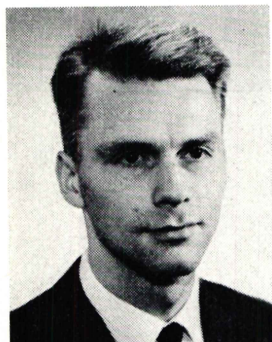


Översikt över olika psykoterapiformer



Johan Cullberg

En systematisering av de olika psykoterapiformerna kan ske efter olika principer. En naturlig uppdelning ligger i synen på det psykiska symtomet som antingen en kompromisslösning av inre eller yttre konflikter eller som resultat av en felaktig inlärnin. Det första synsättet är grundläggande för de konfliktbearbetande, psykodynamiska terapierna och det andra för de suggestions- och träningsinriktade. Förutom de praktiska omständigheterna kommer patientens personliga resurser och terapeutens teoretiska orientering att bestämma vilken terapiform, som kommer att dominera i det enskilda fallet.

Förf. är b:tr. överläkare vid Psykiatriska kliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

Vad är psykoterapi?

En av de mera kända definitionerna på psykoterapi har myntats av Lewis Wolberg. Han menar att "psykoterapi är en form av behandling av emotionella problem vid vilken en *därför utbildad* person *avsiktligt* etablerar ett *yrkesmässigt förhållande* till en patient i avsikt att avlägsna, lindra eller uppskjuta existerande *symtom*, förbättra störda *beteendemönster* och befordra positiv växt och *utveckling* av personligheten" (kursiv. förf.).

Definitionen är rätt allmänt hållen. På terapeut sidan framhålls en speciell utbildning, en avsiktlighet och ett yrkesmässigt förhållande. På patientsidan är det som angrips symtom, beteendemönster och personlighetsutveckling. Nödvändigheten av en bakomliggande teori betonas inte.

Debatten har under detta århundrade varit intensiv då det gäller vilka psykoterapiformer som är "rätta" och vilka som är "felaktiga". Denna debatt har haft det goda med sig att företrädarna

för olika åsiktsinriktningar fått motstånd och stimulerats till självprövning. Det onda är dock rätt överskuggande. En ömsesidig misstro och ibland förakt har medfört samarbetsvärigheter och en förståelig förvirring från både allmänhetens och myndigheternas sida resulterande i njugga anslag för utbildning och forskning.

Psykoterapeutiska skolor

Låt oss se om denna primitiva kamp om själarna behöver ta dessa former. Lite schablonmässigt kan man säga att de flesta psykoterapeutiskt verkssamma läkare, kuratorer, psykologer eller vilka de vara månade, som referensram har någon variant av antingen Freuds eller Pavlows psykologiska skolor. Ur dessa skolor hämtas motsvarande arbetsmetoder. Dels den psykoanalytiska som är konfliktbearbetande och som syftar till någon form av ökad insikt om symtomens bakomliggande problem och om hur vederbörande möter dem och reagerar inför dem. Dels den behaviouristiska,

symtombearbetande, syftande till att med träning eller suggestion få patienten medveten om att han kan fungera utan det beteende som uppfattas som negativt.

Kanske skall man till Freuds och Pavlovs skolor foga en tredje, nämligen Livets skola, där den medvetnare referensramen saknas och där metoden i mycket kan bestå av exempelvis rådgivning alltefter terapeutens "common sense". Det är ju dock en självklarhet att även den terapeut som har ett välstrukturerat referenssystem arbetar in sina egna livserfarenheter i detta.

Innan jag närmare diskuterar hur dessa olika skolor förhåller sig till varandra vill jag försöka kort karaktärisera några av de olika metoder som är aktuella i modern psykoterapi. En sådan uppdelning kan göras på många olika sätt. Jag har valt att fullfölja den nyss nämnda uppdelningen och således skilja mellan de konfliktcenterade och de symptomcenterade psykoterapierna (se fig). Från början vill jag framhålla att de kategoriskillnader som här understryks till stor del är konstlade, då mycket sällan en terapiform kan sägas förekomma ren.

För att börja med de konfliktcenterade formerna, kan man dela upp dessa enligt de medvetandenivåer som psykoterapin syftar att bearbeta. Uppdelningen sker alltså ej efter att den ena formen skulle vara finare än den andra!

