

Vård av schizofreni

En kvalitativ litteraturstudie om hur vården av schizofreni utvecklats

Sebastian Stenberg

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildningsprogrammet för sjukskötare

Vasa 2019



EXAMENSARBETE

Författare: Sebastian Stenberg

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Marlene Gädda

Titel: Vård av Schizofreni – En kvalitativ litteraturstudie om hur vården av schizofreni utvecklats

Datum: 01.05.2019

Sidantal: 18

Bilagor 3

Sammanfattning

Detta arbete kommer att beskriva sjukdomen schizofreni och undersöka hur vården av schizofreni gått framåt under de senaste 100 åren. Diagnosen i sig själv är bara litet över 100 år gammal och har utvecklats en hel del under de senare åren. Syftet med arbetet är att ta reda på hur vården av schizofrenipatienter har sett ut i sent 1800-tal, tidigt 1900-tal och hur vården av schizofrena patienter utvecklats upp till nutid.

Frågeställningen lyder:

Hur vårdades schizofrena patienter i slutet av 1800-talet och i början av 1900-talet?

Hur har vården av patienter utvecklats sedan dess?

Som vårdteori används Sigmund Freuds teori om hysteri.

Arbetet skrivs som en systematisk litteraturstudie. Som resultat framkom två större kategorier som behandlas inom den litteratur jag undersökt. Kategorierna är vård av schizofrena patienter och tålamod inom vården.

Språk: Svenska

Nyckelord: Schizofreni, vårdhistoria, mental hälsa

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Sebastian Stenberg

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Sairaanhoidtaja, Vaasa

Ohjaajat: Marlene Gädda

Nimike: Skitsofrenian hoito –

Kvalitatiivinen kirjallisuustutkimus skitsofrenian hoidon kehityksestä

Päivämäärä: 01.05.2019

Sivumäärä: 18

Liitteet: 3

Tiivistelmä

Tämä työ kuvailee sairautta skitsofrenia ja tutkii millä tavalla skitsofrenian hoito on edistynyt viimeisen 100 vuoden aikana. Skitsofrenia diagnosina on vain vähän yli 100 vuotta vanha ja sen kehitys on ollut suurta etenki viime aikoina. Työn tarkoituksena on tutkia miltä skitsofreenisen potilaan hoito on näyttänyt myöhäisestä 1800-luvusta, aikaisesta 1900-luvusta ja kuinka hoito on kehittynyt nykypäivään.

Työn keskeiset kysymykset:

Kuinka skitsofreniaa sairastavia potilaita hoidettiin 1800-luvun lopulla ja 1900-luvun alussa?

Kuinka potilaiden hoito on kehittynyt vuosien varrella?

Teoreettisena taustana käytän Sigmund Freudin teoriaa hysteriasta.

Työ kirjoitetaan systemaattisena kirjallisuustutkimuksena. Tuloksena saatiin kaksi kategoriaa joita käsitellään ajankohtaisessa kirjallisuudessa. Kategoriat ovat skitsofreniaa sairastavan potilaan hoito sekä kärsivällisyys hoidossa.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Skitsofrenia, hoitohistoria, mielenterveys

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
2. Syfte och frågeställning	2
3. Teoretisk utgångspunkt	2
3.1 Freuds syn på hysteri	2
4. Bakgrund	3
4.1 Schizofreni	3
4.1.1 Riskfaktorer	4
4.1.2 Schizofrenins former	5
4.1.3 Orsaker	5
4.2 Schizofrenins historia	6
4.3 Utveckling av vården hos schizofrena patienter	7
4.4 Medicinering	9
5. Metod	10
5.1 Val av material för litteraturstudie	10
5.2 Litteraturstudie	11
5.3 Kvalitativ innehållsanalys	12
5.3 Etiska aspekter	13
6. Resultat	13
6.1 Vård av schizofrena patienter	14
6.2 Tålmod inom vården	14
7. Diskussion	15
7.1 Metoddiskussion	15
7.2 Resultatdiskussion	16
7.3 Slutledning	17
Källor	
Bilagor	

1 Inledning

Jag har ett antal år arbetat på ett psykiatriskt sjukhus där jag kommit i kontakt med patienter som lider av schizofreni. Sjukdomen har alltid fascinerat mig eftersom den inte har någon enskild känd orsak och symtom samt sjukdomsbild varierar väldigt mycket från patient till patient. Att undersöka schizofreni och hur både sjukdomen och vården har utvecklats under årens lopp känns bara naturligt som ett ämne för mitt slutarbete.

Syftet med arbetet är att ta reda på hur vården av schizofrenipatienter har sett ut i sent 1800-tal, tidigt 1900-tal och hur vården av schizofrena patienter utvecklats upp till nutid. Jag beskriver även sjukdomen och dess historia samt för att få en större överblick av schizofreni. Jag har som mål att förstått arbeta inom psykiatrin och vill därför ta reda på mera om hur sjukdomen fungerar.

Schizofreni är en kronisk psykosjukdom som inverkar på hjärnan. Centrala symtom vid schizofreni är en försämrad bild av verkligheten, ofta genom olika sinnesintryck som är felaktiga. Det kan handla om syn- eller hörselhallucinationer, paranoida tankar, röster mm. Sjukdomen behandlas genom långvarig terapi och psykosmedicinering. (Käypähoito 2015)

Eftersom schizofreni är en mental sjukdom är det inte något man kan se utanpå. En människa som lider av schizofreni kan fungera helt normalt i sitt liv och man skulle aldrig kunna misstänka någon sjukdom. Därför är det också svårare att upptäcka sjukdomens urbrott. Man har kunnat se vissa mönster i varför schizofreni uppstår men ingen definitiv orsak har kunnat slås fast. (Alanen 1993)

Sjukskötarens roll har blivit central i vården av psykiatriska patienter. Eftersom dagens vård i stora drag går ut på medicinering och psykoterapi, speciellt att ta reda på vilka olika risker patienten har för att utveckla en psykos och detta inte kan göras av en läkare dygnet runt. (Duodecim 2018)

Man räknar med att ca 0.5-1.5% av hela befolkningen lider av schizofreni. Man känner till ungefär 50.000 finländare som lider av sjukdomen. Av dessa är ca 6% i sjukhusvård och ungefär 13% behöver sjukhusvård per år. Män utvecklar ofta schizofreni tidigare än kvinnor. I Finland uppkommer årligen mellan 0,17 och 0,54 nya fall av sjukdomen per 1000 invånare som befinner sig i riskåldern 20-30år. (Käypähoito 2015)

2 Syfte och frågeställning

Syftet med arbetet är att ta reda på hur vården av schizofrenipatienter har sett ut i sent 1800-tal, tidigt 1900-tal och hur vården av schizofrena patienter utvecklats upp till nutid.

