

Varför nätverksterapi bör provas vid schizofrenibehandling

Lennart Svedhem

Kan socialt nätverksarbete vara något som hjälper människor med diagnosen schizofreni? Den befintliga kunskapen talar för detta. I artikeln utvecklas tankar som beskriver hur nätverksterapi skulle kunna vara ett komplement för att förbättra omhändertagandet av unga människor med schizofreni. Kanske kan till och med denna behandling ge bättre långtidsprognos.

Lennart Svedhem är barn- och ungdomspsykiatriker vid St Görans sjukhus, Stockholm, Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri.

(Artikeln är en vidareutveckling av ett föredrag hållet vid konferensen "Familjen i schizofrenivården" i Jönköping 27 – 28 oktober 1988)

Nätverk nr 1 i *figur 1* visar en karta över det (subjektiva) sociala nätverket hos en man i 20-års-åldern som är vid god psykisk hälsa. Hans nätverk innehåller personer ur flera olika sociala sammanhang: familj, släkt, arbete och olika grupperingar av vänner. Inom varje sådan nätverkssektor känner de flesta varandra. Mellan de olika grupperingarna finns kontakter men alla känner inte alla. Han har ett par kontakter som inte känner någon annan i hans sociala nätverk. Vissa relationer är "socialt tillskrivna" (dvs sådana personer som han inte valt själv utan t ex vuxit upp tillsammans med). Andra relationer är sådana som han valt själv.

Nätverk nr 2 i *figur 1* visar det sociala nätverket hos en man i 20-årsåldern med diagnosen schizofreni. Nätverk nr 2 är mindre och består endast av kärnfamilj och nära släkt ("socialt tillskrivna" relationer uteslutande). Nätverket innehåller dessutom en person som han aldrig har träffat. Personerna i nätverket

är huvudsakligen av en annan generation. Relationerna till personerna i nätverket är av beroendekaraktär; så att vår man får stöd och hjälp av olika slag från personerna i nätverket men kan inte ge igen i samma utsträckning. Så gott som alla personer i nätverket känner varandra; nätverket är extremt tätt.

Vidare har personerna i nätverket i sin tur små egna nätverk.

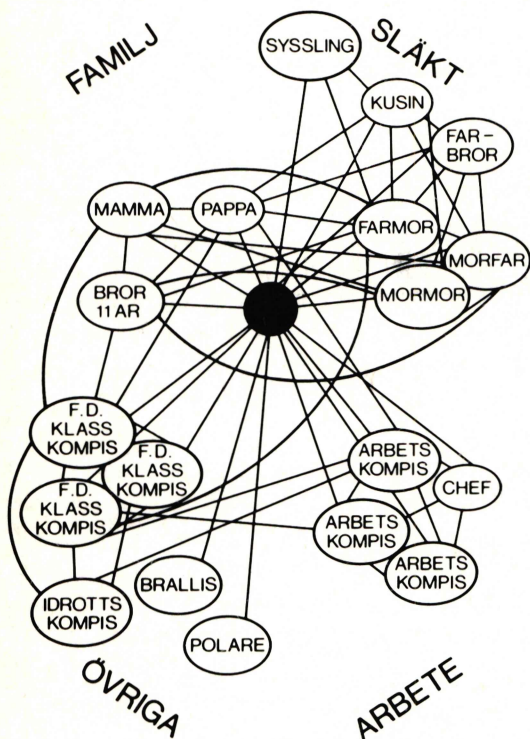
Detta är två typnätverk. Det finns unga män och kvinnor som mår bra psykiskt och har ett nätverk som ser helt annorlunda ut, såväl som personer med schizofreni som ritar nätverk som liknar mannens som mår bra. Detta är dock inte så vanligt. När man kartlagt nätverken hos många personer med och utan diagnosen schizofreni (1 – 19) och jämfört kartbilderna framkommer hållpunkter för att dessa skiljer sig åt såsom nätverken 1 och 2 illustrerar.