Psykoanalysen

Då vi diskuterar psykoanalys är det väsentligt att vi skiljer mellan psykoanalys som en generell psykodynamisk och psykopatologisk teori å den ena sidan och psykoanalys som en behandlingsmetod å den andra sidan. Den *psykoanalytiska teorin* ser i dag rätt annorlunda ut än då den började att formuleras av Freud omkring sekelskiftet. Och den kommer att fortsätta att utvecklas, att modifieras allt eftersom våra erfarenheter växer, hjälpvetenskaper tillkommer, samhället förändras och den språkliga begreppsapparaten förnyas. I stort sett skildrar den individens utveckling som en serie av kriser, allt ifrån födelsen till döden. Genomlöpan- det av dessa naturliga eller påtvingade kriser kommer att bli bestämmande för hur en människa

med sina genetiska och konstitutionella förutsättningar kommer att utveckla det vi kallar för hans karaktär. Barndomen och uppväxtåren är här av en avgörande betydelse, bland annat därför att mycket av dessa perioders konflikter glöms bort, blir omedvetna. De kommer dock att bilda de matriser som betingar den vuxnes lösningsförsök av livskonflikterna.

Existensen av mer eller mindre olösta konflikter på olika medvetandenivåer är en av psykoanalysens hörnstenar.

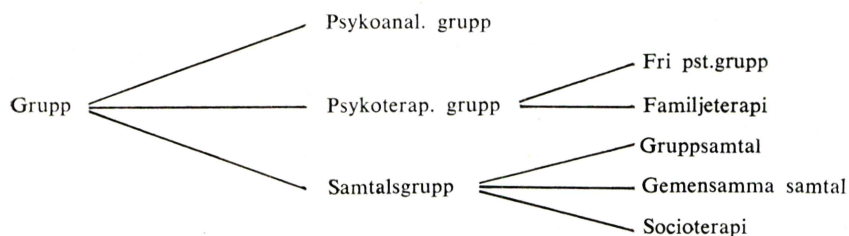
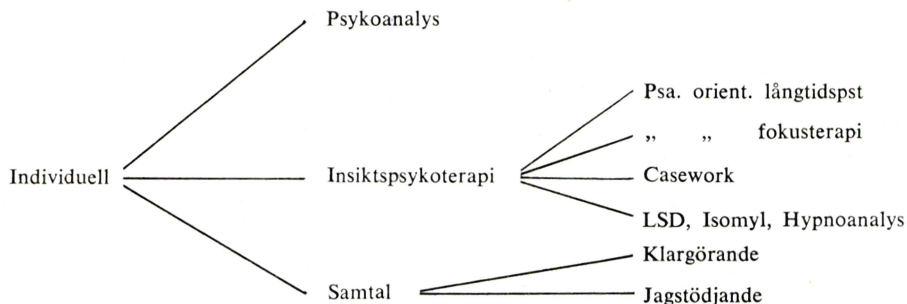
Psykoanalysen som behandlingsmetod syftar till att genom vissa specifika yttre betingelser låta individen utveckla ett nära förhållande till terapeuten, som alltmera kommer att reproducera hans tidigaste barndomsförhållanden till de personer som då var avgörande för hans känslomässiga utveckling. Detta terapeutiska skeende kallas för *överföringsneurosen* och denna kan sedan systematiskt tolkas för patienten och genomarbetas. Han får alltså under kontrollerade former i nuet återleva och återuppleva sina känslomässiga bindningar och med sin friska jagkärna undan för undan ta ställning till dessa konflikter, som tidigare bundit mycket av hans energier, och upptäcka nya lösningsmöjligheter som är adekvatare för honom som vuxen människa. I samband med denna inre förändring av tidigare fixeringar löses också överföringsneurosen till terapeuten.

För att kunna utföra denna terapiform krävs inte bara en lång och specialiserad utbildning utan också en noggrann indikationsställning med avseende på patientens lämplighet. Det förekommer modifieringar av behandlingen, speciellt utomlands, som vi kanske ej behöver gå in på här. Man har även för att komma åt svårforcerade bortträngda minneskomplex bland annat använt LSD eller hypnos i kombination med någon form av modifierad psykoanalys. Speciellt förefaller det som om LSD i händerna på mycket erfarna terapeuter har kunnat erbjuda ett gott hjälpmedel vid vissa tvångsneurotiska tillstånd där de affektiva spärrarna är hårt åtdragna och ibland omöjliga att komma förbi med vanliga metoder. I Sverige tror jag knappast att någon använder dessa hjälpmedel vid psykoanalys.