Mina frågeställningar är

1. Hur har man vårdat patienter med schizofreni i slutet av 1800-talet och i början av 1900-talet?
2. Hur har vården utvecklats sedan dess?

3 Teoretisk utgångspunkt

I den teoretiska utgångspunkten känns det ganska naturligt att välja en teoretiker som varit aktiv i de tider som räknas som arbetets början. Freud (1893) har varit en stor psykolog och teoretiker i dessa tider och hans teori om behandlingen av hysteri kommer att passa arbetet väl. En av de första behandlingsformer för det som då kallades hysteri, senare schizofreni, kommer från Freud (1920).

3.1 Freuds syn på hysteri

Freud (1920) har blivit starkt kritiserad eftersom hans vårdmetoder för psykotiska patienter och patienter med långtgången hysteri ofta var orealistiska. En psykotisk patient kan diskutera sin situation och har ett visst förstående för den, men saknar ofta en sådan realitetsbild som krävs för att få maximal nytta av terapin. (Alanen 1993)

Flera olika former och symtom av hysteri har undersökts för att försöka hitta de underliggande orsakerna. Man antog ofta att det var någon form av antingen fysisk eller psykisk, traumatisk upplevelse hos patienter som låg bakom och i en majoritet av fallen är inte traumans natur eller tidspunkt möjlig att reda ut endast genom att diskutera med patienten. Detta beror på att det ofta gäller något som patienten inte är villig att diskutera eller att patienten helt enkelt inte kommer ihåg vad som hänt eller undantränger minnet. (Freud 1893)

Freud (1893) funderar också på uppkomsten av hysteri. Han beskriver uppkomsten av hysteri hos tonåringar i puberteten och menar att man behöver betrakta själva puberteten som en faktor när man diskuterar orsakerna till hysteri. När ett barn når sexuell mognad, sätts stora mängder stress på nervsystemet och gör det mera mottagligt. Freud menar således att sexualiteten spelar en stor roll hos patienter med hysteri. Vidare skriver Freud att han ser sjukdomen som ett våningshus av orsaker. Man bör beakta alla våningar för att få en klar sjukdomsbild, istället för att se orsakerna till hysteri som en enskild orsak eller händelse i ungdomen. (Freud 1893)

Freud beskriver hypnos som en ledande vårdform hos patienter med hysteri. Att få patienten att diskutera sin sjukdom och speciellt den form av trauma som upplevts under tidiga levnadsår ses som huvudsaklig vård hos patienten. En normal reaktion till trauma är att kroppen både fysiskt och psykiskt själv behandlar händelsen och att händelsen sedan finns i minnet utan att skapa problem. Ifall denna reaktion uteblir kan det leda till akuta fall av hysteri. (Freud 1893)

4 Bakgrund

Under denna rubrik beskrivs sjukdomen schizofreni. Hit hör en genomgång av de olika typerna av schizofreni, symtom och vårdformer. Bakgrunden skrivs ur dagens perspektiv men också ur ett historiskt för att jämföra.

4.1 Schizofreni

Schizofreni är en mental sjukdom som oftast bryter ut i 20-års ålder. Sjukdomen beskrivs ofta som en psykosjukdom. Till symtombilden hör en generellt förvrängd realitetsuppfattning, grava associationsstörningar, med syn- eller hörselhallucinationer som stora påverkande faktorer. Patienterna kan höra befallande, elaka eller hjälpande och tröstande röster. De kan också se saker som inte finns, så som figurer som förföljer dem, dagliga saker som inte är där de lämnats eller skepnader som påminner om en människa eller ett djur. Hallucinationerna behöver inte begränsa sig till dessa två, utan kan i vissa fall drabba alla sinnen. Därtill kan man också se ett mönster av nedsatt mental utveckling och ett påtagande socialt tillbakadragande hos patienten, kombinerat med nedsatt förmåga att ta hand om sig själv. Den schizofrena patientens mående går i vågor, med bättre perioder och

sämre perioder om vartannat. Dessa vågor kan i viss mån påminna om bipolär sjukdom, men dessa två sjukdomar är väldigt olika fastän man utifrån patientens beteende i vissa fall inte kan säga vilken det är. Schizofrena patienter kan, precis som bipolära patienter, ha både djupt, nästan psykotiskt, depressiva perioder blandat med perioder av hypo- eller hypermani. (Alanen 1993)

4.1.1 Riskfaktorer

Idag lider ca 0.5-1.5% av hela befolkningen av schizofreni. Man känner till ca 50.000 finländare som lider av sjukdomen. Av dessa är ca 6% i sjukhusvård och ungefär 13% behöver sjukhusvård per år. Män utvecklar ofta schizofreni tidigare än kvinnor. Man anser att den utlösande faktorn för sjukdomen är stressrelaterad kombinerat med en förhandbenägenhet, ofta genetisk, för sjukdomen. Ifall man t.ex. har en förälder eller mor- eller farförälder som lider av sjukdomen, kan vissa stressfaktorer inverka på risken för att insjukna i schizofreni. Dessa stressfaktorer kan indelas i två olika grupper. Den första gruppen handlar om problematik med det normala uppväxandet eller problematik i bildandet av ny parrelation. Parrelationen kan vara romantisk eller social. Den andra gruppen kan ses som yttre faktorer, en toxisk stressfaktor, vilket i praktiken betyder narkotika.

Man rekommenderar även att unga eller människor som har schizofreni i nära släkt inte använder cannabis eftersom risken för att sjukdomen bryter ut är mångfaldig.

Andra riskfaktorer som har märkts öka risken för att insjukna kan vara en infektion hos modern som kan leda till att fostret hamnar i riskzonen, undernärdhet under fosterstadiet, komplikationer under födseln, infektioner i ungdomsåldern som påverkar nervsystemet eller någon form av psykisk trauma i barndomen.

