

Focusinriktad korttidspsykoterapi

Författarna skildrar en psykoterapeutisk försöksverksamhet vid Stockholms stads mentalvårdsbyrå. Utgångspunkten är ett långt drivet diagnostiskt och prognostiskt bedömande av dynamiken bakom patienternas presenterade besvär. Man arbetar med korttidsbehandling av en delaspekt inom personligheten, ett "konfliktfokus". Kriterierna, som valts för denna behandlingsform diskuteras.

Imre Szecsödy och Kjell Öhrberg är båda verksamma som polikliniklärare vid Stockholms stads mentalvårdsbyrå.



Imre Szecsödy



Kjell Öhrberg

I vårt föredrag kommer vi att använda oss av en enda referensram, nämligen den psykoanalytiska, d. v. s. den lång- och korttidsterapi som grundas på psykoanalytisk teori och kommer därför också att använda oss av psykoanalytisk terminologi. Tyngdpunkten i vårt föredrag kommer vi att lägga på psykoanalytiskt orienterad korttidsterapi som den tillämpas vid Stockholms stads mentalvårdsbyrå och dess filialer. Vi vill dock börja med några definitioner och en relativt kort historisk överblick omkring försöken att förkorta den psykoanalytiska eller psykoterapeutiska behandlingstiden med olika tekniska åtgärder.

Vad är psykoanalys? Vad är psykoterapi?

Psykoanalys kan beskrivas som en psykoterapeutisk teknik där man enligt vissa specificerade regler huvudsakligen utnyttjar den s.k. överföringsneurosen; där patienten under behandlingen i förhållande till terapeuten återupplever tidigare icke

lösta konflikter av infantil genes t.ex. rivalitetsproblem i förhållande till föräldrar, syskon etc. Genom s.k. tolkningar (medvetandegörande) av tidigare beteendemönster och de omedvetna orsakerna för dessa, huvudsakligen såsom de upprepas i överföringsneurosen uppstår en strukturförändring, d.v.s. transformering av psykisk energi till mer vuxna, mogna och mer realitetsorienterade intresseområden eller med psykoanalytisk terminologi driftsmål. Därvid sker en eliminering av de inskränkningar i jagfunktioner och objektrelationer som tidigare varit en följd av de omedvetna konflikterna. (T.ex.: eliminering av vissa ritualhandlingar som haft sitt ursprung i en omedveten aggressivitet eller relationen mellan två parter allvarligt hotande potensstörning beroende på omedveten ångest hos mannen inför kvinnliga genitalia.)

Hur skiljer sig då den psykoanalytiskt orienterade långtidsterapi från psykoanalys? I första hand är skillnaden vad gäller behandlingstekniken

Återgivande i pressen av fallberättelserna undanbedes

Korttidsterapi är en behandlingsform där man med samma diagnostiska metoder och samma referensram som vid psykoanalys eller långtidsterapi som utgångspunkt väljer det konfliktområde som är mest centralt i de besvär som patienten söker behandling för.

och dess effekt på terapin huvudsakligen kvantitativ. Vid en psykoterapi är besöksfrekvensen lägre, realitetskontakten blir större för patienten i face to face situationen, d.v.s. där både patient och terapeut sitter mitt emot varandra. Därmed blir den s.k. överföringsneurosen i flertalet fall mindre intensiv, regressionen, d.v.s. återgång till tidigare utvecklingsnivåer och minskad realitetsprövning begränsas eller motverkas. Målet är liksom i psykoanalysen rekonstruktion och strukturförändring men tyngdpunkten kommer att ligga på strukturförändringar inom jaget, d.v.s. förändringar till större flexibilitet och individen mer gagnande försvarsmekanismer.

Definition av korttidsterapi

Korttidsterapi är en behandlingsform där man med samma diagnostiska metoder och samma referensram som vid psykoanalys eller långtidsterapi som utgångspunkt väljer det konfliktområde som är mest centralt i de besvär som patienten söker behandling för. Antalet samtal brukar man begränsa till under 20, besöksfrekvensen kan variera och därmed behandlingstiden. Egentligen borde man ej kalla terapin korttids- utan begränsad eller *focusinriktad terapi*. Målsättningen är att genom arbete inom en utvald sektor dock åstadkomma en viss strukturförändring och därigenom utöver symptomelimination en bättre anpassning i olika livssituationer. I korttidsterapi uppstår och utnyttjas överföring, d.v.s. ett av infantila objektrelationer färgat förhållande till terapeuten. En överföringsneuros utvecklas dock knappast.

