och vård till psykiskt störda skall ges i så öppna och formaliserade former som möjligt ute i det lokala samhälle där individerna lever
5. Insatserna skall utformas så att de understöder den enskildes oberoende och integritet
6. Insatserna skall utformas så att de stödjer den enskildes välfärd

Dessa principer ger en hint om den strävan som många menar genomsyrade hela psykiatrireformen, nämligen en *normalisering*⁷ av de psykiskt stördas levnadsvillkor – en möjlighet för dessa personer att ”leva som andra” (Hydén, 2000; Lilja, 2007; Markström, 2003).

Inte minst uttrycktes en sådan strävan i frågan om de psykiskt stördas *boende* till vilken begrepp som frihet, integritet och självständighet kopplades (Andersson, 2009). Det normaliserade livet befästes genom den egna bostaden, det egna hemmet, och kom således att bli de stora mentalsjukhusens ideologiska och arkitektoniska motsats. I regeringens proposition med förslaget till psykiatrireform formulerades boendeideologin på följande sätt:

Också människor med funktionshinder har rätt till en bostad där friheten och integriteten är skyddad och där han kan få sina behov av stöd och service i den dagliga livsföringen tillgodosedda. Detta gäller således även personer med långvariga och allvarliga psykiska störningar (Proposition 1993/94:218 s. 94).

⁷ Begreppet normalisering myntades 1959 av dansken Bank Mikkelsen (refererad till i Lilja, 2007) i diskussionen om hur livssituationen såg ut för personer med utvecklingsstörning. Enligt Stenström och Jönsson definieras begreppet på följande sätt: ”Människan skall ges förutsättningar att så långt det är möjligt leva ett självständigt liv på så lika villkor som möjligt jämfört med andra” (citad i Lilja, 2007 s. 7). Senare har begreppet utvecklats till att snarare beskriva en *process*, inte ett mål. Normer som brukar tillskrivas normalisering är att alla har rätt till ett självständigt liv, att bo under hemlika former och att ha en meningsfull sysselsättning och en aktiv fritid, alltså mycket likt det som skrivs fram i psykiatriutredningen. Enligt Svenska Akademiens Ordbok (refererad till i Lilja, 2007) står begreppet ”normalisering” för att bringa något eller någon i överensstämmelse med en viss norm, med det normala. Etymologiskt härstammar begreppet från ordet normal som betyder regelrätt; som överensstämmer med naturens ordning; som inte skiljer sig från vad som är vanligt (från vad som rimligen kan begäras eller väntas); som inte har sjukliga dispositioner; som är vid sina sinnens fulla bruk; (fullt) frisk i andligt avseende.

Passande nog för detta eftersträvansvärda boendeideal hade man från läkarnas sida vid tiden för psykiatriutredningens arbete börjat tala om den aktuella målgruppen som *medicinskt färdigbehandlade* – de var inte längre sjuka men inte heller botade (Schön, 1998). I delbetänkandet *Livskvalitet för psykiskt långtidssjuka – forskning kring service, stöd och vård* skriver överläkare Leif Lindström exempelvis att ”Klozapin, [ett s.k. atypiskt neuroleptikum], har för denna patientkategori inneburit något av en revolution /.../ av terapirefraktära schizofrena patienter som fått Klozapin i två år eller mer /.../ kunde 85 % skrivas ut från sjukhuset, antingen till eget boende eller till behandlingshem” (SOU 1992:46 s.18-19). Enligt Topor kan denna omdefinition av de tidigare patienterna dock ses som ett sätt för psykiatrin att befria sig från ansvaret att söka efter nya behandlingsinsatser (Topor, 1998). För honom innebär beteckningen ”medicinskt färdigbehandlad” en reducering av den lidande människan, som fortfarande plågas av sin ångest och sina röster, till en funktionshindrad, handikappad – nu tillgänglig för samhällets normaliseringsförsök. Normaliseringen, säger han, gäller dock inte de tidigare intagna patienternas lidande, som han menar att psykiatrin misslyckades med att avhjälpa, och inte heller gäller det samhället, som skulle kunna anpassas till de medborgare som faktiskt lever i det. Istället, menar Topor, handlar normaliseringen endast om en *yttre anpassning*; ”Den lidande ska bli ’lik’. Lik ’oss’, i en hemlik miljö med arbetsliknande sysselsättningar och vänskapsliknande relationer” (Topor, 1998 s. 15). För Topor innebär således en läkares bedömning av en exempelvis schizofren som medicinskt färdigbehandlad att denne skrivs ut till ett liv i ett nätverk av mikrosituationer, ”som tillsammans erbjuder en organiserad ordinär vardags yttre beståndsdelar /.../ ett pärlband av små institutioner mellan vilka den ’utskrivne patienten’ vandrar för att få olika aspekter av sitt liv omhändertagna” (Topor, 1998 s. 15).

Detta ”lika- eller sammagörande” känns igen från psykiatriutredningens texter. Utredarna konstaterar exempelvis att ”schizofrena människor är mer lika än olika andra människor” och att det stödjande arbetet ska handla om att motivera, aktivera och skapa social integration så att de ”får möjlighet att fullt ut delta i samhällets gemenskap och att *leva som andra*” [min kursivering], (psykiatriutredningen citerad i Knutsson & Pettersson, 1992 s. 72). Utredarna framhåller att människors jämlikhet och fulla delaktighet i samhällslivet skall främjas med syftet att den enskildes hela tillvaro skall fungera som för andra i samhället och de vill starkt betona att all verksamhet som riktar sig till psykiskt långtidssjuka måste byggas upp så att klienterna och deras familjer ges förutsättningar för att kunna utöva inflytande och medbestämmande. Detta ”särskilt i sådana insatser som är avgörande för deras upplevelse av att ha lika värde och samma rättigheter som andra människor i samhället” (SOU 1992:73 s. 211).

Ett av två honnörsord; psykiatriutredningens syn på valfrihet. Vi har nu sett vilka vårdideologiska principer som genomsyrar psykiatriutredningens arbete samt hur man där ser på psykosen som diagnostisk kategori/struktur. I avsnittet om Lacan nedan ska vi låta honom ge sin syn på detsamma. Vi ska nu dock stanna upp vid ett av utredningens verkliga honnörsord nämligen *valfrihet*, ett ord som vi har sett skymta förbi implicit i utredningens principer samt ytterst explicit i slutbetänkandets själva titel; *Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda*.

Hur man ser på valfrihetsbegreppet är av stort intresse för frågan om de förutsättningar och villkor som den psykotiske har och omgärdas av i sin vardag. Psykiatriutredningen föreslår som vi sett att psykiskt funktionshindrade ska åtnjuta

kommunens stöd och service i likhet med andra och leva med samma rättigheter och skyldigheter som andra kommunmedborgare. Stödet ska utgå ifrån varje enskild individs *val och prioriteringar*. Detta ska enligt utredningen möjliggöras på två sätt (Schön, 1998). Den ena åtgärden innebär en organisatorisk förändring där socialtjänstens ansvarsområde för stöd och service till de psykiskt störda renodlas genom tillägg och förändringar i lagtexten. Den andra åtgärden är att utveckla verksamheter för de psykiskt stördas boende, sysselsättning och fritid och att för detta understryka det kommunala samordningsansvaret. Kommunen ska ha överblick över utbudet och därmed bidra till att skapa valfrihet för målgruppen. Inspirerade av amerikansk rehabiliteringsforskning för psykiskt långtidssjuka återger utredarna en utgångspunkt i detta arbete som de menar har ”självklarhetens prägel”:

Grundläggande är här att individen utifrån god information om olika alternativ fattar ett eget beslut om hur han/hon vill bo, leva, arbeta och ordna sin fritid och umgås med andra. För att kunna formulera delmål för dessa aktiviteter behöver individen identifiera och ge uttryck för de av sina värderingar och preferenser som är knutna till vad han uppfattar ger tillfredsställelse i tillvaron. Även den sociala omgivningens egenskaper och kvaliteter som skall kunna svara mot individens behov, önskemål och handikapp behöver specificeras (SOU 1992:73 s. 335).

Med detta kan man påstå att psykiatrireformens intentioner om ökad valfrihet i praktiken handlar om att dels effektivisera kommunens stöd och service för de psykiskt störda, dels att erbjuda konkreta valmöjligheter vad gäller boende, sysselsättning och fritidsaktiviteter (Schön, 1998). Valfrihet tycks för utredarna således handla om *möjligheten att välja i ett utbud* som tillhandahålls av andra, främst när det gäller sådana saker som boendevalternativ och sysselsättning. Denna innebörd av valfrihetsbegreppet känner vi igen från dagens politiska retorik, från talet om *rätten att kunna välja*. I dagens samhälle har *friheten* som begrepp allt oftare kommit att ersättas av just *valfriheten* (Göransson, 2010). De båda förutsätts vara synonyma, men är det inte. Valfriheten privatiserar; jag väljer för mig, du för dig, och om du väljer fel är det din ensak, medan friheten däremot är oändlig; den handlar om den enskildes möjlighet att fritt röra sig över vida fält, att *på egen hand* söka sina livsmål. Friheten har bara en enda men mycket viktig begränsning: man får inte hindra andra att röra sig på samma fält som en själv. Friheten kommer därför att i motsats till valfriheten socialisera, den förutsätter gemenskap och respekt och är bara möjlig utan murar (Göransson, 2010).

Särskilt intressant blir här kanske den del som handlar om att *på egen hand* söka sina livsmål. Godtar man argumentet ovan, det vill säga att vi i vår moderna tid alltmer likställer frihet med valfrihet, tycks en logisk konsekvens bli vad man kanske skulle kunna kalla en ”individualisering av ansvar”. Vi blir vår egen lyckas smeder, vi bär själva hela ansvaret för våra egna val och värderingar. På detta tema finns en intressant passage i psykiatriutredningen där utredarnas inspirationskällor från den amerikanska rehabiliteringsforskningen redovisas. De framhåller där utgångspunkten att

... den grad till vilken individen är medveten om att de allmänna målen för livet är viktigare än den psykiska störningen och dess effekter. En ibland slumrande vilja till förändring behöver understödjas bl.a. genom att tydliggöra individens uppfattningar och värderingar av både sig själv

och omgivningen och vilka alternativ som kan finnas på olika livsområden. Saknas denna insikt helt är det ett tecken på att den psykiatriska behandlingen tills vidare bör fortsätta att vara den huvudsakliga insatsen (SOU 1992:73 s. 332-333).

Rationalitet som grund för det fria valet. För att kunna delta i den valfrihetssträvan som psykiatriutredningen förespråkar krävs ett visst engagemang från de enskilda och en *förmåga* att välja – ett *förnuft* (Topor, 1998). Detta är ytterligare ett intresseområde som ingår i det heuristiska spänningsfältet eftersom synen på den psykotiskens rationalitet måste sägas spela en viktig roll för hur man bemöter honom eller henne.

Det kan här vara intressant att göra en kort historisk utveckling och följa hur man sett på de ”psykiskt störda” förmåga att göra rationella val under ett antal sekel tillbaka i tiden. I sitt klassiska arbete om psykiatrins inkorporering i det medicinska fältet under slutet av 1700-talet och början av 1800-talet tar den franske sociologen Robert Castel sin utgångspunkt i den framväxande demokratiska statens behov av legitimitet (Castel, 1988; Topor, 1998). Denna stats fundament vilar på en lagstiftning där formuleringarna av mänskliga demokratiska fri- och rättigheter spelar en central roll. Idén om medborgarnas rättvisa ställs här mot det rojalistiska godtycket; ingens frihet får inkräkta på någon annans frihet och ingen får fräntas sin frihet utan en offentlig rättegång där individens skuld prövas och bevisas. Grundförutsättningen för denna skuld är föreställningen om att varje medborgare *äger sitt förnuft*, ett förnuft som avhåller honom från att begå brott och därmed risken att straffas (Castel, 1988). Men den unga demokratiska staten dras med ett stort problem, nämligen de grupper i samhället som *inte* kan anses besitta detta förnuft, exempelvis kvinnor och barn. För dessa två grupper löser man dock problemet genom att placera dem under var sitt ställföreträdande förnuft. Kvinnorna ställs under sina fäders och senare sina makars och barnen under sina fäders och sedermera, när kvinnorna genom sin kamp erövrar en mer jämlik ställning, sina vårdhavares ansvar (Topor, 1998). Men en grupp som per definition lever i avsaknad av förnuft ställer till särskilda problem för den unga statsordningen är de *vansinniga, sinnessjuka* (Castel, 1988). Av dessa begås brott utan försök att dölja sig, vilket en förnuftig brottsling gör, och de tycks till och med kunna återupprepa brottet kort efter ett avtjänat straff. Påföljden uppfyller således här inte sin preventiva och avskräckande funktion. Under ett antal decennier fängslas de vansinniga utan rättegång eller med lagparagrafer skrivna för lösa kreatur. Men då detta strider mot statens egen grundläggande princip om rättvisa och demokratisk frihet uppfattas situationen som ohållbar. En lösning mejslas långsamt fram under decennier, långt in på 1800-talet. Det är denna lösning som dagens psykiatri är en frukt av (Topor, 1998).

Under debatten som råder under 1800-talets första hälft i Frankrike och England om frågan hur de vansinniga ska omhändertas, lanserar läkarkåren, som fått en nyvunnen stark legitimitet genom sin vetenskapliga status, en revolutionerande tanke (Topor, 1998). För alla rationella medborgare är ett frihetsberövande självklart detsamma som ett straff. Men för de vansinniga är ett frihetsberövande, om det sker på vetenskapliga grunder och på en speciell anstalt under en vetenskapsmans ledning, inte att betrakta som straff, utan tvärtom, som ett oundgängligt moment i en *behandling* med sikte på att återföra den vansinnige till förnuftets väg.

I denna grupp ”vansinniga” fanns förmodligen bland andra de som vi idag kallar schizofrena eller paranoidea. Traditionellt har dessa personer setts som inkapabla till

rationella val (Topor, 1998). I psykiatriutredningen verkar dock utgångspunkten vara att de medicinskt färdigbehandlade psykiskt handikappade *kan* göra just detta, egna rationella val, och att de *kan* identifiera sina egna behov och medverka i att utveckla och formulera sina egna livsmål (SOU 1992:73). Psykiatrisk diagnos och symtommonster, menar man, har endast svagt samband med möjligheter och resultat i rehabiliteringen.

Men ”att visa respekt för individens integritet och rätt till fria val utan att lämna den stöd- och vårdbehövande åt sitt öde kan självfallet vara en svår balansgång” skriver utredarna i slutbetänkandet (SOU 1992:73 s. 205). Denna balansgång kan dock underlättas om man aktivt uppsöker, motiverar och stödjer den enskilde till att ta del av den service och vård han eller hon har behov av. Syftet med de stödjande insatserna ska således enligt utredarna vara

... att hjälpa individen att komma fram till, och förstå innebörden av, ett eget val av boende, arbete, utbildning och socialt liv och vilka tillgångar och brister som finns hos individ och miljö för att valet ska kunna bli framgångsrikt. Betydelsen av att ett eget val görs, grundat på individuella behov och önsknings, ligger i det att det öppnar för möjligheten till personlig tillfredsställelse (SOU 1992:73 s. 334).

”Att äga sig själv”; *frågan om autonomi och självbestämmande*. Sammankopplat med både rationalitet och den så kallade valfriheten är begreppet *autonomi*, det sista område som jag vill belysa utifrån psykiatriutredningens texter och placera i det heuristiska spänningsfältet. Begreppet ligger till grund för utredningens arbete genom den så kallade *autonomiprincipen* som anger ”alla människors moraliska skyldighet att respektera varandras rätt till självbestämmande så länge det inte inkräktar på andras rätt att bestämma över sig själv, samt att främja andras oberoende och mognad” (SOU 1992:46 s. 51). Autonomi, skriver utredarna, ”är en viktig del av livskvalitetsbegreppet och återspeglas i flera variabler såsom boende, ekonomi, relationer och inre psykologiska tillstånd” (SOU 1992:46 s. 66). Man använder också långtidssjukas egen autonomi som ett effektkriterium vid vård- och stödinsatser för dem.

Autonomiprincipen springer ur *Hawaiideklarationen* som World Psychiatric Association antog 1977 i vilken man exempelvis fastslog att ”psykiatrins mål är att främja /.../ personligt oberoende och mognad” och att ”ingen åtgärd och ingen behandling får ges mot eller oberoende av patientens vilja” (SOU 1992:46 s. 51-52). Insatserna ska ha den specifika individualiserade målsättningen att ”hjälpa personer med allvarlig psykisk funktionsnedsättning att bli framgångsrika och tillfredsställda i den miljö de själva har valt med minsta mängd av professionella insatser” (SOU 1992:73 s. 334).

Kriterierna för att en människa ska kunna betraktas som autonom tycks här alltså bestå i att hon är fri från andra människors kontrollerande inblandning och begränsningar, att hon själv kan handla fritt utifrån sina värderingar och prioriteringar och således har förmågan att styra sitt eget liv och fatta självständiga beslut om sådant som rör henne själv. Kort sagt – *att hon är herre över sig egen person*.

Detta tankegods känner vi väl igen. Det liknar liberalismens syn på den enskilda människan, både förgrundsgestalten John Lockes egen och den som från honom följt den liberala traditionen fram till våra egna dagar (Björk, 2008). Den liberale tänkaren John Stuart Mill kan statuera exempel. Han såg bara detta: ”att vara skapad av andra

människor, att få sin subjektivitet bestämd av andra, är att vara förtryckt. Att vara skapad av sig själv och av sin egen vilja är att vara fri” (Mill i Björk, 2008 s. 116). Den enskilda individen ses i den liberala traditionen primärt som *ägare*, både av yttre egendom och *av sig själv*, sin person och sina förmågor. Detta sammanfattas väl av den kanadensiske professorn C. B. Macphersons begrepp *possessiv individualism*; ”Den mänskliga essensen av frihet är frihet från beroende av andras vilja och frihet är en funktion av ägande” (Macpherson, 1972 s. 3). Individen ses således som fri i den utsträckning som hon äger sig själv och står bortom andras ingripande. Hon tänks inte som en moralisk helhet, inte heller som en del av en större helhet, utan som just en ägare av sig själv. Av detta följer att ett samhälle förstås som ett antal fria jämlika individer som relaterar till varandra som ägare av sina egna förmågor och av det som de har fått genom dessa sina förmågor (Macpherson, 1972).

Men autonomi är en komplex fråga när det gäller långtidssjuka patienter skriver utredarna, eftersom det är ”den aspekt av psykisk hälsa som sviktar för dessa personer” (SOU 1992:46 s. 58). Här blir rehabilitering en viktig del. Utredarna beskriver rehabilitering som en ”tillväxtprocess med rötter både i personligheten och den sociala omgivningen” (SOU 1992:73 s. 163) där målet är en *återställd autonomi* (Lilja, 2007). Detta innebär att insatserna i en rehabiliteringsprocess enligt utredarna ska gå ut på att minska och övervinna de funktionsnedsättningar som följer av den psykiska sjukdomen så att den psykiskt störda *funktionella färdigheter*, vilka gör det möjligt för individen att klara en social tillvaro, kan återfås (SOU 1992:73).

Psykiatriutredningens sätt att definiera och föreslå rehabiliteringsinsatser gör det möjligt att anta att rehabilitering enligt utredarna inte går att avgränsa vare sig mot psykiatrisk behandling eller kommunens sociala stöd- och serviceinsatser för de psykiskt funktionshindrade (Brusén, 2005). Istället verkar rehabiliteringen spänna över ett mycket vitt fält av psykiatriska, sociala och arbetslivsinriktade insatser som alla inriktas mot samma mål: just en ökad autonomi och bättre funktionsnivå/hälsa. Psykiatrireformen förutsätter därför att en rehabilitering kan utvecklas också utanför psykiatrin och inom socialtjänsten (Brusén, 2005). Ökad autonomi och bättre funktionsnivå väntas i förlängningen kunna ge en ökad livskvalitet, delaktighet i samhället, arbete och egen försörjning.

Sammanfattningsvis har vi således sett att psykiskt störda av psykiatriutredningen uppfattas ha förmåga, eller åtminstone ”en slumrande förmåga”, att göra ”fria val” och att deras valfrihet och autonomi kan underlättas genom motiverande och uppsökande verksamhet samt genom ett konkret utbud av olika saker som målgruppen behöver och kan välja bland (SOU 1992:73). Därmed väntas också den eftersträlvade normaliseringsprocessen kunna äga rum.

I normaliseringsprocessen spelar inte minst boendet och boendepersonalen en viktig roll. De psykiskt störda ska som vi sett ges rätt till ett bra boende med ett anpassat stöd och en meningsfull sysselsättning; ”Det ger de psykiskt störda möjlighet att leva ett liv med färre intagningar i slutna psykiatriska vård, mindre medicinering, mindre tvång, ökade möjligheter till rehabilitering, ökad självständighet m.m.” (SOU 1992:73 s. 344). Det finns enligt utredarna ingen enskild faktor som har så stor betydelse för känslan av att ha *en egen identitet* som en egen bostad; det är ett skydd, ”en borg” för den egna personen. Ett bra boende för psykiskt störda, menar man, ”är en avvägning mellan avskildhet och gemenskap, mellan ensamhet och kontakt, mellan att kunna dra sig undan och att vara samman med andra och mellan att klara sig själv och att få stöd” (SOU 1992:73 s. 342). Den bärande principen är att de boende ska ha möjlighet att

aktivt utöva inflytande över sin boendesituation och att ett stort mått av flexibilitet utifrån de boendes önskemål ingår som en självklarhet i varje tänkbar boendeform (SOU 1992:73). I likhet med hur sjukvården bör bemöta en nyinsjuknad psykospatient tycks det enligt utredarna i arbetet med psykiskt långtidssjuka gälla att ”bygga upp stabila och trofasta relationer, [ha ett] ödmjukt och sanningsfullt bemötande, en observans på att det inte får vara alltför stimulusrik miljö /.../ och ett eventuellt tvång skall vara tydligt och kärleksfullt” (SOU 1992:46 s. 38).

Men, behöver vi avslutningsvis säga, vad måste egentligen föreligga för att den valfrihet och autonomi som psykiatriutredningen förfäktar ska vara möjlig? Vad är grundpremissen i utredningens tal om självständighet, reellt inflytande och förmågan att göra till synes fria val? Genom utredningens texter har vi fått några ledtrådar. Exempelvis har vi sett hur en person som, i utredningens språkbruk ”drabbas av” psykos, beskrivs förlora stora delar av den egna *personligheten, identiteten* – de delar som oftast anses hänga samman med vårt *jag* (Sundgren, 2011; Reeder, 1988). Och det som genom olika stödinsatser ska *återfås* enligt utredarna, är personens självbestämmande, verklighetsförankring samt kognitiva och sociala färdigheter, alla traditionellt förknippade med jagets funktioner. Detta känns igen från den moderna ideologi som genomsyrar vår tid och som uppfattar ett upplevande, tänkande och viljande jag som *subjekt*, ja som *människan själv* (Reeder, 1988). Människan likställs här med cogito och ses som förutskickad att *förverkliga* vissa inneboende väsentliga potentialer, särskilt då möjligheterna för dessa att komma till sin rätt har grusats av en ogynnsam omgivning. Det verkliga jaget kan här uppfattas som ett jag i eller bakom den manifesta personligheten såsom en fjättrad *homunculus* i väntan på att bli fri och få växa, eller såsom de oförverkligade förmågorna att bli ”sig själv”, att bli en ”riktig människa”, att bli ”normal” (Reeder, 1988). ”Personligheten” blir här som ett system av skiktade lager, där varje lager döljer nya sanningar eller lögner tills man på det hela taget skulle kunna finna en *sann* kärna; det rena jagets absoluta medvetande. Att förlora delar av personligheten blir då att förlora delar av denna sanning; att komma längre bort från den ”sanna mänskligheten”, från jagets sans och förnuft.

När vi nu ska möta Lacans syn på den psykotiske är det dessa frågor vi tar med oss; Hur ska vi förstå psykosen som diagnostisk kategori/struktur? Hur kan vi tala om och uppfatta rationalitets- och valfrihetsbegreppen? Och hur kan vi förstå autonomi och ”att äga sig själv” i relation till jaget och människan som subjekt? Hans ”svar” utgör den andra polen i det heuristiska spänningsfältet.

Den fundamentala klyvningen; nedslag i Lacans teori om psykosen

Lacans texter och teorier är minst sagt svårtillgängliga. Om detta har många vittnat (se t.ex. Jansson, 1993). Han integrerar sitt psykoanalytiska arbete med matematik, filosofi, socialantropologi och lingvistik och han tar avstånd från den traditionella vetenskapens ideal av klarhet och transparens. Ett försök att närma sig hans teori om psykosen och bild av den psykotiske inom ramen för ett sådant här arbete kan således tyckas vara huvudlöst. Men genom att göra *nedslag* i hans vindlande teoretiska labrynter, som jag anser vara viktiga för förståelsen och som kan hjälpa oss att tolka hans ”svar” på de frågor som psykiatriutredningen givit upphov till, bedöms det dock ändå vara möjligt och ändamålsenligt att presentera de centrala begrepp och bärande idéer som jag har placerat in på den andra polens plats i det heuristiska spänningsfältet.

Lacan var läkare och specialiserade sig till psykiatriker innan han utbildade sig till psykoanalytiker (Apollon, 2014). Hans doktorsavhandling behandlade den paranoidea psykosen (fallet Aimée). Han lämnade aldrig det psykiatriska fältet och höll ändra fram till sin död regelbundna fallpresentationer på sjukhuset Sainte Anne i Paris. I sin verksamhet som psykoanalytiker höll han flera seminarier, och i samband med detta tog han sig an psykosens problematik, bland annat Sigmund Freuds analys av den framstående juristen Daniel Paul Schrebers självbiografiska verk vars sjukdomshistoria också var av det paranoidea slaget. Lacan kommenterade under ett av seminarierna även författaren James Joyce inom ramen för en psykotisk struktur. Lacans utgångspunkt för sitt arbete stod att finna i Freuds grundtes att en psykoanalys inte är någon tendenslös, vetenskaplig undersökning, utan ett terapeutiskt ingrepp, *en praktik*; psykoanalysen vill således inte bevisa någonting i sig, utan endast ändra någonting (Leguël, 2002).

