

## Korttidspsykoterapi i öppen psykiatrisk vård

Ulf Brinck

Vid den psykiatriska kliniken på Karolinska sjukhuset bedrivs sedan 1972 en verksamhet med korttidssterapi i öppen vård. I den här artikeln redogör Ulf Brinck, psykolog vid den sk kriskliniken för verksamheten och tankarna bakom detta sätt att arbeta. Han tar upp frågan om korttidssterapi är lönsam och belyser också resultaten av behandlingen med några siffror.

Sedan 1972 bedrivs vid psykiatriska kliniken, Karolinska sjukhuset, en verksamhet med intensiv korttidspsykoterapi i öppen vård. Arbetet sker i teamform och personalen består av en sjuksköterska, en undersköterska, två psykiater, en kurator, en psykolog och ett sjukvårdsbiträde samt på deltid en arbetsterapeut och en sjukgymnast. Detta arbetslag bildar en särskild enhet inom den öppna vården — benämnd pol 2 — och tar huvudsakligen emot patienter i direkt anslutning till besök på den psykiatriska akutmottagningen. Jourhavande psykiater bedömer således patientens behov och lämplighet för ett snabbt psykoterapeutiskt omhändertagande efter kriterier som skall beröras nedan. Inom 1—2 dygn efter jourbesöket blir patienten tilldelad terapeut inom teamet och den första kontakten etableras på pol 2 varvid uppläggning och innehåll i korttidsbehandlingen planeras tillsammans med patienten.

Varje månad tas ca 50 nya patienter emot. Kontakttiden är flexibel men håller sig omkring 6—8 veckor. Inom den perioden avpassas tätheten på besöken efter patientens behov. Flertalet patienter har endast individuella samtal med en terapeut eventuellt tillsammans med en eller flera familjemedlemmar eller partners. Ett mindre antal

patienter erbjuds efter några enskilda samtal att gå i krisgrupp, en sluten samtalsgrupp med två terapeuter och tio möten under fem veckor. Utöver de enskilda samtalen eller parsamtalen går vissa patienter i daglig aktivitetsgrupp 2 1/2 timme under en eller två fjortondagars-perioder.

### Den rena krisen

Gemensamt för omhändertagna patienter är att de befinner sig i ett akut psykiskt insufficiensstillstånd som nått ett sådant djup att individen inte längre tilltror sig själv förmågan att klara situationen utan söker hjälp på sjukhus. Detta innebär att psykiska symptom eller besvär av varierande typ och intensitet blir det huvudsakliga eller föregivna skälet när man söker den psykiatriska akutmottagningen. Diagnostiskt föreligger de minsta svårigheterna vid traumatiska krissituationer i tidigt skede dvs när individen fått en häftig eller helt förlamande reaktion på en yttre oväntad och existentiellt hotande händelse. I en del fall kan kortvarig farmakologisk symptombehandling vara indicerad som ett komplement medan de flesta skulle vara överens om att hjälp i en sådan akut krissituation främst består i att ta sig an problemet och dess känslomässiga innebörd för individen.

Med den psykodynamiska och socialpsykiatriska grundsyn som vi tillämpat under tre och ett

*Gemensamt för omhändertagna patienter är att de befinner sig i ett akut psykiskt insufficiensstillstånd som nått ett sådant djup att individen inte längre tilltror sig själv förmågan att klara situationen utan söker hjälp på sjukhus.*



Det är vårt bestämda intryck att alltför många somatiska patienter och anhöriga i samband med sjukdomen går igenom en så kritisk psykisk period att senare uppenbara och behandlingskrävande insufficienser utvecklas.