PSYKOTERAPEUTISKA METODER

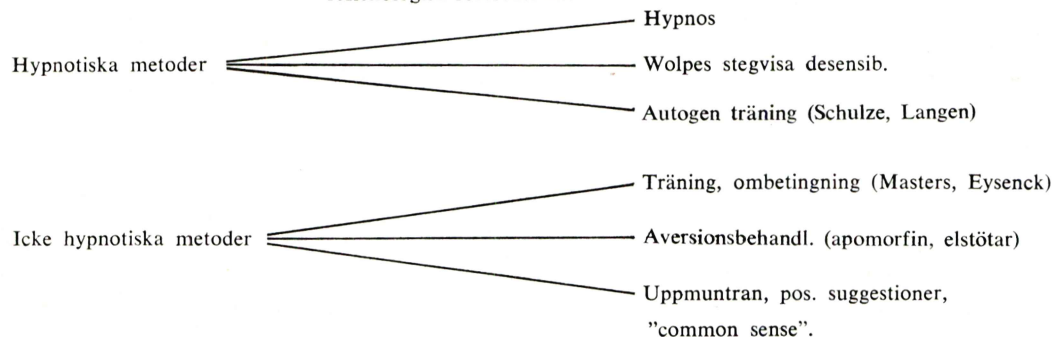
A.) *Insiktpsykoterapi:*

Den terapeutiska aktiviteten syftar till konfliktbearbetning på medvetna eller omedvetna nivåer.
Psykodynamisk referensram.



B.) *Beteendepsykoterapi:*

Den terapeutiska aktiviteten syftar till symtomlättnad. Inlärningssteoretisk eller reflexologisk referensram.



Psykoanalytiskt orienterad insikts-psykoterapi

Insiktsterapi skiljer sig från psykoanalys genom att patienten vanligtvis är sittande och kommer med längre intervaller. Genom dessa modifikationer, som minskar temperaturen i behandlingen, är förutsättningarna för den tidigare nämnda överföringsnevrosen ej så stora. Målsättningarna är i denna psykoterapiform att patienten, genom att i allt större frihet kunna tala med terapeuten om sina känslor, minnen, fantasier och konflikter, kan få se hur hans psykiska försvarsmekanismer fungerar och hur vissa av sambanden bakåt från hans tidigare barndom ser ut. Detta gör att han blir mera medveten om hur han är med att skapa sina egna livsförutsättningar och om hur hans relationsproblem ser ut. Därför kan han även finna mera konstruktiva lösningar. De mera djupgripande strukturella förändringar som psykoanalysen syftar till avser man inte primärt att åstadkomma med insiktsterapi även om resultaten på rätta indikationer kan bli mycket goda. Psykolog Anna-stina Rilton kommer att närmare belysa förhållandet mellan psykoterapi och psykoanalys.

Korttidspsykoterapi

Försök har gjorts att förkorta psykoterapier. De sträcker sig annars ofta över flera år med ett eller två besök i veckan. Det förefaller som om en rätt ny teknik, att hos vissa lämpade personer behandla ett speciellt konfliktområde, ett *fokus*, ger oss en god chans att med utmärkt resultat nerbringa behandlingstiden till ofta under 20 timmar. Läkarna Kjell Öhrberg och Imre Szecsödy kommer att presentera olika former av korttidspsykoterapi.

Casework

Casework är ett annat namn på insiktsterapi som bedrivs av en kurator. Själv är jag rätt kritisk mot denna beteckning som ju har sin historiska förklaring i de amerikanska psykiatrernas konservativa motvilja mot att andra än läkare bedrev psykoterapi. Det blev så att säga ofarligt med denna totalt intetsägande beteckning — klientarbete. Dagens psykoterapeutiska behov är som alla vet

enormt. Även om psykiatrerna, som vanligtvis har mindre teoretisk utbildning i personlighetspsykologi och psykoterapi än socionomer som gått den mentalhygieniska kursen, skulle arbeta heltid med psykoterapi skulle de bara hinna med en bråkdel av behovet. Det finns alltså anledning att få fram andra än läkare som kan arbeta med psykoterapi. Det som definitionsmässigt är specifikt för casework är att individens sociala miljö har ett huvudintresse i behandlingen, där en förbättrad realitetsanpassning ses som ett mål. Man menar sig inte primärt arbeta med att medvetandegöra tidiga konflikter i någon större utsträckning. Jag har dock svårt att föreställa mig att sådana faktorer som föräldraband och övertagna livsattityder kan undgå att spela en väsentlig roll även i casework. Eller att en skicklig och erfaren kurator, för att hennes arbete kallas casework, skulle undvika att ge vissa tolkningar av nevrotiska mekanismer då hon anser det befogat.