Det finns undersökningar som tyder på att ju mer den schizofrenes nätverk liknar 1:an desto bättre prognos (4, 5, 9, 18). Dvs den schizofrene har större chans att klara sig från återinläggning på sjukhus om nätverket ej domineras av kärnfamilj och nära släkt och där personerna utanför kärnfamilj och nära släkt känner varandra i hög utsträckning och relationerna är ömsesidiga och man gör olika saker tillsammans med samma person. Tyvärr är det dock oftast så att det schizofrena sjukdomsförloppet leder till att nätverket mer och mer liknar nätverk nr 2 – och att även familjemedlemmarnas nätverk mer och mer liknar nätverk nr 2.

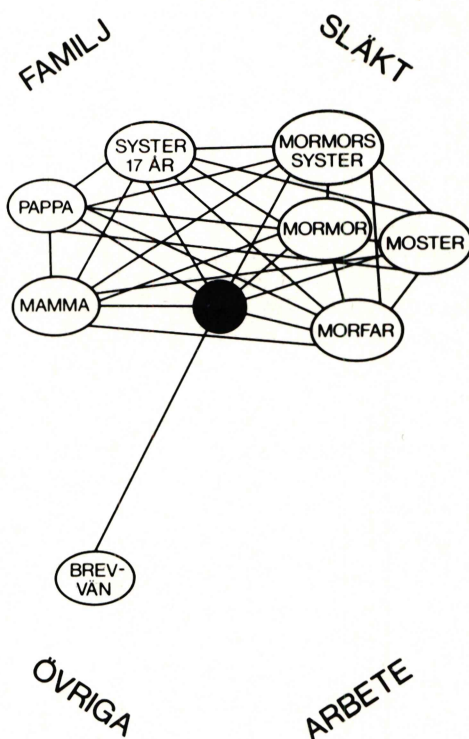
Personer som kommer att utveckla schizofreni har före insjuknandet ofta en blandform mellan nätverk 1 och 2 med fler personer utanför kärnfamilj och nära släkt men efter första sjukhusinläggningen genomgår nätverket en dramatisk förändring där dessa relationer till stor del går förlorade (11). (Enligt författarens

Figur 1. Nätverk 1 visar det subjektiva sociala nätverket hos en 20-årig man med god psykisk hälsa, medan nätverk nr 2 visar nätverket hos en 20-årig man med diagnosen schizofreni

NÄTVERK Nr 1



NÄTVERK Nr 2



kliniska erfarenhet är det sannolikt att det dessutom finns en nätverksform nr 3, där det gått ännu längre i förloppet. Detta nätverk består bara av myndighetspersoner och professionella, dvs sådana som har betalt för att umgås med den schizofrene – med sin betydelse för självkänslan, dessutom ingår kanske tillfälliga bekanta).

Vad beror det på att nätverket hos vissa schizofrena tycks förändras från mer likt nätverk nr 1 till nätverk nr 2?

Av författarens erfarenheter och med kunskaper om schizofrenins utveckling skulle möjliga hypoteser om förklaringen vara:

1. Personens sociala aktivitet/förmåga går ner till följd av sjukdomen.

2. Personerna i nätverket utanför kärnfamilj/nära släkt försvinner pga att de:

a. Vet ej var patienten är pga glest nätverk utanför släkten. Dvs personerna som inte är kärnfamilj och nära släkt känner inte varandra i tillräcklig utsträckning för att de ska kommunicera med varandra.

b. Fördomar, rädsla, okunnighet gör att de undviker patienten (specifikt för vår kultur).

c. Övertro på experter: "inte lägga sig i", "inte störa familjen", "måste vara experter som sköter".

d. Experters övertro på sig själva. Konkurrerar aktivt ut det naturliga nätverket. Ofta betraktar experten familjen som orsak till sjukdomen och försöker "rädda" den schizofrene från sin familj. Försöker få patienten att "frigöra sig".

e. Arbetssektorn försvinner pga att anpassade och

.....
I västerlandet kan schizofreni till stor del beskrivas som en social kris där den sämre prognosen kan ha med nätverket att göra.
.....

meningsfulla jobb inte finns att få för personer som inte har maximal kapacitet och förmåga att "göra reklam för sig själva".

Vad spelar det då för roll att nätverket förändras på detta sätt (från mer likt nätverk nr 1 till nätverk nr 2)

I vår kultur förefaller det som om personer utanför kärnfamilj/nära släkt är av stor betydelse. Detta tycks dock i stor utsträckning vara kulturbundet — i U-länderna ser det annorlunda ut, vilket jag kommer till.