halvt års tid är det naturligt att se merparten av psykiska symptom och besvär som förknippade med konflikter och dåligt lösta känslomässiga problem. Diagnostiskt ligger svårigheten i att förutse vilka patienter man med begränsade och tillgängliga resurser har möjlighet att effektivt hjälpa ur insufficiensen med korttids- och problemfokuserad samtalsterapi. Även om teoretiska översikter av typen "Det psykiska traumat" av Johan Cullberg är ytterligt värdefulla när det gäller en ökad förståelse av den psykiska krisens natur och bemötande så framstår den psykiatriska vardagsverkligheten som betydligt mer intrikat. En skren kris skulle ju avse det känslomässiga kaos eller den reaktion en eljest normalt och hyggligt psykiskt fungerande individ får till följd av en svår yttre händelse oftast av förlustkaraktär. Om man tar det stora allmänsjukhuset i blickfånget är den skrena krisen säkert mycket vanligt förekommande. Det gäller både patienter och engagerade anhöriga. Flertalet av dessa krisfall spontanläker utan något särskilt psykologiskt uppmärksammande eller psykiatrisk kontakt. Men det är vårt bestämda intryck att alltför många somatiska patienter och anhöriga i samband med sjukdomen går igenom en så kritisk psykisk period att senare uppenbara och behandlingskrävande insufficienser utvecklas. Erfarenheten från pol 2 beträffande de rena krisfallen på kroppssjukhus är att man många gånger söker och får psykologisk hjälp i ett förhållandevis sent skede när insufficiensen eller en dålig adaptation till den förändrade livssituationen stabiliserats. Här är alldeles klart ett stort arbetsområde för psykoterapeutiskt skolade kuratorer och psykologer både i direkt patientarbete och kanske främst i personalhandledning.

I ett vidare perspektiv har krisfallen som debuterar på kroppssjukhuset sina motsvarigheter

inom social- och hälsovården. Vidareutbildningsönskemål från skilda personalkategorier inom dessa sektorer tyder på ett kraftigt ökat intresse för en breddning av den terapeutiska kontakten med klienterna. Inte minst den inriktning på en helhetssyn inom socialvården som nu genomförs fordrar i många fall ett engagemang i aspekter på klientens personliga situation som känns ovant och osäkert för socialarbetare som tidigare huvudsakligen gjort bidragsbedömningar.

Vill man uppnå begreppslig skärpa kan man säga att kristerapin får sitt berättigande först om den psykiska krisen kan entydigt avgränsas. Terapins inriktning på "här och nu" och relativa bortseende från patientens tidigare erfarenheter och psykodynamik står och faller med att den rena krisen kan identifieras och särbehandlas. Men det skulle vara detsamma som att söka den vuxna människan som är helt fri från neurotiska konflikter. Självfallet spelar tidigare relationsförmåga och personlighetsstruktur i vidaste bemärkelse en avgörande roll för den krisdrabbades sätt att ta sig igenom krisen.

Det kriterium vi tillämpat för remittering till intensiv korttidsbehandling är den omständigheten att individen det senaste året genomgått en betydande förändring i livssituationen och i efterförloppet utvecklat psykiska symptom eller social insufficiens. I praktiken har det inneburit att merparten av patienterna befunnit sig i en separationskris där brytningen varit akut för dagen eller legat upp till ett år tillbaka i tiden. Vid en allra första genomgång av situationen kan krisen te sig traumatisk i den betydelsen att endera parten plötsligt konfronterats med ett förlustfaktum. Men "vi som hade det så bra, jag förstår ingenting" visar sig ofta vara en försvarshållning av gammalt

Det kriterium vi tillämpat för remittering till intensiv korttidsbehandling är den omständigheten att individen det senaste året genomgått en betydande förändring i livssituationen och i efterförloppet utvecklat psykiska symptom eller social insufficiens.



datum som vid närmare samtal uppenbarar fleråriga relationsproblem. Det "rena" krisfallet måste omprövas och hänsyn tas till mera djupgående beroendebestånd, ensamhetsrädsla och kanske självförakt för att förstå vilka problem individen har att kämpa med. Tidpunkten efter brytningen när individen söker hjälp ger sällan någon vägledning om sådana överdeterminerande faktorer kommer att få en avgörande betydelse för korttidsterapiens tillräcklighet.