Dessa behöver ändå inte alls betyda att barnet kommer att utveckla schizofreni senare i livet, men man har kunnat påvisa vissa mönster. Man har också funnit att schizofrenipatienter har svårt att hålla fast vid sin medicinering. Ca 30% av de patienter som vårdas på sjukhus och mellan 40% och 65% av öppenvårdens schizofrenipatienter avviker åtminstone tidvis från sin medicinering. (Käypähoito 2015)

4.1.2 Schizofrenins former

Paranoid schizofreni – Den vanligaste formen av schizofreni. Påtagliga vaneföreställningar, ofta hörselhallucinationer och perceptionsstörningar. Ofta en pågående känsla av förföljelse och stor misstänksamhet mot omgivningen. Grandiotiska tankar vanliga, patienten kan t.ex. se sig själv som ett sändebud från Gud. Har ofta rösthallucinationer som kan vara befallande, hånande och hotande. Också andra hörselhallucinationer såsom skratt, visslingar och andra ljud. Patienten kan ofta beskriva sina paranoida tankar även i akut psykotiskt tillstånd. Det är även vanligt att patienten uppvisar känslor som inte passar situationen. (Alanen 1993)

Kataton schizofreni – Påtagande motoriska symtom. Dessa kan variera från stupor till hyperkinesi. Patienten kan hålla en viss kroppsställning i lång tid. De katatoniska tillstånden uppkommer ofta när patienten upplever sig själv i en drömlig värld där hallucinationer och vaneföreställningar blir väldigt verkliga. Katatonin är inte ett huvudsymtom vid schizofreni. Denna form börjar bli sällsynt i den industrialiserade världen. Man känner inte till exakt orsak till detta. (Alanen 1993)

Hebefren schizofreni – Även kallad ungdomsschizofreni. Bryter oftast ut i 15-25 års ålder. Kännetecknas av oansvarigt och oförutsägbart beteende. Patienten har också stora affektiva förändringar. Patientens känslolisningar kan ofta ses som inadekvata. Patienten skrattar ofta opassande, ställer till med hyss, upprepar ramsor och hittar på sjukdomar som han/hon lider av. Prognosen är ofta dålig för patienter med hebefren schizofreni eftersom sjukdomen, speciellt de negativa symtomen, utvecklas mycket fort. (Alanen 1993)

4.1.3 Orsaker

Orsakerna till schizofreni är till stor del okända, men enligt Suvisaari (2003) kan en utveckling av sjukdomen ha till en del att göra med en utvecklingsstörning i hjärnan redan under fosterstadiet. Störningen leder sedan till att barnet lär sig att stå och gå senare, skillnader i den neurologiska och den språkliga utvecklingen jämfört med andra barn. Suvisaari tillägger dock att dessa symtom inte är tillräckligt exakta för att leda till någon tidig diagnos eller upptäckt av sjukdomen, men kan ge en viss indikation. Vården av schizofreni bör påbörjas så fort man ser de första tecknen för att ge patienten en så bra utgångspunkt som möjligt. (Suvisaari 2003)

4.2 Schizofrenins historia

Psykiska sjukdomar har under en väldigt lång tid gått under samma grupp, ”insanity” eller ”hysteria”. I mitten på 1800-talet har man ändå börjat differentiera sjukdomar i denna grupp, beroende på patientens beteende. Man har bland andra utskiljt mani och depression i början av 1800-talet. (Alanen 1993)

Under en kort tid fick det som vi idag kallar schizofreni en del benämningar i olika delar av Europa. I Skottland beskrevs ”ungdomsgalenskap” och i Tyskland berättade Kahlbaum och Hecker (1874) om symtomen hos katatoni och hebefreni. I Frankrike beskrevs sjukdomen som ”*démence précoce*”.

Det var ändå den tyska psykiatern Kraepelin (1856-1926) som först föreslog att man skulle lägga in dessa tidigare sjukdomsbilder under ett centralt begrepp, *dementia praecox* (ungdomsårens demens). Kraepelin godkände att under denna bild förekom en stor variation i sjukdomsbilder beroende på olika former av dementian. Han beskrev skillnaden i dessa (bilaga 1) i stor detalj i sin bok ”*Lehrbuch der psychiatrie*” från 1904. (Jablensky 2010).

Kraepelin (1904) och hans kollega Diefendorf (1904) beskriver det vi ser som centralt i själva diagnosen schizofreni, dvs ”*Disturbances in the process of perception*”. Störningar i uppfattningsprocessen innefattar hallucinationer och/eller illusioner hos alla sinnen. I normala fall känner människan till vad som skulle uppfattas som en hallucination eller en illusion, och man kan i hjärnan frånskilja dessa som falska. Hallucinationer uppkommer utan extern stimuli och är således en produkt av den egna hjärnan. Illusioner å andra sidan beskrivs som en förvrängning av riktiga sinnesuppfattningar. Kraepelin (1904) beskriver redan här att det som en patient som lider av psykosjukdomen uppfattar som riktigt, fastän ingen annan kan se eller höra det, är en så stark uppfattning hos den sjuke att denne accepterar det som riktigt och omöjligt att motbevisa.

Vidare beskriver Kraepelin ett annat fenomen som är väldigt typiskt för schizofrenipatienter, det vill säga röster. Kraepelin menar att dessa röster reflekterar patientens mest dolda tankar och att detta i sin tur gör att patienten i första hand alltid lyssnar till vad rösten säger över allt annat. Rösterna kan vara hånande, elaka, hotande och berättar om patientens hemligheter. Rösterna kommer i flera olika former och kan gå i vågor. De kan vara tysta och kännas som de kommer långt ifrån, eller så kan de vara

väldigt högljudda så att de ibland stänger ute allt annat som händer runtom patienten. (Kraepelin, E., Diefendorf, A. 1904)

Det tog inte många år innan den schweiziske psykiatern Bleuler (1857-1939) fördjupade uttrycket "dementia praecox" och formade namnet schizofreni som vi ser det idag. Bleuler menade ändå att schizofreni inte är en enda sjukdom, utan man bör använda uttrycket "schizofrenier" enligt de många olika formerna. Bleuler (1933) kom fram med nya uttryck såsom "ambivalens" och "autism" för att beskriva de både positiva och negativa symtomen hos schizofrenipatienter. Bleuler (1933) införde även en indelning i obligatoriska- och tilläggsymtom. De obligatoriska symtomen beskrevs som "avspårning av både tankar och tal, ambivalens, affektiva störningar och autism". Dessa symtom var enligt Bleuler det som gav sjukdomen sin diagnostiska profil.

WHO (årtal saknas) definierade sedan schizofreni som en sjukdom som bör uppfylla minst 3 av 6 av symtomen från en "FRS" (first rank symptoms) lista. Symtomen är hörselhallucinationer (röster, rop och andra läten), tankestörningar, (t.ex. andras tankar tränger in i hjärnan), telepati eller andra utomkroppsliga tankeförmågor, förvrängda sinnestolkningar somatiska hallucinationer (t.ex. stigmata, känsla av att ens egna känslor eller handlingar påverkas av någon yttre kraft eller person). (Jablensky 2010).