Även här är det ju den psykologiska utbildningen, den personliga fallenheten och erfarenheten som är avgörande för psykoterapeutens effektivitet och inte om man tidigare läst medicin eller socialvetenskaper. Jag har dock på känn att andra synpunkter på dessa problem kan komma att framföras.

Låt mig gå över till det jag har kallat för *samtal* och därmed velat antyda att det är fråga om färre antal konsultationer, om att konflikterna bearbetas på mera medvetet eller så kallat förmedvetet plan och om att terapeutens egen aktivitet är högre än i de andra terapiformerna. Även detta slags samtal kännetecknas dock av hans primärt lyssnande inställning inför vad patienten producerar. Jag ser en rätt viktig principiell skillnad mellan det *klar-*

Även om psykiatrerna, som vanligtvis har mindre teoretisk utbildning i personlighetspsykologi och psykoterapi än socionomer som gått den mentalhygieniska kursen, skulle arbeta på heltid med psykoterapi skulle de bara hinna med en bråkdel av behovet.

görande samtalet och det jag-stödjande samtalet även om de båda i praktiken kan flyta över i varandra.

Klargörande samtal

I det första fallet har vi en kanske skäligen normal individ som på grund av abnorma inre eller yttre förhållanden — sjukdom, dödsfall, arbetskonflikter etc. — reagerat med psykiska symtom som han presenterar som motiv för att söka hjälp. Ängest, depression, arbetsoförmåga, sömnbesvär, aggressivitet är våra vanligaste reaktionssätt vid olika konflikter och kristillstånd i tillvaron. Psykiatern möter ständigt — ibland oftare än han tror — människor i dessa situationer — som jourhavande, som konsult eller på mottagningen. Dessa behöver en effektiv, punktuellt insatt, omedelbar hjälp. Ofta visar det sig att om man ägnar ett eller ett par samtal åt dessa patienter, som kan presentera nog så dramatiska symtom, och försöker få fram vad som hänt, vad som patienten egentligen talar om i stället för att ha uppmärksamheten alltför mycket centrerad till symptomatologin, kan man få symtomen att lösa upp sig och försvinna. Dessa samtal kan ge både terapeuten och patienten behov att arbeta vidare med problemen, något som arbetsförhållandena ofta inte tillåter. Det visar sig dock gång på gång att även ett eller ett par samtal där man hjälper patienten att formulera konflikten kan ha en avgörande effekt på hans förmåga att hjälpa sig själv. Han har blivit mera konfliktmedveten och ej blott symptommedveten, med följd att hans friska jagresurser kan fungera bättre.

Tyvärr brukar det oftare bli fallet att psykiatern liksom patienten mera intresserar sig för symtomen och det hela blir ett systematiserande i psykiatrisk nosologi och slutar med några allmänt lugnande försäkringar plus det obligatoriska receptet. Detta kan i och för sig ha sitt värde men får inte täcka över vår förmåga att förstå vad det är som patienten egentligen talar om, alltså *innehållet* i hans akuta konflikt. Psykiaterkontakten kan annars resultera i ett befästade av patientens sjukdomsupplevelse genom att blott symtomen diskuterar och medicin ordinerar.

~~~~~  
*Detta jagstödjande samtal är även det en form av insiktsterapi, men där psykiatern behåller sin insikt för sig själv.*  
~~~~~

