

# Personlighetsdiagnos och val av terapiform



**Annastina Rilton**

Som utgångspunkt för dagens diskussion om diagnos och terapiform har jag valt att först granska två aspekter av psykoanalysen. Det är för mig som psykoanalytiker nära till hands att ta psykoanalysen som utgångspunkt men framför allt gör jag det därför att psykoanalysen är den behandling som är mest ingående studerad både beträffande teknik och målsättning. Av avgörande intresse är i detta sammanhang de iakttagelser man kunnat göra om den analytiska processen, hur den startar, utvecklas och vilka förändringar den åstadkommer inom personligheten. Jag utgår ifrån att våra kunskaper från psykoanalysen om dessa processer skall kunna appliceras på alla psykodynamiska terapier.

## Den analytiska processen

Det intressanta är som sagt det psykiska skeende som sätts igång i en analys och det framgår redan ur definitionen hur den fungerar. Johan Cullberg gjorde det nyss i sin översikt över olika psykoterapiformer och jag upprepar det väsentligaste. Psykoanalysen är en terapeutisk metod som sätter igång en analytisk process varvid skapas gynn-

Olika konflikttyper och psykiska störningar kan uppträda med ytligt sett samma symtombild. Den underliggande personlighetsstrukturen liksom individens latenta utvecklingsmöjligheter är därför av avgörande betydelse för diagnosen och för valet av terapiform vid neurosbehandling. Dessa problem belyses med kliniska exempel.

Fil. lic. Annastina Rilton är ordförande i Svenska psykoanalytiska föreningens psykoanalytiska institut.

samma förhållanden för att en överföringsneuros via regression skall komma till stånd. Överföringsneurosen är en alldeles speciell överföring i vilken det förflutna åter aktualiseras i nuet och till terapeuten. Under analysens gång löses denna neuros eller reduceras i den utsträckning som patientens kapaciteter och terapeutens skicklighet tillåter. Detta sker i sista hand genom *genetiska*<sup>1)</sup> tolkningar med målsättningen att åstadkomma en reorganisation i patientens personlighet.

Detta förlopp, som jag här kallat den analytiska processen, har som ett av sina främsta kännetecken den *regression*<sup>2)</sup> som kommer till stånd genom analytikerns hållning och den är förutsättningen för att gamla olösta konflikter skall återupplevas. Jag tänker inte gå in på detta ämne annat än att i fortsättningen framhålla vilka specifika krav regressionen ställer på patientens kapacitet och under vilka förutsättningar den är möj-

<sup>1)</sup> Med genetisk avses konfliktens ursprung.

<sup>2)</sup> Regression innebär en partiell återgång till ett funktions- och upplevelsesätt som tillhör ett tidigare utvecklingsstadium.

lig och lämplig. Vad vi speciellt kan uppmärksamma är den slående likheten mellan vad som försiggår i den analytiska processen med syfte att lösa en konflikt eller rättare sagt ett mer omfattande konfliktområde och vad vi från normalpsykologin vet konstituerar all psykisk utveckling. I all utveckling ingår såväl regressiva som progressiva potentialer. Symtombildningen t ex är ett steg bakåt och om den fixeras som symptom hindrar den vidareutvecklingen på involverade områden. Symtomen kan emellertid, vilket vi bäst lärt oss från barnpsykologisk utvecklingspsykologi, föregå konfliktlösningar och frigöra progressiva krafter. Detta är vad vi i analysen tar fasta på och egentligen efterbildar. En analys syftar till att via neurosöverföringen och medelst tolkningar sätta igång den konfliktlösning patienten hittills ej kunnat göra men egentligen är kapabel till för att låta de givna utvecklingspotentialerna få sin chans. Detta är systematiskt studerat i den psykoanalytiska metoden.

### **Psykoanalysens förutsättningar och begränsningar**

Emellertid anger redan definitionen av psykoanalys också dess förutsättningar och begränsningar vad beträffar urvalet av patienter. Flera analytiker har försökt sammanfatta dessa förutsättningar under följande fyra huvudpunkter. Grundförutsättningarna för att just den analytiska processen genom framför allt överföringen skall bli starten för vidareutveckling är att det under barndomsutvecklingen förelegat:

1. Tillförsikt i relation till andra människor (en sorts "basic trust")
2. Förmåga differentiera den egna personen från andra (Self — object differentiation)
3. Förmåga till relevanta identifikationer
4. Kunna acceptera realistiska begränsningar.