Korttidsterapiens historiska bakgrund

Psykoanalysen utvecklades ur de erfarenheter Breuer och Freud (1895) gjorde vid samtal under hypnos. Via Freuds upptäckt av de fria associationerna som ett medel att nå insikt i omedvetna konflikter utvecklades en bestämd behandlingsteknik och teoribildning. Behandlingstiden ökade genom att Freud mer och mer riktade sitt intresse från den s.k. psykiska traumat (en traumatisk men bortträngd händelse) till dess rötter i individens tidigaste utvecklingsstadier. En förutsättning för att nå dessa områden var att analytikern tämligen passivt följde patientens fria associationer, drömmar, minnen etc. i en atmosfär av obegränsat antal behandlingstimmar, i en oändlighetsatmosfär. Även Freud använde sig dock av ingrepp i behandlingssituationen t.ex. då han inför en tidsgräns i det välkända fallet Vargmannen (1918).

Vi vet också att Freud har använt sig av enstaka terapeutiska sessioner. Han beskriver t.ex. ett samtal med en ung flicka, Katharina Breuer-Freud (1895), där han i en varmt skildrad samtalsatmosfär hjälper flickan att åter erinra sig de traumatiska händelser, som orsakade hennes hysteriska symtom med den effekten att ångesten och symtomen dramatiskt försvann. Vid ett annat tillfälle, det känner vi genom *Ernest Jones* Freudbiografi (1955), samtyckte han till att se den berömda kompositören Gustav Mahler en eftermiddag i Leyden under sin semester (år 1910). Mahler sökte för en hotande relationsstörning i äktenskapet och av de knapphändiga upplysningar som bl.a. Mahler lämnat från den 4 timmar långa behandlingssessionen framgår att Freud skickligt kunde få fram den till hustrun överförda modersbindningen som grund för hans impotens. Mahler återvann sin potens men observationstiden, som varade till patientens död, blev ej längre än ett år.

Rätt parallellt med psykoanalysens ovan nämnda utveckling mot allt längre behandlingstider har upprepade försök gjorts att förkorta behandlingstiden. Det mest kända är *Sandor Ferenczis* (1920, 1925) bl.a. med tidsgräns och ökad aktivitet från analytikerns sida samt frustrationer och krav ställ-
da på patienten. *Wilhelm Stekels* (1938) teori om aktuellkonflikten och en teknik som via aktiv

drömtolkning försökte förbigå överföringsneuros och motstånd, kan ses som ett annat försök i samma riktning.

Franz Alexander (1946) utarbetade en behandlingsplan med begränsad målsättning där man använde ett selektivt uppmärksammande av patientens material.

Ännu längre i samma riktning gick *Felix Deutsch* (1949) som införde sektorterapi med mål-begränsad angreppsvinkel och en uttalad aktiv inriktning på kärnproblemen.

Alla dessa tekniska innovationer har haft betydelse för Michael Balint (se Malan 1963) som vid Tavistock Clinic i London har utarbetat den s.k. fokusinriktade psyko-terapi, d.v.s. en teknik där man kunde handskas med en karaktärsförändring som gav upphov till symtombildning t.ex. impotens, ångest, fobier m. m. utan att terapin utvecklades till en långvarig process där syftet var att behandla hela personligheten. Ett bestämt område av patientens totala problematik utvaldes för intensiv bearbetning med gängse psyko-terapeutiska metoder efter noggrann kartläggning. Målet var att producera en tillfredsställande adaptation.

Korttidsterapi på Mentalvårdsbyrån

Under pressen av allt mer ökande tillströmning av patienter och växande väntelistor vid Mentalvårdsbyrån tvingades vi förra året att undersöka våra arbetsprinciper och klargöra målet för den mentalhygieniska verksamheten. Vi kom fram till att vi mer realistiskt kunde tillgodose behoven som möter oss om vi vid byrån kunde utarbeta, pröva och följa upp hur olika psykologiska behandlingsmetoder kunde fungera optimalt inom en institution. Vi bestämde oss på grundval av vår personals utbildning, våra tidigare erfarenheter av långtidsterapi och case-work vid byrån enskilt och i grupp samt inte minst genom de erfarenheter vi gjort vid filialerna där vi utan väntetid kunnat ge patienter mentalhygienisk service som snarast haft karaktären av korttidsterapi för att tillämpa följande plan.

