

Noen refleksjoner ved et 25-årsjubileum

Om psykososer, tidsånd og om SEPREP

Sidsel Gilbert og Svein Haugsgjerd

Forløpere

Forløperen til SEPREP var en serie tverrfaglige kurs om psykososer på Gaustad sykehus i 1987, der alle faggrupper deltok. SEPREP-navnet ble skapt av den entusiastiske psykiateren Endre Ugelstad, og vi synes ikke lenger navnet er litt komisk. «Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykososer» ble til i 1990, og skulle være en stiftelse for «informasjon, undervisning og forskning».

Ugelstad var en nyskaper og et kraftsenter. Han var opptatt av de grunnleggende verdiene som psykiatrien forvalter på vegne av samfunnet: likeverdig tilhørighet og rett til fullverdig hjelp for mennesker med psykiske lidelser, særlig dem med psykoselidelser. Hans innsats foregikk på to områder. Som underviser og veileder handlet det om kvalifisering av behandlere slik at de på en innsiktsfull måte kunne bruke seg selv som instrument i terapiforløpet. Som forsker og deltaker i nordiske og internasjonale fagnettverk arbeidet han utrettelig for utvikling av stadig mer kvalifiserte behandlingstilbud for mennesker med psykoselidelser. Han var også med og startet «Institutt for Psykoterapi» i 1962, og på Gaustad sykehus var han en pådriver for å bedre behandlingstilbudet for dem med alvorlige og langvarige psykoselidelser. Han var med på å opprette avdeling Kastanjobakken, som var en pioneravdeling der vi ga et ambisiøst tilbud til unge pasienter med schizofreni. Programmet la stor vekt på en kombinasjon av individuell psykoterapi og miljøterapi.

Kastanjobakken

På Kastanjobakken tok vi utgangspunkt i Bions forståelse av psykotisk fungering som et forsvar mot utålelig psykisk smerte, i form av en regresjon

til den paranoid-schizoide posisjonens ekstreme former for splitting og projeksjon, som førte til «angrep på forbindelser» (Bion, 1967) der den realistiske («common sensiske») forståelsen av virkeligheten blir erstattet av en vrangforestillingsmessig verden full av «bizarre objekter», som var forvridde sammensmeltinger av fantasi og virkelighet. Denne tilstanden preges også av en fantasi om allvitenskap, som dekker over avmaktfølelsen og hindrer derfor personene i å ta inn og lære av det som er godt i relasjonene rundt dem. Gjennom ørsmå skritt var vårt mål å stimulere pasientene til å nærme seg de sanne følelsenes verden. Vår metode var empatisk lytting i alle former for samvær og samtale. Vi tolket ikke pasientenes vrangforestillinger eller utsagn, men prøvde derimot å forstå dem som best vi kunne i de fora for gjensidig veiledning som vi daglig hadde i personalet. På den måten var det lettere å tåle all den fortvilelsen og maktesløsheten som vi alle opplevde i nærkontakt med pasientene, og dermed kunne vi stadig gjenvinne den åpne, tålmodige og empatiske lyttingen til pasientenes følelsesuttrykk, som var nødvendig for å kunne være hjelpere.

Det var en svært belastet pasientgruppe vi arbeidet med. Alle hadde diagnosen schizofreni og minimum fem års oppholdstid i psykiatriske institusjoner. Praktisk talt alle hadde vært innlagt på Gaustad i en årrekke, og det uten at det hadde vært gjort noen spesiell behandlingsinnsats for dem. En etterundersøkelse ved Sverre Varvin (Varvin, 1991) av de første 27 pasientene, som ble foretatt ti år etter oppstarten, viste at en tredjedel av pasientene hadde oppnådd en betydelig tilfriskning sammenlignet med det en gruppe med samme alder og varighet av lidelsen hadde oppnådd ved «treatment as usual». Tilfriskningen viste seg blant annet som evne til å klare seg i egen bolig og unngå gjeninnleggelse. I tre tilfeller hadde de fått samboere, og en hadde også fått barn og var i arbeid. De øvrige to tredjedelene hadde oppnådd liten grad av tilfriskning, med andre ord samme utvikling som pasientene i sammenligningsgruppen. Varvin kommenterte imidlertid at alle pasientene, også de som ikke hadde kommet seg, viste en form for følelsesmessig livfullhet, og uttrykte varme følelser for Kastanjenbakken som miljø.