Man har också redan i början av 1900-talet förstått de ärftliga orsakerna till psykiska sjukdomar. I en undersökning gjord 1908 framkommer att 20,6% av de 10511 män som intagits till sinnessjukhus i England och Wales haft tidigare galenskap i släkten. Hos kvinnor har 25,2% av de 11302 som intagits haft sinnessjuka i släkten. Man bör dock nämna att i undersökningen beskrivs den största delen av "ärftlighet" som yttre omständigheter, dvs boende, hygien, alkoholvanor med mera. (Hattie 1911)

4.3 Utveckling av vården av schizofrena patienter

De beskrivningar av mentalt sjuka eller patienter som lidit av hysteri har ofta varit anmärkningsvärt omänskliga. Hysteripatienter har ofta behandlats som fångar, dvs varit inlåsta i långa tider utan vård eller i vissa fall varit fastkedjade i väggen. Detta har lett till att patienterna fått grava somatiska men, så som böjda ryggrader, oförmåga att äta självmant och kronisk styvhet i leder. (Alanen 1993)

Det som beskrivs som dementia praecox vårdades ofta med väldigt varierande metoder beroende på symtom. Maniska patienter vårdades med varmvatten bad som kunde räcka i flera dygn. Därtill injicerade man ofta hydrobromat, som idag är ett förbjudet, karsinogent ämne. Ifall varma bad inte hjälpte kunde man också försöka med ispåsar. Katatona patienter vårdades med ägg och alkohol genom en magslang för att uppehålla patientens näringsstatus och humör. (Kraepelin 1904)

I början av 1930-talet gjorde Sakel (1900-1957) ett medicinskt genombrott i vården av schizofreni. Han påvisade att komatillstånd förorsakade av insulin kan bota sjukdomen. Detta gav upphov till insulinshockterapi som sedan blev en central del av vården av schizofrenipatienter runtom hela världen. Sakel beskrev själv vårdformen som effektiv i över 88% av sina fall. Under en typisk vecka fick patienter denna komaterapi fem eller sex dagar. Patienterna försattes i djup koma i ca 15 minuter i gången, men även komatillstånd på över fyra timmar har använts i svåra fall. Terapin fortsatte tills man såg klara psykiatriska resultat eller efter 50-60 komatillstånd uppnåts. Komatillståndet upphävdes sedan genom att antingen intravenöst eller genom en magslang höja blodsockret hos patienterna genom att ge dem socker. Patienterna blev ofta mera rastlösa än normalt och upplevde spasmer som följd av hypoglykemin. Dödligheten beräknades till ca 1% och flera patienter upplevde permanenta hjärnskador. Vårdformen användes tills man började ifrågasätta effekten år 1953 då man närmare började analysera effekterna ur ett mera objektivt perspektiv. (Jones 2000)

Under samma tid experimenterades med andra vårdformer som hade som uppgift att framkalla epileptiska anfall. 1938 började man använda elektricitet för att uppnå detta. Jämfört med insulinterapi var elshockterapi (ECT) mycket säkrare för patienten. Tyvärr var också effekterna mindre. Gruppen som såg störst nytta vid ECT terapi var patienter som led av depressiva psykoser och självmordstankar. Man använde även ECT som en bestraffningsmetod hos våldsamma och svårvårdade patienter. ECT används ännu idag men hos väldigt specifika patienter. (Alanen 1993)

En vårdform som också tog fart under 30-talet var lobotomi, eller mera specifikt leukotomi av olika slag. Kirurgiska ingrepp för att vårda mentala störningar var inte något nytt begrepp. Redan 1888 hade Burckhardt (1836-1907) försökt sig på att ta ut den del av hjärnan som gör människor psykiskt sjuka. Detta utan framgång. Leukotomin går ut på att klippa av de nervbanor som går mellan stora hjärnans bark och underliggande hjärncenter. Denna operation var ofta mycket omständig och ledde i många fall till att patienten fick

andra men. Social tillbakadragning, förvirring och i vissa fall svåra epileptiska anfall var vanliga. Därtill uppkom ofta huvudvärk, passivitet, personlighetsförändringar och dödsfall under operationen eller snart efter. (Soares et al. 2013)

I Finland gjordes också lobotomier i slutet av 1940-talet och under 1950-talet. Den sista lobotomin gjordes år 1962. Under dessa tider utvecklades den medicinska vården av psykiskt sjuka väldigt fort. (Alanen 1993)

4.4 Medicinering

Medicineringen som utvecklades i mitten på 1900-talet var det avgörande steget för patienter med schizofreni. Det som vi idag ser som normal vård handlar om en god balans av medicinering och psykoterapi anpassad för den enskilda patienten. (Alanen 1993)

De flesta undersökningar idag visar på att en kombinationsvård av psykoterapi och medicinering är den effektivaste formen. Den amerikanska psykiatern Carpenter har undersökt ifall akut schizofrena patienter är obotliga utan medicinering. I undersökningen, gjord 1970, kom man fram till att ca hälften av de 49 patienterna inte behövde medicinering, men istället utformades vården av psykoterapisessioner två till tre gånger i veckan, grupperapi en gång och därtill även familjeterapi. (Alanen 1993)

1950 utvecklades det första läkemedlet som sedan skulle komma att användas vid vården av schizofrena patienter. Klorprometazin och dess nära släkting prometazin hade använts som föremedicinering vid kirurgiska ingrepp och också som en antihistamin för allergiker. År 1952 förkunnade Deniker (1907-1998) och Delay (1907-1989) om medicinens verkan vid vården av psykotiska och schizofrena patienter. Läkemedlet gjorde patienterna sömndruckna och lugna. Detta kom som en gåva från ovan för de sjukskötare och sjuksjukevårdare som arbetade med våldsamma och svårt sjuka schizofrena patienter. Klorprometazin kritiserades dock öppet för att inte vårda sjukdomen utan mera lindra symtomen. Det fanns också en stor grupp av patienter som inte såg någon nytta alls av medicinen. Därtill, som vid all medicinering, uppkom bieffekter såsom framåtlutande gång, hasande steg, ökad salivproduktion och tom blick. Dessa bieffekter i sin tur vårdades med medicin ämnat för parkinson patienter. Medicineringen är idag ovanlig men förekommer ännu hos vissa äldre patienter som lidit av sjukdomen i lång tid och för vilka ingen annan passande medicinering har hittats. (Alanen 1993, Lehtonen 2018)