Vi skulle koncentrera oss på att erbjuda vissa typer av kvalificerad psykologisk behandling åt därtill lämpade patienter och att avstå från be-

handlingsförsök av patienter som ej passade för våra terapimetoder. För att utnyttja våra resurser optimalt skärpte vi det diagnostiska intagningsinstrumentet samt differentierade behandlingsformerna så att vi dels kunde erbjuda korttidsterapi utan väsentlig väntetid samt försökte också begränsa väntetiden för långtidsterapifallen (utom för gruppbehandling) till maximalt ett år.

Intagningarna har skett via två team bestående av vardera tre kuratorer, en läkare, samt $\frac{1}{2}$ psykolog och dit patienten kommer utan remiss på så vitt möjligt eget initiativ. Efter att patienten har ringt och fått kontakt med intagningskurator, som redan gör viss selektion, hänvisas han inom högst 4—8 veckor till en kurator för ett första intagningsamtal. Utredningen sker i form av ett till tre intagningsamtal hos kurator, eventuellt diagnostisk intervju hos psykiatern och i vissa fall också psykologundersökning.

I samband med varje intagningsamtal diskuteras materialet inom teamen och man försöker då belysa och explicit formulera följande:

1. En beskrivning i psykodynamiska termer av patientens aktuella situation
2. En skattning av patientens utvecklingsnivå och jagstyrka
3. En skattning av patientens motivation och prognos
4. De förändringar vi skulle anse som ett uttryck för förbättring
5. Hur dessa förändringar kan tänkas uppnås
6. Om patienten inte accepteras för våra behandlingsformer eller remitteras till annan instans skall detta explicit motiveras.

Via ett exempel vill vi här belysa hur vi formulerar våra intryck på teamkonferenser:

Fall 1.

24-årig ogift sekreterare med starkt fixerade psykosomatiska ryggbesvär, som har reagerat med ytterligare fixering och kronisering till en patientroll under hospitalisering och rehabiliteringsförsök (på dagavdelning och rehabiliteringsklinik). Tillrättsades av rehabiliteringskliniken att söka kontakt här.

Uppvuxen som enda dotter i en familj — där en mycket kapabel och dominerande dock martyrisk moder har övertagit mycket av en älskad och hatad faders familjeförsörjningsplikter. — Hon har känt sig dels besviken på sin moder som aldrig hade tid nog för henne, utnyttjad av henne att vara och överta hen-

nes uppgifter som hemmafru (t.o.m. att ta hand om de yngre brödernas skötsel) lockad-avvisad och skrämmd i sina önskingar och längtan till fadern. Hon upplever som mest centralt att hon är förfördelad som kvinna. Kvinnans lott är olustbetonad, otillfredsställande, svår, besvärlig och farlig. Män har det lättare, bättre, ofarligare. Hon visar därför en avvisande-trotsig och negativ inställning till kvinnlighet — som hon uttrycker på alla möjliga sätt, främst via passivitet och hennes önskan nu att tas hand om. Hon vill ej längre bära de bördor som "livet" lastat på henne som kvinna. Hon vill slippa sexuell umgänge, som hon upplever med olust och äckel.

Hon visar alltså en regression från det ödipala planet, d.v.s. ger upp sina strävanden att bli som och bättre än modern, tillbaka till planet av egensinnighet, passivitet kontra aktivitet, att ge kontra hålla tillbaka: med andra ord det anala autonomiplanet. Hon verkar begåvad, har tidigare haft en tämligen god förmåga att studera. Försämringen kommer i samband med nya besvikelser som kvinna — där hon försökt upprepa problematiken när hon förlovade sig med en mycket äldre man, ett försök som dock misslyckades. Hon visar en ganska god förmåga att uttrycka sig, att kunna reflektera omkring sina symtom och känslor — att det kunde vara ett samband mellan dem. Visar positiv reaktion på ett tolkningsförsök som kuratorn gör vid andra samtalet: d.v.s. omkring de negativa känslorna till sin roll som kvinna och hennes "insjuknande" med ryggbesvär. Hon klagar visserligen över att inga läkare eller annan sjukvårdspersonal kunde ville hade tid-intresse för att verkligen lyssna på henne och vilja förstå henne (detta också i samband med aktuella kontakter där hon klart demonstrerar en negativ förväntan och ingen samarbetsvilja). Hon väntar sig dock nu — att via samtal bättre kunna förstå sig själv, det hon känner och hur hon reagerar.