I diskusjonen som fulgte etter Varvins undersøkelse hevdet flere at disse behandlingsressursene heller burde vært brukt overfor et utvalg av schizofrene med bedre prognose og kortere sykdomsforløp. Til det er å si at vi brukte den muligheten vi den gangen ble gitt av sykehusets ledelse. Foruten at arbeidet i årene 1977–1987 kom en del pasienter til gode, bidro det også til å

høyne interessen for intensivt psykososialt behandlingsarbeid overfor denne gruppen pasienter. En håndfull studenter som deltok som miljøarbeidere er siden blitt psykoanalytikere, og det samme gjelder en drøy håndfull av oss på lege- og psykologsiden.

Om psykoselidelser

Psykotiske tilstander er noe som rammer svært mange mennesker. I en skolegård med tre hundre elever risikerer minst tre av dem å bli psykotiske innen de har etablert seg i voksenlivet. Det kan føre til at de mister fotfestet i fellesskapet, og at de ikke kommer ut i arbeidslivet og ikke stifter egen familie. Anslagsvis hele 50 000 mennesker er i denne situasjonen i Norge i dag. Risikoen for livslangt tap av gode leveår gjør at psykoselidelser burde være svært høyt prioritert i dagens spesialistbehandling og i helse- og omsorgstjenestene ellers. Forebygging, grundige behandlingstilbud med spesialistkompetente behandlere og gode og ivaretagende relasjoner til behandlingskontakter og andre hjelpere kan til sammen bidra til tilfriskning og bedret livskvalitet.

Hva gjør vi for å hjelpe den som har livet sitt preget av de problemene psykoselidelsen fører med seg? Vi håper at de kan snu sin skjebne til noe bedre. Men hva gjør vi for at de kan finne sin egen vei ut av forvirringen, ut av angsten og tilbaketrekningen? Hva skal til for at hver enkelt får hjelp til å frigjøre egne ressurser til nytte for seg selv og sine omgivelser, og til å finne sin plass i et fellesskap der de er deltakere og ikke bare tilskuere? Hva skal til for at han eller hun på den måten skal gjenvinne styring og deltakelse i eget liv, med selvanerkjennelse og verdighet som del av sin identitet som menneske?

Vi kan håpe å bidra til at mange andre når sine mål gjennom det samfunnet skal tilby. SEPREPS korte oppsummering av sin visjon i dag: «Mening og Mestring», peker på den indre opplevelsen av mening i og mening med eget liv, og mestring av alt det dette livet stiller en person overfor. Et slikt ønske har vi alle.

Men psykoselidelser er alltid komplekse. For det første er de faktorene som vi vet eller har grunn til å anta kan være av betydning for en psykotisk utvikling i ungdomsårene, mange, ulike og hver for seg ikke spesifikke. Også på Kastanjabakken opplevde vi en rekke slike svært ulike faktorer i pasientenes bakgrunn: tilknytningsforstyrrelser, alvorlige kontaktbrudd i tidlig barndom, forsinket psykomotorisk utvikling, mobbing, omsorgssvikt av ulik type og

grad, seksuelle overgrep i tidlig eller sen barndom, eksperimentell rusbruk, flytting til/fra Asia eller Afrika i barndom eller puberteten osv. I svært mange tilfeller vet vi altfor lite om hva som kan ha bidratt til psykoseutviklingen. Allerede fra de første leveårene har hvert enkelt menneske et eget tanke- og følelsesliv som omgivelsene – heller ikke de aller nærmeste – noen gang får kunnskap om. Særlig i pubertetsårene kan mange unge trekke seg helt inn i seg selv med angst, skam og andre vanskelige følelser som i noen tilfeller – men slett ikke alle – kan legge grunnen til en utvikling av urealistiske forestillinger om seg selv.