Man delar idag in läkemedlen i första och andra generationens neuroleptika. Till första generationen hör haloperidol, klorpromazin, perfanazin, tsuklopentiksol och sulpirid. Dessa läkemedel räknas i viss mån som föråldrade och förorsakar starkare bieffekter än de nutida medicinerna. En av dessa bieffekter är extrapyramidala symtom, som kan framkomma som muskelspasmer, nackstyvhet, svårigheter att svälja mm. Till den andra generationens läkemedel hör bland andra klotzapin, risperidon, paliperidon, olanzapin, ketiapin, tsiprasidon, sertindol, aripiprazol, loksapin. Dessa används numera oftare eftersom de sällan förorsakar något som kallas EP-symtom. EP-symtom eller extrapyramidala symtom som innefattar dyskinesi (ofrivilliga ryckningar i muskulaturen, speciellt kring ansiktet), akataisi (en inre oförmåga att hålla sig stilla, uttrycker sig ofta som sendrag eller muskeldarrningar), dystoni (starkare muskelryckningar som inte kan kontrolleras) och muskelstyvhet. Medicinerna anpassas alltid enligt patienten, eftersom mottagligheten och effekten av läkemedlen varierar från person till person. Bieffekterna av medicinerna är också väldigt individuella. (Terveyskirjasto 2017)

5 Metod

Arbetet kommer att skrivas som en kvalitativ litteraturstudie med historiska texter som täcker de årtal jag valt att undersöka.

Kvalitativ innehållsanalys används speciellt inom humanistiska vetenskaper och vårdvetenskap. Metoden används eftersom den är lättast att anpassa när man har som mål att undersöka och tolka texter, bandade intervjuer, dagböcker mm. Den kvalitativa processen beskrivs ofta som att forskaren själv blir en del av forskningsprocessen när han skall beskriva sina slutsatser. (Graneheim & Lundman 2008)

5.1 Val av material för litteraturstudie

Valet av material handlar mest om att hitta beskrivningar av vården i början av 1900-talet. Ett kritiskt tänkande vid sökande av material är viktigt och jag har sökt upp de artiklar och skrifter som verkar tangera mitt ämne bäst. Det fanns en hel del böcker på biblioteket som behandlar vården under den tid som mitt arbete handlar om och därtill hittade jag publikationer i tidsskrifter som också kunde användas. Dessa var dock i låneförbud eftersom de är väldigt gamla och sköra.

Val av material grundar sig på en del kriterier som ställs av forskaren. Dessa kriterier kan vara t.ex. lätt att få tag på, lättläst, grundligt, strukturerat på ett visst sätt mm. Valet av material hänger också till stor del på syftet och frågeställningen. Ur vilka slags material kan man få svar på dessa? (Boréus 2011)

Arbetet skrivs som en kvalitativ litteraturstudie där materialet som använts har varit både nytt och gammalt för att få en helhetsbild över hur sjukdomen setts på under åren. Att hitta texter som beskriver schizofreni har varit en utmaning eftersom sjukdomen och diagnosen är väldigt unga. Därför har också hysteri beskrivits som en del av arbetet.

Materialet som väljs tangerar det område man valt och kan användas när ett fenomen inte kan observeras. Dagböcker och skrivna texter kan ge en reell bild av historiska händelser. Dessa bör dock analyseras utgående ifrån riktighet och ses på ur ett objektiva perspektiv för att undgå möjliga förutfattade meningar. (Forsberg & Wengström 2008)

Artikelresumé: se bilaga 3.

5.2 Litteraturstudie

En systematisk litteraturstudie har sin grund i publicerade vetenskapliga artiklar och rapporter. Källan bör också vara en primärkälla, dvs. inte en omskriven text utan författarens ursprungliga verk. Inom hälso-området är evidensbaserad och därigenom litteraturstudier ett sätt att utveckla vården. (Axelsson 2008)

När man använder en litteraturstudie som metod, ställer man frågeställningen till text, istället för att ställa den till människor. En stor del av litteraturstudien handlar om sökning av material och att tillämpa denna till sin hypotes eller frågeställning (Forsberg & Wengström 2008)

Vikten av rätt val av forskningsmetod bör också betonas. En fel vald metod kan lätt driva data mot fel tolkningar och gör att forskningens resultat kan bli något motsatt än man väntat sig. Därtill kan tolkarens egna uppfattningar påverka resultatet vilket ger upphov till ett förvrängt arbete. (Ahrne & Svensson 2011)

Boréus beskriver också processen inom forskning som en process; i första hand finns ett problem som man vill ha svar på. Detta problem kan relatera till eget intresse, forskning

som finns sedan tidigare eller teoretisk litteratur. Efter att problemet kartlagts, bygger man upp forskningsfrågor som man söker svar på. Efter att forskningsfrågorna uppställts kan man börja ge sig på vilket material man skall använda. Nästa steg handlar om att anpassa materialet till frågorna och frågorna till materialet på ett sådant sätt att man får en hållbar helhet. Det sista steget blir så att utveckla tekniker för att kunna söka svar på de frågor man ställt tidigare. (Boréus 2011)

Som grund för mitt arbete har jag använt US National Library of Medicine, som jag sedan tidigare prenumererat på. Att söka efter artiklar på sidan har varit ett bra val eftersom det finns en stor mängd artiklar som beskriver just mitt ämne. Artiklarna har sökts under 2018 och tidiga 2019. För att få en generell bild för ifall artiklarna kunde användas läste jag genom abstrakten och ögnade sedan snabbt genom artikeln. Som kriterier användes specifikt vården av schizofrena och årtalen. De artiklar som hittades jämfördes med de textböcker som finns från tiden och med Freuds skrivelser för att se ifall de har någon grund i fakta.

Sökord som använts är "Schizophrenia" som gav 121528 träffar. Träffen behövde begränsas. Jag ändrade sedan sökningen till "schizophrenia+histor*" som ledde till 10 träffar av vilka 4 artiklar användes. Därefter sökte jag på "Schizophrenia+drugs" som gav 5 träffar, av vilka 2 artiklar användes. Jag sökte även på varierande årtal, allt ifrån 1850 till 2018 i varierande luckor. Mest relevant och intressant text hittades från 1890 till 1930. De äldre texterna som användes hittades dock på en sida som heter Internet Archive där en stor del av de äldre skrifter som handlar om tiden kring uppkomsten av diagnosen schizofreni finns lagrade. Där hittades äldre artiklar från The Canadian Medical Association Journal som beskrev hur vården av schizofreni sett ut för över 100 år sedan men också Kraepelins (1904) bok.

5.3 Kvalitativ innehållsanalys

Ett kvalitativt arbete går ut på att analysera data på ett visst sätt. Istället för att handskas med data som kan mätas, räcker det i en kvalitativ analys att data finns. Man analyserar varför en viss händelse har hänt, varför någon sagt något eller vem som sagt vad. (Ahrne & Svensson 2011).