### **Terapeutisk hållning i krissituationer**

Fortsättningsvis skall jag ta upp några konkreta frågor från pol 2-arbetet. De reserverade synpunkterna ovan om den rena krisen och kristerapiens tillämpbarhet är främst ämnade att svalka den popularitet som begreppen fått och föra ned förväntningarna på en rimlig nivå. Om man lägger tonvikten på att erbjuda psykodynamiskt orienterad intensiv samtalsterapi utan väntetid, då motivationen är som högst hos patienten, är det ett mycket tacksamt arbete. Med risk för den förenkling som alltid följer vid en kortfattad beskrivning av samspelet mellan två människor vill jag ändå beröra innebörden av den terapeutiska hållningen i dessa korttidskontakter.

I den första kontakten får patienten hjälp att spontant ge sin upplevelse av situationen och uttrycka sina känslor. Terapeuten är i detta läge främst emottagare och förmedlar intresse och in-kännande. En trygg och öppen attityd hos terapeuten förutsätter att denne varken förnekar eller överväldigas av de känslor patientens person eller situation väcker. Samtidigt bör han dock medvetandegöra dessa känslor hos sig själv för att kunna hjälpa patienten att uttrycka sina känslor.

I akuta krissituationer som vid dödsfall hos anhörig sammanhänger hjälpbehovet oftast med ett icke-accepterande av egna reaktioner inför det inträffade. Även om den förnuftmässiga betydelsen av dödsbudet erkänns kommer i samtalet om den konkreta nya livssituationen många tecken på motsatsen. Sorgen kan ses som den känslomässiga process genom vilken konsekvenserna av förlusten i alla sina yttringar medvetandegörs. Detta sorgearbete är grunden för den på sikt nödvändiga

.....  
*För den som sökt hjälp i ett tidigt skede är terapeutens främsta insats att vara en medmänniska som delar smärtan och ger ett personligt stöd.*  
.....

frigörelsen. För den som sökt hjälp i ett tidigt skede är terapeutens främsta insats att vara en medmänniska som delar smärtan och ger ett personligt stöd. Tröst i ordets vanliga bemärkelse är sällan ett bra stöd därför att den oftast utnyttjar ersättningsvärden som individen först senare kan tillgodogöra sig och då på eget initiativ. Stöd i detta läge kan många gånger innebära att erkänna att det ofattbara eller helt meningslösa drabbat individen. I sin empati representerar terapeuten dock en gränsdragning mellan lidandets nu och en fortsatt framtid som visserligen ännu inte låter sig konkretiseras men som känslomässigt kommer att ha ett nytt innehåll.

Vid ett sorgearbete med ogynnsamt förlopp med psykiska symptom eller livsinskränkningar som håller på att bli bestående är terapeutens roll aktivare. Psykiska symptom kan dölja en mera medveten kontakt med sorgprocessen som är förbjuden eller skrämmande, tex hos den ena föräldern vid abort eller förlust av ett spädbarn. Det motsatta reaktionsmönstret är att över längre tid fastna i en intensiv sorgupplevelse som skydd mot underliggande skuldproblem eller ambivalens till den bortgångne. När terapeuten stimulerar patienten att uttrycka dessa bakomliggande känslor är det mera sällan fråga om några djuppsykologiska eller verkligt jag-främmande tolkningar. Det rör sig allra oftast om helt normalpsykologiska reaktioner som terapeuten kan identifiera hos sig själv och som patienten själv kan uppleva och förstå.

Vid skilsmässokriserna handlar det på samma sätt om att bistå i att klarlägga den emotionella och sociala innebörden för individen och familjen. Hos den som övergivits utvecklas ofta ettdera av två psykiska tillstånd som varar kortare eller längre tid. Vanligt är att hela skulden projiceras på motparten och hämnd- och hatkänslorna antar