Vi bestämmer att i en korttidskontakt med kuratorn centrera uppmärksamheten omkring hennes upplevda förfördelade roll som kvinna — för att sedan genom detta kunna komma fram till hur hennes psykosomatiska besvär och aktuella beteende är uttryck för hennes passiva trots. Kuratorn skall uppträda som en positivt lyssnande, tolerant modersfigur — som tillåter och uppmuntrar att hon verbaliserar alla oförätter hon har upplevt — hur förfördelad hon har upplevt sig vara — för att därigenom kunna mer medvetet uppleva hur mycket trots och aggressivitet hon hyser på grund av detta.

Motivationen bedömer vi någorlunda positiv, prognosen något tveksam med den föreslagna behandlingen.

Ett positivt resultat skulle bli — om hon mer öppet kunde bemöta sina känslor omkring att vara kvinna, och därigenom också mer aktivt handla — t.ex. ge upp somatiseringen, återgå till arbetet eller påbörja någon utbildning. Hon kunde då också våga flytta hemifrån, känna sig mer autonom. För att bearbeta den ödipala problematiken är detta en förutsättning. Till det senare arbetet kunde man kanske sedan överväga fortsatt psykoterapi — eventuellt i grupp.

Parentetiskt kan nämnas att efter 10 samtal har patienten skaffat sig arbete, alltså slutat sin sjukskrivningsperiod och har också planer på vidareutbildning. Patienten har tydligt upplevt sammanhanget mellan de ovan skisserade emotionella problemen och sina somatiska besvär och har kunnat ge uttryck i samtal med föräldrarna och syskonen för det hon känner istället för att tala via symtom.

Indikationsställning

Indirekt framgick från fallbeskrivningen också några av våra kriterier för korttidsterapi, (delvis hämtade från D. M. Malan (1963) samt M. Courtenay (1968). Prognostiskt gynnsamma för korttidsterapi är patienter som visar följande drag:

1. obefintliga eller ringa patologisk-anatomiska förändringar som överensstämmer med de angivna besvären
2. redan i inledningsfasen av kontakten med oss uppger sig vara villiga att via samtal undersöka att vissa upplevelser och känslor kan ta sig uttryck i angivna symtom och/eller beteende
3. ger uttryck för ett visst ansvarskännande inför de angivna besvären och/eller för det påbörjade behandlingsarbetet, d.v.s. inte är alltför passiva och beroende och visar "positiv reaktion" (stannar upp, tänker efter, följer med och följer upp) inför partiella tolkningar (t.ex. rörande samband: reaktion, känsla, symtom och beteende)
4. har en viss grad av introspektiv förmåga
5. förefaller ha en tämligen god jagstyrka, frustrationstolerans och förmåga att etablera relativt tillfredsställande objektrelationer
6. företer relativt färskas symtom och konflikter från en senare eller "högre" utvecklingsfas och en relativt beskedlig insufficiens
7. förväntningarna inför det förestående arbetet förefaller att överensstämma med vår målsättning
8. de egentliga problemen kan formuleras i *dynamiska termer* efter inledningsfasen och där man finner ett *centralt och begränsat konfliktområde* vilket gör att man kan formulera en *begränsad terapeutisk plan*
9. då terapeuten känner intresse och önskan att etablera en terapeutisk kontakt (positiv motöverföring) med vederbörande patient.

I de fall teamen bedömde patienten som mer lämpad för långtidsterapi drogs materialet och de tidigare nämnda formuleringarna på den så kallade stora intagningskonferensen 3 gånger per månad. 1 gång per månad ägnas samma konferens åt att följa upp resultatet av våra arbetsmetoder,

pröva och kontrollera vår intagnings- och behandlingsmetodik samt de uppställda hypoteserna i de enskilda fallen.

Fall 2.

24-årig universitetsstudernade ogift hemmaboende flicka söker för att hon ej kan få orgasm med sin fästman. Sexuell debut för 1½ år sedan med honom. Tog först sina orgasmsvärigheter med lugn "vanan skall hjälpa" men efterhand då ingen förbättring inträffade började hon misstänka att det kunde finnas en annan orsak. Fästmannen och patienten har pratat mycket med varandra och anser att svårigheten ej kan orsakas av bristande kunskaper eller teknik.