Avstamp i föreliggande genomgång tas i Lacans tankar om jaget och dess strukturering. Dessa utgör nämligen en förutsättning för en adekvat förståelse av hur han uppfattar psykosens struktur samt ger oss direkt en bild av hur han ser på exempelvis människans autonomi och valfrihet.

Jaget som en inbillad herre i sitt hus. Om psykiatireformen kan sägas luta sig på ett narrativ om ”den friska människans” *sammanhållna jag* – och om en ”sjuk människa” som med olika typer av insatser och stöd kan *återfå* sin förlorade autonomi så kan Lacans narrativ om jaget och människans väsen sägas stå i skarp kontrast till detta. Lacan gjorde det i själva verket mer eller mindre explicit till sin uppgift att göra upp med de idéer som identifierar subjektet med *jaget* och som uppfattar detta jag som en ”sanningsbringande agent”, kapabel till ”fria objektiva val” och förmögen att ”ena och bemästra psyket” (Tookey, 2003). Enligt Lacan är detta tanke-system förryckt; ”... filosofernas *cogito* står i centrum för den *hägring* som gör den moderna människan så säker på att vara sig själv i sin osäkerhet om sig själv” [min översättning och kursivering] (Lacan, 2002: 157). Men myten om enheten i personligheten – myten om syntes – avslöjar sig. Det uppstår ständigt sprickor, revor och slitningar, ”förnekande av fakta och misskännande av den mest omedelbara erfarenheten” (Lacan, 1993: 8).

Vi kan således redan se hur olika de båda polerna formerar sig kring dessa frågor. Och förmodligen närmar vi oss här i ett svep också frågan om den normaliseringssträvan som vi sett hos psykiatireformen. Lacan såg nämligen idén om ett autonomt, fritt jag som sprungen ur ett paradigm inriktat på att *anpassa individen till den sociala omgivningens normer* (Tookey, 2003). Detta paradigm såg han som pragmatiskt och reaktionärt, och kanske än värre; som ”ett förkastande” av de tankar som Freud fört fram om det mänskliga subjektet vilka Lacan starkt tagit till sig och som med revolutionär kraft kullkastar den gängse synen på oss själva som ”herrar i våra egna hus” (Lacan, 2002; Reeder, 1988). För Lacan tycks det stå klart att Freuds uppdragande och artikulering av *det omedvetna* utgör en *splittring* av det subjekt som hela ”jagtraditionen” vilar på, en förskjutning av den mänskliga subjektiviteten från jaget och medvetandet till det omedvetna. Tack vare Freuds upptäckt, menar Lacan, är den veritabla mittpunkten för människan inte längre den plats som en hel humanistisk tradition har givit henne (Lacan, 2002).

Enligt Lacan utgör subjektet således, i ordets tekniska och freudianska mening, *det omedvetna subjektet*, något som befinner sig *bortom* jaget och dess påstådda självförståelse. Det är subjektet *som talar* (Reeder, 1988). En människas subjektivitet, menar han, är en följd av att vi lever i språket, i en språklig *symbolisk ordning* där vi i

en kommunikationsgemenskap med andra tidigt i livet lärt oss att våra ord symboliskt refererar till något och vad detta något är. Men liksom vi inte är herrar över vår egen person är vi inte heller herrar över våra ord. Istället kan vi sägas vara den plats där de, *de betecknande elementen*⁸ i Lacans termer, defilerar förbi från *en annan plats* – från *den Andre*⁹ – i ett ständigt försök att fylla den brist som vi alla genom våra livs ändlighet har, grundvillkoret för den mänskliga tillvaron (Haugsgjerd, 1989). Vårt tal produceras således i en omedveten process. Orden ”ramlar ur munnen på oss” (Reeder, 1988 s. 67). Härigenom är vi, och kommer alltid att vara, någon annan än den vi tror. Vi utgör som individer den plats där *sanningen* endast kan uppenbara sig när vi inte längre strävar efter att få grepp om oss själva eller klamra oss fast vid våra förment fristående rationella jag; våra *inbillade identitetsupplevelser*.

Autonomi- och valfrihetsfrågan besvaras således här ganska klart och tydligt. Om jaget är en inbillning – en *alienerad representation* av subjektet, något *imaginärt* – så blir varje försök att hävda jagets autonomi och frihet oacceptabelt (Haugsgjerd, 1989). Lacan pekar på att frihetsdiskursen är central för den moderna människan endast i den mån han är strukturerad genom en viss föreställning om sin egen autonomi. Denna karaktär ser Lacan som i grunden tendensiös, ofullgången, fragmenterad, differentierad och djupt självbedragande (Lacan, 1993). Han menar dock inte att den moderna människa som han här skisserar är *psykotisk* vilket det nästan kan se ut som i hans beskrivning; ”jag säger inte att det är [psykos]. Jag säger att det kommer från samma plats” (Lacan, 1993 s. 154).

Hos en psykotisk individ, menar Lacan, har subjektiviteten tappat fotfästet i den symboliska ordningen vilket exempelvis innebär att vi när vi lyssnar till en psykotisk persons tal lyssnar till ett språk *bortom* subjektet. Den psykotiska människan har ord men de behandlas som om de tillhörde ett annat ontologiskt register; talet är privat, individuellt och svårt att förstå (Alvidius, 2002). ”Det är ett band som talar” (Rosenbaum citerad i Haugsgjerd, 1989 s. 145). Att leva utanför den symboliska ordningens gemenskap genom språket är att inte leva *i* verkligheten utan *utanför* den – det är som att ”ramla ner i ett hav av outhärdlig oförmedlad sanning” (personlig kommunikation med Peter Jansson, 8/5 2014). Lacan menar att det mänskliga subjekt som föreställer sig att det är helt fritt, något vi närmast möter i manin och storhetsvansinnet, är psykotiskt. Det som förespeglas är endast en frihet i ett tomrum

⁸ Det betecknande, på franska *le signifiant*, innebär ungefär ”det som betyder” och är en term hämtad från Ferdinand de Saussures lingvistik (Saussure, 1970). Det betecknande utgör den ena hälften av den språkliga enhet han kallar *tecken*. Tecknets andra hälft är *le signifié*, det betecknade. Inom Lacans doktrin är det betecknande liktydigt med varje element (fonem, ord, gest, handling) som kan vara operativt inom ramen för ett språkligt system av differenser och symboliska relationer, medan begreppet *signifié* snarast betecknar en *position* i förhållande till det betecknande, en position utan givet innehåll, emedan artikulationens produktion av en oändlig kedja av betecknande element ständigt skjuter sin mening framför sig, och den försvinner alltid bortom eller under diskursens horisont. Signifikationen är inte enbart liktydig med utsagens undflyende mening, utan på ett mer grundläggande plan med den språkliga strukturen hos den artikulation som ger upphov till mening. Som sådan är den avhängig det språkliga uttryckets semantiska och syntaktiska sammansättning och som får antas verka direkt på det omedvetna subjektet, utan psykologisk förmedling (Reeder, 1990).

⁹ Den Andre är ett subjekt med ett eget begär, en absolut annanhet jag inte kan undkomma. Som sådan är den också den egna subjektivitetens baksida, det omedvetna. Det begärsregister som relegerats till det omedvetna (genom Oidipuskomplexet), kommer med logisk nödvändighet att befinna sig bortom jagets domän, och i vilken form det än uppenbarar sig kommer det för jaget att framstå som något främmande. Som den del som inte hör till mitt jag och med vilken jag inte kan identifiera mig är den Andre platsen för ett vetande jag inte känner igen, inte *vill* känna igen (Reeder, 1990).

eftersom den inte står i förhållande till någonting, som exempelvis den symboliska ordningen, utan den blir helt real. Som sådan blir friheten ett fruktansvärt fångelse.

Spegelstadiet. Vi kan med detta sägas ha blivit kastade in i det heuristiska spänningsfältet mellan Lacan och psykiatriutredningen med full kraft. Vi anar två markant olika bilder av vårt varande i världen, av det ”fria, autonoma och rationella subjektet” samt av psykosens som diagnostisk kategori/struktur. Men hur ska vi förstå det imaginära jagets formation enligt Lacan? När och hur bildas det? Och hur ska vi förstå subjektets klyvning som Lacan menar sker? För att beskriva och förklara detta presenterar Lacan en teori om det han kallar *spegelstadiet*, en teori som han menar på ett radikalt sätt ”ställer oss i motsättning till varje filosofi som tar sin utgångspunkt direkt i *cogito*” (Lacan, 2002 s. 3). Denna teori är en förutsättning för en adekvat förståelse av hur Lacan uppfattar psykosens struktur.

Spegelstadiet kan sägas utgöra det stadium inom vilket en av människans mest fundamentala transformationsupplevelser äger rum (Jansson, 1993). Här läggs grunden för jagets struktur genom barnets spegling i den idealiserade andre. Stadiet genomgås när barnet är sex till åtta månader gammalt och avslutas med att oiidipalfasen tar vid. Innan spegelstadiets början härskar hos barnet det som Lacan kallar *det reala* (Hallerstedt, 1996). Detta är ett av hans mest centrala begrepp. Det reala är en gåtfull statisk helhet utan interna relationer där skräck, djurisk råhet och en olidlig fullhet präglar den som lever i det (Muller, 2002).

Under detta det realas envälde, ja i den stund vi föds och kroppsligt separeras från modern, uppstår en *brist* hos barnet menar Lacan, ett behov av kroppslig komplementaritet (Reeder, 1988). Lacan konstaterar här människans *specifika prematura födsel* vilken innebär att det lilla barnet har bristande motorisk koordination, är psykiskt och anatomiskt ofullgånget, erfår sin kropp som fragmenterad samt är oförmöget att differentiera mellan sig själv och andra (Lacan, 1989). Genom moderns (eller någon annan omsorgsgivande figurs) omvårdnad kan barnet få viss kompensation för detta ”auto-erotismens kaos” men hon kan aldrig *fullständigt* fylla barnets behov, hon kan aldrig vara ständigt närvarande för det. Trots mycken värme, näring och skydd från moderns sida uppstår därför ändå en fundamental saknad hos barnet – en *klyfta* mitt i dess existens. Och med denna klyfta kommer en längtan efter den ursprungliga helheten, en längtan efter *objektet*, det som för barnet framträder i och med att det *inte är där* (Reeder, 1988).

Vad som dock händer i spegelstadiet är att barnet för första gången erfår en möjlighet att upphäva denna brist och återupprätta det efterlängtade utillståndet genom upptäckten av sin egen spegelbild, bilden av sin egen kropp (Reeder, 1988). Spegelbilden ska här dock förstås som en metafor för barnets återspeglning av sig själv i mötet med ”den andre”, konkret uttryckt vanligen modern.¹⁰ Genom mötet med den förespeglade bilden ges barnet ett *imago*, en Gestalt, och via denna utifrån kommande form kan det nu plötsligt föregripa ett mått av kroppslig och psykisk integrering som det ännu inte har (Reeder, 1988). Imago-funktionen, menar Lacan, upprättar ett samband mellan organismen och dess verklighet, den ger en upplevelse av kontroll hos barnet (Lacan, 1989). Vid denna erfarenhet ”jublar den lilla människovarelsen”, lycklig över

¹⁰ Den andre är min like i den narcissistiska relationen, den i vilken jag ser min egen avbild och där jag av den anledningen också förlorar mig själv. Den andre är också den från vilken jag kräver att min bild av mig själv ska återkastas på ett sådant sätt att jag utan komplikation ska kunna känna mig bekräftad (Reeder, 1990).

att plötsligt kunna fatta sin kropp som koordinerad och hel, sig själv såsom ”någon” (Reeder, 1988).

Men eftersom den bild som erbjudits barnet kommer från *någon annan* är identifikationen *imaginär*, i betydelsen illusorisk. Identifikationen innebär således ett förfrämmande i det att den bygger på en identifikation med någonting utanför subjektet. Det är inte sig själv som subjektet griper, utan dess bild, återspeglad i den andre (Haugsgjerd, 1989). Identifikationen är också imaginär i meningen inbillad. Den representerar en strävan efter ett *idealiserat* och i sista hand *ouppnåeligt* tillstånd; ett tillstånd utan brist och hot om fragmentering. Subjektet klamrar sig fast vid denna idealiserade bild, sitt idealjag¹¹, och det *klyvs* därmed i en perciperande och en perciperad instans (Haugsgjerd, 1989).

Betydelsen av denna klyvning för Lacans teoribildning kan inte nog understrykas. Han är den som kanske mest inträngande har diskuterat dess absoluta *fundament* för födelsen av subjektet. Den biologiska födelsen kan naturligtvis betraktas som en sorts klyvning, i bemärkelsen avskiljande från moderskroppen, men i psykisk mening lever barnet ännu i en tid i en fusionell enhet med detta onämnbare moderliga *Ting*¹² menar Lacan (Hallerstedt, 1996). Den klyfta som uppkommer i och med den primära identifikation som här presenterats är därför den som har störst betydelse. Den är vad sammanfogningen med ”dubbelgångaren” kostar och betalningen för den är oåterkallelig. Klyftan kan aldrig överbryggas. För all framtid kommer den att representera ett grundläggande bristtillstånd i individens tillvaro och enligt Lacan också ett evigt moment av *misskännande* som kommer att förfölja subjektets kunskap om sin omvärld. Lacan menar således att vår bild av verkligheten är en *konstruktion* som inte är identisk med världen själv (Haugsgjerd, 1989).

Låt oss här stanna upp ett slag och ta in frågan om människans rationalitet som vi har med oss från avsnittet om psykiatriutredningen. ”Ett evigt moment av misskännande” och en konstruerad förvrängd bild av verkligheten bådär inte gott för det ”rena förnuft” som anhängare av tanken om exempelvis ”fria rationella val” logiskt förutsätter. Vi drar oss till minnes utredarnas uppmaning att stödja den psykotiskes rätt till just ”fria val” samt uppmaning att ”av- och tillbaka-leda” honom eller henne ”till verkligheten” vid uppkomsten av vanföreställningar och hallucinationer. Med detta kan vi således placera in ytterligare en åtskillnad mellan Lacan och psykiatriutredningen i det heuristiska spänningsfältet, den i synen på själva vår verklighetsuppfattning.

Den kritiska övergången mellan spegelstadiet och den symboliska ordningen. Vi har med detta fått några första aningar om hur Lacan förstår och ställer sig till begreppen autonomi, valfrihet, rationalitet samt normalisering. Hans syn på dem verkar stå i kontrast till psykiatriutredningens dito. Det vi nu ska göra är att fortsätta på den redan inslagna banan mot en förståelse av Lacans bild av den psykotiske och av

¹¹ Idealjaget manifesteras i den bild subjektet håller fram för sig själv i sitt försök att leva upp till *jagidealets* påbud. Jagidealet är en instans som befinner sig i mellanområdet mellan det symboliska och det imaginära, det är den introicerade rösten av den Andre. De befallningar, anmodanden och frågor som emanerar ur jagidealets placering av subjektet manifesteras som en projicering av ett idealjag, föreställningar eller bilder om vem jag är eller bör vara för att leva upp till de krav som ställts på mig, så att jag kan älska mig själv (Reeder, 1990).

¹² Tinget påminner om den tyska filosofen Immanuel Kants *das Ding an sich* och är det *rena* reala i sin radikala ”annat-het”. Tinget syftar på den förste faktiske Andre och är en paradox: det är en my om en absolut helhet utan brist, men samtidigt också – genom att det visar sig – själva beviset på att det fattas någonting i denna helhet (Haugsgjerd, 1989). Jmfr. ”La Chose” som översattes med Saken i Marie Cardinals *Orden som befriar* (1986).

psykosen som diagnostisk kategori/struktur. Och det är just här, under en rubrik om den kritiska övergången mellan spegelstadiet och den symboliska ordningen, som vi enligt honom står inför denna kliniska strukturs grundläggning.

Den imaginära identifikationens bild ger som vi sett barnet en helt ny psykisk konfiguration, en konfiguration som med tiden stabiliseras till ett jag, om än ett idealiserat sådant. Ty vad är jaget, frågar sig Lacan, ”om inte något som subjektet först uppfattar som något främmande för honom, men samtidigt inom honom? Det är i en annan, mer utvecklad, mer perfekt än han själv, som subjektet allra först erfar sig själv” (Lacan citerad i Reeder, 1988 s. 34).

Vad vi kanske kan ana här, i och med den gradvisa utvecklingen av jaget och den imaginära sfären i spegelstadiet, är att ett utrymme håller på att skapas för ”den andre” hos barnet (Reeder, 1988). Denna andre ska dock inte förblandas med objektet i objektrelationen säger Lacan, för ”innan en sådan relation upprättas måste det ha funnits en *narcissistisk relation* mellan jaget och den andre” (Lacan citerad i Reeder, 1988 s. 39). Den narcissistiska relationen är den mönsterbildande relation som föregår barnets inträde i den *oidipala fasen*, spegelstadiets slut, och innefattar en särskild dialektik mellan två parter där vars och ens *begär* är att få vara den andres begär (Jansson, 1993). Från att ha känt sig själv som *varande en annan* i spegelstadiets tidigare skede, förs det hos barnet i dess slutfas nu in ett separerande moment, nämligen *fallos*. I Lacans mening är fallos det betecknande element som etablerar den dialektiska begärsrelationen mellan barnet och modern. Det är det oförmedlade föremål som till sitt väsen är okänt och ”det som saknas” (Lacan citerad i Jansson, 1993 s. 8). Precis som hos barnet finns hos modern en fundamental brist som uppkommit i hennes existens genom den ursprungliga förlusten av primärobjektet. Barnet börjar, drivet som vi sett det vara av en önskan att upphäva sitt bristtillstånd och ersätta den grundläggande förlusten, att uppfatta sig själv som moderns fallos – *det hon begär* – och med alla medel och yttersta lyhördhet försöker det inta en privilegierad position i relation till modern. Det försöker *vara* det fantasiobjekt som modern saknar (Reeder, 1988).

Vad gäller modern tänker sig Lacan att hennes begär inriktas på att hos barnet uppfatta fallos redan långt innan barnet träder in i begärsdialektiken (Jansson, 1993). Förmodligen har hon redan intagit den motsvarande positionen vid tiden för graviditetsbeskedet, eller kanske till och med redan innan det att graviditeten blev ett faktum i och med den ”familjemyt” som vi alla finns inom (De Waelhens, 1972). Psykiatrikern och psykoanalytikern, tillika Lacans analysand, Piera Aulagnier beskriver denna familjemyt på följande sätt;

Varje subjekt tar plats i en familjemyt. Och denna myt – vars betydelse vi fått bevisad för oss genom platsen den senare kommer att inta i den grundläggande fantasin – tilldelar subjektet en roll i sitt tragikomiska liv som på förhand avgör medspelarnas repliker. Och det är dessa den ”Andres repliker” som kommer att upprätta det som subjekt”; detta tal som från början inte riktar sig till subjektet utan till den person det inkarnerar på familjescenen (Aulagnier, 2002 s. 61).

Fantasierna som modern har om det ofödda barnet ger det en ”föreställd kropp”; ett ”objekt” för moderns begär och i detsamma ett skydd för henne mot att uppleva förlösningen som en förlust eller som ett hot mot hennes eget liv (Aulagnier, 2002; De Waelhens, 1972). Man får inte glömma, menar Aulagnier, ”att graviditeten, som är ett

lika naturligt som märkligt fenomen, är det som lättast av allt kan väcka det vi vanligtvis beskriver som själva kärnan i den fantasmatiske strukturen /.../ med andra ord allt som hör till själva kärnan i det mest arkaiskt bortträngda” (Aulagnier, 2002 s. 62). Utan tvivel riktar alltså modern en stark libidinös laddning mot sitt ofödda barn, denna ”föreställda kropp”. Hon ”laddar upp” det och utser det till det privilegierade objekt som kan fylla hennes brist och begär. Detta är vad vi närmast känner igen som ”moderskärlek” (Reeder, 1988).

Genom den ”föreställda kroppen” adresseras barnet ständigt av modern (och andra) under den tid det befinner sig i det ”symbiotiska tillstånd” med henne som livets första månader innebär. Detta ger barnet en referenspunkt utanför sig själv vilket är det som banar vägen för det att kunna se sig själv som ”en annan”, just det som vi sett ske i ovan skisserade förlopp (De Waelhens, 1972). Här, menar Lacan, i den första urskiljningen av sig själv från modern och inträdet i begärsdialektiken med henne, finner vi nyckeln som leder barnet in i metaforernas rike; ”den stund då begäret humaniseras är också den stund då barnet föds in i språket” (Lacan, 1993 s. 100).

Men, och detta är ett avgörande men, om modern inte kan ge barnet en ”föreställd kropp”, det vill säga om hon inte har fantasier om det som sin fallos, utan upplever sin graviditet som ett rent reellt förlopp, ”som att en real kropp tagit plats i hennes egen kropp”, finns risken att moderns egen narcissism förskjuts till den *egna* kroppen från barnet – till ”sig själv som den enda skaparen” (Aulagnier, 2002 s. 64). Hennes egen narcissism ökar då på barnets bekostnad vilket medför brister i barnets narcissism och gör att födseln för modern tenderar att uppfattas som en förlust, en reva, ett sorgetillstånd (Aulagnier, 2002). Därmed blir inte barnet libidinöst uppladdat och drivs inte att leta efter sitt idealjag vilket i sin tur gör att den primära identifikationen som ovan skisserats inte genomgås (Jansson, 1993). Detta omöjliggör den grundläggande splittringen mellan subjektet och dess alienerande representation; det imaginära jaget uppstår inte som objekt och barnet kan därför inte befrias från den imaginära relationen, det imaginära registret. Det ges inte tillträde till den symboliska ordningen.

Subjektets igenkännande av sin egen spegelbild är således endast möjligt om det har utsetts till fallos för moderns begär och fått tillgång till en garant för att den egna kroppen är verklig, det vill säga ett betecknande element för den (Aulagnier, 2002). Avsaknaden av en sådan garant avslöjar den psykotiske kroppsbild;

... det han ser i spegeln kommer för alltid att göra honom stel av fasa, eftersom det som framträder är det som i hans historia har ersatt den ’föreställda kroppen’. Det är hans kropp så som den enligt hans uppfattning betraktas av den Andre, en ansamling muskler som hålls samman och visas upp i armarna på den som håller honom fången eller innanför den apparat han inryms i (Aulagnier, 2002 s. 64).

Vad som avtecknar sig i spegeln för den psykotiske är alltså inte en imaginär kropp, utan en ”fantiserad kastrerad kropp” som aldrig erkänts som självständigt begärande utan som uppfattas på reell nivå – som en fragmenterad konstellation av kött och ben (Aulagnier, 2002; Jansson, 1993). Således ser vi hur Lacan och Aulagnier tänker sig att det endast är genom att bli igenkänd av modern som identisk med dess imaginära kropp som subjektets självbild etableras. Utan detta uppstår inte något idealjag, ingen narcissistisk relation och därmed inte heller någon åtskillnad mellan ”jag” och ”du”.

Den psykotiske blir så endast närvarande för sig själv. Objekten utanför honom får ingen attraktionskraft, de laddas inte med begär och subjektet ges inte den nyckel som hade kunnat leda in i den symboliska ordningen (Jansson, 1993).

Inträdet i Oidipus och frågan om Fadersmetaforen. Den symboliska ordningen är den tredje som vi möter hos Lacan utöver den reala och den imaginära ordningen. De är alla tre helt centrala för hans teorier. Den symboliska ordningen är den ordning som subjektet å ena sidan invigs i och å andra sidan måste underordna sig i och med att det börjar tala (Haugsgjerd, 1989). Det innebär att det bildas en annan typ av relationer än de som förknippas med den reala (oförmedlade) och den imaginära (bildmässiga) ordningen. Medan de imaginära relationerna, som vi sett, handlar om identifikationer och om kampen om den andres erkännande, så handlar de symboliska relationerna om skillnader, om talet och om underordnandet under den språkliga och sociala värld som vi föds in i. Det är en värld av lagar och regler, av koder och symboler – lagbundenheter som det lilla barnet tvingas att lära sig och ständigt förhålla sig till (Jansson, 1993).

De lagar som vi här ser föras över till barnet genom inträdet i den symboliska ordningen är *Oidipus lagar*. Steget in i den symboliska ordningen innebär nämligen subjektets samtidiga steg in i Oidipuskomplexet, ett komplex som kännetecknas av *gränser, skillnader* – av separationen från modern (Safouan, 2002). När Lacan talar om Oidipuskomplexet för han in begreppet *fadersnamnet, le Nom-du-Père* (Reeder, 1988). Detta fadersnamn, menar han, är det betecknande element ”som i den Andre, såsom det betecknades ort, är betecknande för den Andre, såsom lagens ort” (Lacan, 2000 s. 65). Det är det grundläggande betecknande element för den genomgripande *Lag* som strukturerar människans existens. Lagens mest centrala moment är incestförbudet men den reglerar även subjektets lösning på frågan om den egna konstllhörigheten. För Lacan är incestförbudet detsamma som att det lilla barnet måste avstå från sitt begär till modern, såsom detta placerat honom i de imaginära och reala registren, och istället underkasta sig den symboliska ordningen för att därigenom etablera sig som ett talande subjekt (Reeder, 1988). Genom att stå inför incestförbudet säkerställer fadersnamnet en åtskillnad i generationer, ty barnet ges ett namn, släktens namn och hans eller hennes individuella namn, som placerar honom eller henne i ett familjesystem (Jansson, 1993). Detta möjliggör i sin tur en historisering hos subjektet eftersom generationer existerar i olika tid och åtskillnaden betyder också att något kommer före och att något kommer efter. En temporal struktur, med dåtid, nutid och framtid etableras.