Det som ligger som grund för en kvalitativ analys är att forskaren stegvis och på ett systematiskt sätt grupperar ihop insamlad data så att det är lättare att se mönster och teman i arbetet. (Forsberg & Wengström 2008)

Jag har analyserat de beskrivningar om vården och vårdrekommendationer som finns att läsa från den tiden arbetet behandlar. Jag började med att jämföra vårdrekommendationerna med beskrivningar om hur vården gått till. Därtill sökte jag upp artiklar där nya vårdformer beskrevs, vilka sedan togs upp som accepterade vårdformer fastän de sällan var väl undersökta. Efter att ha läst in mig på dessa jämförde jag dessa med hur Freud beskriver sin uppfattning om hur vården av schizofrena patienter bör se ut.

5.4 Etiska aspekter

Fusk och ohederlighet skall också i detta arbete undvikas. Fusk och ohederlighet definieras enligt följande: ”Med fusk och ohederlighet inom forskningen avses avsiktlig förvrängning av forskningsprocessen genom fabricering av data, stöld eller plagiat av data, förvrängning av forskningsprocessen, eller genom ohederlighet mot anslagsgivare.” (Forsberg & Wengström 2008)

I arbetet har patienter och journaler hållits anonyma. Arbetet i sig självt är inte vinklat ur någon synvinkel utan borde istället ge en objektiv bild över hur vården utvecklats.

6 Resultat

Vården av psykiatriska patienter har under den senare delen av 1800-talet och början av 1900-talet varit väldigt grym. Man har bland annat använt sig av feberterapi, där man med brutala åtgärder såg till att patienten fick feber som man menade skulle sätta stopp för konstigheterna som försegick i patientens huvud. Dessa kunde bland annat innefatta att ha patienten liggande i kallvattenbad i upp till flera dagar. Vårdarna kunde även föra ut patienterna på vintern utan kläder. Feberterapi hade ingen hög framgång i att bota patienterna (Alanen 1993).

De vårdformer som fokuserade på att patienten skulle utsättas för epileptiska anfall ansågs som framgångsrika, speciellt av mannen som hade kommit på vårdformen. Desvärre har

inga verkliga positiva resultat kunnat uppvisas. Insulinterapi och högströmsterapi kan kanske idag inte kallas terapi, och det är enligt de flesta läkare idag absurt att dessa ens övervägts. (Alanen 1993, Lehtonen 2018)

Vården har nu blivit mera psykoterapiorienterad och det används mera mediciner än tidigare. Patienterna har överlag en längre medellivstid än för 100 år sedan och många patienter kan leva helt symtomfria i långa tider. En svårighet vårdare upptäckt redan för 100 år sedan har varit patienternas vilja att hålla fast vid sin vård. Detta är ännu ett stort problem men hör till viss del till sjukdomens natur. (Käypähoito 2012, Alanen 1993)

Eftersom diagnosen schizofreni är relativt ung har inte symtom som räknats till schizofrenins specifika symtom kunnat fastslås innan 1904. Därtill har också flera olika sjukdomar kunnat deriveras från det man tidigare kallat ”dementia praecox”. Detta har i sin tur gjort att symtombilden för patienter med schizofreni har blivit mycket entydiga. Tyvärr sker ännu feldiagnostisering av schizofrenipatienter fast vi idag vet så mycket bättre. (Kemppinen 2019)

6.1 Vård av schizofrena patienter

Under den senare delen av 1800-talet och början av 1900-talet började man se mental sjukdom som en sjukdom, något som går att bota. Innan det var mental sjukdom en produkt av demoniska krafter och galenskap, något man inte ens försökte förstå sig på. Vården av schizofreni, eller det man kallade hysteri, började mera som ett experiment än som en vetenskaplig undersökning, Patienterna var inte längre en börda för samhället, utan man försökte få dem tillbaka in i samhället. (Jablensky 2010)

Under denna tid föstes mentalt sjuka till mentalsjukhus med teorin ”out of sight, out of mind”. Det man inte ser behöver man inte tänka på. Man började utrusta dessa sjukhus med kunniga vårdare, läkare och man utvecklade instrument som gjorde att personalen kunde mäta intelligens och varierande grad av patienters sjukdom på ett subjektivt sätt. Under denna tid utvecklades också lagar vilket gjorde det lättare för både patienter att få vård och också för vårdinstanser att göra sitt arbete. Man började undersöka patienter mera noggrant, det vi idag kallar observationstid. Under år 1918 kunde man på Boston Psychopathic hospital se att mängden diagnoser redan gått uppåt från det man bara kallade ”insanity” innan. (Bilaga 2) (Morphy 1920).

6.2 Tålmod inom vården

Lindsay (1948) beskriver att den största utmaningen med att vårda patienter med schizofreni är att skapa ett pålitligt vårdförhållande med patienten. En kunskap om hur man bör tolka patientens kroppsspråk, antydningar och ordspråk bör också övas in, så att man kan ge patienten en tillit som en lekman inte klarar av. Tålmod för att skapa en god patientrelation är också önskvärt eftersom t.ex. en paranoid schizofren patient har svårt att lita på människor från förr. Detta tålmod belönas ofta i form av att patientens vård går framåt med raska steg när patienten är mera motiverad och känner att han har någon som bryr sig (Lindsay 1948).

Kraepelin (1904) beskriver även han att tålmod är det starkaste vapnet mot mental sjukdom. Hos schizofrena patienter har redan under tidigt 1900-tal identifierats vikten av en solid patientkontakt och en tillit mellan vårdpersonal, läkare och patient. Mentalt sjuka anses vara lika värda som andra människor och Kraepelin menar att i de fall där en mentalt sjuk har en anhörig som orkar vara med i vården och inte bara skickar sin sjuke släkting till ett psykiatriskt sjukhus, kan man se en märkbar skillnad i chansen för bättring. (Kraepelin 1904).

7 Diskussion

Syftet med detta arbete har varit att ta reda på hur vården av schizofrena patienter har sett ut sedan diagnosen uppkom för lite över 100 år sedan. I detta kapitel diskuteras resultatet av litteraturstudien samt ifall frågesättningen för arbetet fått svar. Därtill diskuteras metoden för arbetet.

7.1 Metoddiskussion

Metoden som valts för arbetet har varit den enda realistiska och praktiska. Jag hade i början av arbetet en ide om att intervjua äldre vårdare men eftersom detta endast skulle ha täckt de senaste 20-30 åren blev det fort klart att en litteraturstudie var det enda rätta.