destruktiva proportioner både för den drabbade och eventuella barn. Denna reaktion uppträder ofta samtidigt med stora krav på omhändertagande och förståelse som mest verkar infantiliserande. Förörättelsen kan aldrig kompenseras och terapeuten tenderar att huvudsakligen utnyttjas som en bekräftare av kränkningen. Ett annat reaktionsmönster är det ensidigt depressiva. "Offret" tar skulden i sin helhet på sig själv med ett åtföljande ras i självkänslan som vida överskrider realiteterna i situationen. Det totala icke-fungerandet, ibland med suicidhot, har ofta en kommunikativ innebörd med vädjan om återgång till förhållandet. När detta inte ger resultat får terapeuten dessa meningslöshetskänslor och fullständig brist på självtilltro riktade mot sig. Bitterhet och besvikelse binds i apati och uppgivenhet, där motståndet att uppleva ilskan kan sammanhånga med förhoppningar om återförening och rädsla att förstöra den önskan. Med ett nyanserat inkännande i patientens beskrivning av sig själv blir det möjligt för terapeuten att peka på de mer sammansatta känslorna bakom själva symptomet.

I flertalet skilsmässosituationer är det en avgjord fördel att arbeta med båda parter även om brytningen är helt definitiv och endast den ene är hjälpsökande. Fixeringen till symptom övervinns lättare när relationen i det gemensamma samtalet blir påtagligt och direkt ventilerad. Även om motivationen hos en av parterna bara räcker för ett enstaka gemensamt samtal ger det ofta terapeuten en betydligt mer realistisk grund att stå på i den fortsatta kontakten med den hjälpsökande. Ibland har gemensamma samtal under hela korttidskontakten en negativ effekt på det viset att de binder den som behöver frigöra sig. Parsamtalen blir trots sitt motsatta innehåll ett tecken på en tänkbar fortsättning av relationen. En övergång till individuella samtal markerar konkret terapeutens försök att arbeta på patientens självständighet.

### **Vilka kvalifikationer fordras i krisarbete?**

Av ovanstående torde framgå att den terapeutiska tekniken reducerats till ett förhållningssätt där terapeutens tillgång till sina egna spontana reaktioner på patientens problem är det centrala. Hur

*Den mer djupgående kunskap i personlighetspsykologi, som ett par stycken i teamet skaffat sig, utgör basen för ett formellt handledarskap för övriga teammedlemmar.*

skulle förståelse och empati vara möjliga på annat sätt? Det blir också kanske det viktigaste instrumentet för terapeutens aktiva ingripande och styrning i den fortsatta kontakten. Ett genuint och adekvat intresse för patientens problem i det aktivt lyssnande skedet motverkar så gott som alltid eventuella initialt negativa reaktioner på konfrontativa tolkningar. Vi tycker dessutom att vi fått bekräftat att kristillståndet är ett mer än vanligt dynamiskt skede i en människas liv, där öppenheten för eljest svåråtkomliga känslor är påfallande.

För undersköterskan och sjuksköterskan i teamet har flerårig kontakt i traditionella arbetsuppgifter med psykiatriska patienter varit en tillgång genom att minska den egna oron inför att ha med människor att göra som inte alltid beter sig förnuftsmässigt. Flertalet teammedlemmar värderar därtill högt sin erfarenhet av att ha gått i någon form av dynamiskt inriktad terapi. Vad gäller kompetensen hos de personer som åtar sig denna typ av kris- och korttidskontakter är det på sikt olyckligt om kravnivån skulle vara specialistkompetent psykiater eller högkvalificerad vidareutbildad psykolog eller kurator. Den mer djupgående kunskap i personlighetspsykologi, som ett par stycken i teamet skaffat, utgör basen för ett formellt handledarskap för övriga teammedlemmar. Genom denna handledning som ges både individuellt och på daglig konferens tillgodoses kraven på medicinskt och psykoterapeutiskt ansvarstagande. Av lika stor betydelse är dock den informella avlastningen som vi alla många gånger behöver oberoende av kompetens. Den sker på småstunder eller på det regelbundna personalmötet 1 timme/vecka.

På många psykiatriska avdelningar är personalmötet idag ett självklart forum för diskussion av samarbetsproblem och ventilerings av svårigheter i patientarbetet. Den möjligheten borde även stå



En rätt utnyttjad personalmötesverksamhet ger ett erkännande av den enskildes upplevelser i arbetssituationen och kan frigöra resurser för ett mera konsekvent medmänskligt stöd i personalens kontakter med patienterna.