Psykoselidelsene er også ulike med hensyn til den enkeltes personlige egenskaper, kontaktressurser, evner og interesser. Særlig viktig er også i hvilken alder marginaliseringen eller tilbaketrekningen begynte, og hvor mye eller lite personen har fått med seg av normale oppveksterfaringer og mestringsmåter.

Fordi psykoselidelsene er så forskjellige, må behandlingen nødvendigvis bli individualisert. Denne jubileumsboken viser flere veier, flere områder som gir et tilfang av erfaringer om gode modeller og god tenkning for å få til slike individualiserte, grundige tilbud og hjelpsomme tilrettelegginger for vekst og tilpasning, som Endre Ugelstad i sin tid formulerte *sin* visjon for utviklingen vi kunne håpe på gjennom behandlingskontaktene.

Hva kan fagfolk stille opp med overfor de store utfordringene som langvarige, alvorlige psykiske lidelser representerer? Mennesker rammes oftest av slike lidelser i ung alder, før de har fått etablere seg i voksenlivet. Derfor er det viktig å komme tidlig til med et tilbud som er basert på utviklingen av et personlig tillitsforhold til behandleren eller behandlerne. Psykoselidelser er kjennetegnet av ensomhet og tanker som det er vanskelig eller umulig å snakke med andre om. Mange tilkjenner at de kommer inn i en labyrint av virkelighetsfremmede forestillinger.

Mye er skrevet om psykosenes vesen i ulike tidsepoker og innen ulike fagtradisjoner. Gjennomgående er det viktig og nødvendig at det behandlerne kan bidra med er å etablere en bærende og vedvarende kontakt. For behandlerne kan det være krevende å holde ut gjennom den tiden som trengs, men avgjørende for den som lider.

Dette er et arbeid som er krevende følelsesmessig. Vi vet at for den narromane er det svært vanskelig å legge dopsuget bak seg. Det er ikke mindre vanskelig for dem som har fått tankelivet sitt invadert av tvangstanker, vrangforestillinger og andre beskyttende mekanismer. Med et bilde fra Herbert Rosenfeld kan vi si at vrangforestillingene opptrer som en slags

mafia-organisasjon i psyken. Den enkelte slipper vrangforestillingene til i utgangspunktet fordi de lover frihet fra all psykisk smerte. Mange slike forestillinger er til å begynne med lystbetonte fordi de er grandiose, lover kontroll og allvitenskap. Men lysten snur seg raskt til skrekk fordi disse personene opplever at de ikke har noen styring over tankene og ingen faste holdepunkter i verden utenfor seg selv å gripe fatt i. Og hvis de forsøker å fri seg fra vrangforestillingenes tyranni, blir de avkrevd de verste løsepenger i form av det Bion kaller navnløs skrekk.

For behandlerne betyr dette både at de må ta imot denne smertefulle fortvilelsen som uvegerlig sprer seg, «transporteres», over til den som vil hjelpe. De må holde ut den maktesløsheten som all psykosebehandling fører med seg, og de må forsøke å bevare troen på det bærende i langvarige, trofaste relasjoner og den utvekslingen av sanne følelser, enten det er på godt eller vondt, som kan skje i dette forløpet. «Hvorvidt det er mye trøst i sannheten vet jeg ikke, men ett vet jeg: at den trøsten sannheten måtte kunne gi, er dog varig» (parafrase av Samuel Johnson). Det som kan hjelpe en psykotisk person ut av sitt tankemessige fengsel og inn i fellesskapets friske luft, er ikke en intellektuell forståelse av «årsakene til psykosen». Det avgjørende for tilfriskning er at den følelsesmessige kontakten med behandleren eller behandlerne, i ærlighet og trofasthet over lang, lang tid, kan stimulere kimen til et ønske om kontakt og fellesskap – i følelser og tanker – med andre mennesker. Dette ønsket kan dyrkes frem med varsom og omtensksom pleie fra behandlerne slik at personen gradvis våger å trosse angsten og knytte seg til andre, samtidig som den verden av vrangforestillinger vedkommende tidligere trøstet seg med eller søkte beskyttelse hos, kan skyves til side. Tilfriskning fra psykose betyr ikke at de psykotiske tankene blir *forklart*, men ved at de langsomt blir trengt i bakgrunnen og til slutt forsvinner fra oppmerksomhetsfeltet. Den vedvarende relasjonen gjennom disse stormene kan i heldige fall bidra til å stoppe «transporten» av smerte, gi mulighet for en «transformasjon», der gravitasjonskreftene fra de gode nok erfaringene gjennom behandlingskontaktene og livet selv, gjør det mulig å begynne å lære av erfaring, ikke bare å repetere det gamle forsvaret for å *unngå* smerten fra kontakten med virkeligheten. Den behandleren som påtar seg å hjelpe en person med psykose, kan ofte føle det som han kjemper en ensom kamp på pasientens vegne, mens pasienten sitter på gjerdet og venter på hva utfallet vil bli (Meltzer, 1994).