För en neurotiskt strukturerad individ, menar Lacan, har alltså den symboliske fadern trätt in och intervenerat i den ursprungliga duala relationen mellan barn och moder, det vill säga i den relation där vi sett barnet uppfatta sig själv som moderns fallos (Alvidius, 2002). Främst är det genom moderns tal och i hennes sätt att visa sitt intresse för barnets far, att adressera ”faderns namn”, som barnet inser att det inte är *det* som innehar denna falliska position för henne, utan just han – Fadern. Lacan ger oss här homonymen *le Non-du-Père*, ”faderns nej”, vilket blir talande för den funktion av förbud som fadersnamnet står för. Fadersnamnet upprättar en åtskillnad i det narcissistiska kontinuumet mellan moder och barn; det avsäger sig sin imaginära plats för moderns begär (Jansson, 1993). Här, menar Lacan, etableras *kastrationen* hos barnet – det blir ett subjekt som just kommer att lyda under faderns Lag.

Lagen är alltså vad som, enligt Lacan, i det enskilda fallet gör att en individ erkänns i den sociala ordningen som varande Någon – ett namn, en från modern separerad ”person”, definierad genom sin plats i förhållande till andra. Lagen är den

symboliska funktion som erbjuder det lilla barnet ett inträde i och en förståelse för de "kulturella spelregler" som konstituerar människans tillvaro som social varelse (Safouan, 2002). Men vid *psykosen*, menar Lacan, har ingen kastration ägt rum utan fadersnamnet som funktion har *förkastats* på platsen för den Andre (Lacan, 2000). Detta sker när exempelvis den verkliga fadern har en vacklande inställning till Lagen – han har en verkan på moderns begär genom att exempelvis vara närvarande eller frånvarande och därmed på fadersnamnet som symbolisk instans – och/eller när modern inte ger något utrymme för den symboliske faderns inträde i hennes relation till barnet och hon således "misslyckas" med att bejaka faderns Lag. "Modern till en psykotiker upprätthåller inte lagen, *hon är lagen*, vilket är något annat" (Aulagnier, 2000 s. 63). Barnet blir här kvar i en dual, symbiotisk förening med modern där barnet dels inte invigs i den temporala strukturen i och med att historiseringen inte görs, och dels fortsätter att identifiera sig med att vara fallos, det vill säga det objekt som fullständigt tillfredsställer moderns begär. Psykosen är därmed den kliniska struktur där det ursprungliga objektet inte har gått förlorat, vilket Lacan alltså härleder ur "*fadersmetaforens misslyckande*" (Lacan, 2000).

Men misslyckandet resulterar inte enbart i att modersbegäret aldrig ersätts och att den temporala strukturen inte etableras såsom en neurotiskt strukturerad individ känner den, det har också en avgörande betydelse för individens omedvetna (Muller, 2002). I och med att det just är ett förkastande av fadersnamnets funktion som görs, och inte en *bortträngning* av den – vilket är neurotikerns sätt att svara på dess inträde – så införs, menar Lacan, aldrig *urbortträngningens* struktur hos subjektet; ett grundläggande bejakande av denna struktur kommer aldrig till stånd (Lacan, 2002). Utan det betecknande elementet som fadersnamnet står för kan ingen bortträngning finnas. Hade fadersmetaforen tillåtits vara verksam och kastrationserfarenheten gjorts, hade den efter sitt bortträngande åter kunnat göras tillgänglig; den hade registrerats som bortträngt innehåll i en omedveten symbolisk text, och hade som sådan senare kunnat uttryckas i den symboliska ordningen (Muller, 2002). Men på grund av förkastandet kan alltså ingen sådan omedveten registrering äga rum – förkastandet gör bortträngningen omöjlig och skapar ett *hål* i den symboliska ordningen där fadersnamnet annars skulle ha funnits som grundläggande betecknande element. Konsekvensen enligt Lacan blir att "det omedvetna är där, det är närvarande i psykosen, men det *fungerar inte*" (min kursivering, Lacan, 1993 s. 143).

För att förstå det oerhörda i allt detta kan kanske förkastandet av fadersnamnet beskrivas med bilden av en spegel som genom ett släggslag går i tusen bitar. Det är spegelstadiet som går sönder; det rivs upp och faller, och det tar i fallet med sig den symboliska ordningen och bortträngningsmekanismens embryo, ty de har inte fått den bärare de behöver; de har inte fått sitt betecknande element.

Den imaginära kompensationen och fadersnamnets återkomst. Fallet, det vill säga det misslyckade resultatet av det oidipala dramat i och med förkastandet av fadersnamnets funktion och därmed frånvaron av oidipal identifikation med fadern, undandrar den psykotiske möjligheten att etablera en betydelsebärande skillnad mellan sig själv och andra; "kastration har inte längre någon annan symbolisk mening än den av förlust av fysisk integritet" (Lacan, 1993 s. 105). I och med detta hål i den symboliska ordningen hos den psykotiske har inget relaterande *jag* etablerats, inget jagideal som kan ankra känslan av självet. Erfarenheten av detta leder till psykosens andra moment – ett desperat försök hos individen att täppa igen hålet. Detta görs, menar

Lacan, genom ett *imaginärt kompensande* vilket konkret tar sig uttryck i *imitationer* av andra i individens närhet (Alvidius, 2002). För att kunna behålla någon form av subjektiv stabilitet måste den psykotiske leva *som om* han vore någon annan, någon med en symboliskt förankrad identitet.

Den utveckling vi här skisserat är det som leder fram till nästa moment i Lacans modell, nämligen själva det psykotiska genombrottet (Alvidius, 2002). Detta triggas, menar han, genom *ett möte med det förkastade fadersnamnet*, ett möte som vanligen uppstår i en för subjektet viktig och ofta dramatisk situation, exempelvis när höga krav ställs. Här konfronteras det imaginärt etablerade subjektet plötsligt med "sitt håll" i den symboliska ordningen; med den tredje symboliska instans som, om den hade tillåtits verka i det oedipala dramat, skulle ha fört subjektet till världen bortanför den duala och imaginära relationen med modern; det konfronteras med "*en-Far*" (Lacan, 2000). Återvändandet, menar Lacan, gör det förkastade fadersnamnet från den skrämmande *reala ordning* som jag presenterat ovan. "Vad som blivit förkastat i den symboliska ordningen återkommer i det reala" (Lacan, 1993 s. 13). Vi kan här närmast tala om ett handlost fall för subjektet, ett fall där det "landar i" – eller snarare med brutal kraft slungas rätt in i – en outhärdlig *sanning*. Subjektet kastas in på det realas plats och står inför detta våldsamt starka möte utan tillgång till några stabiliserande symboliska markörer för att undvika den existentiella förvirring som uppstår hos det – på fadersnamnets plats finns ju endast ett gapande tomrum (Alvidius, 2002).

Mötet med den reale fadern innebär enligt Lacan även ett möte med *den Andres begär*, det vill säga frågan om vad denna tredje instans skulle *vilja ha* av subjektet, samt ett möte med den Andres *fråga* till samma subjekt gällande själva dess existens (Alvidius, 2002). På samma sätt som ovan står subjektet utan några symboliska hanteringsmöjligheter inför dessa båda situationer. Man kan här, enligt Lacan, tala om att subjektet, i och med den återkomna instansens ifrågasättande av subjektets vara, förlorar sin identitet som imaginär fallos (för den andre) eftersom han nu istället tvingas söka den i det reala. Härmed rämnar subjektets imaginärt uppbyggda verklighet – den som dittills trots allt burit upp det – och det psykotiska genombrottet är ett faktum.

Subjektets läkningsförsök. Efter det psykotiska genombrottet kämpar subjektet, menar Lacan, med ett eget läkningsförsök; ett försök att återskapa den "stabiliserande vanföreställningsmetafor" som hans imaginärt uppbyggda verklighet hade varit innan det psykotiska genombrottet (Lacan, 2000). En sådan *ersättande princip* för fadersmetaforen har vi tidigare sett honom tvingas till eftersom han inte kan få tillträde till den verklighet som konstitueras av de symboliska lagarna.

Försöket tar sig uttryck i det som omvärlden ofta uppfattar som *symtom*; främst just vanföreställningar samt de språkstörningar som uppkommer genom den psykotiskes imaginära omformuleringar av betecknande och betecknade element. Lacan ser detta som en "diskurs i vilken man skulle kunna säga att subjektet är talat snarare än att det talar", till skillnad från det neurotiskt strukturerade subjektet som vi sett honom mena just *talat* (Lacan, 1989). Vanföreställningarna och det "privata talet" är enligt Lacan psykosens huvudsakliga karaktäristika, och ofta är de mer behövliga för och älskade av patienten än han själv. Detta kan ge en ledtråd till det som ibland tycks vara "en frihet" i psykosens. Hallucinationen är "en räddning", ett försök att i det imaginära få det skydd mot det reala – mot *sanningen* – som en neurotiskt strukturerad människa kan finna i exempelvis omedvetna försvarsmekanismer, bortträngningen, det vill säga med symboliska verktyg. Den psykotiske behöver ett substitut som kan ge mening och någon

typ av förklaring till hans situation och plats i världen, ett substitut som kan ge existentiell stabilitet i den malström som det psykotiska genombrottet skapat (Alvidius, 2002).

Implikationer för förhållningssätt och praxis utifrån Lacans teori om psykosen. Som avslutning på denna genomgång av Lacans syn på psykosen och den psykotiske ska det som skrevs om implikationerna för praxis utifrån hans teori i kapitlets inledande sammanfattning utvecklas något. Som nämndes där är Lacan själv ganska återhållsam med reflektioner kring praxis även om han ska ha sagt sig ha flera byrååador fulla av fallbeskrivningar (Miller, 1996). Därför har jag inför detta avsnitt tagit hjälp av texter som skrivits av terapeuter och psykologer som grundar sin terapeutiska praktik med människor med psykos i Lacans teori. De texter jag här valt att rikta in mig på är sådana där ett *jagstrukturerande förhållningssätt* betonas, ett förhållningssätt som exempelvis ligger till grund för den *jagstrukturerande psykoterapimetod* som utvecklats av psykiatrikern och psykoterapeuten Palle Villemoes (se t.ex. Villemoes, 1994). Både terapimetoden och förhållningssättet bedriver Institutet för Lacaniansk Teori och Praktik (ILTP) sedan 1996 certifierade utbildningar i och forskning på i Sverige.

Eftersom jag i denna uppsats inte undersöker terapeutiskt arbete med människor med psykosdiagnoser faller en närmare genomgång av denna metod utanför dess ram. Något kort om metodens mål och mening ska dock framföras. Den *jagstrukturerande psykoterapin* är en terapimetod för människor med psykos, personlighetsstörningar och avstannade kriser (Holmström, 2009). Målsättningen med metoden, när den används med den förstnämnda gruppen, är att den psykotiskes historia i en trygg samarbetsrelation med en utbildad kompetent terapeut ska kunna konstrueras så att kastrationskomplexet kan genomgå och fadersnamnet fås att fungera av egen kraft hos patienten. Endast så kan han eller hon bli en talande varelse; ett subjekt underkastat språkliga regler (ILTP, 1999). Innan ett sådant konstruerande arbete kommit igång tycks det, som vi sett ovan, som om den psykotiske söker mening med sin existens i något som föregår varje form av mänsklig historia. Detta framstår som den enda möjliga och tillåtna förklaringen till dennes existens (Holmström, 2009). Den psykotiske vill inte och *kan* inte språkligt tala om sådant som rör existensen och ändligheten eftersom denne inte antagit kastrationen – den fundamentala klyvningen har inte kommit till stånd.

I terapin ska den psykotiske patienten således ges en plats där han blir lyssnad till, och där han kan få *ett vittne* till det som hänt och fortsätter att hända honom – ett icke-dömande vittne som inte kritiserar eller påtalar att det han säger är en del av hans sjukdom och att han genast borde glömma bort alltsammans (Holmström, 2009; Jmfr. Léguil, 2002). Den terapeutiska relationen ska likna den hos ”bästisar” där ett *vi* uppstår istället för ett polariserande *du* och *jag*, där terapeuten inte säger emot patienten och där man inte har för stora ambitioner eller krav på honom. Endast på detta sätt menar man att patientens personlighetsutveckling kan stöttas så att han går från att *vara* ett objekt för någon annan till att *ha* ett objekt, det vill säga ha någon som bryr sig och förstår, och som kan fungera som en garant och stöttepelare för hans egenhändigt konstruerade nya ”livsordning” (ILTP, 1999).

Ett *jagstrukturerande förhållningssätt* innebär att man ”ställer in rätt kanal” i samtalet med och bemötandet av den psykotiske, att man inser att man inte kan tala med denne på samma sätt som med en neurotiskt strukturerad individ. Man tar hänsyn till den andres egenheter och symboliseringsförmåga, och tillämpar det stöttande arbetet utifrån den nivå individen befinner sig (Holmström, 2009). Detta är dock i sig inte något

nytt eller något speciellt synsätt inom en viss psykoterapeutisk skola, det är ett förhållningssätt som många använder spontant i olika typer av vårdarbete (ILTP, 1999). Exempelvis ILTP menar att det jagstrukturerade förhållningssättet är ett oundvikligt steg i *allt* arbete med icke-neurotiskt strukturerade människor om man vill åstadkomma en fungerande samarbetsituation, det vill säga även i sådant arbete som inte är psykoterapeutiskt.

Resultat

För att ge en första överblick över materialet inleds analysavsnittet med en kort sammanfattning av de situationer som intervjupersonerna beskriver som särskilt besvärliga respektive särskilt positiva. Därefter följer en presentation av de sju praxiskategorier som återfanns i intervjumaterialet samt den tolkning som gjorts av dessa mot bakgrund av det heuristiska spänningsfältet.

De situationer som flest informanter beskriver som särskilt besvärliga eller svårhanterliga är sådana där frågan om de boendes självbestämmande ställs på sin spets. Det handlar här främst om svåra gränsdragningar vad gäller utförande av vardagsrutiner, exempelvis städning och skötsel av personlig hygien, samt om personalens motiveringsarbete för att bryta de boendes sociala isolering. På ett närliggande tema beskriver flera respondenter också de besvärliga situationer som kan uppstå när en boende vägrar att ta sin medicin eller uppsöka vård då hälsoläget försämras. Ytterligare en ofta svårnavigerad situation som flera intervjupersoner tar upp gäller bemötandet av de boendes vanföreställningar. Här blir det kanske särskilt intressant att se hur personalen uppfattar sin egen omgivande ”verklighet” och hur den ställs i relation till den boendes dito. Andra svårnavigerade situationer som personalen beskriver är samarbetet med sjukvården samt kontakten med de boendes anhöriga.

Vad gäller särskilt positiva eller intressanta situationer som respondenterna beskriver i intervjuerna lyfter de flesta sådana där en längre tids motiveringsarbete till slut ger utdelning, exempelvis i form av att en vanligtvis svårmotiverad boende följer med på en utflykt eller när man får till en bra rutin för exempelvis städning. Exempel på lyckade aktiviteter beskriver flera respondenter är utflykter till havet där ”ett lugn” beskrivs sänka sig över den psykotiske eller när flera boende kommer till det gemensamma köket och bakar tillsammans. Ett flertal intervjupersoner beskriver också speciella möten och samtal med de boende som extra positiva inslag i deras arbete. Flera berättar här hur de får en djupare kännedom och förståelse för den boendes situation och att de får en närmare relation. ”Guldkorn” är också situationer där personalen får bekräftelse på att de boende känner förtroende för och upplever sig vara trygga tillsammans med dem samt när boende klarar av att flytta ut till ”vanliga lägenheter” eller när en person som personalen trott skulle bli ”svårhanterlig” på serviceboendet visar sig vara lätt att ha och göra med.

Beskrivningar av praxis – boendepersonalens ageranden utifrån en komplementär roll

Det övergripande temat som framkommer i materialet är *den komplementära roll* som boendepersonalen intar i relation till de boende; de försöker på olika sätt att kompensera för deras sociala och kognitiva svårigheter och brister. Detta är också den roll som psykiatriutredningen mer eller mindre explicit ålagt personalen, de har utifrån

utredningens principer *det formella uppdraget* att just kompensera för de begränsningar som man menar att de boendes handikapp på ett avgörande sätt innebär för att förverkliga sina livsmål. Det är således från denna generella komplementära roll som praxisbeskrivningarna nedan utgår. De stunder då personalen kan sägas ”kliva ur” den rollen är få. Det handlar främst om de gånger då personal och boende möts i ett förtroligt samtal eller när de genomför en lyckad aktivitet utanför boendet tillsammans, med andra ord, stunder då de befinner sig på en något mer jämbördig våglängd. De sju praxiskategorier som blev aktuella i intervjumaterialet presenteras i Tabell 2.

Tabell 2. Praxiskategorier

-
1. Att implementera genomförandeplaner - ibland mot boendes vilja
 2. Bedömning och balansgång i fråga om de boendes förmåga till sysslor och val i vardagen
 3. Motivationsarbete för att bryta social isolering och inplanering av ”normala” aktiviteter
 4. Lirkanden och påtryckningar; praxis när boende vägrar att ta sin medicin
 5. Att bedöma och gripa in i situationer då en boende blir sämre
 6. Att hantera vanföreställningar
 7. Att navigera i de boendes relationer och bemötande av andra
-

1. Att implementera genomförandeplaner - ibland mot boendes vilja. Respondenterna berättar att varje hyresgäst i de boenden som intervjumaterialet är insamlat ifrån har en så kallad *genomförandeplan* där beslut finns kring vilka olika insatser som personalen har att göra för den boende och vad den boende förväntas klara av på egen hand. Insatserna består här i första hand av det som benämns *All Day Life-uppgifter*, ADL, exempelvis städning, tvätt och skötsel av personlig hygien. Det vanligaste är att genomförandeplanerna utformas genom samtal mellan den socialsekreterare som är kopplad till en aktuell person, dennes kontaktperson i personalgruppen på boendet samt den boende själv. Även gode män och någon representant från sjukvården kan vara med i utformandet av planen. Insatserna ska utgå från hyresgästernas egna val och prioriteringar, något vi sett finns med som en grundprincip i psykiatrireformen. Genomförandeplanerna skall också uppdateras med jämna mellanrum.

Flertalet intervjuade beskriver att genomförandeplanerna finns på både gott och ont. De menar att många boende uttrycker skepsis eller missnöje gentemot dem, att de känner sig bestämda över genom planernas upprättande och även om de flesta intervjupersoner verkar uppfatta det som nödvändigt att genomföra de insatser som bestäms, särskilt vad gäller städning och personlig hygien, så anas en ambivalent inställning till genomförandeplanerna hos flera av intervjupersonerna. De befinner sig således mitt i en paradox – de är ålagda att å ena sidan utforma en genomförandeplan med de boende och att följa och dokumentera implementeringen av den, men å andra sidan ska de hela tiden ta hänsyn till de boendes egna val och prioriteringar. Flera av de

intervjuade identifierar olika konkreta gränsdragningsituationer kopplade till just genomförandeplanerna som de mest besvärliga inslagen i deras yrkesvardag; "Situationer där det är precis på gränsen till självbestämmande" som en respondent uttrycker det.

För att få till stånd en genomförandeplan med de boende används inte sällan olika förhandlingsstrategier från personalens sida. Exempelvis förekommer orden "deala", "kompromissa" och "diskutera" i beskrivningarna av hur praxis kan se ut. Det handlar här således inte om att rakt av utforma genomförandeplanen efter vad den aktuella boende säger sig vilja utan personalen har hela tiden att förhålla sig till det tryck som kommer både från externt håll och från dem själva på att de boende ska genomföra saker som de själva kanske säger sig inte prioritera i sina liv.

Man kan inte lämna det för fritt /.../ Det tycker jag att vi jobbar rätt smart på att man, att vi har ett, att vi är tydliga med henne att vi måste undvika att hon ska behöva flytta en gång till för att det är sanitär olägenhet, och så dealar vi med henne och sen så kommer vi fram till när vi ska städa och när vi ska plocka, och så får hon fundera på det ett tag /.../ Istället för att vi, för att man trycker på och ska göra det precis när vi vill.

När genomförandeplanen väl är spikad är en vanligt förekommande praxis bland den intervjuade personalen för att få de boende att göra sina "sysslor" att åberopa de överenskommelser man gjort. Vissa informanter berättar att de också kan påtala för de boende att genomförandeplanernas implementering är grundläggande för deras uppehälle i servicebostaden. Boendepersonalen står således nästan alltid fast vid planerna trots ovan beskrivna ambivalens. Flera berättar att de återkommer till de boende trots eventuell vägran. Härmed verkar personalen enig om vikten av att *ställa krav* på de boende så att de genomför sina vardagliga "sysslor". En respondent beskriver exempelvis att det är viktigt att låta de boende veta att man *ser* vad han eller hon gör och inte gör, att man inte låtsas som ingenting när sysslor inte genomförs utan att man visar att man "har ögonen på dem". Ett typfall som återkommer är nödvändigheten av städhjälp för att undvika sanitär olägenhet hos de boende. Det är frustrerande för personalen att se en person leva i (och själva behöva vistas i) en väldig oreda och i vissa fall också att veta att personen riskerar att förlora sin bostad om inget görs. Trycket från exempelvis anhöriga och hyresvärdar står här mot de boendes rätt att säga nej.

Till exempel en som jag är kontaktperson för då han, vi vet ju att om vi inte ställer krav på honom så kommer han inte att göra sina, ja sin tvätt och sin städning och såhär och då kommer han att vilja skjuta upp det till en annan dag /.../ Jag kan prata om att 'jo men vi bestämde ju att det skulle vara på onsdagar vi skulle göra den här saken och du och jag har ju suttit tillsammans och gjort ditt veckoschema och du tyckte att det var bra då, så att jag tycker inte att vi skjuter på det här nu.

Nästan alla respondenter pekar dock på hur lätt det är att man som personal försöker "sälja in sitt eget" när det gäller genomförandeplanerna och veckorutinerna, att man följer sina egna åsikter om hur saker och ting borde vara och göras. Detta är något som flera intervjupersoner säger att de strävar efter att undvika och vara uppmärksamma på men att detta är lättare sagt än gjort. Övertalningsstrategier, tjat,

ledande frågor och att personalen inte alltid lyssnar in det den boende säger blir dock tydligt i intervjumaterialet.

Det är ju väldigt intressant hur ofta man går in och, om man säger med genomförandeplaner och så, med att folk ska välja, så är det väldigt ofta som man har en egen agenda själv, och det är väldigt lätt att det här med att brukaren själv ska få bestämma blir en sport i att övertala personer och göra det man själv tycker är bra /.../ Det tror jag ofta, där är jag nog, där är jag nog oftast, att man har sin agenda som man försöker tala för, alltså självbestämmandet blir en form av övertalning. Och ibland kommer jag ju på mig själv, när man är så mycket, de som har jobbat ännu längre är nog ännu mer så, men jag, när man hänger så mycket med de som bor här så är det väldigt lätt att man får en bild av att man vet vad den personen behöver /.../ Att man har sin bild och sen så försöker man övertala personen att 'det är det här du behöver' istället för att lyssna in mer. Eller att man, en diskussion om att få fram hur man ska lägga upp ett stöd kan bli att man ställer frågor så att man ska få det som man vill istället för att lyssna på vad personen säger.

Ytterligare praxis som återkommer i intervjumaterialet är att i små steg försöka få den boende dit man vill. Denna metod beskrivs vara särskilt bra eftersom många av de boende antas behöva mycket tydliga och konkreta instruktioner för hur saker och ting ska genomföras.

Man ska plocka honom härifrån och säga att 'nu går vi hem till dig' och tala om för honom att 'du måste duscha, nu tar du av dig dina kläder, nu renbäddar jag din säng, så sätter jag på kranvatten i duschen, nu tar du av dig', så man, har man påbörjat så ska man inte släppa /.../ De säger 'nej och nej och nej' men 'nej, nu gör du på ett bra sätt', så man försöker bemöta och tala om och lirka sig eller så som jag säger 'rullar med motstånd', att man försöker i alla fall att jobba, 'ta av dig kläderna, nu går du in i duschen, här har du schampo, och här har du...' och då jobbar man med dem, sätter på duschen och så leder jag honom till duschen, och så ropar man på honom att 'gör du det här?' och 'gör du det här?'

Som vi sett ovan används således flera strategier för att få en boende att följa sin genomförandeplan. Dock skiljer ett par respondenter ut sig från de andra i det att de beskriver hur det i vissa fall kan vara bättre att "släppa pappren" för att undvika konflikt med de boende eller oro hos dem. Här beskrivs "icke-tjat" som prioriterad praxis.

En del som vi har tror jag är svårdiskuterade för att de är så satans less på de här planerna som folk gör. Och det är inte så konstigt. En del är less för att man, som tror att man ska tjata när man säger 'möte', men en del blir rädda bara för papper /.../ Några, någon som vi har planerat nu som inte vill är nog mer att släppa papperna och inte, inte tjata på något, utan bara ta det den personen vill. Vad vi ska göra i år och sen får den, och sen då vara noga med att vi inte tjarar på det mötet.

2. *Bedömning och balansgång i fråga om de boendes förmåga till sysslor och val i vardagen.* En balansgång som ofta finns med i gränsdragningsituationerna ovan handlar om i vilken mån personalen ska motivera den boende att själv delta aktivt i de insatser som man bestämt ska ingå i dennes veckorutin samt hur mycket man ska låta

personen i fråga välja att göra saker och ting efter eget huvud. Personalen beskriver hur de här ständigt måste göra egna bedömningar av de boendes förmåga att klara av sysslor och valsituationer själva, något som flertalet menar kan vara svårt. Några informanter berättar att man som personal tenderar att ibland gå in och göra ”för mycket” åt de boende, att man gör saker åt dem som de egentligen kanske skulle kunna klara av på egen hand. Ett par intervjupersoner beskriver hur detta nog grundar sig i ett lite dåligt tålamod hos dem själva, att de ”lite för snabbt” kan gå in och göra något för de boende för att det annars skulle gå så långsamt. En respondent beskriver också en tendens hos sig själv att ibland kunna gå in och ”rätta” den boende, en tendens som respondenten dock helst vill undvika.