Och här kommer jag tillbaka till det krav som analysen ställer, nämligen att patienten skall kunna åstadkomma denna delvisa regression; skall kunna skilja på fantasier, överföringar och den realistiska

terapeuten; patienten skall också under ångest och besvikelser kunna bibehålla en varaktig positiv relation till terapeuten och identifiera sig med terapeutens terapeutiska verksamhet och målsättning och slutligen acceptera begränsningar och misstag utan att uppfatta dem som avvisande eller aggressioner.

För vilka är då psykoanalytisk terapi till gagn? Man brukar traditionellt säga att detta är den terapiform som hysterier, tvångsneuroser och fobiker kan dra nytta av, de vi brukar kalla överföringsneuroser med en påvisbar neurotisk konflikt. Redan här börjar den första stora svårigheten och den ligger enligt mitt förmenande i att kunna diagnostisera en analyserbar neuros. Jag skall belysa med några exempel.

### **Fobi som symptom**

Följande fyra patienter remitterades till mig vid ungefär samma tidpunkt för fobiska besvär.

En pubertetsflicka i 15-års åldern hade sedan något år ej kunna lämna hemmet utan svåra ångestattacker och vid tidpunkten för besöket hos mig tillsammans med sin mor och far hade hon definitivt slutat gå ut ensam. Skolgången blev avbruten och hennes kamratkontakter upphörde. Modern led av svåra hjärtbesvär som hon hela tiden förde in i samtalet. Båda gick hos nervläkare. Flickan och jag kom överens om att försöka samtalsterapi. Mina åtgöranden gick ut på att föreslå flickan successivt försöka komma ensam till mig, så småningom att delta i kamrataktiviteter etc. Hon satte snart själv igång att ge sig ut på egen hand, beskrev under besöken hos mig sin ångest och var efter ett knappt år symptom-

.....

*En analys syftar till att via neurosöverföringen och medelst tolkningar sätta igång den konfliktlösning patienten hittills ej kunnat göra men egentligen är kapabel till för att låta de givna utvecklingspotentialerna få sin chans. Detta är systematiskt studerat i den psykoanalytiska metoden.*

.....

fri. Det märkliga var att hon inte gav mig någon inblick i innehållet av sin ångest eller om dess uppkomst.

En 22-årig ung kvinna remitterades till mig för samma symtom. Hon nämnde dock redan vid första samtalet att hennes ångest var förknippad med en impuls att knuffa människor framför bilar och bussar. Innan hon kunde börja terapin gjorde hon ett cuicidförsök med sömntabletter. Hos denna unga kvinna bröt under varje etapp i terapin hennes förtvylade fantasier igenom och det var uppenbart att hennes fobi var ett skydd mot psykos. Långsamt kunde hon lämna sitt intensiva fastklamrande vid föräldrarna men klamrade sig i stället till mig. Vi kunde trots det så småningom gemensamt finna vägar för henne att komma ut i arbetslivet. Hon fungerade på det sättet i ett socialt sammanhang. Där fick hon förvisso stora svårigheter i kontakterna, var ytterst misstänksam och olika vanföreställningar efterföljde varandra och plågade henne svårt. Visst fick hon ökat självförtroende men där kvarstod många restriktioner i hennes livsföring och hennes reaktioner var mer färgade av att andra människor för henne var driftobjekt eller skydd mot hotande driftsgenombrott. För henne fanns ingen klar differentiering mellan henne själv och andra. Hennes förhållande till mig var en serie av överföringar och fantasier som hon ständigt var på väg att överväldigas av. Likaså sviktade hennes förmåga till positiva identifieringar.

En ingenjör i 40-årsåldern remitterades från en psykiater för analys. Hans problem var att han sedan några år ej kunnat använda flyget, ej åka tåg och på sista tiden ej heller kunde köra bil. Han behövde resa mycket i sitt arbete och stod inför valet att antingen sluta en fin befattning eller komma tillrätta med sina ångestbesvär. Hans behandling utvecklades aldrig till någon analys i den bemärkelsen jag redogjort för, han var en för starkt garderad tvångsneurotisk karaktär för att våga sig på uppleva den grundläggande konflikten eller kunna våga den terapeutiska samverkan som skulle givit oss en överföringsneurosis. Han nöjde sig sedan han efter 2 års analys kunde såväl köra bil som åka tåg.