öppen för personal inom sjukvården i övrigt där påfrestningarna är stora. Kontakten med sjuka och krisdrabbade människor kan vara en personligt ömtålig sak. Att få prata om den egna osäkerheten och rädslan är ett sätt att övervinna den och göra det lättare att bistå andra. Sjukvårdspersonalen på stället har möjligheten att göra ett viktigt preventivt psykologiskt arbete som kan förebygga ett senare behov av mera specialiserad psykoterapeutisk hjälp. En rätt utnyttjad personalmötesverksamhet ger ett erkännande av den enskildes upplevelser i arbetssituationen och kan frigöra resurser för ett mera konsekvent medmänskligt stöd i personalens kontakter med patienterna. T ex kan det inge den enskilda sköterskan eller biträdet modet att sitta ner en lite längre stund med en människa som just förlorat en anhörig på en intensivvårdsavdelning. Därvid gör hon sannolikt något mycket viktigare än att bara skicka med några valiumtabletter. Givetvis görs fina punktinsatser för krisdrabbade människor men mycket av sjukvårdens tekniska krav och tjänstgöringens utformning lämnar alltför ofta sköterskan eller biträdet ensam med sitt engagemang i patienten. Risken är då att man hellre drar sig tillbaka. Till detta bidrar också att frågor och besked om den medicinska diagnosen, behandlingen och prognosen är så helt knutna till läkaren, vilket ställer personalen i en officiellt ovetande position i patientkontakten. Utan att ifrågasätta läkarens ansvar och kompetens i dessa frågor finns mycket att vinna med en ökad öppenhet inom en personalenhet, något som i sista hand kommer patienterna tillgodo.

### Är korttidsterapi lönsam

På subjektiv nivå kan både terapeut och patient vara nöjda med resultatet av en viss behandling. Med en kritiskt vetenskaplig syn skulle man

kunna anföra att ett positivt behandlingsresultat inte behöver säga något som helst om den tillämpade metodens validitet i synnerhet som ingen jämförelse gjorts med annan behandling med definerat innehåll. Men andra ord: en tät och intensiv poliklinisk kontakt ger naturligtvis resultat oberoende av innehållet. En sidobelysning av den här frågeställningen skall ges genom en kort beskrivning av några data från en retrospektiv pilotstudie, som utförts på pol 2.

En grupp på 50 patienter (grupp A) utvaldes från en tidpunkt innan kristerapiverksamheten startades. Urvalet skedde från en större grupp slumpvis uttagna jourfall på den psykiatriska akutmottagningen. Samma urvalskriterier tillämpades för grupp A som för en grupp konsekutivt remitterade krisfall, som fått terapi på pol 2 (grupp B, 50 pat). Tillämpningen av samma urvalsprinciper (krisdiagnoser) på båda grupperna visade sig ge två grupper som överensstämde mycket väl vad gäller sociala faktorer och data angående tidigare psykiatrisk vårdkonsumtion. För båda grupperna registrerades sedan under en 1 1/2-årig retrospektiv uppföljningsperiod vilken efterfrågan på psykiatrisk hjälp som förekommit. Eftersom data endast omfattar vad som noterats i de psykiatriska journalerna på sjukhuset får man räkna med en viss underskattning av vårdkonsumtionen, som emellertid inte på något systematiskt sätt kan ha slagit ut i endera gruppen. (Tabell 1)

Tabell 1. Jämförelse mellan grupp A (lämpliga men obehandlade krisfall) och grupp B (behandlade krisfall) med avseende på psykiatrisk vårdkonsumtion under en 1 1/2-årig uppföljningsperiod.

| Antal pat som sökt olika vårdtyper: | Grupp A   | Grupp B |
|-------------------------------------|-----------|---------|
| Akutbesök                           | 14 (35)*  | 4 (6)*  |
| Inlagda pat på psyk klin            | 18 (25)** | 5 (6)** |
| Antal vård dagar                    | 689       | 221     |
| Pol besök                           | 13        | 5       |
| Övrigt                              | 16        | 6       |
| Ingen uppgift i journalen           | 15        | 34      |