Under första samtalet försöker hon koncentrera sig omkring relationen till fästmannen. Jag ber dock henne att beskriva sina hemförhållanden och relationen till familjen. Hon nämner att hennes bror är död och då jag frågar omkring omständigheterna vid dödsfallet börjar hon plötsligt gråta. Under samtalen framkommer allt tydligare att hon har undertryckt alla känslor, tankar och minnen om brodern och hans död och bortträngt följande bakgrund med dess dynamik: hon har överidealiserat modern och brodern och sin egen relation till dessa två samtidigt som hon känt stark rivalitet mot dem båda och deras kontakt. Fadern var utanför denna "underbara samhörighet och gemenskap" som patienten och modern och brodern hade. Han beskrevs som kylig, distanserad, passiv, någon man ej skulle ha några förväntningar på.

Hon har försökt ta avstånd från fadern för att på detta sätt ge upp sin egentliga rivalitet, d.v.s. med modern om honom. Hon överidealiserade de objekt, modern och brodern, till vilka hon kände rivalitet; aggressivitet för sitt nederlag i kampen om objekten och rädsla då de ändå förblev farliga. I samband med broderns död i suicid närmade hon sig hans bästa vän, hennes nuvarande fästman och inledde med honom ett idealiserat förhållande. Tillsammans med honom måste hon dock neka både sig själv och fästmannen glädjen av ett tillfredsställande sexuellt förhållande.

Under 5 samtal bearbetade vi först hennes sorg och skuld-känslor och de bakomliggande aggressiva och rivaliserande känslorna hon hade i relation till den senare døde brodern. Hon blev mer medveten om de känslor av bitterhet, besvikelse, avund och svartsjuka hon hyste för honom, upplevde också en del aggressiva känslor mot modern samtidigt som hon kunde tillåta sig att känna en starkare närhet och tillhörighet till fadern. Efter en period av starkare upplevd depression, då hon också fick en öppnare och djupare kontakt med fästmannen, kunde hon uppleva full orgasm under samlag med honom. Hon kunde också frigöra sig från modern trots att hos denna diagnosticerades en inoperabel magcancer under vår kontakt. Planerade att flytta hemifrån och gifta sig med fästmannen, har kunnat stödja fadern att komma närmare modern under hennes sjukdom. Hon har också kunnat studera mer effektivt och med bättre studie-resultat än under de senaste två åren.

Fall 3.

23-årig kontorist, som söker för att erektionen ej varar tillräckligt länge för att kunna genomföra samlag då han vid försök till penetration förlorar erektionen. Han tycker också att hans penis är för liten. Han be-

skriver först sig själv som den som inte har några sexuella hämningar och har starkt intresse för kvinnor men han oroar sig nu allt mer för sin oförmåga. Medger senare under samtalet att han, sedan han i 15-årsåldern började intressera sig för kvinnor, mest skrutit men egentligen varit rädd för att närma sig dem i verkligheten. Han var djupt bekymrad över att han med sin lilla penis ej kunnat tillfredsställa flickor och att de då blir otåliga, besvikna och bittra och därigenom farliga.

En gång lyckades han genomföra ett samlag med en prostituerad men kände då "ingenting". Jag upp-repar ordet "ingenting" och han berättar då att han till sin bestörtning men också till sin lättad kände "ingenting" d.v.s. att hans penis kunde röra sig i henne utan svårigheter.

Så småningom kom det fram att han växte upp i ett vänligt men strängt sextabuerande hem, som också var nykteristiskt. Föräldrarna talade aldrig om sex., avböjde alla frågor omkring detta ämne och visade aldrig sensualitet vare sig mot varandra eller patienten. Han var länge oskuld, visste inget om och intresserade sig ej för sex. I 13-års åldern upptäckte han till sin bestörtning en kondom i föräldrarnas sängbåt. Han kände äckel och olust. Minnet ledde oss fram till en då aktualiserad tidigare fantasi nämligen att kvinnor har ett konstigt könsorgan och att mannen måste skydda sig under samlaget för att hans penis ej skall såras, d.v.s. fantasi om vagina dentata (en vagina försedd med tänder).

Under fem samtal kunde vi bearbeta dessa vagina dentata fantasier och återföra dem till barndomsminnen. Vi tog också upp hans rädsla för sexuell nyfikenhet särskilt då omkring föräldrarnas sexualliv och kunde också röra vid den oedipala konflikten.

Redan vid slutfasen av kontakten hade han kunnat genomföra ett samlag och ett halvt år senare skrev han ett brev där han berättade att han förlovat sig med en flicka med vilken han kunde få ömsesidig orgasm.

Fall 4.