Jagstödjande samtal

Många, kanske flertalet av våra psykiatriska patienter, har så stora skador av konstitution eller bedrövliga uppväxtförhållanden att vi inte kan ha målsättningen att så att säga normalisera dem. Jag tänker här på tidiga karaktärsstörningar, psykotiska eller gränspsykotiska patienter eller starkt omogna karaktärer, ibland kanske i kombination med hjärnskadeanamnes. En viktigare målsättning kan många gånger vara att de skall kunna hållas flytande i en hygglig grundfunktion. Jagstödjande samtal har här sin givna roll. Detta jagstödjande samtal är även det en form av insiktsterapi, men där psykiatern behåller sin insikt för sig själv och på grundval av sin insikt om patientens djupare problematik och dynamik försöker att stödja de sidor av personligheten som han uppfattar som väsentliga för vederbörandes mest optimala funktionsnivå. Man stärker alltså patientens positiva resurser och kanske stödjer i stället för att *söka lösa upp de ångestförsvar som han har*. Exempelvis kan en djupt personlighetsstörd individ *behöva* att vara avvisande mot motsatta könet därför att han ej orkar de konflikter som en sådan relation skulle kunna innebära. Dessa samtal av jagstödjande karaktär kräver ofta en rätt mycket större personlig öppenhet och direkthet från terapeutens sida och det händer inte sällan att det är nödvändigt att ha dessa patienter genom en följd av år men med glesa mellanrum. Jag kan föreställa mig att många av de närvarande psykiatern har just sådana långtidspsykoterapier där de i princip arbetar efter dessa linjer, ibland kanske i kombination med psykoformaka. Begreppet psykoterapi får inte vara förbehållet blott de fall där patienten avses bli symptomfri! Det psykiatriska samtalet är och kommer förmodligen att förbli grunden och kärnan i de flesta psykiaters verksamhet. Nev-

rosbehandling liksom vissa andra former av långtidskontakter måste nog framgent till största delen komma att handhas av andra yrkeskategorier.

Det är därför desto mera tragiskt att det psykiatriska samtalet så ofta växlas ner i småmynt och beteckningen "stödjande samtal" ibland blir synonym med ett medhållande och allmän omklappning av patienten eller ibland ett moraliserande över vissa beteenden. Delvis har denna bristande förståelse för det enskilda samtalets vikt och dynamik bidragit till psykiatrins vanrykte och för många fördunklat de kreativa möjligheterna i arbetet. När man hör patienter ordagrant återge vad de uppfattade att en läkare sagt vid ett besök flera årtionden tidigare, så får man en föreställning om vikten av *vad* man säger och *hur* man säger det och av *det man inte* säger.

Gemensamma samtal

Under Individualterapi står i figuren Gruppterapi. Jag skall inte gå in på de olika formerna av denna verksamhet eftersom ett särskilt möte avses komma till stånd just över gruppterapi. Indelningen är gjord efter samma principer som individualpsykoterapiformerna. En mellanform är *gemensamma samtal* mellan äktenskapskontrahenter. Familjerådgivare Anne-Marie Engstedt kommer att belysa denna behandlingsform. Terapeuter som annars inte har någon utbildning för grupp får ibland anledning att tala med ett samlevande par. Detta är beroende på det enkla faktum att den enes problem i en samlevnad med en annan, alltid kommer att bli bådas problem och därigenom kommer att ändra karaktär till ett relationsproblem. Dessa samtalssituationer har de socionomutbildade familjerådgivarna betydligt mera erfarenhet av än vad läkarna har. Och vi behöver få lära av dem.

Beteendepsykoterapi

Vi går så över till det principiellt sett andra synsättet på psykoterapi, nämligen det *beteendepsykologiska*. Även här finns ett stort antal teorbildningar med olika nomenklaturer i Sovjetunionen, Tyskland, England och USA. Jag tror att man kan säga att samtliga på dessa teorier byggda te-

rapeutiska metoder syftar till att upphäva en fixering till ett bestämt reaktionssätt, en beteendestörning hos personligheten. Dessa fixeringar har enligt inlärningsteorier uppstått i samband med en genom olika omständigheter grundad ovanlig förstärkning av individens inlärningstendenser i en given situation. Beteendet eller reaktionssättet fortsättes sedan som en vana som blir alltmera inarbetad och synton med personligheten ju längre det står orubbat. Genom halo- eller spridningseffekter kan sedan det ursprungliga symtomet påverka och förändra andra sektorer av beteendet så att till slut en allmän och svår funktionssänkning har inträtt. En feedback från omgivningen kan givetvis även få sådana effekter. Man kan dela upp beteendebehandlingar i hypnotiska och icke-hypnotiska metoder. *De hypnotiska metoderna* förekommer i många olika modifikationer alltför de mest auktoritärt genomförda med patienten helt passiv, till dem som kräver ett egenarbete från patientens sida. Av de senare är Langens modifikation av autogen träning med ett slags självhypnos kanske mest känd i Sverige. Enligt Langen bör denna behandling också kombineras med konfliktbearbetande samtal.

Kanske man i detta sammanhang skall omnämna den lika vanliga som enkla behandlingsmetoden "det här ska nog gå bra" som ju helt bygger på terapeutens förmåga att lägga övertygelse i röstten.