Faglige vinder og trender

Det er ikke lett å oppsummere de siste tjuefem årenes utvikling når det gjelder forståelse og praksis i norsk psykiatri. I 1970- og 1980-årene fantes det mye vilje til å fremme forståelsen for og innsatsen for mennesker med psykoselidelser, både internasjonalt og i Norge. Mange ville skape bedre og mer hjelpende samspill mellom pasient og behandler, mellom familie og hjelper og mellom psykiatrien og resten av helsevesenet. Den uverdige og inhumane behandlingen av alvorlig lidende mennesker med nedsatt evne til å kreve noe for seg selv, skulle endres for alltid. Oppbevaringsasylet skulle bort, det samme skulle den rutinepregede og til dels kyniske behandlingen med negative sanksjoner og overdreven vekt på medikamentelle intervensjoner.

På begynnelsen av 1990-tallet var det mange avdelinger som arbeidet aktivt med miljøterapi og psykoterapi for unge med alvorlige psykoseproblemer. Siden er de en etter en blitt nedlagt, som et resultat av en sterk dreining mot biologisk psykiatri. Denne dreiningen var i emning i USA fra tidlig på 1970-tallet, og fikk sitt sterke gjennombrudd i Norge rundt 1990.

Den friske humanistiske vinden som blåste på 1970-tallet gjorde at vi som behandlere begynte å snakke *med* pasientene og ikke bare *om* dem. På slutten av 1980-tallet begynte altså andre vinder å blåse. Forskningen om genenes betydning og om hjernen skulle løse alle utfordringer en gang for alle. Kartleggingen av hele det menneskelige arvestoffet var en faktor, oppdagelsen av hjernenes ulike signalstoffer og beskrivelsen av deres funksjon var en annen og utviklingen av funksjonelle bilder av hjernens aktivitet under ulike betingelser var en tredje. Utviklingen av disse forskningsfeltene i de siste 25 årene har vært rivende rask og kolossalt omfattende. Likevel har dette så langt ikke skapt noen nye behandlingsmetoder eller -prinsipper på psykoseområdet. Jo mer kunnskap vi får, desto mer variert og multifaktorielt bilde får vi av hvordan psykotiske tilstander kan oppstå og utvikle seg.

Det har vist seg umulig å fastslå *en bestemt* genetisk disposisjon for alvorlige psykiske lidelser. Statistisk kan vi i noen undersøkelser finne noen konstellasjoner av genvariasjoner som går igjen hos en populasjon av schizofrene, men denne konstellasjonen går også igjen hos grupper med andre psykiske lidelser. I andre undersøkelser finner vi ingen overhyppighet av denne konstellasjonen hos personer med schizofreni. Dette forteller noe om at den genetiske disposisjonen for *sårbarhet* for utvikling av psykose er

multifaktoriell, uspesifikk og indirekte. Kanskje er denne sårbarheten like betydningsfull for utviklingen av angst, tvangslidelser eller depresjon? Det finnes kanskje noen få, mer spesifikke faktorer. Avvik (mutasjoner) i enkeltgener eller lengre sekvenser, kan finnes hos fem til ti prosent av dem som utvikler schizofreni. Likevel er det ett eller flere av et svært stort antall slike avvik som det er snakk om (Malt et al., 2003).