En hemmafru i 35-års åldern, steril, med en liten adoptivson sökte analys sedan hon blivit helt bunden hemma och endast kunde röra sig utanför hemmets dörr i sällskap med sin make. Det som mest skrämde henne var att hon på senare tid också blivit rädd använda verktyg som knivar och saxar. Trots de alarmerande symtomen visade hon fin realistisk kontaktförmåga och kunde genomgå en traditionell analys.

Jag vill i detta sammanhang också nämna den redogörelse en amerikansk analytiker Elisabeth Zetzel gjorde vid den internationella psykoanalytiska kongressen i Köpenhamn 1967. Hennes material utgjordes av 30 fall som hon själv behandlat eller följt som handledare. De hade samtliga bedömts som hysteriska neuroser. Efter behandlingsarnas slut indelade hon dem i fyra grupper alltefter deras behandlingsbarhet. En grupp utgjordes av neuroser med god samarbetsförmåga och förmåga etablera en kontrollerbar neurosöverföring. En grupp kunde efter en inledande annan psykoterapi utvecklas till analysfall. En grupp visade sig ha en underliggande depressiv karaktärologi och starka ambivalenta drag med hysteriska pseudo-symtom. De var ytterst svåra fall och tenderade bli s k evighetsfall. Den fjärde gruppen var enligt henne överhuvudtaget ej behandlingsbar.

Vi vet emellertid av erfarenhet att också det motsatta förhållandet kan gälla. Patienter som i egentlig mening inte visar neurotiska symtom kan under speciella omständigheter med hjälp av olika psykoterapeutiska metoder bli analysfall. Jag tänker på patienter med karaktärsstörningar, perversioner, psykosomatiska störningar och även vissa psykotiska som har insikt i sina svårigheter och lider av dem, som önskar en förändring och som kan utveckla en terapeutisk samverkan.

### **Dynamisk diagnos i stället för symtomdiagnos**

Det är med andra ord så att den traditionella symtomdiagnosen på neuros inte ger oss en tillräcklig praktisk hjälp att bedöma om analys är den för patienten lämpligaste behandlingsformen. Symtomdiagnos är en deskriptiv diagnos som tar sikte på den manifesta symtomatologin men den

Det är de friska delarna hos patienten vi behöver veta mer om för att kunna bedöma patientens potentiella utvecklingsmöjligheter och vilken behandlingsform som är den adekvata.

kan dels inte fånga in de underliggande patogena faktorerna och viktigast i detta sammanhang inte ge oss någon upplysning om patientens potentiella möjligheter. Alltför stora avgörande skillnader föreligger mellan individer som på basis av sina manifesta symptom placeras inom samma nosologiska kategori. Det är de friska delarna hos patienten vi behöver veta mer om för att kunna bedöma patientens potentiella utvecklingsmöjligheter och vilken behandlingsform som är den adekvata. Vi måste i vår diagnos avväga sådana funktioner som t ex förmågan till samverkan (working alliance, therapeutic alliance), motivation, vad för slags motivation, beredskap till förändringar och förmågan tolerera ångest och besvikelser.

Jag skall ge ännu ett exempel på hur våra deskriptiva termer vilseleder oss. "Separationsångest" används ofta i beskrivande i stället för i dynamiskt syfte. Med detta ord kan man beteckna liknande tillstånd hos småbarnet skilt från sin mor liksom hos en 8-åring med skolfobi. Småbarnet är utsatt för ett gravt ingrepp från yttervärlden och dess utvecklingsmöjligheter via relationen med modern är negligerade och här kan endast en substitutmor upphäva ett faktiskt utvecklingshotande trauma. Skolfobin har oftare sin grund i barnets ambivalens till föräldrarna.

Symtomdiagnos är alltså ingen tillräcklig grund att bygga ett behandlingsprogram på. Jag skulle vilja kalla den diagnos vi behöver för att bedöma behandlingsmöjligheterna för en dynamisk diagnos, en sådan som inkluderar utvecklingspotentialer med hjälp av patientens friska delar. För den bedömningen behöver vi ökade kunskaper om den normala utvecklingen som vi egentligen vet mindre om än om den patogena. Möjligen har Anna Freud

lagt grunden till ett sådant bedömnings sätt i sina utvecklingsprofiler i boken "Normality and Pathology in Childhood" 1965.