Följande fall får demonstrera arbetssättet vid våra filialer, där kuratorn är terapeut, och psykiatern är konsult, som deltar i den diagnostiska diskussionen och följer arbetet med patienten från gång till gång. För övrigt vill vi beträffande filialernas verksamhet hänvisa till paneldiskussionen (sid. 173).

Fallen kommer på remiss från någon av kroppsläkarna vid läkarcentralerna. Remisserna är ofta mycket kortfattade, i det här fallet följande: "D: Depressio mentis. Sökt för halsont och viktnedgång, sedan ångest och nu senast depression. Somatiskt u.a." (Under behandlingens gång framkommer att patienten sökte med halsbesvär för ett år sedan och har gått hos somatikern under ett år med relativt täta besök).

C:a 50-årig gift kvinna med tre döttrar, varav den äldsta i puberteten samt en 30-årig u.ä. son, vilken hon ej uppfostrat men har goda vuxna relationer till. Patientens sväljningsbesvär "klump i halsen" — och som hon först sökte läkarkontakt för — debuterade för c:a ett år sedan akut vid u.ä.-sonens besök. Extremt avmagring sammanfallande i tiden med "klumpen i halsen". Sista året allt mer ökande ångest och sista månaderna depression.

Anamnesticiska fakta av betydelse för patientens symtombildningar enligt de två första samtalen: Förlorade modern i 4—5-års ålder. Fick aldrig visa sorg inför den faster som efterträdde modern i hemmet.

Blev istället "bitter och elak". U.ä. gravid där hon blev övergiven och kränkande behandlad ungefär samtidigt som fadern gifte om sig. Tidigare mager, började få normalvikt då hon gifte sig med nuvarande maken vid 27 års ålder; upplevde svärmor som en ersättning för sin förlorade moder. Svärmor dog för ett halvt år sedan efter en långvarig sjukdom med tumör i halsen och extrem avmagring. De sista 1½ åren har hon också skött en gammal dam några timmar per dag, känner sig bunden av ansvaret för henne, tycker den gamla damen snärjer in henne och får henne att offra allt längre tid. Känt lättnad att slippa detta ansvar då hon varit sjukskriven av den somatiska läkaren men har samtidigt skuld-känslor. Berättar också rodnande om att den sexuella relationen mellan makarna helt upphört sedan symtomen började. Parentetiskt kan nämnas att patienten slutade menstruera för några år sedan, att äldsta flickan, över vilken patienten är rätt irriterad hade menarche för cirka ett år sedan. På tal om att makarna inte haft någon sexuell relation det sista året kopplar hon redan vid första samtalet ihop det med sin halskramp; både slemhinnorna i halsen och slidan är torra. Vid andra samtalet medger hon att mannen är så snäll, hon får göra som hon vill, han rättar sig efter henne och kommer in på att det gäller även ifråga om hennes sexuella motstånd, liksom hon kommer fram till att hon nog ville att han skulle tvinga henne.

Den diagnostiska diskussionen utmynnade i följande sammanfattning: 50-årig kvinna med globus hystericus sedan ett år, viktminskning, ångest och senare depression. Symtomdebut i samband med u.ä. sonens besök och den reaktivering av tidigare konflikter som skedde under en kris-situation, som tidigare någorlunda har kunnat balanserats. Krisen; hon befann sig i klimakterium samtidigt som den äldsta dottern kommit in i puberteten, svärmor är döende, hon har en påfrestande relation till den äldre damen och upplever att hennes man har avlägsnat sig från hemmet och alltmer börjat engagera sig i arbetet. Sonens besök (han har växt upp hos hennes far och styvmor) väcker dels hennes längtan efter och besvikelse på modersfigurer samtidigt med hennes positiva men förbjudna känslor för fadern, som hon gav sonen till. Hon känner sig under denna tid mer och mer övergiven av sin man, liksom hon när fadern gifte om sig kände sig övergiven av denne. Symtomen lånar hon av svärmor, deras rötter finnes i den oedipala fasen, under vilken modern dör utan att patienten får tillåtelse till sorgearbete. — Vi ansåg att hon kan behandlas med korttidskontakt, där man huvudsakligen skulle uppehålla sig vid problem omkring relationen till mannen samt hennes modersfigurer (mor, styvmor, svärmor, den gamla damen), samt hennes upplevelse av sig själv under de gångna åren, då hon känt sig allt mer onyttig och övergiven. Positiva faktorer var patientens förmåga till bearbetning demonstrerad redan under första samtalen, hennes förmåga att knyta an snabbt och hennes tidigare (friska) personlighet. Risk var att patienten skulle somatisera så att behandlingen gick i stå, men detta bedömdes som tämligen osannolikt.