En kille, han gick in och la sig och sov när jag städade, jaja det får väl vara så då, han är nöjd och tacksam att det blev gjort men det där är ju svårt så att man inte gör dem en björntjänst också /.../ Är de kapabla att göra det här själva? Låter jag dem inte få chansen? /.../ Vi ska ju försöka att uppmuntra dem att göra det själv, vi ska hjälpa dem med händerna på ryggen som det sägs, men det är ju inte alltid det räcker, ibland måste man ju handgripligen gå in och se till att det blir gjort så att det inte går för långt så att säga /.../ Det är som sagt, det är en jäkla balansgång och ibland vet man inte, gör man för mycket? Gör man fel? /.../ Jag försöker väl locka med honom 'jaja, men nu fixar du det här', 'aja' säger han och sen när jag kommer dit på morgonen så är det ju ändå inte gjort. /.../ Flera som sagt är väl inte riktigt förmögna att gå och handla själva och då har vi ju upprättat en matlista som de fyller i själva i alla fall och planerar så gott de kan vad det är för mat de behöver, och då åker vi bort till Willys och handlar åt dem /.../ Vi skulle ju helst se att de följer med själva men det blir lite serverat faktiskt.

Flertalet intervjupersoner beskriver hur de boende ofta har stora svårigheter med att planera långsiktigt eller att se syftet med olika vardagsrutiner och aktiviteter på sikt. En respondent uttrycker att det då kan vara bättre att som personal ha ”en egen agenda” för vad den boende på sikt ska lära sig eller få gjort men att man i förhandlingen med den boende istället talar i termer av delmål och mindre steg ”här och nu”. Några informanter berättar också att situationer där boende ställs inför för många och öppna val tenderar att upplevas som påfrestande och förvirrande för dem. I sådana lägen beskrivs hur man som personal ofta försöker hjälpa den boende att ta ett eget beslut men att det kan bli en svår balansgång mellan att låta dennes egna önskemål få råda och att visa på de begränsningar som deras val innebär eller på de alternativ som man själv tycker är de mest rationella. Inte sällan beskrivs praxis som går ut på att tolka den boendes vilja och sedan få denne att agera i linje med den av personalen tolkade viljan.

Det är ju svårt va, det är det ju ofta, då börjar ju huvudet koka på en del alltså. Och då får man ju försöka helt enkelt nästan säga till dem att 'ja men gör så då', till slut så hamnar man där /.../ Man försöker se att de själva tar sitt beslut och så om man då märker att det lutar åt ett håll så försöker man förstärka det då så att de får det gjort någon gång så att säga.

Ett närliggande tema som återkommer i intervjuerna är frågan om att ge tips och råd om vardagliga ting till de boende. Ett par respondenter betonar vikten av att vara försiktig med att göra detta då de menar att det dels tenderar att skapa förvirring hos de boende och dels riskerar att bli ett sätt att mer eller mindre omedvetet ”sälja in” sin egen

syn på saken. En respondent talar om att man som personal ibland kan användas som "bollplank" för de boende men att man då måste vara noga med att påtala att ens egen åsikt är just det och ingenting som den boende ska anamma rakt av.

Ja, om de skulle fråga mig om råd så skulle jag kanske uttrycka att 'så här skulle jag göra' men göra dem observanta på att det här är mitt val, att det är ingenting som de ska ta, utan det är bara, för jag menar det här med att ge råd är jag lite försiktig med, för att det som kan vara rätt för mig kan vara helt fel för dig, för vi är helt, vi är olika individer, och en framgångsrik väg för mig så att säga kan ju vara rena katastrofen för dig, men om du frågar mig så 'ja visst, du kan få min åsikt och min, såhär skulle jag göra...'

Upplevelsen av det vanskliga i att "rekommendera" eller "ge råd" till den boende märks inte minst i personalens tal om de boendes ekonomi, om hur han eller hon bör spendera sina pengar. Exempelvis beskriver flera respondenter diskussioner som ofta uppstår rörande de boendes cigaretter, både vad gäller inköp och distribution av dem. På flera av de aktuella boendena har personalen hand om en eller ett par boendes cigarettkonsumtion, på andra har man haft det tidigare men slutat med det. En respondent beskriver särskilt hur frågan om de boendes cigaretter är ett evigt gissel. Här beskrivs hur personalen kan försöka motivera den boende att prioritera annat än just denna vara.

Ofta röker de upp sina pengar och då har man inte mycket pengar för andra saker /.../ De kunde ha haft de pengarna för något annat, utflykter och mera, fotvård eller någonting, till frisören och, det finns mycket annat som man kan ha det till /.../ [Jag kan] leda dem till en fotvård när man ser att deras fötter är så illa, att man försöker säga till det här att 'nej men det kan jag inte göra, det har jag inte pengar till', men jag menar 'det tjänar du på, om du går dit och gör dem en gång bra, och sen kan du underhålla och...', så den biten /.../ Vi kan färga håret på damerna till exempel, då kan vi också tycka att okej det kostar en del, så man köper, det är billigare så man kan köper det hem, kanske klippa luggen eller göra dem lite iordning och så, det finns alltid någonting.

Flera informanter berättar att det är ofta som de boende ställs inför sin egen ekonomis begränsningar samt det faktum att det oftast är någon annan som sköter deras pengar. Samtliga intervjupersoner berättar att de har hand om de boendes bankomatkort och att majoriteten av de boende har en förvaltare eller en god man som har huvudansvaret för hans eller hennes ekonomi. Detta beskrivs av nästan alla intervjupersoner som ett inslag i deras arbete som ofta vållar stor frustration och ilska hos de boende och som är en vanlig källa till konflikter. Flertalet beskriver dock nödvändigheten av att ha det på detta sätt. "Fick de pengarna själva så skulle de bara försvinna ut i tomma intet" som en informant uttrycker det.

3. Motivationsarbete för att bryta social isolering och inplanering av "normala" aktiviteter. En stor del av personalens arbete handlar om att motivera de boende till att aktivera sig, komma ut ur sina lägenheter och bryta den sociala isolering som många av dem beskrivs befinna sig i. Men motiveringsarbetet uppfattas av flera som det absolut svåraste i jobbet på boendet. En stark frustration över att de boende är så stillasittande och så mycket ensamma inne hos sig återkommer i beskrivningarna.

Samtliga hyresgäster har stående aktiviteter inplanerade varje vecka, exempelvis bakning, söndagsmiddag och filmkvällar. Vissa boende har också återkommande besök på aktivitetshus och liknande där de exempelvis målar och fikar. Ett par informanter tycker att det är särskilt positivt när man lyckas få till stånd en struktur för boende att regelbundet ta sig till just sådana ställen eller att hitta på andra saker på stan, eftersom behovet hos de boende av att få komma bort från serviceboendets inte sällan oroliga och ”uppgjagade” tillvaro uppfattas vara mycket stort. Vanliga strategier för att få med de boende på aktiviteter som dessa är lirkningar och övertalningsförsök av olika slag, exempelvis i form av att påminna de boende om tidigare lyckade aktiviteter som de gjort tillsammans. Ibland går det, ibland går det inte.

Ja, man försöker att prata om att 'du tyckte ju att det var roligt förra gången och du gjorde ju det och det' och det är ofta, mycket handlar lite grann om att vi försöker, motion och att vara ute och gå och sådant. Jag kan prata om att 'det känns rätt skönt efteråt man har gjort det' och den typen av, lirka lite ibland. Ibland går det, ibland går de inte /.../ Vi försöker naturligtvis prata med dem och övertala men säger de att 'nej nu vill jag inte det här' då är det ju inte mycket mer man kan göra. De är ju som sagt fria människor.

I informanternas tal om motiveringsarbetet med de boende återkommer ett tema som känns igen från deras praxis i andra situationer, nämligen hur lätt det kan vara att i falla in i försök att ”sälja in sitt eget” och skynda på de boende ibland. Det gäller, menar personalen, att vara vaksam så att man inte går i den fällan exempelvis genom att inte propa för mycket på att en boende ska delta i en stående aktivitet. Istället görs inte sällan avsteg från planeringen och personalen beskriver hur de istället ständigt gör bedömningar av den boendes dagsform och humör, något som flera intervjupersoner säger är en svår men viktig praxis. Utifrån dessa bedömningar görs sedan enligt flertalet intervjupersoner försök att ”fånga de boende i farten” för att få med dem ut på aktiviteter eller kanske en promenad. Detta uttrycker de flesta informanter fungerar bättre. Flera beskriver vikten av att finnas tillgängliga för de boende om ”andan skulle falla på” hos dem. Särskilt lyckade och uppskattade beskrivs exempelvis utflykter till havet vara. Dock kan de boendes spontana önskemål grusas av att man exempelvis inte har tillgång till bil för att göra en spontanutflykt eller att det helt enkelt inte finns tid för det som personen vill.

Jag har den boende med mig när jag försöker så ett frö eller att jag är vaksam, är det begripligt för honom? Är det hanterbart? Så att har man det med sig så är det lättare också att få den boende med sig, för annars kan det lätt bli mina egna tankar och åsikter om någonting, hur det borde vara /.../ [Det] gäller det också, tycker jag, att vara tillgänglig för dem att finnas där när någon kanske kommer och man ser att den bara vankar av och an, att 'ska vi ta och gå ut istället, idag skiner solen' ja, då blir man så glad när någon säger 'ja'.

På temat att ”fånga en boende i farten” beskriver flera respondenter inte minst vikten av att finnas tillgänglig för spontana *samtal* som de boende kan initiera ibland. Det händer också att även boendepersonalen tar initiativ till det. Sådana stunder beskrivs som ”guldklimpar” i vardagen av ett par respondenter; de menar att de ger dem en större inblick i den psykotiskes situation och förståelse för dennes liv. En respondent berättar exempelvis om en situation då en boende visade fotografier från dennes liv

innan ”sjukdomen kom” vilket respondenten upplevde gav mycket intressanta och viktiga bidrag till förståelsen för vem denna person är, vilka olika roller som personen haft och har i sitt liv och vilka sociala relationer personen ingår i.

Ja, det är när de, när de har byggt upp det här förtroendet och relationen, när man är [personalens namn] med dem, att man, då är det ju härligt. När de börjar, alltså det är ju ingenting man är ute efter, jag är ju inte här för att vara psykolog eller terapeut för dem, men när de börjar berätta om sina liv, det är då jag lär mig tycker jag, det är då jag lär mig om sjukdomen och tillståndet, det är guldklimpar.

I den förtroliga relationen ingår också att personalen bjuder in den boende i ”sin värld”, dels genom att kanske berätta lite om sig själv, dels genom att, som en respondent säger, ”stå bredvid” den boende, att ta med honom eller henne i saker som tillhör ”personalens sfär”.

Jag kan ju berätta om erfarenheter och upplevelser och hur jag hanterar saker och ting, det behöver ju inte vara rätt för dem men jag liksom, ’så ser jag på saken’ säger jag, det och det kanske jag har varit med om /.../ Jag försöker, när jag umgås med brukarna här alltså, möta dem, det är en medmänniska, att kunna bjuda på mig själv, att kunna ge dem ansvar, att bjuda in. Det var till exempel vi var här på baksidan då första året, det var faktiskt han killen som är på [sjukhuset] som vi ska åka och besöka nu, jag höll på att snickra, jag tycker ju om att hålla på lite grann, och höll på där och skruva och greja och så stod han och titta och såg nyfiken ut och jag, jag gav honom den där bormaskinen som jag höll, ’hjälp mig och skruva du å’ och han titta liksom på den och ’va, får jag göra det?’ ’Javisst, varför inte?’ och det syntes liksom hur han växte några centimeter. Så det var någon som vågade ge honom den möjligheten.

4. *Lirkanden och påtryckningar; Praxis när boende vägrar att ta sin medicin.* En situation där frågan om självbestämmande ställs på sin spets är när en hyresgäst vägrar att ta sin medicin. Flertalet respondenter beskriver denna situation som särskilt svår att hantera. All intervjuad boendepersonal har delegering på medicinutdelning till den majoritet boende som inte sköter sin medicinering själv. Något som återkommer hos flera respondenter är antagandet att många med psykosdiagnos har dålig sjukdomsinsikt vilket de uppfattar är den stora anledningen till deras vägran att ta sin medicin. I en sådan situation beskriver de flesta intervjupersoner hur de inte bara ”ger upp direkt” utan att de ofta försöker övertala personen att ta den, främst genom att påtala hur viktig den är för hälsan.

En del går det ju att lirka lite med; ’jo men du vet att den här är ju ändå bra för dig, du har mått så bra nu en längre period’, så att det är lite vem det är men en del är väldigt bestämda i sin åsikt och då får jag respektera det /.../ Men sen är det ju också så att för att kunna bo här så är det ju bra att man sköter sin medicinering /.../ Jag försöker att inte bli upprörd över det i alla fall, men jag säger ju inte bara nej så där, ger upp så, utan det blir ju gärna en diskussion kring det och jag försöker motivera att ’det här är ju ändå för din skull och det är viktigt att du tar den.’

Ett par respondenter beskriver hur de brukar påtala för den boende vad följderna blir om medicinen inte tas. I första hand handlar det om att personalen måste rapportera in en boendes vägran som avvikelse till sjukvården men de aktuella intervjupersonerna berättar också att de kan informera om vad nästa, mer radikala, påföljd troligtvis blir: ”Man får bara vara ärlig och säga att ’tar du den inte, åker du inte bort och tar en depåspruta, så kommer de antagligen att ta ett tvångsbeslut’”.

5. *Att bedöma och gripa in i situationer då en boende blir sämre.* Andra svårhanterliga situationer som återkommer i intervjuerna är de då någon boende blir sämre psykiskt och eventuellt behöver läggas in på en slutenvårdsmottagning eller uppsöka öppenvården. Det ställs här ett krav på personalen att respektera de boendes önskningsar även om de går tvärt emot det som de själva tror är önskvärt.

Utom i fall där det är fråga om uppenbar livsfara eller risk för mycket svåra lidanden kretsar boendepersonalens funderingar i intervjuerna kring var gränserna kan sägas gå för hur någon får leva. Materialet vittnar om en godtycklighet, särskilt för de boende, om var gränserna för inläggning eller kontakt med sjukvården går. Frågan blir vem som ska avgöra hur ”dåliga” beslut en person har rätt att fatta om sitt eget liv och vilka lidanden och problem som motiverar påtryckningar och tvång.

De flesta respondenter tycks dock ha en någorlunda klar bild av vilka varningstecken de ska titta efter hos de boende och hur allvarligt det kan tillåtas bli innan de rapporterar eller ringer akut till sjukvården. Å ena sidan har man som personal när sådana tecken visar sig ett ansvar att ”göra något” och det finns ett tryck från olika håll att gripa in. Å andra sidan innebär hyresgästernas integritet inte minst rätten att säga nej, rätten att fatta både bra och dåliga beslut. I spänningen häremellan beskrivs återigen övertalningsförsök, tjat och lirkningar från personalens sida, något som flera berättar kan leda till konflikter med de boende och till att relationen påverkas negativt.

Det är ju ändå en speciell situation just att jobba, alltså när man är med personen hela tiden och ser det kan jag känna, mot att när det är på sjukhuset, det är svårare att låta bli och tjata eller låta bli och försöka, ja tvinga kan man ju inte göra, men alltså försöka säga ’att du måste’, det är svårare att låta bli när man är med personen hela tiden /.../ Man hamnar ju oftare i de situationerna då hon blir förbannad om man är hos läkaren, om man säger något alltså, säger saker som inte hon vill ska komma upp just då, eller att man ibland, vid ett tillfälle säger att man vill ringa hemsjukvården om man är mer akut orolig och så, så det blir väl lite fler clasher.

Om lidandet anses vara för stort – och när lagen tillåter det – finns som en sista möjlighet att med polisassistans gå in i personers bostad mot dennes vilja. Vanligen är nästa steg i en sådan händelseutveckling att en läkare utfärdar ett vårdintyg så att personen blir inskriven på sjukhus enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). När detta händer beskriver intervjupersonerna hur de innan har pratat ihop sig i personalgruppen och kommit fram till att situationen är ohållbar, ofta i samråd med den boendes psykiatrikontakt.

Vi har en boende nu som, det har varit gränsdragningar rätt länge, eller det har blivit sämre och sämre och sen så har hon inte velat ta emot olika typer av vård, och sen så hamnar vi i situationer, vi blev akut oroliga, men hon ville inte att vi skulle ta kontakt med sjukvården, och sen så gjorde vi det ändå, att

det kom en ambulans, hon var inlagd och så, och sen så nekade hon när hon kom hem, så efter ett tag så började hon neka den vården hon behövde, och då, i det här fallet så blev det en fråga om vårdintyg men som inte blev, som inte gick igenom.

En för personalen besvärlig situation som kan uppstå när en boende mår dåligt är att han eller hon ”går lös” inne i sin lägenhet och exempelvis förstör sina möbler. En vanlig praxis som här beskrivs av ett par respondenter är att ”hota” med att ringa polisen om inte förstörelsen upphör. Den yttersta åtgärd om personalen inte lyckas lugna en boende i en sådan situation är också just detta, att tillkalla polis.

Det som kan vara besvärligt också det är när man, vi har ju en som kanske har, han går ju loss i sin lägenhet och, men då larmar vi faktiskt polisen, det är så vi gör, alltså när vi märker att han går så långt och det inte hjälper att vi lugnar ner honom, ringer på och säger, men då brukar jag ringa på eller så brukar jag, om han inte öppnar, ropa i brevlådan att 'jag larmar nu', ibland slutar ju det då /.../ Om han då öppnar dörren, alltså jag går ju inte in om jag känner mig hotad, nu är ju han jättejättestor så, det har ju aldrig hänt någonting men, nej han, ibland ringer vi ju på då när vi hör att han är väldigt upprörd och så det här, men när det börjar riktigt så slängas grejer då larmar vi polisen och då kommer ju de, och då tar de sig ett snack med honom, och det brukar lugna personen. Det är inte ofta det händer men det är en sådan där situation som kan uppstå, då är det ju, då har vi möjlighet att larma polis.

6. *Att hantera vanföreställningar.* I anslutning till de situationer då en boendes psykiska tillstånd förvärras beskriver flera respondenter den praxis de tar till då vanföreställningar och hallucinationer ökar i antal och intensitet. En informant uttrycker en fascination för det de boende kan berätta att de ser och hör, men säger sig också inse att rösterna och synerna många gånger upplevs som mycket skrämmande för dem. En annan informant säger att vanföreställningarna kan vara otäcka att möta som personal; ”blicken blir väldigt hemsk, de stirrar väldigt konstigt, man blir nästan rädd när de tittar sådär värst”.

Sättet som personalen beskriver att de hanterar dessa situationer på skiljer sig en del åt. Gemensamt för de informanter som lyfter frågan, vilket är alla utom en, är dock att de verkar vilja avskilja den hallucinerande från övriga hyresgäster, detta både för att inte skapa oro hos de andra och för att den som befinner sig i det ”förvirrade tillståndet” ska kunna få största möjliga ro. Intressant i sammanhanget är också att se *om* och i sådana fall *hur* personalen påtalar *sin syn* i relation till det den boende uttrycker, det vill säga hur ”mötet” mellan deras olika upplevelser adresseras och omtalas.

En informant beskriver hur en första strategi bör vara att försöka ”få kontakt” med den psykotiske genom att sitta med personen och säga samma sak flera gånger och vänta på ett adekvat svar som handlar om här och nu. Två respondenter är mer inne på att påtala för den boende att det han eller hon säger inte stämmer. De beskriver att det är viktigt att försöka avbryta det värsta i hallucinationerna. Samma respondenter berättar också att de ibland tar med en hallucinerande boende till något avskilt rum där de får möjlighet att ”prata av sig” med personalen.

Det är jättesvårt därför att ibland kan, ibland säger man till att 'nej, så är det inte' i synnerhet till folk som man känner väl, men ibland känner man att det inte går att göra så utan då får man liksom på något sätt vara lite undvikande

/.../ Om någon då är lite uppe i varv och har hört röster och sådär, kan börja prata mycket konstiga saker och så att de andra tycker att det blir jobbigt så får man försöka lirka med den personen och säga att 'nu går vi ut', ja nu röker inte jag men i alla fall säga att 'gå ut och rök' eller 'gå ut', i vissa fall kan jag, eller någon annan i personalen, ta in honom eller henne här [på kontoret], det handlar oftast om honom, och sitta här så får de prata av sig här en stund helt enkelt, för det blir för jobbigt för de andra ofta. Så att man får bort dem från [gemensamhetslokalen].

Försöka avbryta dem /.../ Jag kan säga till honom att 'jag förstår att du känner så, att du ser det, men jag kan tyvärr inte se detta, så det är din värld och i min värld så finns inget hål i kroppen, det finns ingen skjutning, att du har blivit skadad' /.../ 'Jag hör, jag lyssnar gärna på dig men jag kan inte hjälpa dig.

Andra strategier som beskrivs är att försöka avleda den boende i situationen genom att exempelvis börja tala om vardagliga saker, att fråga om det är något den boende behöver eller vill ha samt att i små steg leda den boende i det han eller hon tar sig för.

Försöker att komma och man ska ge dem lite, liten kram och avleda dem, då är de på den här, fokuserar sig på den saken, man försöker i alla fall ta hand, lägga handen över dem och säga att 'nu ska jag hjälpa dig, nu ska du ta kaffe' och försöka leda dem och 'nu ska du göra dina mackor', så man får säga 'kom nu, nu gör vi det och sen kan vi sitta där.'

Att man pratar om lite vardagliga saker. Man kan få in den personen i lägenheten och så 'har du funderat på vad du ska äta för mat idag? Är det någonting vi ska ta fram? Är det något du vill ha?'

Ytterligare en informant lyfter vikten av att tala om för den boende vad som är "normalt" och att fungera som bollplank för honom eller henne så att verklighetsförankringen kan återfås.

En kvinna här, hon lyckas ju vrida till allting mer eller mindre till absurdum /.../ Jag försöker ha någon slags normalitetsram och bolla tillbaka /.../ Med henne kan man ju säga att 'nu tror jag att du har funderat lite för mycket, nu har du blandat ihop saker och ting' /.../ 'Du nu, stopp, nu får vi sortera lite grann här'.

Ett par informanter trycker mer än de andra på att "bara vara nära" den hallucinerande personen, att jobba med kroppsberöring eller att "i tysthet" bara vara närvarande i lägenheten.

Man [kan] jobba med lite kroppsberöring, de känner ju mig, de vet att jag inte är farlig utan att jag vågar ta dem på armen och klappa lite på ryggen /.../ Man kan börja städa deras lägenhet under tiden så att de känner sig lugnare av att man bara finns i lägenheten och att det är någon som pysslar om dem och deras grejer.

Slutligen finns en särskild situation som några respondenter berättar om vad gäller de boendes vanföreställningar, nämligen sådana som handlar om anklagelser som

kan riktas mot personalen. Här beskrivs tydligare än ovan hur man försöker ”motbevisa” den boendes utsaga, att på ett direkt sätt påtala den felaktiga anklagelsen.

Till exempel han som kommer och gapar och skriker och är fly förbannad på mig för att jag har gjort det ena och det andra, 'han är inte min brorsa' och så 'vi ska ge fan i hans papper' /.../ 'Vi ska ge fan i att stjäla hans post', 'vi ska inte anklaga honom för att han har HIV', 'vi ska låta bli honom' och 'vi ska låta honom vara ifred' /.../ Jag har provat många varianter, bemöta 'ja men så är det inte, vi har inte', han lyssnar inte. Jag har backat liksom, inte liksom lyssnat på honom och det ger heller inget gensvar /.../ Jag har liksom sagt att 'vi har inte din post' och jag har till och med tagit hans pärm och visat honom att 'titta här, det finns ingenting här, vi har ingenting', och då blev han ju i och för sig lugn ett par dagar, för då såg han ju att det inte fanns några papper.

7. Att navigera i de boendes relationer och bemötande av andra. Flera intervjupersoner lyfter fram svårigheter som kan uppstå där personer som finns i den boendes närhet är involverade, exempelvis familjemedlemmar, andra boende eller vänner och bekanta. De flesta beskriver att de boende sällan har så många relationer men med dem de har kan det ibland uppstå spänningar som boendepersonalen får rycka in och stötta upp i. Praxis här är exempelvis att skydda de boende från att bli utnyttjade av andra, att medla i konflikter med andra hyresgäster i servicebostaden eller att fungera som länk mellan de boende och deras anhöriga eller sjukvårdskontakter. Ett par respondenter lyfter frågan om kärleksrelationer i vilken enighet tycks råda om att detta sällan är något som förekommer för personer med psykosdiagnoser; ”Det verkar som att människor med psykosjukdomar de blir så ego, så inne i sig själva så att /.../ I stor sett har det varit obefintligt”.

Ett par intervjupersoner beskriver en oro som ibland kan uppstå för att någon boende utnyttjas av personer som finns i exempelvis bostadsområdet, särskilt handlar det om risken att luras på pengar. På grund av denna risk har flera av de aktuella boendena regler om max antal övernattningar för de boendes gäster, vanligtvis två eller tre nätter. På ett par boenden har även frågan om att kunna ”porta” vissa besökare helt varit uppe. Inneboenden hos hyresgästerna verkar således i samtliga fall höra till det förbjudna. ”Lägenheten är avsedd för dem och det handlar oftast om att det är, om det skulle vara [någon som bor där] då är det ju någon som utnyttjar att få bo där gratis, så är det, det vet man ju”, säger en intervjuperson, något som intygas av flera.