## Psykoterapier

Jag lämnar härmed psykoanalysen för att ur samma synpunkter granska de psykoterapier vi använder vid andra störningar eller då analys på grund av omständigheter inte är den tillräddliga eller lämpliga behandlingsformen. Psykoterapier har ju ett bredare användningsområde men det är dock kunskaper från den psykoanalytiska processen som ligger till grund för olika psykoterapeutiska metoder.

En dynamisk diagnos och ett dynamiskt process-tänkande är enligt mitt förmenande lika väsentligt för psykoterapier. Vi kommer idag och i morgon få olika psykoterapier belysta och jag skall därför koncentrera mig på för samtliga psykoterapier gemensamma aspekter.

Var och en av de ingredienser som förekommer i den psykoanalytiska processen kan förekomma och förekommer faktiskt också inom andra psykoterapier. För att nämna några: iakttagandet och användningen av identifikation och överföringar; önskade eller icke önskade regressiva processer; referens till det förgångna, till tidigare upplevelser och till barndomsinflytanden; användningen av deltolkningar och förklaringar; motverka patientens motstånd mot insikt och förståelse; stimulera för patienten positiva förändringar i hans sätt att uppleva eller handla.

Skillnaden mellan psykoanalys och psykoterapier som metod ligger däri att under en psykoanalys dessa inslag visserligen förekommer men då enbart som hjälpmedel för att uppnå det slutliga syftet, en tolkningsbar överföringsneuros. Effekten av psykoterapeutiska åtgärder måste i analysens slutskede ha genomarbetats och upplösts. I andra psykoterapier är det just aktiveringen av vissa delprocesser som åsyftas och som har den kurativa effekten ex stimulera positiv överföring, bemöta beroende, motverka regressioner, bristande kontroller eller svag realitetsförankring.

Det finns många indelningsgrunder på psyko-

*Vad jag vill framhålla är att i de dynamiska psykoterapierna de metoder och den teknik som används har till syfte att aktivt sätta igång och välja ut vissa processer hos patienten eller att stoppa upp patogena.*

terapi. Idag har vi fått en ny av Johan Cullberg, som omfattar flertalet existerande psykoterapier.

Edvard Bibring använde 1954 en framställning efter tekniker och indelade psykoterapier i suggestiva; avreagerande; manipulativa; klassifierade; tolkande.

Lewis Wolberg i sitt stora arbete "The Technique of Psychotherapy" 1967, redogör för olika psykoterapier och för skeenden under olika faser under terapiernas gång.

Paul Dewald i sin bok "Psychotherapy a dynamic approach" 1964 skiljer mellan stödjande terapier och insiktsterapier och framhåller olika målsättningar alltefter patientens psykiska förutsättningar. Vad jag vill framhålla är att i de dynamiska psykoterapierna de metoder och den teknik som används har till syfte att aktivt sätta igång och välja ut vissa processer hos patienten eller att stoppa upp patogena. Terapeuten stimulerar och nyttjar de kurativa krafter han bedömer att patienten har till sitt förfogande för att nå det specifika terapeutiska målet. Jag skall exemplifiera från mina fobiska patienter jag nyss nämnde.

### **Exempel på terapeutiska processer**

Pubertetsflickans terapi började med att jag föreslog henne försöka samtalsmöjligheten. Hennes positiva inställning till mitt behandlingsförslag gjorde det möjligt för mig föreslå henne utsätta sig för de ångestväckande situationer hon fruktade. Det var ett aktivt ingripande från min sida. Hon identifierade sig med min tilltro till hennes förmåga och med min terapeutiska distans till hennes ångest som hon fick avreagera tillsammans med mig. Hennes friska delar och starka önskan

komma ur sin invalidiserande situation mobiliserade henne. Terapi och jag motverkade och stod i kontrast med den hemmamiljö där hennes mor visade stark egen ångest, var upptagen av sina hjärtbesvär och tog sida för flickans ångest mot hennes friska potentiella möjligheter. Hennes psykoterapi byggde på positiv överföring och identifiering som utnyttjades men aldrig tolkades.

