

Psykoterapi i läkarutbildningen



Johan Cullberg

Vad innebär förståelse här?

Först bara en liten komplettering. Ordet *förståelse*, kan vålla en del missuppfattningar, som jag ibland stött på. Man kan lägga olika innebörder i ordet förståelse; den ena är medkänsla "jag förstår att du har det svårt". Medkänsla och förståelse kan man i och för sig ha utan att därför ha en "terapeutisk hållning" och jag tror att det är viktigt att trycka på att även den som inte är psykodynamiskt orienterad kan ha mycket medkänsla och sådan förståelse. Det som här avses med förståelse är en förståelse av kunskapsmässig art t ex förståelsen av en kvinna som har genomgått borttagande av livmodern och som går in i en djup depression efteråt. Den kan man kalla för en postoperativ reaktion, men man kan också ur en förståelseaspekt se att det handlar om att hon upplever sig ha förlorat ett centrum i sin kropp och i sitt liv och som har med hennes djupare upplevelse av sin kvinnliga identitet att göra. Förståelse måste alltså i viss mån frikopplas från begrepp som medkänsla och omtanke.

Om psykiaterns uppgifter

Först ville jag diskutera vilka funktioner en psy-

Vid Svenska Psykiatriska Föreningens vårmöte i Göteborg 1971 diskuterades psykoterapi i läkarutbildningen. Utgångspunkt var det PM för psykoterapiutbildningen som utarbetats av en särskild arbetsgrupp (se sid 112).

Detta PM kommenterades vid göteborgsdiskussionen av Johan Cullberg, biträdande överläkare vid psykiatriska kliniken vid Karolinska sjukhuset, och Jan-Otto Ottosson, professor i psykiatri vid Göteborgs universitet. Deras diskussionsinlägg återges nedan.

kiater skall kunna fylla. Då vill jag inte i första hand tänka på den situation vi har just nu med den tidspressade jäktade psykiatern som springer från uppgift till uppgift, där han hela tiden känner att han kompromissar.

Jag vill tala om den psykiater som i någorlunda lugn och ro, som i övriga medicinska specialiteter, arbetar med den patient han har framför sig och gör det så gott han kan. Jag tycker alltså att diskussionen skall handla om den senare psykiatrin, den mera "optimala" psykiatrin.

1) För det första består den i omhändertagande av olika krisreaktioner, sådana ser vi i stor mängd. En stor mängd av våra jourfall handlar om krisreaktioner eller försenade reaktioner efter en kris. Omhändertagande efter suicidförsök, neuroser som dekompenserar är situationer som vi psykiater ofta står i

2) snabbedömning av *konsultärenden* av typen emotionella reaktioner på kroppsliga sjukdomar, där patienten kommer med depression eller ångesttillstånd.

3) Det tredje är den stora gruppen av *rehabiliteringsproblem*, "psykiatriska arbetshinder", där det ligger sura gamla äktenskapskonflikter bakom,

Men i samtal med kolleger har jag fått en känsla av att man längtar efter att få den här förbättrade kompetensen, att få känna sig lite säkrare och tryggare i sin yrkesutövning.

relationsproblem, underläghenhetskänslor, gamla auktoritetsproblem, sådant som låst sig och blivit ett stort arbetsproblem med pensioneringsövertaganden och sådant.

4) Psykiatrer får i dag rycka in i *gruppterapi*, *gruppsamtal* och även *familjeterapi*. Jag tror inte att vi kan hålla oss ifrån att alltmer komma in i dessa situationer. Kraven är så pass påfallande och stora. Familjeterapi är en speciell sak som man borde diskutera betydligt mycket mer, men det skall jag avstå ifrån just nu.

5) Psykiatrer skall kunna *leda personalgrupper* och *handleda*.

Det krävs idag att psykiatrer skall fungera i de här uppgifterna. Jag har inte nämnt de alla övriga uppgifter med senildementa patienter, hjärnskadade patienter och andra utan jag har talat om den psykosociala problematiken.

Förbättrad människoförståelse

Sådana psykiatrer måste, för att ha ett fungerande "arbetsinstrument", få en förbättrad möjlighet till människoförståelse och människobedömning och detta ingår ju inte i utbildningen idag.

En sådan psykiater måste kunna känna igen försvarsmekanismer. Han måste känna till en del om hur omedvetna konflikter ser ut, vilka olika typer det finns av omedvetna konflikter. Han skall kunna känna igen aggressivitetens olika ansikten, hur aggressivetsproblem kan uttryckas i somatiska symtom eller som ångest, i ageringstendenser och sådant. Han måste känna till familjedynamik och gruppdynamikens grunder. Han måste ha goda kunskaper i utvecklingspsykologi. Den här psykiatrin är givetvis en helt ny och svår sak som kan utmana många. Men i samtal med kolleger har jag fått en känsla av att man längtar efter att få den här förbättrade kompetensen, att få känna sig lite säkrare och tryggare i sin yrkesutövning. Jag har sysslat en del med efterut-

bildning av psykiatrer och det har varit mycket fascinerande, till stor del för att intresset varit så starkt att få lära sig sådana här saker.