Mye forskning er gjort for å kartlegge særtrekk i hjernens struktur og/eller funksjon i den hensikt å finne forklaring på utvikling av psykotiske tilstander. Heller ikke her har forskerne funnet klare og spesifikke årsaksforhold. Selvsagt finner de til en viss grad svikt i kognitive ferdigheter, men dette kan like godt sees som en følge av tilstanden, ikke som en årsak. Og denne svikten gjelder ikke alle med psykoselidelse. Det er en statistisk overlapping mellom denne gruppen, grupper med andre lidelser og normalbefolkningen.

Til tross for at det nå er seksti år siden de første nevroleptika ble lansert, representerer de såkalte nye generasjonene medisiner ikke noe prinsipielt nytt. De virker fortsatt hovedsakelig ved å dempe «positive symptomer», som å skyve stemmer og vrangforestillinger i bakgrunnen uten å helbrede grunnlidelsen. Dessuten har forskere i de siste årene som nevnt kommet med en sterk advarsel mot å bruke nevroleptika i høye doser og over lang tid, trolig fordi det inntreffer kompenserende mekanismer som kan bli irreversible og dermed kronifisere symptomene.

Den sterke satsingen på gen- og hjerneforskning i de siste tretti årene har riktignok fremskaffet mye ny kunnskap. Likevel er det som nevnt ingenting som har løst spørsmålet om sinnslidelsen årsaksforhold eller blitt grunnlag for annerledes og bedre behandling.

Det hjerneforskningen har vist oss, er på den ene siden at de diagnostiske kategoriene ikke er egnet som utgangspunkt for videre forskning fordi de ikke viser tilbake på enhetlige og avgrensede «sykdommer». På den annen side lærer vi stadig mer om hvordan relasjonelle traumer i barndom og oppvekst påvirker nervesystemets utvikling og funksjon slik at risikoen for alvorlige psykiske lidelser øker.

Nå er det til og med slik at forskningen i dag ikke lenger retter seg mot de ulike atskilte, konsensususkapte diagnostiske kategoriene, som for eksempel «schizofreni», men mot det som kalles «forskningsdomenet psykoser» (Bergsholm, 2015).

Fagmiljøer med stor innflytelse krever forskningsbasert evidens og manualisering på et område som fortsatt mangler prospektive randomiserte

studier med den lange observasjonstiden som kreves. Et eksempel på en slik tidlig, men relevant studie er psykiateren Trygve Braatøys doktoravhandling fra 1934: «Männer zwischen 15 und 25 Jahren ...», som er utfordrende i en tid da kravet til helsetjenesten generelt er at de ansatte skal forholde seg til de nasjonale retningslinjene for behandling, som bygger på evidensbasert kunnskap av hver enkelt lidelse. Dette medfører at det ofte bare blir lagt vekt på «stabilisering» ved hjelp av antipsykotiske medisiner. Imidlertid er det i det siste publisert undersøkelser som synes å vise at langtidsbruk av nevroleptika kan hindre muligheten for tilfriskning på lengre sikt i stedet for å fremme den (Harlow et al., 2013; Wunderink et al., 2013). Mens de nasjonale retningslinjene fortsatt anbefaler vedlikeholdsmedisinering over mange år, anbefaler ledende fagfolk i dag at antipsykotisk medisin bør brukes i moderate doser og i begrenset tid for å oppnå tilstrekkelig kontakt til å nå frem med psykososial behandling (Aarre, 2015; Malt, 2015).

Politikkens bidrag – et helsevesen på ville veier?

Helsevesenet innså at mennesker med psykoselidelser var forfordelt og forsømt. Omsider kom Opptappingsplanen for psykisk helse i 1999.

Politikerne har tendens til å skvise det psykiatriske helsetilbudet inn i et kostnads- og nytteregnskapsregime etter mønster fra bilproduksjon. Helseminister Bjarne Håkon Hanssen reklamerte i sin tid for Toyota-fabrikkene som forbilde for fremtidens helsevesen. Dette tankemessige klimaet som slo igjennom i helsepolitikken på slutten av 1900-tallet har gradvis forandret arbeidsvilkårene, ideologien og språkbruken innen psykisk helse på en måte som er stikk i strid med det verdigrunnlaget som de tidligere stod for innen psykisk helse. Omfanget og kvaliteten på behandlingstilbudet til mennesker med langvarige og alvorlige psykiske lidelser er slett ikke på høyde med det vi i dag vet om behandlingsformer og tilfriskningsmuligheter. Dette skyldes ikke at fagfolk ikke er «sultne nok på resultater», som det heter i bedriftskulturens nye talemåte, men at rammene som blir satt for bemanning og ikke minst tid gjør det umulig å tilby «best choice». Disse to «meteorologiske» strømningene, nevrobiologisk tenkning og New Public Management, har kanskje ført til et kaldere klima, noe som merkes både for pasienter og for dem som arbeider i helsetjenesten.