I västerlandet kan schizofreni till stor del beskrivas som en social kris där den sämre prognosen kan ha med nätverket att göra.

I vår kultur verkar det som om just denna nätverkstyp, vilken uteslutande består av kärnfamilj och nära släkt, ur prognostisk synpunkt är mindre bra. Vi kan ju tycka att detta är en nätverkstyp som borgar för trygghet, social kontroll och samhörighet. Trots detta visar det sig att denna nätverkstyp är överrepresenterad hos människor med problem. Så är fallet förutom hos schizofrena för tex neurotiker och vissa deprimerade fast inte i samma utsträckning som hos schizofrena, hos föräldrar som misshandlar sin barn och bland familjer som ligger i skilsmässa (2, 8, 20—23).

Det här betyder alltså inte att det är släktrelationerna i sig som är av ondo. Det handlar troligen om att avsaknaden av andra slags relationer inte är bra i vårt västerländska samhälle.

En nätverkstyp som den här med kärnfamiljen och nära släkt innehåller uteslutande relationer som är "socialt tillskrivna", dvs som bara har funnits där och som man inte varit med och valt själv. Detta nätverk är mycket mer sårbart tex för förlusten av en medlem, eller om man flyttar. Människor med ett sådant nätverk har många gånger liksom inte behövt lära konsterna att skapa nya relationer. Detta är troligen förklaring till varför människor (alltså även icke schizofrena) med denna nätverkstyp, om de flyttar,

tycks få mindre nätverk medan människor med nätverk som också innehåller självvalda relationer som nätverk nr 1, om de flyttar, tom får större nätverk än vad de hade på hemorten (24).

Nätverk nr 2 är vidare en nätverkstyp som — i vårt samhälle — vid behov av ny information av olika slag inte fungerar bra. Ett nätverk där alla känner alla, och där var och en har små egna nätverk är en mycket begränsande grupp — utåt. Chansen att en person i ett sådant nätverk ska känna till sådant som jag inte redan känner till är mycket mindre än om jag har kontakter med människor som känner många andra som jag inte känner. Tex om jag förlorar mitt arbete och behöver ett nytt eller om jag behöver bostad är det större chans att jag får nys om det om jag har kontakt med personer som i sin tur har många kontakter. Just sådana kontakter är faktiskt av oerhört stor betydelse i vårt komplicerade och stora samhälle.

Att ha kontakter med personer som inte hör till kärnfamiljen och den nära släkten har antagligen en alldeles speciell betydelse för tonåringen. Ett nätverk med tillgång till flera olika personer ur olika generationer med tex olika yrkesroller och levnadsmönster ger tonåringen en större erfarenhetsbas för hans/hennes egna val i livet. Kontakter utanför kärnfamiljen och nära släkten har också stor betydelse för att tonåringen ska kunna kanalisera sin ökande sexualdrift till tillåtna personer (25—27).

Vad skulle kunna förklara att prognosen vid schizofreni tycks vara bättre i U-land?

Lika många personer per 1 000 invånare insjuknar i schizofreni i U-land som i västvärlden, men trots att mångmiljardbelopp läggs ned på behandlingsmetoder och vård av schizofrena i västvärlden är prognosen betydligt bättre i tredje världen, många gånger utan såväl medicin som sjukhusvård och psykoterapi (14, 28—30).

I ett multinationellt forskningsprojekt som WHO

.....
Att ha kontakt med personer som inte hör till kärnfamiljen och den nära släkten har antagligen en alldeles speciell betydelse för tonåringen.
.....

genomförde, fann man tex att i Nigeria 58% av de som insjuknat i schizofreni blir så gott som friska jämfört med 6% i Danmark (14).

Vissa undersökningar tyder på att nätverket i U-land förändras på samma sätt som i i-land dvs att kärnfamilj/nära släkt blir förhållandevis viktigare (10) men trots det är detta tydligen inte förenat med samma dåliga prognos.

Troligt är att skillnaden beträffande prognosen framför allt hänför sig till en skillnad mellan agrara samhällen och urbana. Ju mer urbaniserat och industrialiserat samhälle desto värre ter sig sjukdomen (29).