Jag skulle vilja dela upp utbildningen i tre moment. Jag vill dock inte specificera hur mycket som skulle vara med i varje moment. Det kan vara en sak för diskussionen.

Utbildningsmoment

Momenten är 1) *teori* 2) *egen upplevelse* av psykodynamik och 3) *handledning*.

Teorin bör tror jag, ges i seminarier med en litteraturtentamen efteråt och i teoriutbildningen skulle kunna ingå videobandundervisning. Det är någonting som är enormt givande att kunna spela upp intervjuer och kunna stänga av vid uppspelningen för en grupp och diskutera vad som händer mellan de två som har samtal, där man själv får leva sig in i situationen och se hur problematiken ser ut. Sedan vad gäller den egna upplevelsen, är det väsentligt att få gå med i en grupp själv om man inte kan gå i psykoanalys eller psykoterapi. Det visar sig att vid en evaluering som vi gjorde av sådan här 1-årig utbildning i Umeå en mycket stor procent, 80 %, av dem som var med önskade, att antingen få gå i egen terapi eller i gruppterapi för att få bearbeta sina egna problem och att få uppleva och känna gruppprocesser och terapeutiska processer. Det unika är ju att man själv är sitt instrument och då är det viktigt att få känna till det så gott man kan. Den tredje aspekten är handledning och där är det bra att arbeta med ett långtidsfall. Inte för att psykiatern skall försöka bli neuroterapeut. Det tror jag inte att han har tid till och dessutom kommer de inte att få den djupare erfarenheten annat än i undantagsfall. Dessa långtidsfall skall man ta för att lära sig hur psykiska mekanismer fungerar. Men man bör då absolut ha handledning.

Psykoterapi och samhälle

Sedan är det ett par avslutande ord jag skulle vilja säga. Det är nämligen så, att vi kan förstå individer och vi kan förstå symtom och problem och

=====

För dem som inte har besökt de nya stadsmiljöerna i ex.vis Stockholm skulle jag rekommendera en sådan resa till Skärholmen och Tensta och se hur barnen leker där.

=====

vi kan med psykoterapeutiska insatser ibland göra en hel del. Dock tycker jag ibland att man känner det som att ge antibiotika åt ett impetiginöst barn som sitter i en gödselstack — alltså vi kan hjälpa och bearbeta individens konflikter, men människan skickas ut till en miljö som är totalt antiterapeutisk och som kan göra, att det som vi uppnått faller tillbaka igen. Här kommer alltså det preventiva innehållet in. Vi måste tidigt granska den miljö som människor lever i, som samhället nu bereder för människor. För dem som inte har besökt de nya stadsmiljöerna i ex vis Stockholm, jag vet inte hur det är i Göteborg, skulle jag rekommendera en sådan resa till

Skärholmen och Tensta och se hur barnen leker där. Man bör också sätta sig in i det här med ghettobildningar av en massa medelålders människor, hemmafruar, pensionärer, av gamlingar etc. som överallt börjar komma upp. Därför måste man, tror jag, för att en sådan här psykoterapeutisk utbildning skall bli någorlunda adekvat försöka få in socialpsykiatriska seminarier, där man studerar samhällelig struktur, förändringar i samhällstyper, livsmiljöer, familjesociologi m m. Och sådana seminarier måste kompletteras med hembesök. Psykiatrerna måste komma ut från sjukhusen betydligt mycket mera för att få ögonen öppna för det samhälle som de skall arbeta med och för att de skall kunna ge en feed-back åt samhället. Utan det kan psykoterapi bli ett repressivt instrument där vi hela tiden arbetar med att tona bort symtom som väckts upp av denna yttre problematik. Men med den här kompletteringen tror jag, att psykoterapi kan utveckla sin fulla kraft.

Psykoterapi i läkarutbildningen

Psykoterapiutbildning under grundutbildning och allmäntjänstgöring — hur fungerar den?



Jan-Otto Ottosson

Mål

Vi har i vår PM velat understryka, att målet för utbildningen på detta stadium innefattar såväl en människosyn som teknik och teori. Det innebär en utvidgning i jämförelse med den formulering man ibland möter, att psykoterapi i första hand innebär en hållning bestående i att ha tålamod, inte tröttna på sina patienter, i varje läge vara beredd att ge stöd, uppmuntran och kanske råd. Detta är onekligen värdefulla och eftersträvaransvärda egenskaper hos en läkare men den ädla prägel psykoterapien därmed får blir vanskelig att leva upp till i det långa loppet och framför allt svår att lära och lära ut.