Efter denna diskussion börjar så den mer egentliga behandlingsperioden där patienten kommer fram med en aggressiv kritik mot mannen för att han ägnar henne så liten tid och mest är gift med sitt arbete. Tidigare, när de bodde utomlands var patienten honom till hjälp i arbetet men nu sitter hon blott isolerad i sin Stockholmsfört. Aggressiviteten mot mannen blir uttalad

samtidigt som det framkommer att hon förbjuder sig att visa den. Tolkning: hon visar den genom att inte vilja ha samlag, genom symtom som är plågsamma också för honom. — Bejakar förvånat detta och meddelar därefter hur hon sedan samtalen började försökt inte visa sig så trött, vara uppe när han kommer hem på kvällen etc. Under de följande samtalen uttrycker hon mer känslor både i samtalen och mot mannen, också positiva känslor börjar komma fram. Hon ventilerar parallellen mellan svärmor och den gamla damen, snuddar vid att dra ut linjen till styvmor. Tar upp hur fadern kände sig stolt över henne i samband med hur hon skötte bordsstolar vid u.ä. sonens födelse, hur relationen mellan henne och fadern blev mer innerlig då. Hon repeterar också den trots-och elakhetsperiod hon hade haft efter sin egen mors död men blir samtidigt i allt bättre såväl psykiskt som somatiskt skick.

Vi 11:e samtalet är patienten besvärsfri och har ökat i vikt. Kan klara sig själv, ökar sin aktivitet och förhållandet till mannen har återgått till vad det var före den symtomdebuten men deras förmåga till allmän kontakt hade ökat. Pubertetsflickan irriterade inte patienten så mycket längre.

Med dessa högt selekterade exempel har vi velat belysa vår arbetsmetodik där man med utgångspunkt från en psykoanalytisk referensram och med psykoanalytiskt influerad terapeutisk metodik kunnat nå tillfredsställande resultat i särskilt lämpade fall. Av lika stort intresse hade kanske varit att presentera fall som vi bedömt som prognostiskt gynnsamma men som dock misslyckats men kanske framförallt fall som vi inte ansett lämpade för denna behandling. En del patienter är alltför svåra för ambulans behandling men kunde under en speciell hospitalisering utnyttja rekonstruktivt psykoterapeutiska insatser. Sist men inte minst viktigt finns det många fall som framförallt är betjänta av kvalificerad stödjande kontakt eller andra så kallade manipulativa ingrepp.

Slutligen skulle vi ge exempel på patient som kräver speciell vårdform och där våra resurser ej räcker till.

Fall 5

Patienten har vårdats på psykiatrisk klinik och har blivit rekommenderad av avdelningsläkaren att söka kontakt med Mentalvårdsbyrån för eventuell psyko-terapi.

Efter två intagningsamtal med patienten, samt genomgång av tidigare journaler från flera psykiatriska kliniker, har vi diskuterat materialet omkring patienten på vår intagningskonferens. Sammanfattningsvis vill vi framhålla följande ur hennes anamnes: från början visar hon svårigheter för separation från en mycket beskyddande, självuppoftande, mycket stödjande samtidigt avvisande och krävande moder. Mörk-rädd och mardrömmar så länge hon minns, fick kom-