Det finns också stöd för antagandet att skillnaden har att göra med olikheter i familjebild; kärnfamilj kontra utvidgad familj (extended family). I en undersökning i arabländerna var prognosen för schizofrena som bodde i utvidgad familj bättre än för dem i kärnfamilj (19).

Ytterligare orsaker till den gynnsamma prognosen i agrara samhällen kan vara att familj/släkt och arbetsyrkestillhörighet hör ihop på ett annat sätt. Den sjuke kan då lättare få ett meningsfullt arbete efter sin förmåga, vilket naturligtvis stärker självkänslan. Arbets-tillfällen för schizofrena i i-land har ofta karaktären av artificiellt tillskapade sysselsättningsterapier (30, 31).

Den "stämplande" karaktär som sjukdomen har i vårt samhälle tycks saknas i traditionella kulturer (32). Schizofreni verkar inte vara lika skrämmande för människor i tredje världen, utan betraktas mer som vilken sjukdom som helst. Den sjuke och hans familj blir inte stigmatiserade som i västvärlden. Man har allmänt accepterade övernaturliga förklaringar för sjukdomen, vilket gör att skulden läggs utanför individ/familj. Man anser tex att personen har drabbats av en ond ande men hans personlighet är fortfarande intakt där inunder. Det är inte personen själv som har orsakat sin sjukdom och inte heller hans

I en undersökning i arabländerna var prognosen för schizofrena som bodde i utvidgad familj bättre än för dem i kärnfamilj.

Genom ritualerna som en medicinman/shaman utför får för övrigt ofta till effekt att den sjukas status i byn ökar genom den uppmärksamhet han får.

familj. Detta innebär att han inte är en sämre människa pga sjukdomen.

I U-land betonas ofta ömsesidigt beroende som något bra och man har inte oberoende som ett ideal som i västerlandet. Detta kanske också medverkar till att den schizofrene lättare får en plats. När någon är sjuk i ett traditionellt samhälle är det automatiskt en angelägenhet för hela byn, viktig arbetskraft kan gå förlo-rad, alla är delaktiga. I traditionell behandling dras hela byn in i ritualer som leds av medicinman/shaman. Behandlingen leder till att individen och familjen integreras i släkt/bygemenskapen i stället för motsatsen. Detta gör att även om den schizofrene själv har sociala svårigheter så befinner han sig i en familj som är en integrerad del i bygemenskapen. Familjen behövs i behandlingen men inte för att det är deras fel att den schizofrene är sjuk. Ritualerna som medicinman/shaman utför får fö ofta till effekt att den sjukas status i byn ökar genom den uppmärksamhet han får. Om modern behandling finns att tillgå integreras den ofta med traditionell. Familjen bor tex i byar utanför sjukhuset. Urgamla ritualer kombineras med psykofarmaka och gruppterapi.

Kanske kan ovanstående förklara att i U-länder är förhållandevis färre föräldrar till schizofrena sk hög-EE föräldrar (30).^{*}R Warner, en amerikansk antropolog, skriver (29):

"I västerlandet är den schizofrene ofta fattig, arbetslös och isolerad. De schizofrena är mer stigmatiserade än någon annan grupp i samhället. Familjerna är skuldtyngda, isolerade och censurerade (av samhället eftersom de anses olämpliga för sina barn). Sjukhusbehandlingen är omänsklig, de bor i sjabbiga inackorderingar utanför sjukhus eller på gator.

^{*}Schizofrenipatienter oavsett kultur med överengagerade och negativt kritiska föräldrar (= hög-EE föräldrar, EE = expressed emotions) har sämre prognos (33, 34).

I tredje världen återvänder de till meningsfull yrkesroll och återfår självförtroendet, ett värde för samhället och en känsla av tillhörighet.”

Vad kan vi lära oss av detta – vilken innebörd har det för uppläggningsen av behandlingen?