Valet av metod skall tangera de resultat man söker och svara på frågeställningen man lagt upp för arbetet (Henricson 2017). Detta anser jag lyckats med mitt val av metod. De texter jag analyserat har i det stora hela varit av samma åsikter med varandra och att hitta skrifter från början av 1900-talet har heller inte varit en svårt utmaning.

En del av de vetenskapliga artiklarna jag valt innehåller information som i tiden varit aktuell men som idag inte skulle passa inom någon som helst vård. En artikel nämner bland annat insulinshocker som det enda tänkbara sättet att vårda mentalt sjuka hysteriker. Detta har publicerats i en kanadensisk tidsskrift som fakta.

Det material jag använt för bakgrunden har varit ett flertal olika resurser som räknas som acceptabla även med dagens standard. Käypähoito till exempel är en sida som uppdateras med jämna mellanrum när ny information framkallas.

En svaghet som uppkom tidigt i arbetet var en svårighet att hitta en passande frågeställning. Jag ville utforska sjukdomen schizofreni ur ett historiskt perspektiv men hade svårt att hitta en frågesättning som inte skulle bli för abstrakt.

7.2 Resultatdiskussion

Resultatet stödjer den teoretiska referensramen. Freud har varit ett perfekt val av teoretiker eftersom tidsramen för hans forskning träffar mitt i prick den tiden jag startat min undersökning.

En aspekt jag önskar jag utforskat mera skulle varit vårdbeskrivningar ur sjukskötarens perspektiv för den aktuella tiden. Detta skulle hoppeligen ha framkallat mera jordnära, sjukskötar nära upplevelser för att se hur vårt eget yrke skulle ha sett ut under 1900-talets början.

Freuds (1920) tankar kan idag verka föråldrade, men vi måste komma ihåg att en stor del av det vårdarbete som vi gör är utvecklat som följd av Freuds verk. Att diskutera med en patient, en form av psykoterapi, har rötterna i Freuds tänkande. Orsakerna till de flesta mentala sjukdomarna är ännu idag okända, men det finns ett flertal läkare och andra lärda män som hävdar att trauma eller traumatiska upplevelser i barndomen spelar en stor roll i den utvecklande människans psyke. Freuds tankar och anvisningar gällande psykiatrisk vård är inte från vårt århundrade, men de stämmer lika bra nu som de gjorde på hans tid.

I arbetet kan man se tydliga linjer mellan den stigma mentalvårdspatienter ännu idag utsätts för och de vårdmetoder som används. Dessa vårdmetoder kan låta grymma och vårt arbete är att se till att dessa vårdformer inte upprepas. Min personliga uppfattning är att vårdens bristfällighet är ett direkt resultat av okunskap. Man har helt enkelt inte vetat vad mentala sjukdomar är eller hur de bör vårdas.

Speciellt Freuds (1920) tankar om vikten av terapi och uppkomsten av hysteri (eller mentala sjukdomar överlag) hittas som ett mönster genom de flesta undersökningar inom området. Möjligheten att anpassa vården för den specifika patienten är också något som Freud lägger stor vikt på, och som anpassas ännu idag. (Freud 1920, Käypähoito 2017)

I resultatet framkom att vården av schizofrena har utvecklats mest sedan utvecklingen av mediciner påbörjades. Före denna period vårdades schizofrena patienter och mentalt sjuka överlag genom att man försökte på de mest vilda sätt få ut det som man ansåg vara problemet. Orsaken kunde vara allt från onda andar till för mycket gasbildning i magen. Fastän vetenskapen idag skrattar åt dessa idéer har de inte kunnat påvisa någon enskild orsak till varför sjukdomen utbryter hos vissa människor och inte hos andra.

7.3 Slutledning

Vården av schizofrena patienter har tacksamt nog gått framåt sedan 1800-talets slut. Det finns flera källor som nämner att innan Freuds tid var det inte sällsynt att mentalt sjuka antingen dödades eller torterades under mycket brutala omständigheter. I och med Kraepelins forskning gavs mentalt sjuka ett värde och man försökte vårda dem som människor. Ifall detta inte skulle ha hänt kanske vi ännu idag skulle slänga ut våra sjuka i en snödriva och fördriva onda andar.

Vården har varit mycket varierande, från lobotomi till insulinterapi och från att bli instängda i badkar till att man började medicinera patienterna. Att medicinen utvecklats så fort som den har, har varit ett tacksamt steg framåt för både patienter och läkare.

Under tiden som diagnosen schizofreni utvecklats har man inte kunnat påvisa någon specifik orsak, men det nämns i de flesta sammanhang att sjukdomens uppkomst bygger på en stress-sårbarhetsmodell. Detta funderade också Freud på under sina studier av psykiskt sjuka.

Det som väckt mest tankar har varit hur kort tidsperiod det slutligen handlar om. För 150 år sedan behandlades psykiskt sjuka inte som människor, utan de var mera av en börda eller något som måste undvikas så de inte skulle smitta ner så kallade friska människor.

I studien upptäckte jag också att under en majoritet av den första halvan sedan psykisk sjukdom började utforskas mera, har så gott som alla patienter fått diagnosen ”dementia” eller ”hysteria” i något skede. Idag har vi ca 30 olika diagnoser som går under dessa samlingsnamn och vården för dessa patienter ser mycket olika ut. Vården för en nutida schizofren patient och vården för en nutida borderline personlighetsstörd patient skulle ha sett likadana ut i början av förra århundradet.

Utvecklingen inom detta område har varit välkommet på alla nivåer.

Arbetet är svårt att anpassas till dagens sjuksköтарыrke, eftersom det som undersöks behandlas ur ett historiskt perspektiv. Arbetet torde ändå ge en bild av schizofreni och hur vården av schizofrena patienter sett ut.

Vidare forskning inom området kunde vara att gå genom gamla patientjournaler och se vilka symtom patienterna uppvisat och hur vården av patienterna sedan gått till utgående från symtombilden. Problemet med detta är dock att världen sedan uppkomsten av egentlig vård av psykiskt sjuka gått genom två världskrig och en hel del annan förändring som gjort att de journaler som finns bevarade är i mycket dåligt skick eller inte alls finns bevarade.

Man kunde även söka statistik från tiden när t.ex. lobotomier användes flitigt, för att se hur många av de schizofrena patienter som gick genom operationen som hade nytta av operationen. Jag hade även svårt att hitta statistik över hur stor variation det varit i dödligheten hos mentalt sjuka patienter före och efter att farmakologisk vård av patienterna påbörjades i mitten på förra århundradet.

Källor

Freud, S. *A general Introduction to Psychoanalysis*. (1920).