I de fall då den boende ger uttryck för att vilja fortsätta umgås med den av personalen illa omtyckte ”vännen” upplevs en svårighet att navigera i situationen. En förståelse beskrivs för de boendes vilja att fortsätta hålla kontakten, ”de har ju inte så många riktiga vänner” som en informant uttrycker det. Det de informanter som lyfter fram denna situation beskriver att de gör i stunden är att prata med den aktuella boende och fråga hur han eller hon vill göra.

Pratar och frågar också 'hur känner du inför detta själv?' och, nu är ju detta ett ganska vanligt problem kan jag tycka med den här målgruppen, en del kan ju tycka att 'nej men det är värt det' /.../ Det kan ju komma från de boende själva att 'åh, nu kom han igen och han skulle, jag köpte någonting och han lurade mig på pengar och han sa att han...', ja och då pratar man kring det att 'ja det var ju inte schysst och det kanske inte är första gången, hur ska du

göra för att inte råka ut för det igen?’ Så pratar vi kring det då, och just ja, alltså pratar kring det, det är det enda man kan göra.

Personalen beskriver vidare sin praxis i olika konfliktsituationer som kan uppstå mellan boende. Konflikterna är inte sällan kopplade till de olika regler som finns, särskilt de som handlar om ljudnivå och uppförande i de gemensamma utrymmena vilka är de som flest intervjupersoner pekar på som viktiga att hålla på.

Jag tycker den [regeln] är väldigt viktig, att man ska ha lugn och ro, och att man ska kunna prata med den här personen som man sitter vid samma bord som, att man inte gapar och springer och tror att man är någonting ungefär. Man ska inte vara någon kung i matsalen, alla ska komma till tals och alla ska ha chans att prata med varandra vid det bordet man sitter. Och många blir störda och då blir det väldigt mycket och så säger någon ’håll käften’ eller någonting.

Vanligast då två boende hamnar i konflikt med varandra är att man som personal försöker säga ifrån och separera de två trätande, att få dem att lämna gemensamhetslokalen. Flera menar att det bästa här är att en personal följer med var och en så att de får prata av sig om det inträffade men vanligast verkar vara att man ”stannar” vid tillsägelser eller en separering av de trätande. En informant beskriver vikten av att utmana den offerroll som denne anser att de boende gärna tar i förhållande till den de råkat i konflikt med, att man som ”vittne” går in och talar om vad som faktiskt hände. Även manövrar för att avleda konflikten beskrivs.

’Nej nu får du lugna ner dig’ säger man ’nu vill vi ha lugn och ro, den som inte gör det här får gå från matsalen’. Ibland lyckas man, ibland gör man inte det. Man fortsätter och då anfäller de oss personalen och säger massa fula ord /.../ Vad ska man försöka, i alla fall säga ’nej nu, nu går du härifrån, nu går du härifrån om du ska uppföra dig så, så kan du komma senare och äta, eller ta tallriken’. Och vi har gjort det här att vi har placerat ett bord på den andra sidan i dagrummet för att de kan äta. Ibland hackar vissa på varandra väldigt mycket.

Två relativt vanliga källor till konflikt på de aktuella serviceboendena står enligt flera intervjupersoner dels att finna i den nattliga aktivitet som en del boenden ägnar sig åt och som ofta stör andra boende, exempelvis spelning av hög musik eller påringningar på grannars dörrar, dels i situationer då pengar lånats ut och inte kommit tillbaka eller då ”lånade” cigaretter inte betalas. Här går personalen inte sällan in och försöker medla mellan parterna.

Ja, då kollar jag ju av lite grann, är det verkligen så att hon stör nu på riktigt eller är det bara att hon spolar i sin vattenkran? Och då får jag ju prata med den som är störd att ’jo men det är ju såhär att bo i ett hyreshus att man hör sina grannar och hon diskar nu, det behöver hon göra, och jag menar när du diskar så blir det ju det omvända så’ så det är också återigen att man får prata med dem. Är det så att någon stör den andre då får man ju säga det till den som stör att ’du får sluta med det där för att du stör flera boende här, jag behöver inte peka ut någon speciell men du stör dina grannar’.

En respondent berättar att man försöker få till en träning med de boende för att de bättre ska förstå att det kan upplevas som provocerande och obehagligt att stå mycket nära den man talar till. En särskild situation som denna informant tänker på är när oro hos vissa boende kan föranleda ett slags ”testning” av var den andres gränser går, både andra hyresgästers och personalens.

Vi har pratat om det i alla fall, att man kan träna lite grann på den personliga sfären, vad som känns bekvämt, man kan göra med, till exempel personalen kan visa 'om jag står såhär nära dig och pratar, känns det bekvämt?' och då kanske man säger att 'nej, det känns inte bekvämt, kan du backa lite?' och så har vi tänkt att vi kan träna lite på det för att en del av de som bor här har inte riktigt den känslan av hur nära kan man gå, vad man får göra och så.

Två situationer framkommer i intervjumaterialet som exemplifierar tillfällena då boendepersonalen beskriver att de ibland kan föra den boendes talan inför andra. Dessa är i vissa kontakter med anhöriga samt med sjukvårdspersonal som är kopplade till de boende. Vad gäller de anhöriga beskriver ett par respondenter hur de ibland kan ”lägga sig i” deras närståendes liv och leverne på boendet eller överhuvudtaget. Ett exempel är hur anhöriga har hört av sig till personal och talat om hur ofta de tycker att vissa städinsatser ska göras. Andra har hört av sig och velat att personalen ska agera ”vakt” och tala deras närstående till sans som exempelvis har för vana att åka och ställa till bråk i familjen. I dessa lägen beskriver personalen hur de hamnar i något av en skottglugg mellan de anhöriga och den boende och att de kan försöka medla men oftast utan större framgång.

I kontakten med sjukvården beskriver ett par informanter hur det kan bli att de tar boende i försvar om sjukvårdspersonal exempelvis tycker att den boende bör göra på ett sätt som boendepersonalen inte håller med om. En informant berättar exempelvis om hur det kan bli diskussioner kring de boendes kosthållning med ansvarig sjuksköterska.

Man får ta den boendes levnadssätt i försvar. Det blir det faktiskt. Man, då får försvara att 'ja men det är ju ändå ett hem, alla dagar orkar man kanske inte leva så inrutat, det är ju lite dagsformen, och speciellt då ett boende där du själv då också ska vara den som gör din egen, alltså vara delaktig i att göra din mat, då kanske du inte orkar'.

Strukturella och organisatoriska villkor som omgärdar boendepersonalens praxis

När vi nu sett boendepersonalens praxis beskrivas ska vi gå in i analysen av den för att försöka förstå något om de latent antaganden som tycks ligga till dess grund. Dessförinnan vill jag dock först kort föra en diskussion om de strukturella och organisatoriska villkor som kan sägas omgärda personalens arbete. Detta för att kunna få en bättre förståelse för de mekanismer som kan tänkas spela in i deras praxis och deras latent bild av den psykotiske. Vissa av dem har vi sett skymta fram i genomgången ovan. Det första som ska sägas är att det faktum att all kommunal boendeverksamhet för psykiskt funktionshindrade i Sverige idag formellt regleras enligt psykiatireformens principer gör att vi naturligtvis ser mer av praxis och antaganden från den i intervjumaterialet än idéer från Lacan. Inte minst märks detta i intervjupersonernas beskrivningar av sitt arbete med genomförandeplaner och samarbetet med vårdgrannar och andra ”inkopplade” instanser. Särskilt intressant i

analysen blir kanske därför de moment där intervjupersonerna eventuellt kan sägas ”dra något mer” åt Lacans sätt att se på den psykotiske och dennes villkor. Därmed dock inte sagt att det är några lacanianer jag mött i mina intervjuer.

Vidare beskriver flera intervjupersoner en osäkerhet i mötet med de boende, de känner att de inte har tillräckligt med kunskap och utbildning för att känna sig trygga med att de gör på bästa sätt. Praxisen sker således i en kontext av osäkerhet som stressar personalen. Ett par respondenter är utbildade socionomer, övriga har ingen eftergymnasial utbildning eller är undersköterskor. Några respondenter berättar att de gått kurser i exempelvis psykologi och omsorgsarbete på egen hand vilket de menar har hjälpt dem att bättre förstå dem de arbetar med och hur de kan bemöta och stötta dem i deras vardag. Dessa informanter menar att de ser en ganska stor skillnad i sin praxis före och efter de genomgångna kurserna.

Flertalet intervjupersoner har lång erfarenhet av att arbeta med vuxna som finns inom psykiatrin, vilket vi i avsnittet om tidigare forskning såg kan innebära att ett *symtomorienterat* synsätt visavi den boende tenderar att bli alltmer dominerande framför ett personorienterat dito. Detta indikerar att lång tids arbete med personer med svåra psykiatriska diagnoser kan påverka personalens bild av den psykotiske. Förmodligen har denna tendens en av sina bottnar i det *normsystem* som boendepersonalen befinner sig inom vilket här blir viktigt att omnämna. Att människor med psykosdiagnos exempelvis är en underprioriterad och marginaliserad grupp i samhället beskrivs av flera intervjupersoner vilket de menar inte minst visar sig i en bristande tillgång på resurser för de aktuella boendena och i en allmän utsatthet för de boende. Några respondenter lyfter in omgivningens syn på de boende som tillhörande samhällets ”bottenskiikt”. Det blir här inte svårt att tänka sig att också boendepersonalen som yrkesgrupp, vilken ju är den som arbetar närmast dessa personer, ofta prioriteras lågt, att den innehar en låg samhällslig status. Ur ett arbetspsykologiskt perspektiv skulle detta kunna förstås som att boendepersonalens jobb till viss del består av det man kallar ”dirty work”, det vill säga att man arbetar med just människor som anses tillhöra samhällets ”lägre skikt” och att man utför arbetsuppgifter som kanske ses som smutsiga, farliga eller äckliga (Baran et. al., 2012). Ett bevis för att detta är fallet skulle kunna vara den generellt låga utbildningsnivån inom yrkesgruppen samt att man, om vi får tro respondenterna, inte verkar göra några särskilda satsningar för boendena eller de anställda, varken vad gäller resurstillgångar, löner eller intern- och vidareutbildningar.

Intervjupersonerna beskriver på ett liknande tema också att ”revirtänkande och maktstrider” kan uppkomma mellan deras egen arbetsgrupp och sjukvården eller andra samarbetspartners som finns kopplade till de boende. Ett par respondenter menar att det inte är sällan som andra ”intressenter” än boendepersonalen anser sig veta vad som är bäst för dem. En irritation riktad till exempelvis sjukvårdspersonal kommer här fram hos flera intervjupersoner och ett par uttrycker att den boende själv riskerar att komma i kläm i sådana situationer och bli ”ett objekt” för kampen. På dessa objekt tycks det kunna vara lätt hänt att man projicerar egna behov och känslor, och man kan utifrån detta kämpa extra hårt för en insats eller praxis som man tycker är rätt. Personalen kan således sägas befinna sig i ett maktfält där sjukvårdspersonal och andra aktörer anser sig ha större rätt att bestämma praxis. Detta skulle kunna ses som något av ett ”parallellfenomen” till hur personalen, på nästa nivå, försöker vara bättre vetande än de boende.

Tolkning av boendepersonalens praxis i ljuset av det heuristiska spänningsfältet

När vi nu mött den intervjuade boendepersonalen i deras vardag och fått inblickar i deras praxis i olika situationer följer här mitt försök att göra informanternas latent antaganden manifesta genom en analys i ljuset av det heuristiska spänningsfältet mellan psykiatrireformen och Lacan. Viktigt att framhålla är dock att min avsikt inte är att avgöra om den intervjuade boendepersonalen gör "rätt eller fel" i något avseende, det vore inte bara att skjuta vid sidan om uppsatsens mål utan även bortom det kluster av samband och relationer som denna praxis är indragen i.

I intervjumaterialet har flera *redan manifesta* bilder framkommit genom intervjupersonernas beskrivningar av sin praxis, det vill säga vi har fått till oss flera *explicita* antaganden om och inställningar till den psykotiske. Dessa kommer i analysen att tas med som en slags förförståelse och vävas in i framställningen. På sina håll tycks de dock innebära något av en motsättning i relation till de antaganden som jag tycker mig se utifrån personalens praxis. Vad detta kan bero på kommer vidare att diskuteras. Framställningen kretsar kring frågorna om psykosen som diagnostisk kategori/struktur samt om autonomi, rationalitet och valfrihet vilka tillsammans frambringar de bilder av den psykotiske och dennes villkor som jag här är intresserad av att utforska.

Synen på psykosen som diagnostisk kategori/struktur. Hos alla sex intervjupersoner förekommer orden "sjuk" och "sjukdom" i beskrivningarna av de psykotiska personer de arbetar med, de boendes liv beskrivs inte sällan som uppdelat i "före och efter" sjukdomen slog till. Ett par respondenter ställer också explicit de boende i motsatsposition till sig själva som "friska". Detta tal om de boende kan vara intressant att placera in i det som i psykiatriutredningen kan uppfattas som ett exempel på "diskursen psykiskt funktionshinder" som vi sett genomsyrar den, nämligen uppdelningen mellan medicinska och sociala definitioner av en psykisk störnings uttryck. Den sociala definitionen avser att framställa störningen som ett funktionshinder och den medicinska som just en sjukdom. För de intervjuade tycks den medicinska definitionen vara den övergripande, grundläggande, vilket inte minst märks i de lirkanden och påtryckningar som görs vad gäller de boendes medicinering. Därtill tycks de ha anammat det aktiva producerandet av "sanning" som psykiatriutredningen gjort vad gäller dessa sjukas behov av stöd och service, insatser som de beskrivs behöva för att leva ute i samhället.

Denna vilja till sanning har, om man får tro exempelvis Foucault (1993), sitt stöd i en institutionell praktik och distribution, som även utövar en makt gentemot andra diskursformer, exempelvis en psykoanalytisk i vilken Lacans tanke ingår. Enligt Lacan är som vi sett den psykotiske strukturerad på ett helt annat sätt än en neurotiskt strukturerad individ. Det existerar enligt Lacan inte något kontinuum mellan neuros och psykos som en människa så att säga rör sig fram och tillbaka på under livets gång, utan de två är helt olika subjektiva strukturer. Viktigt här är dock att nämna Lacans tanke om att det finns inslag av alla de tre ordningar som han i sin teori laborerar med – den reala, den imaginära och den symboliska – i alla existentiella strukturer. En psykotiskt strukturerad individ har exempelvis inte vanföreställningar hela tiden och en neurotiskt strukturerad individ kan under korta stunder befinna sig på det realas plats, exempelvis i sexakten eller i mötet med konsten. En neurotiker som befinner sig i kris kan också under ett chocktillstånd vara mycket förvirrad och då hallucinera. Men till skillnad från den psykotiske möter den neurotiskt strukturerade människan det skrämmande med

symboliska hanteringsmöjligheter, han eller hon kan ta skydd genom exempelvis sin bortträngningsapparat vilken hos den psykotiske, som vi sett, inte fungerar enligt Lacan. För den senare framträder således det reala *oförmedlat*, det vill säga på ett direkt och plågsamt sätt.

Ett tal om exempelvis "återhämtning", i den bemärkelse som vi lärt känna uttrycket genom psykiatriutredningens sätt att se på psykosen, blir med detta ofruktbart hos Lacan. En människa med psykosdiagnos kan inte sägas *ha drabbats* av någon illvillig sjukdom, han eller hon *har* inte exempelvis schizofreni, utan *är* i grunden psykotisk strukturerad. Och orsaken här är inte organisk utan handlar om en psykisk och symbolisk realitet; psykosen är en *existentiell struktur* som formas utanför den symboliska ordning som den neurotiskt strukturerade individen lever i. Detta faktum innebär dock inte att en psykotiskt strukturerad individ, inom ramen för sin struktur, inte kan förändras mot ett mer neurotiskt fungerande. Det är inte något icke-dynamiskt, statiskt tillstånd som Lacan föreställer sig. Förändring sker via det symboliska, genom talet; genom att tala sin historia.

I psykiatriutredningen däremot, har vi sett hur just ett kontinuum framvisas i talet om psykosen. Man beskriver där en spänning mellan ett aktivt biologiskt betingat sjukdomstillstånd och ett restillstånd som inte är medicinskt behandlingsbart. Att avgöra var gränsen häremellan går i det enskilda fallet ankommer på individen och psykiatripersonal. Med detta sätt att se på psykiska funktionshinder blir tillståndet ständigt stående i förhållande till ett kontinuum där varje individs "tillståndspunkt" kontinuerligt måste bedömas och där funktionsnedsättningen relateras till den enskilde men även till möjligheterna att leva med nedsättningen i samhället med hjälp av stöd och service.

Kanske kan boendepersonalens ständiga bedömningar av och omfattande dokumentationsarbete vad gäller de boendes skiftningar i stämningsläge och dagsform förstås i ljuset av detta. De förväntas förse sjukvårdspersonalen med löpande information om de boendes psykiska tillstånd och min tolkning är att de även själva uppfattar denna kontinuerliga bedömning som en viktig, om än tidskrävande och ibland överdrivet byråkratisk, del i sitt arbete. Den kontroll som boendepersonalen och psykiatrin i detta har över tiden innefattar således en bestämning av den boende just över tid. Som vi sett menar psykiatriutredningen att en människa vars nedsättning av sin sociala funktionsförmåga till följd av psykisk störning har varit tillräckligt *långvarig*, tillhör gruppen psykiskt *långtidssjuka*. Att bli betecknad som psykiskt långtidssjuk och att leva ett liv i samhället som sådan betraktas därmed inte som ett snabbt förbigående stadie; det innebär istället en form av underordning till konsekvenserna av sina funktionshinder över en längre tidsperiod. Detta skapar en spänningsfylld situation där villkoret för gemenskap och delaktighet i samhället förutsätter att den enskilde accepterar en varaktig livssituation i samhället som just funktionshindrad.

Genom ett par respondenters beskrivningar känns denna spänningsfyllda situation igen. Ett antagande som explicit uttrycks är att personalens arbete med de boende skulle underlättas om de bara hade en högre "sjukdomsinsikt" vilket de aktuella respondenterna menar generellt tycks vara en bristvara hos människor med psykossjukdomar. Frånvaron av insikt om sitt tillstånd tas särskilt upp under frågan om vad som sker då boende vägrar att ta sin medicin som vi kunnat se ovan. Min tolkning är här att personalens lirkanden och övertalningsförsök i dessa situationer vilar på en latent uppfattning om att den enskilde måste underordna och disciplinera sig under den egna vetenskapen om sin egen psykiska hälsa, och därmed förhålla sig till sitt handikapp

som något bestående och varaktigt. Detta gäller även det aktiva sjukdomstillståndet i sig. En sådan latent bild av psykosen som mer eller mindre kronisk förstår jag också vara det som ligger bakom den ofta uppgivna ton som förekommer hos flertalet informanter när de exempelvis talar om ett decennier långt arbete med att motivera de boende att skaffa sig meningsfulla sysselsättningar eller med att lära dem olika vardagsrutiner i hemmet.

De latent antaganden som jag finner hos den intervjuade boendepersonalen angående psykosen *som diagnostisk kategori/struktur* kan härmed sammanfattas på följande sätt; psykosen verkar uppfattas som en i första hand biologiskt betingad sjukdom, främst behandlingsbar genom psykofarmaka. Dock finns inget som tyder på att intervjupersonerna uppfattar det som möjligt för de boende att bli *fullt friska* i den situation de nu befinner sig, istället tycks ett latent antagande finnas om psykosen som mer eller mindre kronisk, som något mer grundlagt i personligheten. Utan att någon respondent beskriver psykosen som en struktur likt Lacan så tycks de här således inte heller utgå från psykiatriutredningens uppdelning i ”medicinskt färdigbehandlad” och ”resttillstånd” vad gäller den psykotiskes symtombild. De kan alltså sägas placera sig i en tredje position i denna fråga. Vidare uppfattas de boende ha en dålig insikt om sitt sjukdomstillstånd vilket får konsekvenser för personalens praxis och inställning till dem. Det antas ankomma på personalen både på boendet och i sjukvården att bedöma och definiera den boendes tillstånd.

Polariserande praxis – ”sammagörande” från boendepersonalens sida. Men innebär dessa bilder av psykosen att den intervjuade boendepersonalen skapar ett sammanhang där den boende *endast* ses som en karaktär, som ”ett knippe kroniska symtom” och att bemötandet endast utgår ifrån denna syn? Nej, blir mitt svar. Till viss del, men inte bara. För samtidigt som flera informanter explicit placerar den psykotiske i ”de onormalas fack” i intervjuerna, särskilt när de talar om sig själva som ”normala”, så beskrivs stunder i yrkesvardagen då jag uppfattar att de boende träder fram mer som *personer* för informanterna. Personalen för då in dem i deras personliga historia, deras sociala kontext och skapar därmed en slags *dialog (dialogism)* vilket bryter mot den *monologism* som bland annat Lilja (2007) tänker sig är det som vanligen präglar psykiatrisk verksamhet och det som främst hänger samman med skapandet av de välkända ”sjukdomskarikatyrerna”. Dessa möten med de boende är de som flertalet informanter upplever som de allra bästa inslagen i deras jobb, när de i samtal med de boende får ta del av deras historia och då blir en anförtrödd lyssnare. De berättar att de i sådana samtal uppfattar att de får en chans att lära känna personen i fråga bättre och att relationen fördjupas. Flera beskriver här hur ett särskilt band uppstår med de boende, ett band grundat i förtroende och trygghet; i mer jämbördiga positioner.

Vi får av intervjupersonerna här således beskrivningar av att de ibland verkar frångå den bild av de boende som annars kanske mest framkommer i materialet, nämligen bilden av den psykotiske som oförmögen att artikulera sin egen upplevelse och sin situation på ett tillförlitligt sätt. En sådan bild framträder exempelvis i praxis riktad till boende som kommer med anklagelser gentemot personalen eller andra boende. Men i de samtal som flera intervjupersoner beskriver som ”guldkorn” verkar det istället som om det den boende säger tas på allvar, möts med respekt och ett aktivt lyssnande från personalens sida. Åtminstone beskrivs av flera respondenter en strävan ditåt. Exempelvis minns vi den respondent som beskriver hur fotografier av en boende från dennes liv innan ”sjukdomen kom” gett mycket intressanta och viktiga bidrag till

förståelsen för vem denna person är, vilka olika roller som personen haft och har i sitt liv och vilka sociala relationer personen ingår i. Här tycks vi få prov på ett mer *personorienterat* synsätt där tendensen till det *symtomorienterade* kan sägas göra halt.

Men i mötet med den psykotiskes verklighet, särskilt i stunder då personalen tvingas bevittna det de beskriver som smärtsamma vanföreställningar hos de boende, beskriver flera respondenter hur maktlöshetskänslor kan komma till dem, insikter om att de inget kan göra för att förändra deras verklighet. ”Det är tragiskt, men så är det, vi kan inte hjälpa dem”, säger en respondent. Härmed kan kanske berättelserna om de guldkantade samtalen sägas tillhöra en ”önskvärdhetens diskurs”. Personalen önskar att de kunde göra mer för de boende.

Oavsett om det är glädje- eller maktlöshetskänslor och ångest som dominerar hos personalen i de mer ingående samtal de har med de boende så visas i dem en karaktäristik som jag tycker mig se återkomma i personalens praxis och som jag anser är av största vikt att lyfta fram. Det gäller det *polariserande* sätt som jag uppfattar att personalen förhåller sig på i relation till de boende. Polariseringen handlar här om att samtliga intervjupersoner i de flesta fall tycks adressera och bemöta den psykotiske på samma sätt som vi är vana att förhålla oss på i mötet med andra människor; som ett *du* i förhållande till personalens eget *jag*, som en samtalspartner som på mer eller mindre *samma villkor* som personalen själv deltar i det som sker, kort sagt – som *ett talande subjekt*. Vi har exempelvis sett att intervjupersonerna använder *personliga pronomina* (just du och jag) i mötet med de boende, det vill säga att det vardagliga samtalet sker på det polariserande sätt där orden ”du” och ”jag” är anordnade i relation till varandra enligt de språkliga regler vi lärt oss. De personliga pronomina utgör de förutbestämda platserna för den interaktion mellan människor som vi känner just som samtal och umgänge, de ställer den ene i förhållande till den andre som två tydligt åtskilda helheter och förutsätter således att både ”duet” och ”jaget” finns och erkänns. Vidare har vi även förstått att personalen ofta tar *ögonkontakt* med de boende, inte minst vid konflikter och konfrontationer då tillsägelser mestadels görs i ”mitt emot-positioner”, men också i de samtal om exempelvis den boendes liv som beskrivits ovan. Detta är ytterligare ett i det ”vanliga” polariserande samtalet fullt naturligt sätt att agera på. De flesta av oss är vana att använda ögonkontakt med andra som ett sätt att visa att vi lyssnar på och deltar i det den andre säger. Personalen ställer även flitigt *frågor* till de boende, något som innebär en polarisering mellan den som frågar och den som ska svara. Exempelvis ställs som vi sett flera frågor om vad boende vill i stort och smått. Till sist ser vi också hur samtal mellan intervjupersonerna och dem de arbetar med innehåller flera exempel där personalen *säger emot* de boende, något som även detta kan ses som ett polariserande inslag.

Dessa fyra ingredienser i samtalen ger en tydlig signal om att ”du är du” och ”jag är jag”, de ger *en påtaglig närvarokänsla av den andre*. Kanske kan man förstå dessa sätt att närma sig den psykotiske som att personalen håller ett latent antagande om honom eller henne som någon som ”bakom sjukdomssymtomen” är av samma skrot och korn som de själva, som någon som kan tala enligt samma språkliga regler och som någon som likt ”de flesta” förmår göra en åtskillnad mellan vad som är dem själva och vad som är den andre. Vi kan således ana ett ”samma- eller likagörande” av den boende med sig själv.