Dr. Sten Espmark ska belysa en annan av dessa terapiformer, som under senare år uppmärksammas speciellt i USA, nämligen Wolpes stegvisa desensibilisering under hypnos. Mycket goda terapeutiska resultat har publicerats med denna behandling, speciellt vid fobier.

Av *de icke-hypnotiska metoderna* har bl.a. Eysenck arbetat ut komplicerade system för omkonditionering av betingade reflexer och speciellt intresserat sig för sömngätning med, som det förefaller, intressanta resultat.

Masters och Johnson har vid sexualproblem er nått synnerligen goda resultat med träningsbehandling och uppmuntran under direkt överinseende av patienternas coitus. Någon utförlig skildring och psykologisk analys av behandlingarna har

Metodernas värde beror ju helt på vem som använder dem och vilka målsättningar man har och hur patienten kan tänkas samarbeta.

ännu ej kommit och de frågor man kan ställa sig med anledning av denna behandlingsform är givetvis många.

Aversionsbehandling har under senare år rönt en viss uppmärksamhet. Man har behandlat homoseksuella med elektriska stötar då de försjunkit i betraktelser av homosexuellt stimulerande bilder och på så sätt fått dem att reagera med olust inför dessa upplevelser. Samtidigt har man gratifierat med heterosexuella bilder som de fått vila ut inför. Resultaten är inte övertygande enligt en översikt som publicerats för några år sedan. Motsvarande metoder har använts för alkoholister som fått insprutningar av krämedel samtidigt som de fått angripa en lockande bardisk. Jag vet inte om någon känner större entusiasm inför dessa behandlingsformer idag.

Jämförelse mellan de psykoterapeutiska systemen

För att belysa arbetssätten i de två behandlingssystem, som jag skildrat, vill jag illustrera med ett tänkt fall:

En man reagerar med impotens i sitt äktenskap under en period då han är pressad av konflikter i sitt arbete. Beteendeterapeuten kanske här vill uppfatta pressen i arbetet som det förstärkningsmoment som gör att patientens impotensreaktion får en starkare inlärningseffekt så att han betingas till impotens i sexuella situationer. Impotensen medför äktenskapliga slitningar och ytterligare sänkt arbetsprestation vilket allt återverkar på hans allmänna status, vilket ytterligare stärker impotensreaktionen. Terapeuten kan här antingen med hypnos eller med andra träningsmetoder försöka bryta den onda cirkel som patienten befinner sig i, d. v. s. betingningen av sexualitet till impotens.

Insiktspsykoterapeuten skulle väl närmast lyssna

på patientens sätt att tala om sina arbetskonflikter eller om sitt förhållande till hustrun. Kanske han finner anledning att se på symtomet som ett uttryck för den aggressivitet som vederbörande upplevt i samband med arbetskonflikten men som han inte kunnat uttrycka utåt och som i stället blivit självanklagelser eller riktats mot hustrun. Det terapeutiska arbetet kanske skulle komma att ligga i att patienten får uppleva affekterna där de hör hemma med den stärkning av självkänslan som detta kan ha till följd. Beroende på patientens grundpersonlighet kan detta gå snabbt eller det kan ta lång tid. Det *kan* kräva att hans barndomsförhållanden analyseras och bearbetas för att han skall få uppleva hur hans förhållande till aggressiva impulser sammanhänger bakåt i tiden.

Vilken av dessa metoder är den rätta och vilken är den felaktiga? Jag hoppas att det framgått att det felaktiga är sättet att ställa frågan. Metodernas värde beror ju helt på vem som använder dem och vilka målsättningar man har och hur patienten kan tänkas samarbeta. I ena fallet sker det en direkt upplösning av betingningen, i det andra fallet en indirekt, genom att patienten förstår en del av det känslkomplex som bundit symtomet. Fördelen med en god beteendeterapi är att den ofta går snabbare och fördelen med en god insiktspsykoterapi är att risken för återfall är mindre. Sedan måste var och en välja vilken behandlingsform som passar honom och patienten bäst. Helt visst finns det många psykiatrer och psykologer som aldrig kan uppmuntra något starkare intresse inför primärt psykodynamiska arbetssätt liksom även motsatsen finns. Detta är ett uttryck för en dikotomi inom det psykiatriska synsättet som har djupa rötter; vi måste acceptera den och försöka utnyttja den konstruktivt i stället för att förneka den.