22-åringens avreageranden när hon beskrev sina skrämmande dödsfantasier gav henne så småningom något perspektiv på och en viss kontroll över de ångestväckande impulserna. Genom att delge dem till mig kände hon sig dela ansvaret med mig och eftersom hon vid den tidpunkten var hjälpsökande och positivt inställd ökade det hennes avståndstagande från dödsimpulserna. Hennes terapi baserades på att jag fungerade som hennes kontroller och begränsade realitet. Många olika överföringar och fantasier utvecklades till mig alltefter hennes tillstånd och fick förbli och användas om de var tillgodo för hennes förbättring. De fick också förbli otolkade om de var mer aggressiva än hon kunnat kontrollera om de medvetandegjorts.

Med ingenjören hade jag en introduktionsterapi som utgick från hans starka ambivalenta beroende till auktoriteter. Den gick ut på att han själv skulle acceptera den terapeutiska behandlingen och ej känna sig tvungen godtaga den på grund av att han remitterats från läkare som prövat olika lugnande mediciner. Nästa steg var att framhålla att han inte behövde underkasta sig förklaringar utan att själv pröva deras riktighet på honom. Han började snart på eget initiativ köra bil. Jag gav senare en sorts jämförelse som han kunde använda sig av då jag jämförde hans rädsla behöva underkasta sig mig som terapeut och tågföraren som körde tåget. Detta mobiliserade hos honom ett behov att ta initiativet i stället för att ge efter för sin rädsla att dirigeras av andra. I hans terapi stimulerades aktivitet contra beroende.

Hemmafrun utvecklade snabbt en överföring till mig där hela ursprungsproblematiken från hennes uppväxtsituationer och upplevelser i hennes barn-

domsfamilj kunde genomarbetas och där traditionella tolkningar var det hjälpmedel med vars hjälp hennes grundproblematik genomarbetades.

Dessa stickprov är exempel på terapeutiska tillvägagångssätt och effekter som varje arbetande psykoterapeut har erfarenheter av. Det finns en rikhaltig litteratur på området med utomordentliga exempel.

## **Fundamentala aspekter på alla psykoterapier**

Vi behöver studera vilka processer vi sätter igång i olika psykoterapier. Psykoanalysen är mest systematiskt kartlagd vad beträffar teknik, process och målsättning. När vi använder andra terapier än psykoanalys introducerar vi olika verk samma agenter om och när vi får igång en terapeutisk process. Ett ökat studium om den normalpsykologiska utvecklingen, speciellt hur psykiska kriser löses, skulle ge oss bättre insikt i vilka agenter vi aktiverar och hur de används av patienten. Vi behöver därför en initial bedömning över vilka kurativa möjligheter en viss patient har till sitt förfogande och hur vi skall hjälpa patienten använda dessa.

Min andra huvudpunkt är att den dynamiska diagnosen av en patient inte kan stanna vid en initialbedömning av vilka kapaciteter han har till sitt förfogande och vilka kontraindikationer som föreligger för en viss behandlingsmetod. Det diagnostiska tänkandet behöver följas upp under hela behandlingstiden och innefatta det skeende som försiggår under behandlingens gång. De processer som sätts igång kräver ett ständigt omtänkande och avvägande från terapeutens sida alltefter patientens möjligheter eller svagheter visar sig och alltefter hur den terapeutiska processen och samverkan med terapeuten utvecklar sig.

Det är ett improduktivt tänkande och säkert felaktigt men alltför vanligt att å ena sidan ställa upp en psykoanalytisk teknik och målsättning och polärt å andra sidan psykoterapier och deras målsättningar och beteckna dessa som t ex jagstödjande, symtombefriande, realitetsanpassande. All erfarenhet pekar på att konfliktlägen kan be-

arbetas hos patienter inte bara som i psykoanalys genom att grundneurosen genomarbetas utan också genom att derivativa konflikter får en ny och bättre lösning via andra psykoterapeutiska metoder. Jag menar att man måste studera varje psykoterapeutiskt förfaringssätt utifrån det specifika skeende som sätts igång och utifrån de förändringar patienten genomgår och efter framför allt hur "the therapeutic alliance" utvecklar sig mellan patient och terapeut. Även i psykoterapier kan ske en för personligheten genomgripande rekonstruktion. Den förändring man åsyftar i den psykoanalytiska terapin sker via grundneurosens upplösning och för det fordras ett speciellt förfaringssätt och specifika förutsättningar hos patienten som jag redogjort för. De förändringar man åsyftar med andra psykodynamiska terapier bygger på samma idé om att få igång en psykisk process och man använder aktivt de specifika kapaciteter patienten har för att nå detta mål.

