

Beteendeterapi vid fobiska tillstånd



Georg Punell

Den arbetsmodell som psykolog Claesson redovisade har vi på vår klinik vid Lillhagens sjukhus på försök praktiserat under c:a ett år. Även om vi ännu inte kan överblicka de praktiska resultaten har vi dock en känsla av att vi satsat på rätt princip. Jag skulle helt kort vilja förklara varför.

Vi har alltså frångått den traditionella uppläggningsen där den ansvarige läkaren ensam sköter hela behandlingen. I stället har vi skapat en modell där denna är utspridd på ett team, vilket innebär att olika delar av behandlingen delegeras till befattningshavare av andra kategorier.

Vad finns det för anledning att göra det? Vilka vinster gör man? Vilka risker tar man? Dessa frågor kan man helt visst ha olika meningar om. För vår del har vi sett det så här.

Systematisk desensibilisering — en av metoderna inom beteendeterapi — förutsätter som bekant två grundläggande element i behandlingen:

- 1) att patienten behärskar en effektiv avslappningsteknik innan steget med desensibilisering kan ta vid,

- 2) att en noggrann, för den enskilda patienten specifik ångesthierarki läggs till grund för behandlingen.

Vid "reinforcement therapy" — en annan form av beteendeterapi som också kommer in i bilden är det av avgörande vikt att alla attityder och reaktioner som omger patienten är konsekventa och samordnade.

Detta är tre exempel på fordringar vid beteendeterapeutisk verksamhet. Det har visat sig att den traditionella modellen med läkaren som ensam terapeut rent praktiskt kommer till korta genom sådana fordringar.

Beträffande avspänningen har visserligen kurser för läkare i Schultz' autogena träning och hypnos ägt rum på Lillhagens sjukhus redan 1964 och 1966. Doktorer har emellertid för vana att flytta runt, och utbytet för sjukvården och framförallt kontinuiteten blev inte vad man hoppats.

Förra året fick därför sjukgymnasterna på vår klinik undervisning i autogen träning, och det har visat sig att det fungerade bra. En ny, utvidgad kurs i denna metodik startades därför för en större grupp och är nyligen avslutad. De tekniska svårigheter och eventuella biverkningar som man ju alltid måste räkna med, kan lösas inom ramen för regelbundna konferenser, vilket innebär att kursen får en handledd uppföljning.

Beträffande uppbyggandet av ångesthierarkin är det så att detta ofta är en mycket komplicerad procedur. Hela behandlingen är sedan mycket

.....
Det har visat sig att den traditionella modellen med läkaren som ensam terapeut rent praktiskt kommer till korta genom sådana fordringar.
.....

Väsentligare är dock att psykologerna i kraft av sin utbildning är bättre rustade att ta sig an denna del av behandlingen.

tidsödande. I dagens läge har vi på läkarsidan knappast utrymme för detta arbete annat än i undantagsfall. Väsentligare är dock att psykologerna i kraft av sin utbildning är bättre rustade att ta sig an denna del av behandlingen.

Vad slutligen omgivningens terapeutiska attityd beträffar så förutsätter ju varje strukturering av denna *all* personals aktiva medverkan. För detta

krävs dels kontinuerlig fortbildning av avdelningspersonalen, dels en fyllig information om behandlingsförloppet i varje enskilt fall. Hos oss sker detta inom ramen för regelbundna sammanträden på avdelningen, där förutom psykologen och avdelningsläkaren även andra personalkategorier såsom kuratorer, arbetsterapeuter, sjukgymnaster etc. medverkar.

I denna nya, team-modell har således samtliga delmoment effektiviserats. Vi tror därför att vi inte bara gjort dygd av nödvändigheten. Vi är ganska säkra på att en ändamålsenlig, effektiv beteendeterapi förutsätter denna typ av samverkan.

Modeller för samverkan

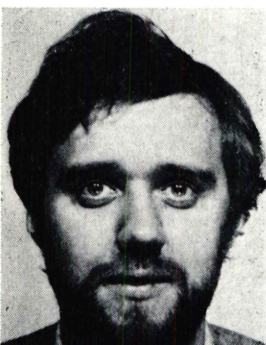
Gruppterapeutiskt försök i studenthälsovården



Maud Frieberg

Inom ramen för studentpsykiatrikerverksamheten i Göteborg har en försöksverksamhet med gruppterapi kommit till stånd. Tre ur diagnossynpunkt olika sammansatta grupper utvaldes. Bästa erfarenheter fick man med en grupp där deltagarna utmärktes av vegetativa neuroser på subvalid bas med kontaktproblem, vilka lett till svår ensamhetskänsla och allmän misslyckandekänsla.

Uppläggningsen och erfarenheterna av försöksverksamheten presenteras i följande inlägg av Maud Frieberg, studentpsykiatriker i Göteborg och Bengt-Göran Fasth, psykolog vid Lillhagens sjukhus.



Bengt-Göran Fasth

Maud Frieberg:

Bakgrund

Ganska snart i mitt arbete som heltidsanställd studentpsykiater utkristalliserades ett allt starkare behov av kontaktgrupper, gruppterapi m m för

Efter ett inledningsanförande vid Svenska Psykiatriska Föreningens vårmöte i Göteborg, maj 1971.