Som vi sett handlar en av punkterna i spänningsfältet mellan psykiatriutredningen och Lacans syn på den psykotiske om just detta; om huruvida vi ska förstå det psykotiska subjektet som ett, i och med sin störning förvisso ”jag- och

personlighetsförsvagat”, men i grunden *talande* helt subjekt eller som ett subjekt *bortom språket*, hos vilket helt andra lagar och regler råder. Som jag ser det lutar alltså intervjupersonernas latenta bild av en människa med psykos åt den förra, det vill säga psykiatriutredningens bild. Oftast tycks de tänka att man kan bemöta och tala med de boende på ett relativt ”vanligt sätt”, på det sätt de gör i största allmänhet med olika människor de möter.

Detta är också det förhållningssätt som psykiatriutredningen kan sägas ”uppmåna” till i sina betänkanden. Människor med psykossjukdomar ska inte ses som särskilt mycket mer annorlunda än ”vi andra”, tycks vara ett av utredarnas viktigaste budskap. Vi har alla samma rättigheter och skyldigheter, ett påstående som ju måste vila på antagandet om *samma möjligheter*. Med Lacan skulle man här förmodligen tala om ett misskännande från både psykiatriutredningens och boendepersonalens sida – de har inte erkänt för sig själva att de och den psykotiske lever i två olika världar. Vad vi ser skulle utifrån Lacan kanske kunna beskrivas som en polariserande välvilja som inte möter någon mottagare; som en ”överskattning” av den andres struktur som har sin grund i att vi alla har en tendens att tro att andra människor generellt fungerar som vi själva. För mig blir det tydligt att sådana processer av sammagörande finns med som ett tänkt led i de boendes väg mot återhämtning hos boendepersonalen. De verkar ha ett latent antagande om att den psykotiske kan *göras* till mer av en ”like” om han eller hon *bemöts* som sådan.

Autonomiprincipen – en fråga om normalisering? Polariseringen märks även i personalens arbete med att försöka inordna den psykotiske i vardagsrutiner genom veckoscheman och genomförandeplaner, att få med de boende ut på aktiviteter samt att sätta gränser för det som vissa respondenter beskriver som ”gränslöst beteende” hos flera av dem. Närliggande det senare finns också flera intervjupersoners beskrivningar av att ibland ”aktivt hålla nere” den boendes valmöjligheter i syfte att inte förvirra personen eller för att se till att ”måstena” blir gjorda. Här aktualiseras frågorna om autonomi och självbestämmande på ett tydligt sätt.

Vi har sett hur man kontinuerligt försöker träna de boende i att själva sköta sin personliga hygien, att rutinmässigt städa sitt hem, tvätta och veckohandla, och vi har sett hur konversationer kan se ut i en rad olika situationer där krav på anpassning till samhällets och boendets regler genomsyrat personalens tal. Det centrala syftet med dessa ”insatser” tycks vara att bidra till återställd autonomi för den boende, att han eller hon åter ska bli oberoende och kunna leva som andra; ”Målet är väl att de ska flytta härifrån en dag och klara sig själva” säger exempelvis en intervjuperson, ”att de ska bli så självgående som möjligt”.

Den intervjuade personalens praxis visar att det ofta verkar finnas en latent strävan efter att skapa en sorts ”livsvärld” för de boende som är integrerad med den omgivande världen och med föreställningar om *normalitet*, ”att använda en normalitetsram” som en informant uttrycker det. Personalens praxis måste här sägas ligga i linje med det som Psykiatrireformen har haft som sin ledstjärna nämligen att *normalisera levnadsvillkoren* för människor med psykos i samhället, att ”vanliggöra” deras förutsättningar för att de ska kunna leva ett så normalt liv som möjligt. Inte minst verkar utredarna tänka sig att detta är ett sätt att höja samhällets toleransnivå för dessa ”avvikare”. Men till strategin att normalisera deras levnadsvillkor tycks, som vi sett, ytterligare ett sätt förekomma i intervjumaterialet vilket syftar till de boendes integrering i samhället, nämligen att få de boende att *själva* anpassa sig till det

”normala” sättet att leva – de boende ska fås att uppträda mer normenligt. Enligt Lilja (2007) kan man sannolikt säga att det är detta senare tillvägagångssätt som vi idag främst känner igen i vårt samhälle. Idag, menar han, är det olika ”svaga grupper” som åläggs kravet att anpassa sig medan gemene man – de välanpassade – inte förväntas göra någonting alls. Och kanske är det så att psykiatrireformens normalitetsfokus (oavsiktligt) berett vägen för detta genom sina principer och åtgärder. Har man väl slagit in på normaliseringsförsökens stig verkar den förgrena sig i olika strategier för att nå fram till målet.

Gentemot anpassningsprocesser som innebär en icke-acceptans för den andres annanhet minns vi att Lacan uttalar en skarp skepsis. Han menar att de är reaktionära och icke emancipatoriska. Tecken på en liknande skepsis och en ambivalens inför ”normaliseringstänkande” märks också i flertalet intervjupersoners utsagor, exempelvis i deras tal om hur lätt det är att falla in i försök att ”sälja in” sin egen syn på saker och ting till de boende, att deras autonomi istället ”blir en sport i övertalning för sin egen bild” som vi sett en respondent beskriva det. Detta uttrycker de flesta intervjuade är icke önskvärt och något de måste och vill vara vaksamma på så att de inte ”trillar dit”. Ambivalensen märks också i att personalen uppfattar en risk att reproducera bristande förmågor hos de boende genom att kanske ”göra för mycket” åt dem. Detta tycks flera mena kan verka hindrande för de boende eftersom de då inte själva tränar sina färdigheter, gör egna erfarenheter och utvecklar egna sätt att förhålla sig till sitt hem och till sin omvärld.

Vi ser häri således en paradox. På samma gång som flertalet intervjupersoner agerar som om de uppfattar sig själva som ”förebilder” för de boende, som personer med makt, ja till och med *det formella uppdraget*, att fungera som en mall och vägvisare för hur de bör bete sig och handla, så påtalar flera av informanterna som vi sett att de ramarna kanske inte stämmer för brukaren. Deras egen önskan om ett förbättrat liv för den boende kan till och med verka hämmande. Ett par informanter uttrycker att exempelvis *motivation* ser olika ut för alla människor oavsett om de har ett funktionshinder eller inte och att vad som anses normalt skiftar både för varje enskild och över tid.

Sammanfattningsvis kan kanske relationen mellan personalen och boende således tolkas som något av ett makt- och förhandlingsspel. Flertalet intervjupersoner oroar sig för förstärkningsmekanismer som kan resultera i ett slags hospitalisering, eller i bekvämlighet, men detta gör inte att de avstår från olika ”normaliseringsförsök” i relation till de boende.

Synen på de boendes rationalitet – slumrande potential eller vaken chimär?
Men vilken är då boendepersonalens bild av de boendes *förmåga* att ”åter” inlemmas i samhället? På vilka premisser görs de ”normaliseringsförsök” vi ser? Samtidigt som några informanter mer eller mindre uttalat beskriver sig själva som de som bäst vet vad de boende behöver och egentligen vill – och därmed att människor med psykos inte kan erkännas som tillräkneliga – verkar det ändå finnas ett latent antagande om att de boende *kan*, det vill säga *har möjlighet* att integreras i samhällets normer, lagar och regler och bli mer självgående om bara någon just påtalar och pekar på ”normalitetsramen”; att någon visar och lär ut hur det fungerar ”där ute”. Personalen tycks anta att detta är det enda sättet för de boende att *resocialiseras* till ett normalt liv. Min tolkning är här att informanterna har en latent bild av att ett *förnuft* förr eller senare gör sin verkan hos en psykosjuk individ om man bara talar tydligt, lugnt och sakligt

samt om man ”står fast” och upprepar sitt budskap tillräckligt många gånger. Förmågan att göra egna rationella val i enlighet med omvärldens normer verkar alltså förutsättas som en *slumrande potential* bakom de ”irrationella psykotiska symtomen”, en förmåga man försöker ”återuppväcka” och locka tillbaka.

Ett alternativ till denna tolkning är att se boendepersonalens ”pedagogiska praxis”, det vill säga den praxis som syftar till att lära den psykotiske hur världen utanför hans eller hennes egen fungerar i syfte att anpassa den boende till densamma, som ett uttryck för den osäkerhet som vi sett finns i fråga om vad det är man egentligen gör som personal. Vi har sett informanterna fråga sig själva om de omedvetet överför egna normer till de boende eller om de gör för mycket åt dem så att de passiviseras. En sådan osäkerhet inverkar negativt på den professionella image som personal behöver visa utåt för att få legitimitet och in mot sig själva för att kunna skapa en gemensam yrkesidentitet (Markström & Wiksten, 2000). I en sådan situation är det lätt att börja ropa efter preciseringar av uppdraget och färdiga modeller och handlingsstrategier att hålla sig till. Den normaliseringspraxis som vi ser kan i ljuset av detta antas komma ur en typ av ”defensiv process”, det vill säga ur försvarsmekanismer gentemot osäkerheten och ambivalensen som finns i arbetet, särskilt i normaliseringsförsöken.

Återvänder vi till Lacan i frågan om förnuftet, rationaliteten, minns vi hur han pekar på den neurotiskt strukturerade människans ”dom” att misskänna sig själv och världen omkring, en dom som kommer av den fundamentala klyvning som sker när vi klamrar oss fast vid vår imaginära bild av oss själva i spegelstadiet. Vi lever således enligt Lacan i en bildmässig och illusorisk konstruktion av verkligheten som inte är identisk med den som den är, vi är dömda att leva i en osäkerhet om vår tillvaro. Frågan om rationalitet och möjligheten att göra val på ”systematiskt avvägda, visibla och objektiva grunder”, vilket ofta är definitionen av fria rationella val, blir för honom således mycket svår att ställa. För Lacan står subjektets sanning att finna i det omedvetna, i det vi inte kan se med blotta ögat och som vi inte kan handla efter med visshet om alla omständigheter och villkor. Vad gäller den psykotiske blir frågan om möjligt ännu svårare eftersom det hos denne enligt Lacan råder helt andra förutsättningar. Att tala om ”rationella val” hos en människa med psykos så som vi allmänt förstår uttrycket blir att utgå från en struktur som inte är hans eller hennes. Det blir att utgå ifrån den språkliga strukturering som är neurotikerns, inte psykotikerns, och samtidigt ifrån den grundläggande chimär som gäller även för denne.

Intressant i detta sammanhang är att några intervjupersoner pekar på svårigheten som de uppfattar att många med psykos har vad gäller orientering i tiden, något som i allra högsta grad hör samman med synen på rationalitet. Särskilt i bemärkelsen *målrationalitet* spelar tidsuppfattningen en viktig roll eftersom detta handlar om att kunna förstå vilka medel som leder till vilket mål, det vill säga att se vilka konsekvenser ens val och handlingar kan komma att få längre fram i tiden. Utan att som Lacan relatera den psykotiskes tidsuppfattning till hans eller hennes bristfälliga språkliga strukturering, beskriver ändå flera intervjupersoner likt honom hur allting för de boende tycks utspela sig i nutid. De berättar att de märker att dåtid och framtid saknas för dem. Till detta faktum verkar flertalet intervjupersoner till viss del anpassa sin praxis i relation till de boende. De märker exempelvis hur det oftast är bättre att ”fånga någon i stunden” för att få med en boende på en promenad eller för att få en ”syssla” i lägenheten gjord istället för att idogt hålla fast vid en viss tid i veckan då detta ska göras. De beskriver också hur de oftast samtalar med de boende kring det som är här och nu, något annat märker de kan bli förvirrande för dem.

Personalen har dock att förhålla sig till den ur psykiatrireformens principer sprungna idén om individuella genomförandeplaner där långsiktiga mål och planering inför framtiden ska fogas in och följas, något som ju kan sägas existera i enlighet med en *linjär* tidsuppfattning, inte en *cirkulär* som snarare kan beteckna det som alltså både intervjupersonerna och Lacan verkar uppfatta att individer med psykos lever i. Den linjära tidsuppfattningen är förmodligen också boendepersonalens egen vilket exempelvis Lilja framvisar i sina studier (Lilja, 2007). Vad vi ser här är således två olika "tidssystem" som i tid och otid krockar med varandra inom boendenas väggar. Även om personalen i viss mån anpassar sin praxis till de boendes "här och nu-fokus" verkar de i sitt linjära tidsflöde främst ha sitt perspektiv riktat mot framtiden. Härigenom kan de känna hopp, se fram emot något, planera och så vidare. Den psykotiske däremot, som i sitt cirkulära tidsflöde inte fyller tiden med något, beskrivs av flertalet intervjupersoner befinna sig i vad de uppfattar som en meningslös tillvaro, i ett tidsflöde utan innehåll.

Att vara i ett sådant tidsflöde under en längre tid kan förstås som *ensamhet*, en ensamhet som de boende ofta tycks finna rumsliga lösningar på, exempelvis att sova bort tiden. Detta är något som de flesta intervjupersoner beskriver är många psykossjukas huvudaktivitet. En informant berättar exempelvis om en hyresgäst som uppfattas vilja fly hela tiden genom sitt sovande; "Hon vill sova, sova, sova /.../ Jag kan ju förstå att hon vill ju sova, det är klart, det är ju en behaglig tillvaro, men jag menar, jag tycker inte det är värdigt på något sätt att sova tjugotre timmar om dygnet". Flera informanter pekar också på den ofta tunga medicinering som samtliga boende står på vilket de menar avsevärt påverkar de boendes sömnvanor. Men deras dygnslånga sömn kan också tolkas som en följd av att inte höra hemma i någon grupp på serviceboendet, inte hos personalen och inte hos grannarna i huset (Lilja, 2007). I en sådan ensam och isolerad tillvaro kan man tänka sig att den psykotiske upplever en växande rädsla och skräck för att den egna självbilden inte stämmer med omgivningens, särskilt om denna omgivning oftast bekräftar den boende utifrån rollen som "sjuk" vilket vi sett att samtliga intervjupersoner i denna studie tenderar att göra och som tidigare forskning visar är vanligt i boendekontexter som dessa. En sådan distans mellan parterna förhindrar förmodligen dialog och tvingar den psykotiske att identifiera sig med personalens bild av sig själv. Han eller hon placeras härigenom i det ingenmansland som vi såg Lilja (2007) beskriva i sin studie, i en "isvärld" mellan personalgruppens "friska" gemenskap och egna sociala sammanhang som sällan längre finns närvarande i den boendes liv. Den latenta bilden hos boendepersonalen tycks dock inte vara en av detta scenario. Istället visar citatet ovan och det motiveringsarbete som all intervjuad personal gör för att få ut de boende ur sina lägenheter att de verkar hysa ett antagande om den psykotiskes allmänna *ovilja* och *ointresse* för "normal" aktivitet, ett ointresse som vi sett inte sällan frustrerar boendepersonalen mycket.

På temat "normal" aktivitet kopplat till rationalitet blir också psykiatriutredningens grundinställning att *arbetslinjen* måste gälla fullt ut även för de psykiskt störda intressant att titta närmare på. Detta innebär att arbete och arbetsförberedande åtgärder så långt som möjligt ska erbjudas den enskilde i stället för att han eller hon passivt hamnar i ett bidragsberoende som inte leder till någon personlig utveckling. Utredningen pekar dock på vikten av att det för dem som inte kan erbjudas arbete eller arbetsförberedande åtgärder inom arbetsmarknadspolitikens ram ska anordnas annan meningsfull sysselsättning; "inget avsteg från arbetslinjen skall göras vilket i sig innebär att även de sysselsättningsskapande åtgärder som behöver utvecklas

vid sidan av arbetslivet måste utformas så att de stärker den enskildes möjligheter att efter förutsättningar finna vägarna till arbete” (SOU 1992:73 s. 348). Vi ser här hur utflyttningen från vårdinstitutionerna innebär att den psykiskt funktionshindrade även ställs inför samhällets politiska normer om hur människor ska utgöra en del av samhället och bidra till sin egen och andras välfärd genom förvärvsarbete. Arbetslinjen uttrycker här explicit en norm som de psykiskt funktionshindrade måste förhålla sig till för deras möjlighet till delaktighet i samhället. En del av den samhällseliga delaktigheten består i att vara självförsörjande, i största möjliga utsträckning via ett eget arbete, och om denna möjlighet inte existerar åtminstone försöka att delta i åtgärder som syftar till att erhålla ett arbete. Istället för den historiska synen på människor med psykos som inkapabla att överhuvudtaget vistas i ”civiliserade sammanhang”, som vi inte minst såg i Castels psykiatrihistoriska genomgång ovan, och trots vittnesmål om exempelvis ”krockar i tidsuppfattning” och en förhöjd känslighet inför krav och stress, ses de härmed alltså numera som förmögna att ”gå ut och finna vägarna till arbete”.

Det enda som nämns om de boendes mer ”arbetslika sysselsättningar” i intervjumaterialet är att vissa ibland följs med eller körs av personalen till olika aktivitetshus i stan där de exempelvis målar eller fikar. Detta är aktiviteter som ofta särskilt uppmuntras av personalen och som understöds genom att man som personal ofta exempelvis medverkar i kontakten med verksamheten och att man har ”lite inskolning” med de boende så att de vänjer sig vid resan, stället och aktiviteterna. Men praxisbeskrivningarna vittnar om ett latent antagande som går emot psykiatriutredningens optimism. De boende verkar antas ha en generellt *låg* kapacitet till arbete och sysselsättning. Personalen tycks inte se någon särskilt framkomlig väg till arbete för dem.

Valfriheten – om utbud och efterfrågan. I frågan om arbete och sysselsättning aktualiseras också *valfrihetstemat* vilket ju står bredvid frågorna om autonomi och rationalitet som intresseområden i denna analys. Valfrihet är som vi sett en av psykiatireformens mest centrala principer. Den förståelse för valfrihetsbegreppet som jag uppfattar genomsyrar reformen är en där graden av valfrihet kan mätas i vilka möjligheter människor har att påverka sin livssituation. Förutsättningarna för detta kan vara att det 1) finns ett *utbud* att välja mellan, exempelvis olika boende- och sysselsättningsalternativ, 2) att den enskilde besitter en ”omvärldskunskap” det vill säga att den person som ska göra ett val känner till vilka valmöjligheter som finns, vilka rättigheter och skyldigheter han eller hon har samt 3) att personen har kännedom om *hur* man väljer, var information kan fås, om man kan överklaga ett beslut etc. (Schön, 1998). Vidare måste utrymme ges av politiker och andra beslutsfattare för de enskilda att själva påverka eller utforma sina livsvillkor.

Denna psykiatireformens bärande princip kan kanske sammanfattas som lättare skriven än efterlevd. Förutom de svårigheter som vi sett flertalet intervju personer lyfta fram ovan vad gäller de boendes målrationellitet i och med deras bristande förmåga till långsiktig planering beskriver flera av dem *yttre* faktorer som grusar ambitionen om valfrihet. Några respondenter vittnar som vi sett om dålig tillgång på resurser så som exempelvis bilar kopplade till det aktuella boendet, tidsbrist och de boendes ofta otillräckliga ekonomi. Detta är något som till del kanske kan förklaras av den kostnadseffektivitet som var ett syfte med psykiatireformen. Den kom under 1990-talets ekonomiska kris och omgärdades av kraftiga nedskärningar. Vi kan här således sägas ha att göra med ett ideal om valfrihet som sänks ned i en reell verklighet där det

stöter på ekonomiska och politiska hinder för sitt förverkligande.

Men vi har även i intervjumaterialet sett att vissa i personalgruppen *själva* ibland begränsar de boendes möjligheter att välja vissa saker, exempelvis när önskemål om att gå på bio eller baka blir för framträdande i relation till sysslor som städning och tvättning. Här märks en manifest praxis att ”ta ner” valen lite grann för de boende så att det som måste bli gjort verkligen blir det. En anledning till detta beskrivs tydligt av en informant som berättar hur det nästan kan kännas som ett tvång ”uppifrån” att skära ner på valfriheten för de boende till förmån för ADL-träningen; ”hur ska jag [annars] kunna presentera de här siffrorna för de här administratörerna så att de kan få till sina staplar och diagram?”. Här får vi en inblick i den motsättning som boendepersonalen ofta tycks leva i mellan idealet om de boendes valfrihet och trycket på att träna vardagsuppgifter. Samma respondent beskriver sin roll i detta som att ”vara som något slags jäkla lim däremellan och försöka göra alla tillfredsställda på något sätt”.

En annan anledning till att valfriheten ibland kringskärs av boendepersonalen själva är att några av dem uppfattar att *för många* valmöjligheter kan bli förvirrande och frustrerande för de psykossjuka. De tycks här ha en bild av att de inte förmår ”sortera” i tanken, att ”huvudet börjar koka” på dem som vi sett en informant uttrycka det. Detta blir intressant att ställa i relation till Lacans uppfattning om den psykotiskes möjligheter till valfriheten. Utan att boendepersonalen beskriver en liknande förklaring till den förvirring de ser hos de boende i valsituationer så kan de sägas ligga närmare honom i sin uppfattning här än psykiatriutredningens ”hyllning” till valfriheten. Enligt Lacan kan en psykotikers låsning i en valsituation förstås utifrån att det omedvetna inte fungerar hos honom, att bortträngningsmekanismen inte trätt i kraft. På grund av detta möts han av valfriheten på just det direkta och oförmedlade sätt som man kanske skulle kunna säga är ”den liberale neurotikerns fantasm”. För en psykotisk människa upplevs dock inte detta som något positivt vilket annars fria val främst anses vara. Valsituationen innebär nämligen ett möte med *kastrationen* – separationen – den kastration som vi ju sett honom förkasta på ett tidigt stadium i livet. Åtminstone ställs han inför hotet om dess inträde. Att göra ett val är nämligen en handling av *någon*, av en separerad person som kan säga sin egen mening utifrån sig och sitt. Detta, menar Lacan, vill och vågar inte den psykotiske, han eller hon upplever sig ju inte, som vi sett, som separerad.

Boendepersonalen har således att navigera mellan å ena sidan psykiatrireformens uppmaning att ge den boende all relevant information om vilka val som står honom eller henne till buds och att uppmuntra att just egna val görs, och å andra sidan att ta hänsyn till den stress som de uppfattar att detta kan orsaka. Den psykotiskes valprocess är således inte given. Det verkar finnas en tvetydighet i huruvida han eller hon kan ges och antas ha förutsättningar för det som här kallas valfrihet.

Problemet med att förena bättre levnadsvillkor med en ökad valfrihet tillspetsas också av att vi, inom ramen för denna uppsats, i de allra flesta fall talar om psykotiska individer som under långa perioder av sina liv vårdats inom den slutenspsykiatriska vården, det vill säga på institution. Ett par respondenter verkar mena att vi i detta faktum har den främsta anledningen till att de boendes förmåga att själva välja är ”nedsatt”. De menar att de personer de arbetar med i mer eller mindre hela sina liv har fått till sig att de är just oförmögna härvidlag, att de vaggats in i tron att andra bättre än dem själva vet vad som är bäst för dem. Några intervjupersoner berättar att de hört flera boende beskriva upprepade besvikelser när de uttryckt egna önskemål på sina tidigare ”hem-avdelningar”, att de känt sig utsatta för ett ”expertvälde” som med ibland hårdföra medel tvingat dem till det ena eller andra. Det explicita vi får till oss i anslutning till

detta av intervjupersonerna är att de går ständiga balansgångar mellan autonomiinskränkning och underlåtenhet i sin praxis, de försöker agera på ett sätt så att den enskilde inte far illa nu som då. Och fast att detta också säkert är sant så har vi sett hur ett tydligt latent antagande om att personalen ändå vet bättre än de boende om vad som är bra för dem finns högst närvarande i deras arbete.

Ett exempel härpå är en konkret regel som finns på flertalet av de aktuella serviceboendena, nämligen den som förbjuder hyresgästerna att ha någon annan person boende hos sig mer än tre nätter. Den uttalade förklaringen till denna tre natters-regel menar ett par intervjupersoner är att man kan vara så gott som säker på att det är någon som utnyttjar den boende om han eller hon har nattgäster, gäster som inte sällan föder nödvändigheten för personalens ingripande. Detta verkar flera av intervjupersonerna ha egna erfarenheter av. När jag ställer frågan om vad regeln gör för de boendes möjligheter att ha kärleksrelationer svarar en intervjuperson att det nästan aldrig har varit aktuellt; ”Det verkar som att människor med psykossjukdomar de blir så ego, så inne i sig själva så att, det har inte varit, nej /.../ i stor sett har det varit obefintligt”. Huruvida detta är sant eller inte kan vi här inte få svar på. Mitt intresse fångas snarare av att *möjligheten* att ha hem folk på besök över mer än tre dygn inte finns tillgänglig för de boende. Trots storheten i exempelvis psykiatrireformens vision som ligger i målsättningen att situera en psykiskt sjuk person i samhället, att normalisera dennes livsvillkor, tycks den faktiska tillämpningen av denna vision, exempelvis i denna regel, ha tagit sig formen av en bestämning av personens sociala relationer; ett på förhand givet antagande om vad som ingår i den sociala situation i vilken en psykotisk person befinner sig.

Sammanfattningsvis kan kanske psykiatrireformen och utflyttningarna från de stora institutionerna *teoretiskt* sägas ha minskat hindren för psykiskt långtidsvårdade att kunna leva som andra. Men som vi sett har detta inte automatiskt lett till att alla ges eller uppfattas ha förmågan att utnyttja denna möjlighet eller att de instrument som reformen föreslog i praktiken lett till ökad valfrihet och autonomi. Boendepersonalen tycks befinna sig mitt i denna spänning. Samtidigt som de på ett sätt uppfattar ett värde i att exempelvis upprätta genomförandeplaner för de boende – vilket de som vi sett ju också är ålagda att göra – och beskriver hur de använder lirkanden och övertalningsstrategier för att få igenom dem så märker de dels de boendes svårigheter att planera och se syftet med en insats på sikt, dels deras motstånd gentemot att bli bestämda över, och dels att bestämmelserna tycks ingå i ett ”normaliseringsförsök” som personalen i sig har en ambivalent inställning till. Samma spänningar gäller motiveringsarbetet för att aktivera och få ut de boende från sina lägenheter, att få dem att ta sin medicin och att få dem att uppsöka vård. I frågan om de boendes autonomi, rationalitet och valfrihet tycks informanterna alltså stå mitt i flera sprängande paradoxer – de står på första parkett invid gränsen för den psykotiskes frihet.