## **Sammanfattning**

Jag har velat belysa två viktiga aspekter på alla psykoterapier baserade på dynamiskt tänkande. Det gäller i första hand vårt behov av en dynamisk diagnos i stället för en deskriptiv symtomdiagnos. Avgörande personlighetsskillnader föreligger mellan patienter som på basis av sina manifesta symptom placeras inom samma nosologiska kategori. Den dynamiska bedömningen av hela personligheten är den absoluta förutsättningen för att tillråda, initiera och fullfölja en för patienten meningsfull psykoterapi byggd på patientens aktiva medverkan.

Min andra aspekt är att belysa det produktiva i ett dynamiskt tänkande för att mer i detalj studera och förstå de processer som sker under psykoterapins gång, vilken terapiform vi än använder oss av. För att förstå vilka komplikationer som uppkommer under behandlingens gång, vilka begränsningar som finns hos patienten eller vilka produktiva bearbetningar patienter använder sig av måste vi vända oss till normalpsykologin. De kurativa effekterna av en psykoterapi har stora likheter med och motsvarar i många fall det normala

utvecklingsförloppet. Psykoanalys är den mest systematiskt studerade behandlingen men vi vet att psykoterapier kan lösa patienternas aktuella problem och konflikter och detta utan att den grundläggande infantila neurosen behöver eller ens kan beröras. Det kan uppstå konstruktiva personlighetsförändringar inte bara om grundkonflikterna löses som i psykoanalys — när den lyckas — utan även när dessa grundkonflikter förblir ej medvetandegjorda under en rätt vald behandlingsform.

#### LITTERATUR

- Paul A Dewald*: Psycho-therapy, a dynamic approach  
Blackwell Scientific Publications 1964
- Anna Freud*: Normality and Pathology in Childhood  
International Universities Press N.Y. 1965
- Humberto Nagera*: Early childhood disturbances, the infantile neurosis, and the adulthood disturbances  
International Universities Press N.Y. 1966
- Leo Rangell*: The psychoanalytic process  
The international Journal of Psycho-Analysis 1968 vol 49 del 1
- Lewis R Wolberg*: The Technique of Psychotherapy  
Grune & Stratton N.Y. 1967
- Elisabeth R Zeitzel*: The theory of therapy in relation to a developmental model of the psychic apparatus  
The International Journal of Psycho-Analysis 1965 vol 46 del 1
- The widening scope of psychoanalysis  
Journal of Am. Psychoanal. Ass 1954, del 2

## SOCIALFÖRVALTNINGEN I MALMÖ PSYKOLOG KA 28/26

**ARBETSUPPGIFTER:** Att tillsammans med bitr. psykologer planlägga och utveckla psykologmedverkan inom socialförvaltningens verksamhetsområde, vilken omfattar såväl institutioner av skilda slag som öppen vård (socialbyråer).

**KVALIFIKATIONER:** Fil. lic. med behörighet som psykolog samt praktisk erfarenhet av behandlingsarbete, helst även gruppmetodik.

Tjänsten är placerad på socialmedicinska avdelningen och i arbetslaget ingår läkare, bitr. psykologer, kuratorer och kontorspersonal.

Ref.nr: 51—004—69.

Tjänsten skall tillträdas snarast möjligt. För tjänsten gäller ABT samt stadens pensionsreglemente. Läkarintyg enligt fastställt formulär avlämnas efter anmodan.

Begäran om tillgodoräknande av tid för löneklassplacering skall angivas i ansökan.

Upplysningar om tjänsten kan erhållas genom personalavdelningen, telefon 040/99 50 00 måndagar—fredagar kl. 10.00—11.00.

Ansökan med styrkt meritförteckning och betygsavskrifter sändes till SOCIALVÅRDSSTYRELSEN, Box 8085, 200 41 Malmö 8, senast den 5 april 1969.