Men SEPREP har gitt mening, og SEPREP mestrer vinder og trender

På den tiden SEPREP ble etablert stod psykiatrien midt i disse forandringsprosessene. Den gamle psykiatrien var formynderisk og autoritær. Den hadde liten tro på muligheten for tilfriskning for de menneskene den hadde ansvar for. Når behandlerne tidligere snakket om behandling, var det medikamenter de hadde i tankene. De snakket *om* pasientene, de snakket *til* dem, men fortsatt i mindre grad *med* dem. Den humanistiske «vinden» – en helhetstenkning om individ og relasjoner var bakteppet for endringene i dette fra sekstisytittallet. Troen på menneskets verd og muligheter ved kollektiv innsats var stor på så mange områder – også i norsk psykiatri. Distansert kategorisering og rutinemessig behandling ble erstattet av mer individualiserte og grundige innsatser for pasienter i institusjonsbehandling og ettervern som det het.

Med SEPREP ønsket vi å bidra til en nasjonal styrking av fagligheten hos *alle* behandlere og hjelpere som arbeidet med pasienter med psykoser, og vi ville understreke og styrke båndene mellom pasient og behandlere, behandlerne imellom og med familiene og samfunnet rundt, også ved å legge vekt på felles geografisk tilhørighet.

Mange ville være med, og vi som startet opp hadde disse ønskene felles, men kunne være forskjellige i faglig tenkning. Slik er det fortsatt – en variasjon når det gjelder vektlegging av psykodynamisk psykoterapi, psykopedagogiske intervensjoner, forebygging og familieinnsats.

Men, alle ønsket at SEPREP skulle være frittstående, men nær de klinisk arbeidende – som alle har en uerstattelig betydning for dem de forholder seg til i behandling og omsorg.

Psykoterapiutdanningen var for individualterapeuter, og de tverrfaglige kursene for alle. Båndene ble styrket mellom alle fagfolkene som har deltatt.

Endre Ugelstad var et eksempel på hvor viktig det er med en dedikert holdning og en utholdenhet som er basert på sunn optimisme i psykosebehandling fordi dette er et arbeid der vi kan møte mye motstand fra mange kanter.

Pasientens motstand mot endring er alltid formidabel og uforutsigbar, men de som har ansvar for rammene om behandlingstilbudet forvaltningsmessig og faglig har *sin* motstand mot individrettet, tilpasset og grundig behandling av lidelsenes grunner, slik vi har prøvd å peke på det. Helsevesenet er på så mange områder preget av kortsiktig tenkning ut fra et fiktivt kostnad-nytteperspektiv når det gjelder langvarige og alvorlige psykiske lidelser.

Engasjerte behandlere må hele tiden styrke den delen av fagfeltet som er relevant for individualisert psykosebehandling og psykososiale tiltak som fremmer tilfriskningen. Foreløpig er det langt frem til en felles kunnskapsbasert faglig plattform på dette feltet, en plattform som også er forankret i ledelsesnivåene i helsetjenesten.

SEPREP har vært, og er, drevet av mange mennesker som, etter Ugelstads eksempel, arbeider for å gi det psykososiale behandlingsarbeidet med psykotiske mennesker en stadig bredere og mer solid erfarings- og kunnskapsbase.

Opparbeiding av gode modeller for å forstå de komplekse sammenhengene og de intrikate tilfrisknings- eller forverringsprosessene hver enkelt som er rammet av psykoseproblem går gjennom, er viktig. Det trengs utvikling av ulike måter å møte den enkeltes problemer på både når det gjelder metoder og teknikker.