Med risk att ointetgöra den didaktiska uppdelningen mellan dessa terapeutiska system vill jag också antyda hur de går över i varandra. Insiktspsykoterapeuten arbetar i sin psykoterapi *också* mer eller mindre medvetet med sin egen person med de suggestionselement och identifikationsmöjligheter som denna person kan innehålla för patienten. Likaså innebär många moment i en insiktspsykoterapi att patienten utsätter sig för ång-

estladdade situationer och därigenom tränar sig att klara alltmera. Detta är nödvändiga innehåll men inte det essentiella i insiktspsykoterapi.

Beteendepsykoterapeuten har å andra sidan rent psykodynamiska hjälpmedel som han ofta är omedveten om. Som exempel vill jag nämna att min undran över hur Masters och Johnson fick så många medverkande i sina coitusexperiment bland Washingtons universitetsfolk, liksom över de påfallande framgångar de hade i att behandla sexualrubbningar, minskade då jag såg dem på en kongress i Amerika. Masters och Johnson erbjuder säkerligen mycket goda föräldrasubstitut för patienterna. Att införa personer med deras auktoritet kombinerad med deras integrerade intresse tala om sexualproblemen i innersta detalj måste för de hjälpsökande och hämmade ha en stark effekt på de restriktioner deras normsystem utsätter dem för och få dem att våga koppla på sina förbjudna önskningar med åtföljande möjligheter till nya erfarenheter. De får alltså regrediera under kontroll och är som partiellt regredierade speciellt mottagliga för omlärningar och nya betingningar.

Jag nämnde att jag tror att terapeutens personlighet oftare än patientens presenterade problem blir avgörande för vilken huvudlinje terapeuten väljer i sitt arbete. Många gånger krävs dock en stor flexibilitet från terapeutens sida och doktor Nils Haak kommer senare att belysa hur en terapeut medvetet kan använda sig av olika parametrar i sitt praktiska arbete.

Samordning av resurser

En översikt över psykoterapiformer kan inte avslutas utan att man med ett par ord har nämnt om det idag kanske mest viktiga problemet nämligen den *preventiva psykoterapin*. Det är intressant att tänka på vilken mängd kunskaper om mänskligt beteende som är representerade i denna församling. Det är bara det att en känner en delaspekt, andra behärskar en annan delaspekt av beteendevetenskaperna. En ökad kommunikation mellan dessa beteendevetenskaper är oundgängligen nödvändig för att den svårartade kategoriklyvningen — kunskapsmässigt och rollmässigt — mellan psy-

kiatrer, socialarbetare, sociologer och psykologer skall kunna brytas igenom. Läkarna behöver bland annat psykologiskt och sociologiskt kunnande, kuratorerna behöver finna en acceptabel terapeutisk rollfunktion och stöd av läkarna, psykologerna behöver psykiatrisk-klinisk erfarenhet etc. Förrän okonventionella lösningar på dessa problem börjar komma fram och ett slagkraftigare samarbete kommit till stånd kan man ej begära att myndigheterna skall veta hur de skall förändra samhället i sådan riktning att många av förutsättningarna för psykiska skador skall minska. Detta skulle således kunna bli en form av insiktsbehandling av myndigheterna, vars frigörelse från det förgångna man ibland kan uppleva som rätt önskvärd.

HUDIKSVALLS STAD

ledigförklarar härmed följande ordinarie tjänst.

ARBETSTERAPEUT

med arbetsuppgifter inom såväl sluten som öppen åldringsvård.

Sökande bör med godkända vitsord ha genomgått av Kungl. Skolöverstyrelsen godkänd utbildning till arbetsterapeut eller ha annan likvärdig teoretisk och praktisk utbildning.

Lön utgår enligt lgr KA 12.

För befattningen gäller ABT, TST och NPR.

Tillträdesdag efter överenskommelse. Sökande som för löneklassuppflyttning önskar tillgodoräkna sig tidigare tjänstgöring skall göra framställning härom i ansökan. Läkarintyg enligt fastställt formulär inlämnas efter anfordran. Närmare upplysningar av socialchefen tel. 0650/150 70 eller föreståndarinnan vid ålderdomshemmet Fredens Kulle tel. 0650/157 80. Till Hudiksvalls stads socialnämnd ställd ansökan skall ingivas till sociala byrån, Hudiksvall, senast den 31.3. 1969.

SOCIALNÄMNDEN