Om det är så att nätverket förändras i takt med att sjukdomen utvecklas är det enligt författarens uppfattning viktigt att sätta in behandling med inriktning på nätverket så tidigt som möjligt. Barnpsykiatrien är i detta sammanhang särskilt viktig eftersom barnpsykiatrikern möter de aktuella fallen tidigt i förloppet. Ett problem härvid är dock att diagnosen mycket sällan ställs inom svensk barnpsykiatri. Man betraktar i stället sjukdomen som tex ”frigörelseproblem” i en nit att inte stämpla. I och för sig lovvärt men detta medför tyvärr att adekvat behandling uteblir i årtal.

Det starkt affektladdade klimat som ofta föreligger i kärnfamiljen i vår kultur kan spridas ut mer genom att också andra människor tas med. Behandlingen bör syfta till att återintegrera individen och familjen i ett större socialt sammanhang. Att försöka återknyta förlorade kontakter, få personer i nätverket utanför släkten att lära känna varandra. Att, helst via nätverket ordna arbete, bostad, ekonomi osv. Att tillföra personer med liknande erfarenheter till nätverket, tex genom intresseorganisationers medverkan. Att avmystifiera sjukdomen och därigenom göra sjukdomen mindre skrämmande. Att göra expertkunskaper till allmångods, tex informera om vad vi faktiskt vet och vad vi inte vet om orsakerna, så att skuldbördan på familjen lyfts av. Att förhindra att sjukhuspersonal blir för viktiga på det naturliga nätverkets bekostnad. Minimera tiden på sjukhus. Försöka skapa ett klimat där ömsesidigt beroende är tillåtet i nätverket i stället för idealet oberoende.

.....
Behandlingen bör syfta till att återintegrera individen och familjen i ett större socialt sammanhang.
.....

Nätverksterapi bygger på urgamla traditioner för hur sjukdom botas i stamsamhällen

Nätverksterapi började i USA genom samarbete mellan psykiatriker och socialantropologer just för behandling av schizofreni (23, 35 – 37).

Nätverksterapi innebär att nätverket är med just i kriser, vilket gör att man kommer varandra närmare i stället för tvärtom som i vanliga fall när experter tar över.

Nätverksterapi följer en viss process som i korthet går ut på följande.

Frågan om tystnadsplikten tas upp före mötet och att tystnadsplikten hävs under mötet med patientens/familjens medgivande.

Mötet innebär att man återsamlar/samlar människor som inte träffats på länge eller som inte alls har setts men som har det gemensamt att de är berörda av patientens problem. Bara detta ger en känsla av delaktighet, mening och ömsesidigt beroende (”nätverkseffekten”).

Man talar ut om fördomar, hemligheter och myter inom nätverket. Konflikter reds ut. Olika åsikter om orsaken till sjukdomen reds ut. Experter förmedlar sina kunskaper och synpunkter.

Krisen i samband med insikten om sjukdomen bearbetas kollektivt.

Lösningar diskuteras och blir allt mer realistiska ju mer nätverket inser sin egen betydelse och experternas begränsningar.

Stödkommittéer bildas vilket medför att utvidgade nätverk skapas även för andra familjemedlemmar som kanske varit helt nerkörda.

Lösningar i fråga om arbete, bostad etc löses inom nätverket vilket medför att strider där föräldrar kämpar mot myndigheter för att behålla sina barn undviks.

Resurspersoner sätts in tex från intresseföreningar. Kanske kan man härigenom också skapa nätverk där sådant saknas (30).

En utvärdering av nätverksterapi med schizofrena patienter är gjord i USA (38). Undersökningen har sina begränsningar beträffande urval mm men den visar att återinlägningsfrekvensen och antalet sjukhusdagar kan minska efter nätverksterapi.