Antallet døgnbehandlingsplasser bygges stadig ned. Det samme gjelder vernede arbeidsplasser. Er behandlingstiden når det gjelder døgnbehandling blitt altfor kort til å starte noe som kalles behandling? Oppfølging av langtidspasienter utenfor sykehus blir i stor grad skjøvet over på kommunene som i begrenset grad har råd til å bygge opp et kvalifisert kompetansemiljø. Hele denne utviklingen handler om sparepolitikk. Døgnbehandling koster penger, langtidsbehandling med personkontinuitet bryter med LEON-prinsippet, laveste effektive omsorgsnivå, og Toyota-modellens samlebands- og flytskjemaprinsipp, rett fagperson på rett sted til rett tid, er det rådende.

Hver behandlingsprosess krever det ytterste av både pasient og behandler. Det trengs kreativitet og samarbeid, men også et helsevesen som må gi tid og rom for tilfriskning. Vi trenger forskning og kunnskapsutvikling som er mer enn legemiddelutprøving og randomiserte kontrollerte studier, disse som altfor lett er blitt gullstandarden for forskning. Virkeligheten er mer komplisert enn som så.

SEPREP har hele tiden stått for at kvalitet i behandlingstilbudene er uløselig knyttet til kvaliteten på behandlingsrelasjonene, og at all behandling må ta utgangspunkt i dette. SEPREP har vokst og tilpasset seg fordi utdanningene dekker et behov for styrking av en faglighet som lett kan bli borte i dagens «tellekantsystem». SEPREP har også klart seg så godt fordi det etter pionertiden hele tiden har skjedd en videre utvikling.

Det trengs noe annet enn manualbaserte, diagnosegruppeinnrettede retningslinjer når en behandlingsprosess for en person skal bli til. Ro, kontinuitet og personer som følger pasienten over tid er nødvendig.

Bladet *Dialog* er blitt en øy av meningsfull fagformidling i strømmen av usammenhengende og fremmedgjørende forskningstrender og behandlings- og administrasjonstrender.

SEPREPS skiftende, men grunnleggende stabile ledergrupper, internasjonale nettverk og kloke samarbeid med andre instanser med samme ønske om et helsevesen for psykiske vansker av høy kvalitet, har bidratt til den store legitimiteten og tilliten utdanningene har, hos brukere, behandlere og pasienter og hos planleggere og dem som bevilger penger. Den sterke troen på kvalitet har gjort at SEPREP har klart å mestre nettopp skiftende faglige og forvaltningsmessige vinder og strømninger, har tilpasset seg uten å miste kjøll og forankring og forhåpentlig får 25 nye år.

Men, en bekymring kan vi alle ha til tross for opptrappingsplan, samhandlingsreform og veltalende og velmenende helseministre. Mennesker med psykiske lidelser kan i dag ikke forvente det samme som innbyggere med andre typer alvorlige helseproblem kan. De kan ikke forvente å få en spesialisert, faglig oppdatert utredning, behandling og oppfølging i den tiden som er nødvendig, uavhengig av hvor de bor i landet. Når det gjelder psykoselidelser tilsier erfaring og forskning at tidlig, grundig, individualisert og familieorientert behandling må til, oftest i mange, mange år.

Og dette blir stående som essensen, som vi håper rammeskaperne vil forstå:

Relasjonene er grunnpilaren. Medikamenter og pedagogiske tilbud er hjelpemidler, men relasjonen er behandlingen.

Hva trenger de gode hjelperne for å kunne begi seg ut i denne «striden»? Først og fremst trenger de metaforer, begreper, resonnementer – teori-elementer – for å beskytte seg mot å bli overveldet av forvirring og mismot. De trenger tankemessige verktøy for å bevare og styrke sin evne til å observere, kjenne etter i seg selv, overveie, danne seg hypoteser, prøve ut intervensjoner og reflektere over erfaringer. Det må oppøves gjennom praksis og i et miljø som er et lærende fellesskap. Lengre og bredere erfaring gir økt trygghet i motsetning til skråsikkerhet. Kompetansen til å arbeide med psykoselidelser kan ikke utvikles i ensomhet.