ma in varje natt till föräldrarnas sovrum och byta säng med modern upp till 13 års ålder. Modern var ofta teatraliskt provocerande och hotande. Om hon inte slutade med att vara elak, så skulle modern ta på sig kappan och gå hemifrån för alltid, eller också lägga sig ner på golvet och dö. Har aldrig kunnat lita på att modern ej skulle förverkliga dessa hotelser. Vid 14 års ålder blev hon skrämdd av en man, i en på ytan oskyldig, men av henne sexuellt och aggressivt starkt upplevd situation, och då hon nästa dag läser i tidningen att ett barnmord förövades i samma trakt som händelsen inträffade kände hon sig inblandad och skyldig till mordet. I 1½-års tid kunde hon därefter ej höra om katastrofer på radio eller läsa i tidningen, utan att känna sin skuld i det. Vågade dock aldrig tala med någon om dessa känslor. Var då och överhuvudtaget, mycket grubblande, inbunden, hade svårt att få kontakt med kamrater. Har tidvis besvärats av svår ångest, framförallt på kvällarna då hon skulle gå och lägga sig. Rädd också för ofta återkommande mardrömmar. Klarat studierna rätt bra, avlagt studentexamen med goda betyg, och fullföljt musikalärodbildning. Efter slutexamen så flyttade hon till en annan stad för att frigöra sig hemifrån. Tyckte arbetet var svårt, då hon måste vara den aktive i umgänget med eleverna. Haft en 1½-årig förbindelse med en "ytlig, extrovert, glad, sällskaplig" jurist, som dock aldrig riktigt förstätt eller värderat henne. Omkring februari -67 sökte han sig "en något roligare och positivare sällskap än hon" och "lämnade patienten i sticket". Hon tog det som ett bevis på att livet ej var värt att leva, började grubbla igen, isolerade sig från tidigare umgänge och hade mycket svårt att sköta sitt arbete. I samband med ett "återseende av mannen i en annan kvinnas sällskap" gjorde hon ett suicidförsök, och intogs på psykiatrisk klinik. Hon har sedan upprepade gånger vårdats på psykiatriska sjukhus. Ur journalerna framkommer tydligt hennes resistens mot rehabiliteringsförsök, visar regredierat, passivt, beroende, med tydlig tendens till omedelbar, oralt präglad överföring med närmast psykotisk kvalitet och mycket stark tendens för agerande, suicidförsök m.m. inför varje besvikelse framförallt i samband med separation.

Bilden man får av henne visar en tämligen löst strukturerad personlighet, med ytterst vaga, lösa, jaggränser och nedsatt förmåga till realitetstestning. Hon har egentligen aldrig klarat upp separationen från modern. Efter en misslyckad frigörelse och försök till en mera självständig livsföring har hon åter regredierat till sin i grunden störda, med oral-aggressiva konflikter präglade borderline-psykotiska funktionsnivå. Ambulant, insiktsbetonad terapi förefaller kontra-indicerad. Man kan förutspå behov av en långvarig kontakt, där man måste räkna med upprepade sjukhusvistelser.

Mentalvårdsbyråns resurser och behandlingssätt passar ej för denna patient, varför vi föreslog henne att återknyta kontakten med det remitterande sjukhuset.

Eftersom denna presentation ursprungligen skrivits som ett föredrag till Svenska psykiatriska föreningens höstmöte i Katrineholm där uppgiften var att skildra olika former av psykoterapi har tyngdpunkten i föredraget legat på att betona det terapeutiska handlandet. Vi vill dock understryka

att det väsentliga i vårt arbete är den speciella dynamiskt-diagnostiska bedömningen i varje enskilt fall. Utan en dynamisk formulering av patienternas problem, resurser och begränsningar är det icke möjligt att välja lämplig behandlingsform och behandlingsfocusering. En sådan bedömning är ytterst väsentlig för att en institution med mer eller mindre begränsade resurser för olika typer av psykiatrisk behandling skall kunna fungera på optimal nivå. Diagnos bör alltid föregå terapi.

En sådan bedömning är ytterst väsentlig för att en institution med mer eller mindre begränsade resurser för olika typer av psykiatrisk behandling skall kunna fungera på optimal nivå. Diagnos bör alltid föregå terapi.

LITTERATURFÖRTECKNING :

- Breuer, J.—Freud, S.: Studien über Hysterie. 1895.
Freud: Gesammelte Werke Bd I Imago, London 1952.
- Freud, S.: Aus der Geschichte einer infantilen Neurose. 1918. Gesammelte Werke Bd XII Imago, London 1947.
- Jones, E.: *Sigmund Freud: Life and Work* Vol. II, Hogarth 1955.
- Ferenczi, S.: The Further Development of an Active Therapy in Psychoanalysis. 1920. On Forced Fantasies. 1924. Båda uppsatserna i *Further Contributions to Psychoanalysis*, Hogarth London 1950.
- Stekel, W.: *Technik der analytischen Psychotherapie* Huber, Bern 1938.
- Alexander, F.—French, T.: *Psychoanalytic Therapy*. Ronald Press, New York 1946.
- Deutsch, F.: *Applied Psychoanalysis*. Grune and Stratton, New York 1949.
- Malan, D. H.: *A Study of Brief Psychotherapy*. Tavistock, London 1963.
- Courtenay, M.: *Sexual Discord in Marriage. A Field for Brief Psychotherapy*. Tavistock, London 1968.