REFERENSER

1. *Hammer M*: Influence of small social networks as factors on mental hospital admission. *Human Organization* 1963–64; 22:243–51
2. *Pattison E M, De Francisco D, Fraizer H, Wood P E, Crowder J A*: A psychosocial kinship model for family therapy. *American Journal of Psychiatry* 1975; 132:1246–51
3. *Tolsdorf C C*: Social networks, support, and coping: an exploratory study. *Family Process* 1976; 15:407–17
4. *Sokolovsky J, Cohen C, Berger D, Geiger J*: Personal networks of experimental patients in a Manhattan SRO hotel. *Human Organization* 1978; 37:5–15
5. *Cohen C, Sokolovsky J*: Social networks and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1978; 4:346–60
6. *Garrison V*: Support systems of schizophrenic and non-schizophrenic Puerto Rican migrant women in New York City. *Schizophrenic Bulletin* 1978; 4:561–96
7. *Hammer M, Makiesky-Barrow S, Gutwirth L*: Social networks and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1978; 4:522–45
8. *Pattison E M, Llamas R, Hurd G*: Social network mediation of anxiety. *Psychiatric Annals* 1979; 0:56–57
9. *Strauss J, Carpenter W*: Prediction of outcome in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 1977; 34:159–63
10. *Westermeyer J, Pattison E M*: Social networks and mental illness in a peasant society. *Schizophrenia Bulletin* 1981; 7:125–34
11. *Lipton F R, Cohen C I, Fischer E, Katz S E*: Schizophrenia: a network crisis. *Schizophrenia Bulletin* 1981; 7:144–51
12. *Beels C C*: Social support and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1981; 7:58–72
13. *Hammer M*: Social supports, social networks, and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1981; 7:45–57
14. World Health Organization. *Schizophrenia: an international follow-up study*. Wiley, 1979
15. *Kanmeyer K C W, Bolton C K*: Community and family factors related to the use of a family service agency. *Journal of Marriage and the Family* 1968; 30:488–95
16. *Brown G W, Birley J L T, Wing J K*: The influence of family life on schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry* 1972; 121:241–58
17. *Denoff M S, Pilkonis P A*: The social network of the schizophrenic: Patient and Residential Determinants. *Journal of Community Psychology* 1987; 15:228–44
18. *Taylor R D W, Huxley P J, Johnson D A W*: The role of social networks in the maintenance of schizophrenic patients. *British Journal of Social Work* 1984; 14:129–40
19. *El-Islam F*: Some transcultural aspects of schizophrenia. *Islamic World Medical Journal* 1984; January: 54–55
20. *Henderson S, Dunvan-Jones P, McAuley H, Ritchie K*: The patient's primary group. *British Journal of Psychiatry* 1978; 132:74–86
21. *Garbarino J, Sherman D*: High-risk neighborhood and highrisk families: the human ecology of child maltreatment. *Child Development* 1980; 51:188–98
22. *Salzinger S, Kaplan S, Artemyeff C*: Mothers' personal social networks and child maltreatment. *Journal of Abnormal Psychology* 1983; 92:68–76
23. *Svedhem L* (red): *Nätverksterapi – teori och praktik*. Carlssons Bokförlag, 1985
24. *Holter H, Gjertsen A, Henriksen H V, Hjort H*: *Familjen i klassamhället*. Aldus, 1976
25. *Bronfenbrenner U*: *The ecology of human development. Experiments by nature and design*. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1979
26. *Cochran M M, Brassard J A*: Child development and personal social networks. *Child Development* 1979; 50:601–16
27. *Blos P*: *On adolescence*. New York: The Free Press, 1962
28. *Waxler N*: Is outcome for schizophrenia better in non-industrial societies? *Journal of Nervous and Mental Disease* 1979; 167:144–58
29. *Warner R*: Recovery from schizophrenia in the third world. *Psychiatry* 1983; 46:197–212
30. *Lefley H P*: Family of the mentally ill in cross-cultural perspective. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1985; 8:57–75
31. *Leff J*: *Psychiatry around the globe: a transcultural view*. Mareel Dekker, 1981
32. *Waxler N E*: Culture and mental illness: a social labelling perspective. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1979; 167:144–158
33. *Brown, G W*: Experiences of discharged chronic schizophrenic mental hospital patients in various types of living group. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1959; 37:101–31
34. *Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Eberlein-Vries R, Sturgeon D*: A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry* 1982; 141:113–34
35. *Speck R V, Ryeveni U*: Network Therapy. A developing concept. *Family Process* 1969; 8:182
36. *Speck R V, Attneave C*: *Det sociala nätverket*. Wahlström & Widstrand, 1975
37. *Pattison E M*: Social System Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* 1973; 27:396–409
38. *Schoenfeld P, Halevy J, Hemley van der Velden E, Ruhf L*: Long-term outcome of network therapy. *Hospital and Community Psychiatry* 1986; 37:373–8