Polariseringen och normaliseringsförsökens konsekvenser; ett möte med Lagen?
Något som blir tydligt i intervjumaterialet är att personalens polariserande och ofta normaliserande sätt att bemöta den psykotiske tenderar att provocera fram motsättningar; de boende verkar inte sällan reagera som om de på olika sätt känner sig tvingade att slå sig fria eller fram. Oftast görs detta verbalt, men ibland även fysiskt eller genom att de boende isolerar sig, kanske som en ”tyst protest”. I andra fall kan de boende dock tyckas anamma insatserna och personalens ambitioner i stunden, de kan förefalla förstå och hålla med. Trots detta beskriver som vi sett flertalet intervjupersoner

att deras åtgärder tenderar att förbli temporära, det vill säga deras önskan om en *bestående förändring* infrias sällan. Kort sagt, de boende tycks möta personalens ambition och försök men förmår inte tillgodogöra sig dem. Här verkar en central källa till den frustration som på många håll framkommer i intervjumaterialet finnas.

Talar vi med Lacan i anslutning till detta skulle han kanske lite tillspetsat säga att det vi ser hända i mötet mellan boendepersonalen och den psykotiske är att den senare får fadersnamnet, Lagen, mer eller mindre ”inbankat” i huvudet genom tillsägelser, krav, påtalanden av brister och genom regler som från början inte är hans eller hennes egna, regler som inte trätt i kraft på grund av fadersmetaforens misslyckande. Den boende förmår således inte att tillgodogöra sig det personalen önskar honom eller henne på grund av sina brister i jagets struktur. Kanske skulle Lacan förklara en del av de beskrivna konfrontationerna eller dispyterna mellan boende och personal med just detta, med det *misskännande* från boendepersonalens sida som vi känner igen från det ovan skrivna. Personalen håller inte antagandet att de och den psykotiske lever i två olika världar. Vi är således återigen inne på den process av sammagörande som vi tidigare talat om, ett sammagörande som görs utan att de boende själva egentligen är delaktiga och utan att det artikuleras på vilket sätt denna strategi skulle vara positivt verksamt i en återhämtningsprocess. Istället för att vara just detta verkar processen resultera i den symmetriska upptrappning som inte sällan skönjs i intervjumaterialet. Exempelvis verkar det komma till uttryck i att boendepersonalen uppfattar det faktum att de boende inte (alltid) följer ”deras regler” som en sorts *medveten provokation, ointresse* eller *trots* från de boendes sida, att de struntar i kraven ”mot ett egentligen bättre vetande”. En sådan uppfattning skulle Lacan inte hålla med om. Han menar istället att ”icke-mottagaren” är ett *strukturfenomen*, det är en följd av frånvaron av fadersnamnet – av *Lagen* – hos psykotikern.

Hanteringen av vanföreställningar – avfärdade försök till kontakt?
Avslutningsvis ska jag försöka göra boendepersonalens latent antaganden om de boendes vanföreställningar manifesta genom en analys av deras praxis i situationer då sådana beskrivs förekomma. Enligt Lacan möter vi som vi sett inget subjekt som är underkastat de språkliga regler vi själva känner igen när vi möter en psykotisk individ. Vad vi däremot möter är en människa som *söker kontakt* genom en ofta bisarr språkanvändning; en språkanvändning som vi inte sällan kallar för just ”vanföreställningar” (Alvidius, 2002). Vi minns också att vanföreställningar enligt Lacan många gånger kan utgöra en ersättande princip för den fadersmetafor som här har blivit förkastad, en ”vanföreställningsmetafor”. Att upprätta en sådan är ett sätt för den psykotiske att försöka stabilisera sin plats i en värld som fungerar enligt andra(s) regler; den är ett *härminingsförsök*. Därmed skulle många vanföreställningar egentligen kunna betraktas som just det som ”det normalas representanter” kan sägas efterfråga i sina normaliseringssträvanden, det vill säga just försök från människor med psykos att anpassa sig för att ”få vara med”. Men som vi sett tycks både psykiatriutredningen och flertalet intervjupersoner i denna studie mena att vanföreställningar bäst bemöts med avledning, motbevis, upprepade försök att få något annat ”vettigt” svar, uppmaningar att avlägsna sig från rummet och/eller i värsta fall inläggning på en psykiatrisk slutenvårdsavdelning. De tycks således inte kännas igen som vore dem försök att stabilisera sin tillvaro och få kontakt, försök att närma sig människorna som lever i en gemenskap från vilken den psykotiske är utestängd. Istället verkar de ses som tecken på försämring, förvirring, felaktiga tankar och ibland till och med som ett sätt att provocera

– de tycks ses som något som behöver korrigeras och ändras, utmanas mot ”normalitetsramen”.

Om det är Lacans syn på vanföreställningen som stämmer måste vi här säga att vi står inför en på många sätt oerhört sorglig paradox, då har vi att göra med en ständigt avvisad längtan, om än en ambivalent sådan, efter samvaro och gemensamhet från den psykotiskes sida, en längtan bort från det fängelselika tomrum som vi sett honom befinna sig i. Kanske är det just en sådan längtan som Ida Lindgren från, i det här fallet den schizofrenes horisont, ger uttryck för i sin novell ”Den andra verkligheten”:

... ni har er verklighet och jag lever i en värld som inte existerar. Men jag behöver min värld. Den är verklig, och framförallt viktig för mig. I min värld lever jag. I er värld håller jag mig levande /.../ Jag vet att det är era regler som gäller. Det är er verklighet och därmed på era villkor. Om ni skulle besöka mig i min värld skulle jag få berätta hur det fungerade där. Men ni kommer aldrig dit (Lindgren, 2006 s. 8-9).

Psykatriutredningen å sin sida verkar inte dela Lacans syn på vanföreställningarna. Istället tycks deras uppfattning om och bemötande av dem sammanfalla med boendepersonalens. I utredningens slutbetänkande beskrivs ”hörselhallucinationer, vanföreställningar eller magiskt tänkande” som kvarstående symtom hos individer med psykosjukdomar, vilka ”kan yttra sig i att individen talar högt för sig själv men han/hon är vanligen lätt avledbar från detta” (SOU 1992:73 s. 115). Om vi skulle ställa frågan om *varför* boendepersonalen kan tänkas använda den avledande praxis de gör i bemötandet av de boendes vanföreställningar, kanske svaret härmed inte blir så svårt att finna – de arbetar inom ett fält där detta uppmuntras. Går vi däremot till Lacan med ”varförfrågan” skulle han förmodligen säga något annat. För det första skulle han kanske påminna om att vi i psykosen möter *det reala* – det reala hos oss själva, något olidligt. Han skulle kanske säga att den beteckning vi använde ovan, ”dirty work”, är en modern organisationspsykologisk beteckning för just detta, att i sitt arbete ständigt stå inför något som upplevs som smutsigt, ociviliserat, rått och djuriskt. Men i mötet med psykosen konfronteras vi också med *vår egen kastration*, med den smärtsamma sanningen om vår egen kluvenhet. Vi konfronteras med *bristen*.

Om detta stämmer blir det inte svårt att känna sympati för boendepersonalen. Att ställas inför det reala är något som Lacan menar att människan endast hårdar ut korta stunder. Och att konfronteras med den egna bristen är långt ifrån smärtfritt. Vi skulle med detta också kunna förstå den kuslighetskänsla som ett par av respondenterna beskriver i relation till de boendes upplevelser och psykotiska uttryck. Kanske kan den känslan sägas gestalta det narcissistiska jagets ovilja att möta det som en gång *har varit* välbekant för det, men som individen har blivit främmande inför genom bortträngningen.

Detta är Freuds tes. I sin text *Das Unheimliche*, på svenska översatt till just *Det kusliga* (2009), gör han å ena sidan en analys av Hoffmans *Der Sandmann* och å andra sidan en semantisk analys av ordet ”heimlich” med dess motpol – men också synonym! – ”unheimlich”, för att försöka finna kuslighetskänslans ursprung. Tyskans ”heimlich” kan betyda både hörande till hemmet och hemligt, det vill säga ungefär hemtrevlig, ”mysig” men det kan också betyda hemlig, dold, förborgad vilket gör att uttrycket närmar sig sin motsats ”unheimlich” (Freud, 2009). Det svenska ordet ”hemsk” har också haft något av tyskans tvetydighet. Freud hänvisar här till Schelling som sagt att

det kusliga är något som borde ha stannat i det förborgade men som har trätt fram (Freud, 2009). Det som en gång var välbekant, menar Freud – och, som vi sett, Lacan med honom – var driftsmässiga impulser och begär förknippade med kastrationen, det vill säga med olika slags lemlästningar och kroppsliga skador, med det kvinnliga könet – ingången till allas vårt ”urhem” – samt med föreställningar om döden.

Med Freud och Lacan skulle man alltså kunna spekulera i huruvida det är som *försvar* gentemot mötet med detta kusliga som vi kan förstå boendepersonalens (av psykiatriutredningen uppmuntrade) försök att avbryta, avleda och motbevisa de psykotiska uttrycken. Sådana försvar tycks de två teoretikerna mena naturligt ”sätter in” hos alla människor, de blir ett sätt att hålla den egna skräcken i schack. Med det freudianska begreppet om det omedvetna förlorar införlivandet av det främmande i psyket sin patologiska aspekt och integrerar både biologiskt och symboliskt annorlundaskap som blir en fullständig del av detsamma i hjärtat av människans förmodade enhet (Kristeva, 1991). Följaktligen är det främmande inte längre vare sig funktionshinder eller andra etniciteter. Istället finns det främmande, det som verkligen oroar oss, inom oss själva, i vår fundamentala klyvning; vi är våra egna främlingar.

Frågan blir här hur man kan tolerera en främling om man inte vet att man är en främling för sig själv (Kristeva, 1991). Kanske är det just den svårigheten som kommer till uttryck i det jag uppfattar som ”ett glapp” mellan å ena sidan de medicinska och å andra sidan de sociala dimensionerna som är det som främst lyfts fram av både psykiatriutredningen och boendepersonalen gällande psykosen. Det verkar finnas något av ett *latent motstånd* mot de obegripliga och skrämmande *psykiska* områdena. Den psykotiske tycks resa ett krav på att inte avvisas, det vill säga att bli hörd och stöttad av boendepersonalen, kanske särskilt i vanföreställningarna, men endast till viss del gås dessa krav till mötes genom de insatser de får. Det finns något som tycks vara tystat. I mina ögon är det *den psykologiska annanheten* som är tystad, något som alltså kan sägas likna det som Lilja såg i sina studier. För en sådan annanhet verkar det inte finnas något riktigt utrymme på vare sig de aktuella boendena eller i den vidare vårdmiljö som de boende befinner sig. Det främsta argumentet för detta är det polariserande förhållningssätt som vi sett i personalens praxis, både i mötet med boendes vanföreställningar men också i andra situationer. Som jag visat ovan förstår jag ett sådant förhållningssätt som vilande på det latent antagandet att människor med långvariga psykostillstånd i grunden är *desamma* som alla andra.

Ett sådant antagande har vi sett Lacan och exempelvis ILTP vända sig emot, de bygger sin praxis på en helt annan förståelse för vem de har framför sig. Därmed dock inte sagt att dessa bättre uthärdar att konfrontera det skrämmande hos de människor med psykos som de möter, det vet vi ingenting om. Men de håller för sant att det endast är genom ett *icke polariserande* förhållningssätt och ett strukturerande samtal, där hänsyn tas till den psykotiskes strukturella annanhet som är den mest fruktbara vägen att gå patienten till mötes. Han eller hon måste, menar de, ges ett utrymme och en trygghet för att sakta men säkert kunna uppripa konturerna av sin historia och fylla den med ett begripligt innehåll. Först då kan hans eller hennes position i relation till sin berättelse gå från en som *passiv läsare* av den, till en där individen själv är sin historias *författare* (ILTP, 1999). Först då kan ett subjektivt engagemang i sig själv och andra komma till stånd, först då kan talet och berättelsen om deras liv slå rot i dem själva.

Ett exempel på kraften i ett sådant konturskapande får avsluta denna resultatgenomgång. Vi finner det i Marie Cardinals bok *Orden som befriar* (1986). Cardinal, vid 34 års ålder på väg in i en djup psykos, beskriver i boken ett sju år långt

mödosamt arbete med att ”återfödas” och inte längre vara det foster hon upplevt sig som i sin moders misslyckade abort. Arbetet gör hon tillsammans med en psykoanalytiker i Paris. Där kunde hon sakta men säkert symbolisera sin historia och ge modern och sig själv konturer och därmed återerövra sin tidigare fragmenterade kropp (Cardinal, 1986).

Det var sju år som jag hade gått där. Sju år för att kunna leva! Sju år för att finna mig själv! Sju år som förflutit i en långsam, välbalanserad rörelse. Jag hade först funnit hälsa. Sen hade min karaktär framträtt steg för steg, jag hade upptäckt min individualitet, jag hade blivit en person /.../ ... jag levde tillsammans med mitt hår, mina tår, huden på min rygg, alla min kropps delar, precis som jag levde med min våldsamhet, min förställning, min sinnlighet, mitt maktbegär, min viljestyrka, mitt mod, min livsglädje. Harmoniskt utan skam, utan avsmak, utan diskriminering (Cardinal, 1986 s. 224-225).

Diskussion

Studiens syfte var att undersöka vilka bilder av den psykotiske som boendepersonals praxis kan tänkas bära på latent när de rekonstrueras inom spänningsfältet mellan psykiatireformen och Lacan. Rekonstruktionen utgick i första hand från frågor om psykosen som diagnostisk kategori/struktur samt om autonomi, rationalitet och valfrihet. Med detta väntades intressanta resultat genereras för en bild av vilka villkor som människor med psykos omgärdas av i sin vardag.

Boendepersonalens latent antaganden om den psykotiske tycks ha sin grund i en syn på psykosen som en biologiskt betingad sjukdom, en sjukdom det ligger på psykiatrins bord att behandla medicinskt. Serviceboendets verksamhet verkar närmast ses som ”psykiatrins förlängda arm”, med fokus på att se till att de boende sköter sin medicinering och att de får en struktur för vardagen. Likt psykiatriutredningen verkar boendepersonalen tänka sig att personer med långvariga psykostillstånd kan lära sig att leva mer som andra om det bara ställs lagom höga krav på dem, om de stöttas i utförandet av olika typer av ADL-uppgifter samt om de motiveras att aktivera sig. Detta tycks vara själva målsättningen med boendestödet. De valfrihets- och autonomiprinciper som teoretiskt ligger till grund för boendenas verksamheter genomsyrar den intervjuade boendepersonalens praxis, även om dessa i praktiken verkar vara svåra att efterleva. Personalen är inte övertygad om att de är möjliga att fullt ut följa på grund av de psykossjukas kognitiva och sociala svårigheter. Vidare verkar de boende antas vara i behov av ett aktivt upprätthållande av en ”normalitetsram” från personalens sida för att kunna korrigera vanföreställningar och felaktiga tankar i enlighet med ”verkligheten”, samt för att överhuvudtaget kunna orientera sig i vardagen och världen. Sammanfattningsvis tycks således den intervjuade boendepersonalen allt som oftast uppfatta sig själva som bättre vetande än de boende och därför som nödgade att försöka övertala, lirka med och ibland rent krasst begränsa och besluta saker över huvudet på dem. Huruvida de faktiskt är bättre vetande eller ej lämnar jag åt andra att bedöma.

Studiens bidrag och implikationer för framtida forskning

Vad har då denna studie tillfört forskningsfältet? Eftersom det tycks råda brist på intervjustudier där boendepersonals syn på psykos och den psykotiske rekonstrueras inom relationen mellan två så olika vetenskapsteoretiska ”paradigm” som psykiatrireformen och Lacans psykoanalytiska dito har studien förhoppningsvis bidragit med ytterligare förståelse för vilka spänningar som finns på psykiatrins fält. Jag har också velat komma förbi attitydforskningens problem inom vilken frågor om inställning och kognitioner tenderar att tillrättalägga svaren. Försöket har bestått i att göra boendepersonals *latenta antaganden* om individer med psykos manifesta genom en analys av deras *praxis*, ett försök som jag anser lett till en djupare förståelse för de implicita föreställningar som spelar in i boendepersonalens ageranden. Vidare försöker denna studie, till skillnad från mycken tidigare forskning, inte se hur boendepersonals praktik bidrar till de boendes ”återhämtning” eller sociala integration, utan istället har jag varit intresserad av att säga något om vilka *villkor* som de boende kan sägas vara omgärdade av i sin vardag. Inte minst kan detta vara intressant eftersom både psykiatrireformen och Lacan har *emancipatoriska ambitioner* för den psykotiske, även om de tänker sig olika vägar för hur detta frigörande kan komma till stånd.

Om vi kan kalla det förhållningssätt som vi – inte bara men framförallt – sett i intervjumaterialet för polariserande, så vore vidare studier av serviceboenden för människor med psykosdiagnoser där mer av ett icke polariserande förhållningssätt förekommer något som denna uppsats öppnar för, exempelvis det jagstrukturerande förhållningssättet som förespråkas av ILTP. Enstaka studier och utvärderingar har gjorts vad gäller behandlingshem där det senare förhållningssättet legat till grund för arbetet (se t.ex. Aronsson, 1999; Gustafsson & Gustavsson, 1996) men mig veterligen finns ingen regelrätt forskning på just serviceboenden så som vi känner dem efter psykiatrireformen. Frågor att studera skulle kunna vara huruvida ett jagstrukturerande förhållningssätt verkar innebära färre konfrontationer mellan boende och personal, om det gör stämningen lugnare och tryggare.

Vidare skulle boendepersonalens bilder av mer ”renodlade grupper” av människor med psykos kunna studeras, exempelvis unga kontra äldre, män kontra kvinnor, schizofrena kontra paranoida, tidigare institutionaliserade kontra icke tidigare institutionaliserade osv. Förmodligen skulle antaganden och praxis kunna skilja sig åt beroende på vilken grupp boendepersonalen huvudsakligen arbetar med.

Fortsatt forskning behövs också vad gäller de strukturella och organisatoriska villkor som vi sett omgärdar boendepersonalen. Hur satsar man på att förbättra boendena? Vilka resurser finns och hur förvaltas de? Vilka antaganden och värden genomsyrar ledningsgrupperna för boendena? Vad uppmuntras och vad hålls borta? Vilket ansvar har och tar den psykiatriska sjukvården? På personalens personliga plan skulle man också kunna studera hur utbildningsnivå och ålder kan tänkas påverka de latent antagandena, och hur det förmodade behovet av handledning och/eller debriefing möts.

Metoddiskussion

Att studien baserades på endast sex intervjupersoner kan utifrån en empiristisk användning av generalitetsbegreppet tyckas vara få. Utifrån en sådan förståelse är generalitet en fråga om hur stor grupp av händelser eller fenomen som en empirisk

observation kan generaliseras, eller extrapoleras, till – man vill veta hur *vanligt förekommande* olika empiriska fenomen är (Danemark, Ekström, Jakobsen & Karlsson, 2010). Ett sådant anspråk, eller en sådan användning av generalitetsbegreppet, har jag inte haft i uppsatsen, jag har inte sökt någon sådan empirisk grund att stå på. Mitt anspråk har som vi sett istället endast sträckt sig till generaliseringar som låter sig göras *inom* det konstruerade spänningsfältet mellan psykiatriutredningen och Lacans syn på den psykotiske. Snarare än empirisk extrapolering har jag varit intresserad av latent antaganden, det vill säga förutsättningarna för boendepersonalens praxis.

Om urvalsstorlek kan det också sägas något om Flanagans uppfattning. Han betonade att urvalsstorleken i en CIT-studie inte bestäms av antalet informanter utan snarare av antalet kritiska incidenter som rapporteras samt av hur väl de studerade situationerna täcks av. Det finns således ingen regel för hur många situationer som är tillräckligt. Flanagan själv menar att ”mättnad” kan sägas vara uppnådd om adderandet av hundra kritiska incidenter endast ger två eller tre kritiska beteenden (Flanagan, 1954). Hur mitt eget urval förhåller sig till dessa normer är naturligtvis svårt att helt säkert säga. Något som dock talar för att en viss mättnad uppstod är att det bara var ett fåtal informanter som tog upp situationer som de var ensamma om att beskriva, den sista intervjuade respondenten lyfte ingen situation som ingen annan tidigare hade tagit upp. Geografisk spridning på boendena, olika enhetschefer och en spridning i informantgruppen vad gäller exempelvis kön, ålder, antal arbetade år och utbildningsnivå bör visa att detta inte handlar om någon ”kulturell” likhet i beskrivningarna.

Den avgörande punkten vad gäller ”mättnad” anser jag hursomhelst utgörs av frågan; mättnad i relation till vad? Kriteriet som väglett mig i studien har dels varit antal kritiska situationer, men framförallt har mättnaden bedömts i förhållande till relationerna inom det konstruerade spänningsfältet. I en större studie med vidare tidsram hade jag kanske trots detta ändå velat ha fler intervjupersoner med. Andra situationer hade naturligtvis kunnat komma upp.

Går vi vidare på urvalstemat ska det sägas att jag inte har haft någon specifik information om på vilka grunder de aktuella intervjupersonerna valdes ut när arbetsgrupperna på de boenden som materialet är inhämtat ifrån tillfrågades om att medverka i studien. Samtliga som först svarade i telefonen när jag ringde bad om att få ta upp frågan i personalgruppen och utifrån en diskussion där utse den som skulle intervjuas. Att de jag till slut träffade skulle vara ordinarie personal och ha arbetat i minst två år på boendet var det enda jag hade som kriterier. Jag har dock inga anledningar att tro att informanter med särskilda attribut har valts ut. Som ovan nämnts skilde de sig åt i flera avseenden.

Vad gäller intervjuguiden ser jag det, vilket jag även visade i metodavsnittet ovan, som en fördel att ha utformat den utifrån grundtanken i Flanagans Critical incidents technique. Frågetekniken hjälpte informanterna att fokusera sig på en särskild situation och att beskriva den i detalj. Att jag sedan ville få några a priori bestämda kritiska situationer belysta och därmed ställde explicita frågor om dem då informanterna inte spontant pratade om dem kan ha medfört vissa risker. Framförallt kan viss del av data avseende dessa situationer tänkas ha konstruerats ”på impuls” från mig, det vill säga att informanternas svar styrdes utifrån att jag lyfte dem. Exempelvis mina frågor om huruvida det finns olika regler på boendena och om hur personalen agerar i vissa konfliktsituationer, kan ha föranlett svar som de uppfattar som socialt önskvärda.

I analysarbetet måste frågan om huruvida min konstruktion av det heuristiska

spänningsfältet mellan psykiatrireformen och Lacan har varit fruktbart lyftas. På det stora hela är mitt svar definitivt ja. Att deras texter genomsyras av frågorna om autonomi, rationalitet och valfrihet var det som gjorde dem intressanta för mig inför studien, det var de former eller kategorier jag ville tolka mitt intervjumaterial utifrån. Med spänningsfältet kunde jag ställa upp två olika bilder av den psykotiske för att genom dem få syn på en tredje, det vill säga boendepersonalens. Jag ville undersöka de vårdideologiska former som ligger till grund för boendepersonalens verksamhetsfält och jag ville sätta in en psykologisk dimension bredvid den medicinska och den sociala som jag redan innan arbetets start hade uppfattat är de två som psykiatriutredningen främst utvecklar i sina texter, även om det i dem står att man har ett *biopsykosocialt* perspektiv på alla aspekter av sitt arbete. Jag undrade om Lacan kunde ha något att tillföra där, vilket jag tycker att han hade. Lacan kan sägas utmana det rådande vårdideologiska paradigmet som psykiatrireformen är en viktig del av; han synar dess syften och utmanar dess grundpremiser. Har man inte stött på tanken om att den psykotiske kanske fungerar på ett helt annat sätt än vad vi är vana vid att människor gör i gemen – även bakom symtomen – blir det svårt att få syn på att man själv tänker så och agerar utifrån en sådan bild. Spänningsfältet gav härmed en intressant utforskad vinkel på frågan om serviceboendens verksamhet för personer med psykos.

Det har också varit viktigt att presentera det heuristiska spänningsfältet på ett *brett* sätt; på ett sätt som inte bara visar *hur* de båda polerna skiljer sig åt utan också *varför* de anser det de anser om den psykotiske och dennes villkor, det vill säga på ett sätt som ”går utanför” vad som är *direkt* avgörande för att förstå forskningsfrågan. Verktöget med psykiatriutredningen och Lacan är mig veterligen nytt och läsaren bör därför kunna lära sig mer om vilka grundpremiser deras slutsatser förutsätter. Försöket att göra latent antaganden manifesta har således gått igen även på denna nivå.

Förutom detta argument för den längre presentationen av det heuristiska spänningsfältet finns också tanken att exempelvis den psykiatrihistoriska exposén kan ”lyfta av” något av den eventuella ”moraliska tyngd” som annars hade kunnat läggas på boendepersonalens axlar för hur de bemöter och förhåller sig till de människor med psykos som de arbetar med. Att placera in dem i den mångåriga historiska kontext som de befinner sig i förmodades kunna rama in deras praxis på ett sätt som kan öka förståelsen för dem och deras bilder av den psykotiske. Detta dock utan att vara någon förklaring.