Freud, S. *Studies on hysteria*. (1895).

Alanen, Y. *Skitsofrenia – syyt ja tarpeenmukainen hoito*. (1993).

THL. (2012). *Psykiatrisk klassifikation av sjukdomar*. [Online] Hämtad 12.7.2018

Käypähoito. (2015). *Skitsofrenia*. [Online] Hämtad 12.7.2018

Kraepelin, E., Diefendorf, A. *Clinical psychiatry: a textbook for students and physicians*. 1904

Jablensky – The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution and future prospects 2010 [Online] (hämtad 14.3.2018)

Journal of the royal society of medicine, volume 93. Kingsley Jones *Insulin coma therapy in schizophrenia*. 2000. [Online] Hämtad 14.3.2018

The canadian medical association journal, volume 1, nr 11. Hattie, W. H. *The prevention of insanity*. 1911.

The canadian medical association journal. Morphy, A. G. *The work of a psychopathic hospital*. 1920.

The canadian medical association journal, volume 59. Lindsay, D. S. *Psychotherapy in schizophrenia*. 1948.

Soares, M. et al. *Neuropsychiatric disease and treatment*, volume 9, sid 509-515, *Psychosurgery for schizophrenia: history and perspectives*. 2013.

Huttunen MO, Socada L. *Psyykenlääkkeet ja niiden käyttö*. Kustannus Oy Duodecim 2017.

Ahrne et al. *Handbok i kvalitativa metoder*. Liber 2011

Lehtonen, J. Föreläsning December 2018 på Roparnäs sjukhus.

Kemppinen, J. Föreläsning Februari 2019 i Vasa.

Bilaga 1

Table I

Emil Kraepelin's "clinical forms."^{7,8}

• **Dementia praecox simplex**

("Impoverishment and devastation of the whole psychic life which is accomplished quite imperceptibly")

• **Hebephrenia**

(Insidious change of personality with shallow capricious affect, senseless and incoherent behaviour, poverty of thought, occasional hallucinations and fragmentary delusions, progressing to profound dementia)

• **Depressive dementia praecox (simple and delusional form)**

(Initial state of depression followed by slowly progressive cognitive decline and avolition, with or without hypochondriacal or persecutory delusions)

• **Circular dementia praecox**

(Prodromal depression followed by gradual onset of auditory hallucinations, delusions, marked fluctuations of mood and aimless impulsivity)

• **Agitated dementia praecox**

(Acute onset, perplexity or exaltation, multimodal hallucinations, fantastic delusions)

• **Periodic dementia praecox**

(Recurrent acute, brief episodes of confused excitement with remissions)

• **Catatonia**

("Conjunction of peculiar excitement with catatonic stupor dominates the clinical picture" in this form, but catatonic phenomena frequently occur in otherwise wholly different presentations of dementia praecox)

• **Paranoid dementia (mild and severe form)**

(The essential symptoms are delusions and hallucinations. The severe form results in a "peculiar disintegration of psychic life", involving especially emotional and volitional disorders. The mild form is a very slowly evolving "paranoid or hallucinatory weak-mindedness" which "makes it possible for the patient for a long time still to live as an apparently healthy individual")

• **Schizophasia (confusional speech dementia praecox)**

(Cases meeting the general description of dementia praecox but resulting in an end state of "an unusually striking disorder of expression in speech, with relatively little impairment of the remaining psychic activities")

Bilaga 2

Traumatic psychoses.....	3
Senile psychoses.....	32
Psychoses with cerebral arterio-sclerosis..	54
General paresis.....	124
Psychoses with cerebral syphilis.....	23
Psychoses with other brain and nervous diseases.....	19
Alcoholic psychoses.....	115
Psychoses with somatic diseases.....	33
Maniac depressive psychoses.....	169
Involuntary melancholia.....	13
Dementia præcox.....	436
Paranoia and paranoid conditions.....	44
Epileptic psychoses.....	30
Psychoneuroses and neuroses.....	45
Undiagnosed psychoses.....	112
Not insane.....	339
No diagnosis (removed second day).....	29
Total.....	1,540

Bilaga 3

Referens	Syfte	Metod	Resultat	Konklusion
Jablensky, A. <i>The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects</i> 2010.	Ta reda på varifrån begreppet schizofreni fått sin början	Datainsamling, litteraturstudie	Hittat vem som först använde de olika termerna som t.ex. dementia och hysteria.	Jablensky beskriver de olika begreppen, varifrån de fått sina ursprung, vem som forskat i de olika sjukdomarna med mera.
Hattie, W. H. <i>The prevention of insanity</i> . 1911	Söka mera data om hur mentalt sjuka behandlats förr.	Forskningsresultat	Hittat hur man tänkte att mentala problem kunde undvikas eller förebyggas 1911.	Hattie har flera olika ideer om hur psykisk sjukdom kan förebyggas, bland annat att man förebygger alkoholism och utövar skyddat könsumgänge.
Kane, J., Correll, C. <i>Pharmacological treatment of schizophrenia</i> . 2010.	Ta reda på när medicineringen blev en hörnsten vid vården av schizofrena patienter.	Datainsamling, litteraturstudie.	Funnit en peer-reviewed artikel som beskriver medicinering och dess historia.	Medicinering påbörjades som vårdform väldigt sent i sjukdomens utveckling.

Jones, K. <i>Insulin coma therapy in schizophrenia</i> . 2000.	Undersöka vårdmetoden.	Litteraturstudie.	Fann mera information om insulinterapi som en vårdform för patienter med schizofreni, vem som utvecklat den och hur effektiv vården varit.	Jones beskriver i detalj hur vården gått till, för vilka patienter insulinterapi användes och vilka resultaten var.
Lindsay, D. S. <i>Psychotherapy in schizophrenia</i> . 1948.	Söka efter konkret beskrivning över hur terapin sett ut.	Litteraturstudie/ patientundersökning	Hittades bra beskrivningar över vården, vad som påverkar vården och vad man bör tänka på.	Lindsay har tagit med ett konkret (namnlöst) fall och hur sjukhusvistelsen sett ut.
Morphy, A. G. <i>The work of a psychopathic hospital</i> . 1920.	Se på statistik, diagnoser, mängd patienter, lagförändringar mm.	Litteraturstudie /patientundersökning	Funnit väldokumenterad beskrivning av vården, statistik för ett sjukhus och konkreta patientfall.	Morphys artikel beskriver ett sjukhus i Boston under 1920-talet, hur symtomen sett ut, vilken typ av patienter som funnits på sjukhuset samt en generell bild över hur vården av psykiskt sjuka varit.