\* Siffrorna inom parentes avser antalet akutbesök

\*\* Siffrorna inom parentes avser antalet vårdtillfällen



Vi ser av tabellen att vårdkonsumtionen i grupp A i alla avseenden är högre än den för grupp B. I grupp A har arton patienter svarat för 25 inläggningstillfällen på psykkliniken sammanlagt 689 vård dagar. Motsvarande siffror för grupp B är sex inläggningstillfällen på fem patienter under sammanlagt 221 vård dagar. Ingen uppgift i journalen betyder att patienten inte avhört efter det första akutbesöket respektive efter korttidskontaktens avslutande. Den ekonomiska betydelsen av dessa data är uppenbar, vartill kommer att sjukskrivningstiderna i samband med inläggning på sjukhus tenderar att bli väsentligt längre i jämförelse med en poliklinikkontakt som är kortvarig. Till den psykologiska betydelsen hör att man undviker hospitalisering med de risker för ogynnsamma förskjutningar i familjesituationen som ofta blir följden. Dessutom verkar det som om inläggning vid ett tillfälle skulle öka behovet av inläggning också vid senare tidpunkter (18 patienter svarar för 26 inläggningar). Regressionen legitimeras som ett sätt att hantera krisen.

Dessa siffror ger inte svar på frågan som ställdes i början av avsnittet men de ger en vink om vilka betydligt dyrare resurser som måste tas i anspråk om man inte kan erbjuda en effektiv öppen vård.

### **Ökad satsning på lättillgänglig öppen vård**

De psykiska processer som yttrar sig i en individs reaktion på och genomarbetning av ett psykiskt trauma måste således med all hänsyn till de svårigheter som individen går igenom hänföras till den normalpsykologiska utvecklingen. Vilka faktorer av psykologisk och social natur som blir avgörande för en utveckling mot psykisk ohälsa eller försvärning i funktionsförmågan är en öppen fråga och en utmaning för forskning. Kristillståndet utgör en unik möjlighet att förstå samspelet mellan och den relativa betydelsen av intrapsy-

*Kristillståndet utgör en unik möjlighet att förstå samspelet mellan och den relativa betydelsen av intrapsykiska, interpersonella och sociala fenomen. Den psykodynamiska psykologin är i detta sammanhang en bättre utgångspunkt än den traditionella psykiatrin.*

kiska, interpersonella och sociala fenomen. Den psykodynamiska psykologin är i detta sammanhang en bättre utgångspunkt än den traditionella psykiatrin. Fullständigt går frågeställningen inte att belysa utan att också ta med systematiska studier från preventivt och socialpsykologiskt arbete. I arbetet på pol 2, som huvudsakligen varit krisinriktat, känns luckorna på det här kunskapsområdet besvärande. Till nuläget hör då också att tecknen på manifest psykisk ohälsa är fler och tydligare än tidigare. Samtidigt förhåller man sig på många håll inom den akademiska och medicinskt-biologiskt orienterade psykiatrin helt avvaktande eller defensivt och ser problemen snarast ur administrativ synpunkt. Människor som plågas av att inte klara av sina problem och sig själva, och har psykiska besvär hänvisas diffust någon annanstans eller blir kortvarigt inlagda på klinik på social indikation. Man får räkna med att i och med att mentalsjukhusen i sin nuvarande funktion förändras, kommer de psykiatriska klinikerna att främst ta emot patienter i psykotiska tillstånd och djupare depressioner. Flera jourfallsundersökningar visar att dessa patientgrupper på sin höjd utgör 15—20 procent av det man idag betraktar som det psykiatriska sjukvårdspanoramat. En kraftigt ökad satsning på psykoterapeutisk och forskningsinriktad verksamhet i öppen vård i enlighet med expertgruppernas utredningar om den framtida psykiatrins målsättning och organisation är därför helt ofrånkomlig.