Slutligen vill jag diskutera min avgränsning av den retroduktiva frågan om vad personalen behöver förutsätta hos den boende för att denne ska tänkas ”svara” i enlighet med det syfte som de mer eller mindre uttalat har med sin praxis. Detta är den huvudsakliga tankeoperation som gjordes i analysarbetet. Avgränsningen till, de i och för sig milsvida, frågorna om autonomi, rationalitet och valfrihet samt till frågan om psykosen som diagnostisk kategori/struktur, har naturligtvis uteslutit andra mer konkreta saker, andra förutsättningar. Det kontrafaktiska tänkandet i kombination med dessa breda kategorier ansågs dock vara den vidast möjliga och den bäst lämpade slutledningstekniken för att få syn på de latent antagandena. Det gjorde också att jag kunde komma förbi exempelvis attitydforskningens svårigheter med frågor om explicita åsikter, upplevelser och bilder. Jag har kunnat gå djupare än den ”synliga, manifesta” ytan.

Slutord

Som avslutning skulle jag vilja undersöka några av resultaten i uppsatsen inom en bredare och mindre säker diskussion. Min analys av boendepersonalens mer ”tvingande” praxis ledde fram till frågan om man kanske bör se delar av den som sprungen ur olika *försvarsprocesser*, dels gentemot de strukturella och organisatoriska villkor som personalen utför sitt arbete under, dels mot det lidande som de boende uppvisar. Att det förhåller sig på detta sätt har jag inga belägg för men det är inte svårt att tänka sig att det behövs någon typ av skydd mot den dagliga ”transporten av psykisk smärta” som boendepersonalen utsätts för, för att de själva inte ska gå under (Haugsgjerd, 1985). När jag sedan förde in Lacan i denna diskussion fick frågan ytterligare en vinkling; kanske är det i själva verket gentemot sitt *främlingskap inför sig själva* som boendepersonalen försvarar sig genom att sätta upp regler, gränser och normer för de boende – som ett skydd mot konfrontationen med *det reala* som Lacan menar att vi möter i psykosen.

Inte minst har Freud visat att mötet med *kastrationen* är särskilt skrämmande. På ett omedvetet plan menar han att vi i det påminns om vår *egen annanhet*, om hur vi har avskilts från sanningen om oss själva; vi påminns om att vi är kluvna, främlingar för oss själva. Och ”[om eller när] en främling uppfattas som en fiende vidtar man försvarsåtgärder: man bygger murar och befästningsverk, inrättar gränsvakter och tar fram pilbågen, stenslungan eller AK-5:an, Karl- Gustav eller Bamse, rustar upp radarn för flyg och u-båtsspaning ... och handlar ibland efter principen att anfall är bästa försvar” (Hallerstedt, 1996 s. 229).

Ställer vi dessa försvar i relation till den psykotiskes försök att värja sig gentemot allt som upplevs skrämmande för honom eller henne förstår vi att mötet kan vara enormt kraftfullt. Vi låter återigen Cardinal exemplifiera:

Jag hade fortfarande min försvarshållning: axlarna uppkörda, ryggen kutig, händerna knutna, ständigt på vakt bakom mina ögon, mina öron, min näsa och min hud. Allt angrep mig, det fanns faror överallt. Jag fick försöka se utan att se, höra utan att höra, känna utan att känna. Det enda som betydde något för mig var kampen mot Saken som tagit sin boning i min själ, den där otäcka matronan med två jättelika skinkor som var min hjärnas lober. Ibland kilade hon in sin stora ända i mitt kranium (jag kände hur hon installerade sig) och med huvudet neråt manövrerade hon nerverna som snörde samman strupen och magen på mig och öppnade svettens dammluckor. Hon satte en iskall luft i omlopp och den galna började då springa, skräckslagen, förblindad, oförmögen att skrika, oförmögen att tala oförmögen att uttrycka sig på något som helst sätt, badande i sin kallsvett, skälvande i hela kroppen, tills hon slutligen hittade något rent och mörkt ställe, där hon rullade ihop sig som ett foster (Cardinal, 1986 s. 38-39).

Detta låter i allas öron fasansfullt. Existerar det något som på riktigt kan kallas kusligt så måste det vara upplevelser som dessa. Men mitt i psykosens panik och smärta finns kanske något som paradoxalt nog skulle kunna uppfattas som ett slags ”frihet”. En frihet som innebär att så att säga stå utanför de lagar och regler som samhället och språket sätter upp, och därmed att leva ”närmare sanningen om vår existens”. En,

utifrån Cardinals beskrivning kanske osannolik, men ändå möjlig tanke att tänka här är att delar av den praxis vi sett i boendepersonalens beskrivningar ovan bottnar i något av en omedveten *avundsjuka* gentemot den psykotiske, i en egen längtan bort från de bojer som ett liv under Lagen innebär. Kanske finns en latent uppfattning av att den psykotiske har lyckats ”rädda sin frihet, sin sanning” till skillnad från de som underkastat sig Lagen.

Någon som skrivit om den psykotiske på ett sådant tema är Laing som vi kort mötte i bakgrundsavsnittet till psykiatrireformen ovan. Laing skriver i *The Divided Self* att ”[Den psykotiske] individen undviker att bli identifierad för att rädda identiteten eller odlar avsiktligt en ’dödhet i livet’ som försvar mot livets plågor” (Laing, 1990 s. 138). Det är inte otroligt att den psykotiske i detta skulle kunna uppfattas som fri i begreppets negativa mening. Enligt Laing är det dock inte bara livet i sig som är fyllt av plågor. Västvärldens kapitalistiska samhällen, baserade på exploatering och förtryck, är med sin ideologiska apparatur *särskilt* förståelig att vilja fly ifrån (Collier, 1977). Det ”empiriska självet”, tycks Laing hävda, är i ett kapitalistiskt samhälle totalt korrupt, det är genomsyrat av ett bestickligt system. ”Mervärdes-repressionen”, menar han, som krävs av samhällen byggda på klassexploatering, är den grundläggande orsaken till försvarsmekanismer som förhindrar hälsosamma jagfunktioner.

Men vad skulle då Laing, om vi stannar ytterligare en stund hos honom, ha tyckt om den utveckling av psykiatrin som vi sett honom själv varit med om att öppna dörren för? Skulle han ha accepterat den riktning den tog efter att de stora mentalsjukhusen stängdes om han hade sett den?¹³ Mitt svar måste bli *nej*. Han skulle förmodligen ha pekat ut stora delar av exempelvis psykiatrireformens konsekvenser – vars principer på många sett kan ses som internationella – som en *reinstitutionalisering* av människor med psykos där institutionernas regler, krav och rutiner fortfarande ekar i exempelvis serviceboendenas trappuppgångar; ”Människan behöver inte alltid vara instängd för att sitta i bur. Idéer och föreställningar kan mycket väl fungera som burar. Portarna kan öppnas på mentalsjukhusen i och med att de kemiska tvångsmedlen blir effektivare. Dörrarna i vårt eget inre är de som är allra svårast att öppna” (Laing, 1971 s. 55-56).

Som jag har försökt visa kan dessa öppningssvårigheter förmodligen inte tillskrivas någon slags ”medveten illvilja” hos boendepersonal eller anställda inom psykiatrin. Istället medieras flera mekanismer genom deras latent antaganden och praxis. Vi har sett sådana mekanismer i organisatoriska och strukturella villkor, i omvärldens negativa syn på sjuka och funktionshindrade och vi har sett dem i kuslighetskänslor inför psykosen som sådan. Kanske kan man krasst säga att samhället – förmodligen som ett uttryck för det värdesystem som genomsyrar det i vilket det svaga och sjuka föraktas – har placerat en, av yttre omständigheter, ganska dåligt utrustad arbetsgrupp i frontlinjen för den strid om ”normaliteten” som det enligt så många forskare, kliniker, filosofer etc. tycks utkämpa. Personalen är förhållandevis unga, de har generellt en låg utbildningsnivå och de utsätts dagligen för det lidande som dels de boende uppvisar explicit, och dels för den smärta som de, om vi får tro Lacan, i mötet med psykosen konfronterar hos sig själva som kluvna subjekt. Jag vill och kan således inte kritisera boendepersonalen. Det hade, som jag tidigare nämnt, inte bara varit att skjuta vid sidan om uppsatsens mål utan även bortom det egentliga klustret av samband och relationer som denna praxis är indragen i. Deras praxis och latent antaganden om den psykotiske påverkas av oändligt många kraftfulla faktorer. Den

¹³ Laing dog 1989.

skulle kanske kunna sammanfattas som en hel omvärlds *otåliga ambition* för de psykotiska individerna och för sig själva. Förmodligen är det en sådan som kraven och övertalningarna visar prov på.

Men, måste vi fråga oss, står då Lacan på något sätt utanför denna ”otåliga ambition” för den psykotiske? Är det inte så att han själv, samtidigt som han kritiserar det han uppfattar som reaktionära normaliseringsförsök från den inbillade frihetens ivrare, förespråkar en slags normalisering för den psykotiske genom en ”anpassning” till den symboliska ordningen? Som vi har sett Villemoes och ILTP mena är det endast genom att genomgå kastrationen och underkasta sig de språkliga lagarna som man kan träda in i den symboliska ordningens gemenskap, endast så kan man bli ett talande subjekt. Men hur ser det då ut med frivilligheten att ge sig i kast med en sådan resa? Enligt exempelvis Léguil är ett avgörande antagande för Lacan när det gäller hans kliniska praktik med psykoser att det i dessa patologier inte är frågan om någon *brist*, något som psykiatriska förklaringsmodeller annars vanligen koncentrerar sig på och som man sätter som mål att kompensera för, utan istället tycks Lacan hålla hypotesen om *ett val* av sin subjektiva struktur som han menar att den psykotiske gjort i och med förkastandet av fadersnamnet (Léguil, 2002). Han påstår med detta inte att den psykotiske medvetet skulle ha valt att utstå det han utstår och det man låter honom utstå, utan antagandet gäller ett omedvetet val av ett drama vars konsekvens realiserats utan subjektets vetskap. Det blir med ett sådant synsätt möjligt för Lacan att ge det psykotiska subjektets *eget ansvar* en plats, om än en begränsad sådan, och att bevittna honom som ett offer för sin egen vägran inför det som strukturerar det neurotiska subjektets omedvetna liv och som det neurotiska subjektet har accepterat att anpassa sig till, det vill säga faderns plats, hans symboliska roll. Det viktiga för Lacan i det terapeutiska mötet är alltså inte att rekapitulera vilken *brist* som kan föreligga hos den psykotiske, utan att *erbjuda* honom att påbörja ett äventyr som kan hjälpa honom att å ena sidan hitta en möjlighet att uthärda det bottenlösa val som har determinerat hans struktur och, å andra sidan att åter skapa en plats i sin tillvaro som tillåter honom att finna skydd i sin status som subjekt (Léguil, 2002). På vilket sätt Lacan menar att den psykotiske kan uppfatta, visa sitt samtycke eller säga nej till ett sådant erbjudande vet jag dock inte. Om det överlåter jag till någon annan att uttala sig.

Det vi hur som helst sett är att det som följer ur Lacans teorier är en implikation för ett *icke polariserande* förhållningssätt gentemot människor med psykos. Han menar att vi i den psykotiske har en människa som är helt annorlunda strukturerad än neurotikern, kanske främst eftersom den förre inte har ett utvecklat imaginärt jag som kan ankra den konstruerade berättelse om det egna livet som vi alla behöver för att kunna leva i den språkliga symboliska gemenskapen med andra, och att vi därför måste interagera med honom eller henne på ett helt annat sätt än vad vi är vana vid. Detta har vi sett sällan sker hos den intervjuade boendepersonalen. Hos dem är en polariserande praxis det vanliga vilket jag har tolkat som att personalen latent antar att den psykotiske *bakom symtomen* fungerar på samma sätt som de själva. Med Lacans ord, de verkar uppfatta den boende som ett ”i grunden” *talande subjekt*.

Vad ett icke polariserande förhållningssätt skulle kunna innebära i praktiken får vi exempel på från ILTP och det *jagstrukturerande förhållningssätt* som man där menar är det mest fruktbara i mötet med psykotiskt strukturerade människor. Ett jagstrukturerande förhållningssätt innebär att den psykotiske möter det oväntade. Man förstår och håller med, man försöker tala i vi-form, man har inte för stora ambitioner, man ställer inga frågor. Kort sagt, man undviker att polarisera. Det förhållningssättet,

menar man, gör oftast att den andre stannar kvar eftersom han eller hon inte utsätts för någon frustration (ILTP, 1999). I en situation där man är van att exempelvis tillrättavisa den andre genom pekningar av typen ”Du måste ställa bort tallriken efter dig när du har ätit” blir ett icke-polariserande alternativ att säga ”Det finns plats i diskmaskinen så det går bra att ställa in där”. En annan exemplifierande situation kan vara en där man vanligtvis stannar upp och slutar med det man håller på med för att kunna fokusera på någon som kommer in i rummet och börjar prata. Ett jagstrukturerande förhållningssätt skulle här istället innebära att man försöker hålla situationen intakt, det vill säga att man inte intar ”mitt emot-position” och frågar, berömmar eller pekar ut personen i fråga, utan man försöker hitta ett sätt där man kan fortsätta göra det man gör, sida vid sida med personen och samtidigt lyssna uppmärksamt på honom eller henne. Istället för att tillrättavisa den andre blir ambitionen här att hänvisa till det som är brukligt, till den vedertagna praxisen, samt att inte sätta ett ”polariserande fokus” på personen. Detta menar man gör stämningen mindre hotfull. Att möta dåligt jagstrukturerade människor innebär således enligt ILTP att man måste tänka om. Den vanliga ”normala” samtalsstilen där man oftast ser på den man talar med och där man även kan ge uttryck för att man har en annan uppfattning fungerar inte i mötet med dessa människor.

I svensk psykiatri idag tycks ett sådant jagstrukturerande förhållningssätt, och kanske inte minst ett sådant *samtal*, vara tystat (Jmfr. Reeder, 2010). Det ges inte plats. Istället möts annanheten och lidandet hos den psykotiske främst av höga doser psykofarmaka, och av krav på anpassning till regler som inte är hans eller hennes egna. Men om det, som Laing hävdar, är dörrarna i vårt eget inre som är de allra svåraste att öppna måste vi ta hjälp av många olika synsätt för att finna nycklarna till dem, och av *orden* för att våga glänta på dem.

Referenser

- Alvidius, M. (2002). En not om det psykotiska genombrottet. *Psykoanalytisk tid/skrift* 2-3, ss.75-79.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-R*. Cambridge: Press syndicate of the University.
- American Psychiatric Association. (2002). *MINI-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. Danderyd: Pilgrim Press.
- Andersson, G. (2009). *Vardagsliv och boendestöd: en studie om människor med psykiska funktionshinder*. Stockholm: Stockholms Universitet.
- Andersson, G. (2011). Boendestöd - samspel, vardagsverklighet och självbild. i A. Topor & M. Sundgren (Red:er), *Psykiatri som socialt arbete* (ss. 51-63). Stockholm: Bonnier Utbildning.
- Apollon, W. (2014). Theory and practice in the psychoanalytic treatment of psychosis. i E. R. Sullivan, J.-A. Miller, H. Sullivan, R. Grigg, J. Miller, S. Zizek, et. al. *Lacan and the subject of language* (ss. 116-142). New York: Routledge.
- Aronsson, B-G. (1999). Behandling av schizofrena patienter. En utvärdering av Norrgårdens behandlingshem. i *TIPS: Rapport, (51)*. Umeå: Umeå Universitet.
- Aulagnier, P. (2002). Anmärkningar om den psykotiska strukturen - spegel-ego, fantiserad kropp och partialobjekt. *Psykoanalytisk Tid/Skrift, 2-3*, ss.61-70.

- Baran, B. E., Rogelberg, S. G., Lopina, E. C., Allen, J. A., Spitzmuller, C. & Bergman, M. (2012). Shouldering a silent burden: The toll of dirty tasks. *Human Relations* 65 (5), ss. 597-626.
- Björk, N. (2008). *Fria själar. Ideologi och verklighet hos Locke, Mill och Benedictsson*. Smedjebacken: Wahlström & Widstrand.
- Brusén, P. (2005). Psykiatrireformen. i P. Brusén & L-C. Hydén (Red:er), *Från psykiskt sjuk till psykiskt funktionshindrad* (ss. 41-62). Lund: Studentlitteratur.
- Cardinal, M. (1986). *Orden som befriar*. Ungern: MånPocket.
- Castel, R. (1988). *The regulation of madness: the origins of incarceration in France*. Berekely: University of California Press.
- Chell, E. (1998). The critical incident technique. i G. Symon, & C. Cassell, *Qualitative methods and analysis in organizational reasearch - A practional guide* (ss. 51-72). London: Sage.
- Collier, A. (1977). R. D. Laing: *the philosophy and politics of psychotherapy*. Hassocks: The Harvester Press.
- Cullberg, J. (2000). *Psykosser. Ett humanistiskt och biologiskt perspektiv*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Danemark, B., Ekström, M., Jakobsen, L., & Karlsson, J. (2010). *Att förklara samhället*. Lund: Studentlitteratur.
- Department of Psychiatry. (2005). *How the filming of Asylum came about*. Dept. of Psychiatry Newsletter. Interview with photographer Richard W Adams.
- De Waelhens, A. (1972). *Schizophrenia, A philosophical reflection on Lacan's structuralist interpretation*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Direktiv 1992:67. Kommittédirektiv. Tilläggsdirektiv till utredningen om service, stöd och vård till psykiskt störda.
- Flanagan, J. (1954). The Critical Incidents Technique. *Psychological Bulletin*, 51.
- Foucault, M. (1993). *Diskursens ordning*. Stockholm: Symposion.
- Foucault, M. (2010). *Vansinnets historia under den klassiska epoken*. Lund: Arkiv förlag.
- Freud, S. (2009). Det kusliga. i S. Freud, *Samlade skrifter av Sigmund Freud. XI Konst och litteratur* (ss. 317-352). Stockholm: Natur och Kultur.
- Gustafsson, K. & Gustavsson, M. (1996). *Jagstrukturerande behandlingsarbete vid Käge behandlingshem*. Skellefteå: Psykiatriska kliniken.
- Goffman, E. (2014). *Stigma: Den avvikandes roll och identitet*. Lund: Studentlitteratur.
- Göransson, B. (2010). *Tankar om politik*. Falun: Ersatz.
- Hallerstedt, G. (1996). Jag förstår inte språket! i G. Hallerstedt & T. Johansson (Red:er.), *Främlingskapets anatomi* (ss. 207-238). Stockholm: Carlssons Bokförlag.
- Hatfield, A. & Lefley, H. (1993). *Surviving mental illness: Stress, coping and adaptation*. New York: Guildford Press.
- Haugsgjerd, S. (1985). *Psykoterapi och miljöterapi vid psykosser*. Stockholm: Prisma.
- Haugsgjerd, S. (1989). Jacques Lacan och psykoanalysen. i I. Matthis (Red.), *Fyra röster om Lacan* (ss. 81-246). Stockholm: Natur och Kultur
- Hellzén O., Lilja L., Ördell, M., & Dahl A. (2004) Judging the Other: Psychiatric nurses' attitudes towards identified inpatients as measured by semantic differential technique. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, ss. 546-553.

- Holmström, S. (2009). *Jagstrukturerande psykoterapi: En beskrivning av metoden och dess tillämpning*. Göteborg: Göteborgs Universitet.
- Hydén, L-C. (2000). Att leva ett eget liv: normalisering i den nya psykiatrin. i L-C. Hydén & P. A. Brusén (Red:er), *Ett liv som andra* (ss. 157-181). Lund: Studentlitteratur.
- Institutet för Lacaniansk Teori och Praktik (1999). *Ordet är inte ditt - om jagstrukturerande förhållningssätt*. Sundsvall: Institutet för Lacaniansk Teori och praktik (ILTP).
- Jansson, P. (1993). *Jaget och dess text - En tillämpning av en textteoretisk analys på minnesanteckningar från jagstrukturerande psykoterapi, baserad på Lacan*. Umeå: Umeå Universitet.
- Knutsson, G. & Pettersson, S. (1992). *Psykiskt störda - välfärd och valfrihet*. Stockholm: Publica.
- Kristeva, J. (1991). *Främlingar för oss själva*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kristiansen, L. P. (2006). *Features of Swedish municipal elderly and psychiatric group dwellings care after the 1990s health care reformations*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Kvale, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lacan, J. (1989). *Écrits. Spegelstadiet och andra texter i urval av Irène Matthis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Lacan, J. (1993). *The seminar of Jacques Lacan, Book III: The Psychosis 1955-1956*. London: Routledge
- Lacan, J. (2000). Om en förberedande fråga inför varje möjlig behandling av psykosen. *Ord och Bild*, nr. 6, ss. 41-67.
- Lacan, J. (2002). *Ecrits: A selection*. New York: W. W. Norton & Company, Inc.
- Laing, R. D. (1971). *Familjelivet*. Stockholm: Pan/Nordstedts.
- Laing, R. D. (1990). *The divided self*. London: Penguin Books
- Léguil, F. (2002). Psykosens klinik hos Freud och Lacan. *Psykoanalytisk tid/skrift* 2-3, ss. 71-74.
- Liedman, S-E. (1980). *Surdeg. En personlig bok om idéer och ideologier*. Stockholm: Författarförlaget.
- Liedman, S-E. (1984). Om ideologier. i E-L. Dahl, L. Olausson, I. Nilsson, L. Andersson, & S-E. Liedman, *Om ideologi och ideologianalys* (ss. 1-51). Göteborg: Institutionen för idé- och lärdoms historia, Göteborgs Universitet.
- Lilja, L. (2007). *Att normaliseras - vårdares syn på psykiatriska patienter. Mot en djupare förståelse för vårdares attityd till sina patienter*. Institutionen för Hälsovetenskap. Sundsvall: Mittuniversitetet.
- Lindqvist, R., Markström, U. & Rosenberg, D. (2010). *Psykiska funktionshinder i samhället*. Falkenberg: Gleerups utbildning AB.
- Lindgren, I. (2006). Den andra verkligheten. i *Novellsamling. Så är det att leva med schizofreni*. Stockholm: Schizofreniförbundet.
- Macpherson, C. B. (1972). *The political theory of possessive individualism. Hobbes to Locke*. Oxford: Oxford University Press.
- Marshall, G. (1998). *Heuristic device*. Hämtat från www.encyclopedia.com. 2014-05-13
- Markström, U. & Wiksten, A. (2000). *I väntan på det normala. Om arbetet med psykiskt funktionshindrade i socialtjänsten*. Umeå: Utvecklings- och fältforskningsenheten.

- Markström, U. (2003). *Den svenska psykiatrireformen. Bland brukare, eldsjälar och byråkrater*. Umeå: Boréa.
- Miller, J-A. (1996). Lacan's orientation prior to 1953 (I). i R. Feldstein (Red.), *Reading Seminars I and II: Lacan's Return to Freud* (ss. 3-14). Albany: State University of New York Press.
- Muller, J. P. (2002). Språk, psykos och subjekt hos Lacan. *Psykoanalytisk Tid/Skrift*, 2-3, ss. 80-84.
- Reeder, J. (1988). *Tala/Lyssna - En essä om den specifika skillnaden i Jacques Lacans psykoanalys*. Stockholm/Lund: Symposion.
- Reeder, J. (1990). *Begär och Etik - Om kön och kärlek i den fallocentriska ordningen*. Stockholm/Lund: Symposion.
- Reeder, J. (2010). *Det tystade samtalet. Om staten, psykiatrin och försöken att undanröja det psykoanalytiska inflytandet*. Stockholm: Nordstedts.
- Regeringens proposition 1993/94:218. *Psykiskt stördas villkor*.
- Robinson, P. (Regissör). (1972). *Asylum* [Film].
- Roudinesco, E. (1994). *Jacques Lacan. En levnadsteckning, ett tanke systems historia*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposion AB.
- Safouan, M. (2002). Lacans seminarium om psykoserna. *Psykoanalytisk tid/skrift* 2-3, ss. 86-91.
- Sandlund, M. (2005). Vad är psykiska funktionshinder? i L-C. Hydén (Red.), *Från psykiskt sjuk till psykiskt funktionshindrad* (ss. 63-82). Lund: Studentlitteratur.
- Saussure, de F. (1970). *Kurs i allmän lingvistik*. Staffanstorps: Cavefors.
- Schön, U-K. (1998). Valfärd och valfrihet för psykiskt långtidssjuka. i A. Topor, D. Tidemalm, A. Bergh, & J. Svensson, *Perspektiv på psykiatrireformen* (ss. 29-47). Stockholm: FoU-enheten VSSO.
- Socialstyrelsen. (2010). *Det är mitt hem: vägledning om boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 1992:46. *Livskvalitet för psykiskt långtidssjuka - forskning kring service, stöd och vård*. Stockholm: Allmänna förlaget.
- SOU 1992:73 *Välfärd och valfrihet - service, stöd och vård för psykiskt störda*. Stockholm: Allmänna förlaget.
- Sundgren, M. (2011). Det sociala arbetets elementära former. i M. Sundgren & A. Topor (Red:er). *Psykiatri som socialt arbete* (ss. 19-36). Stockholm: Bonnier Utbildning.
- Tidemalm, D. (1996). *Från psykiatrisk avdelning till gruppbostad. Flyttning i samband med psykiatrireformen*. Stockholm: FoU-enheten/psykiatri.
- Tookey, H. (2003). *Anaïs Nin, Fictionality and Femininity. Playing a thousand roles*. Oxford: Oxford University Press.
- Topor, A. (1998). Psykiatrireformen - ett lyckat sammanträffande. i A. Topor, U-K. Schön, A. Bergh, D. Tidemalm, & J. Svensson, *Perspektiv på psykiatrireformen* (ss. 1-26). Stockholm: FoU-enheten VSSO.
- Topor, A. (2004). *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Villemoes, P. (1994). *Jag strukturerande psykoterapi - senare rön*. Härnösand: Psykoterapienheten.