

Stödjande respektive insiktsbetonad psykoterapi

Terapeutisk flexibilitet. Psykofarmaka.



Nils Haak

Endast ett fåtal av de individer, som lider av psykologiska störningar, lämpar sig för strikt psykoanalytiskt orienterad psykoterapi. De övriga måste få en modifierad insikts- eller stödterapi, med eller utan kombination av psykofarmaka. Riktlinjerna för det praktiska handhavandet av dessa problem, liksom frågor om terapeutens personliga och utbildningsmässiga kvalifikationer, diskuteras.

Förf. är bitr. överläkare vid Karolinska Institutets psykiatriska klinik, S:t Görans sjukhus, Stockholm.

Psykoterapi är troligen den äldsta av alla medicinska behandlingsmetoder, men först under de sista årtiondena har den kunnat baseras på teoretiskt bärkraftiga och rationella grundvalar av vilka den viktigaste torde utgöra den från psykoanalysen härrörande dynamiska psykologien.

Psykoterapi leder sitt ursprung från många mer eller mindre grumliga källor och har bland sina utövare personer vilkas utbildning och erfarenhet tyvärr ofta är otillräcklig eller rent av obefintlig.

Men även bland våra mest välutbildade psykoterapeuter finns det meningsskiljaktigheter om målsättningar och medel, om tekniska aspekter, om indikationer och kontraindikationer, om de resultat, som är möjliga att uppnå och annat liknande. Dock är man idag på skilda håll engagerad i olika intressanta projekt och försöksverksamheter (10, 11, 20, 26), som säkerligen leder till, att den för närvarande i stor utsträckning intuitivt utformade

psykoterapien mer och mer kommer att vila på en grundval av gedigen sovråd erfarenhet och vetenskapligt accepterade principer.

Den på psykoanalysen grundade dynamiska psykologien kan tjäna som ett teoretiskt fundament för all slags psykoterapi. Det innebär att denna psykologi erbjuder en acceptabel förklaringsmodell, inte bara för psykoanalysen och den psykoanalytiskt orienterade psykoterapien, utan även — och det är det viktiga att framhäva här — en möjlighet att förstå och legitimera de många icke-analytiska psykoterapiformer, som brukar benämnas stödterapi. (6)

Det är ofrånkomligt, hur paradoxalt det än kan låta, att den person, som främst är ägnad och utrustad att bedriva olika typer av icke-analytisk stödterapi, är den psykoanalytiskt väl skolade psykoterapeuten.

Psykoanalytiskt spektrum

Det finns ett stort antal psykoanalytiska grepp och tekniker, från enkla suggestioner, råd och auktoritära förmaningsord över till den klassiska freudianska psykoanalysen. Dewald talar om ett spektrum av olika psykoanalytiskformer (4:97), sträckande sig från ren stödterapi å ena sidan till den utpräglade form av insiktsterapi, som enbart utnyttjar den standardiserade psykoanalytiska modelltekniken å andra sidan och däremellan finns alla övergångar. Knight formulerar det så, att det finns bara en enda psykoanalytisk form med en hel rad av de mest skiftande tekniska grepp och interventioner. (17)

Man har försökt systematisera dessa olika typer av interventioner på grundval av vad man strävar efter att uppnå hos den hjälpsökande patienten och man har därvid på de flesta håll enats om ledordet stödterapi å ena sidan, insiktsterapi å andra sidan (bilaga A). Det framgår någorlunda av namnen vad man avser. I det förstnämnda fallet är målet att stödja patienten. Man kan fråga sig vad som skall stödjas och svaret blir: patientens sunda, vuxna, autonoma, adaptiva krafter. Man vill öka hans möjligheter att försvara sig mot och/eller bearbeta och kanalisera störande influenser, såväl från den egna känslomässiga sfären i form av oroande impulser och ångest jämte anklagelser från ett alltför strängt *överjag*, som även mot olika slags stressfaktorer i yttrevärlden, vilka överskrider patientens förmåga att på ett adekvat sätt bemästra.

Vid all stödterapi riskerar man att infantiliserar patienten, att öka hans beroende och göra honom mer osjälvständig. Därför måste terapeuten hålla undan från aktivitetens och beskäftighetens Scylla. Han får å andra sidan inte lamslås av passivitetens och räddhågens Charybdis. (14) Det är väsentligt, att man stöder patientens vuxna, autonoma jag och därför är det viktigt, att det givna stödet i det enskilda fallet icke överskrider det absolut nödvändiga.

Här syndas det ofta. Det finns en åkomma bland olika slags vårdpersonal, som man ständigt måste vara på sin vakt emot: att uppfatta en patient som oförmögen till självständigt handlande

och därför hjälpa honom med det mesta, såsom att ordna pengar, bostad, arbete, fritidssysselsättningar m. m.

Vad strävar man efter att uppnå i insiktsterapi? Jo, att bibringa patienten insikt i hans egen problematik, en insikt, som han sålunda före terapin inte var i besittning av eller som var otillräcklig eller som han inte hade kunnat tillgodogöra sig på ett konstruktivt sätt. Denna målsättning vilar på den av Freud först gjorda erfarenheten, sedermera ständigt på nytt bekräftad av varje enligt den psykodynamiska modellen arbetande psykoanalytiker, nämligen att *verklig* insikt i omedvetna, bortträngda eller inte genomskådade konflikter, upplevd på ett för patienten själv övertygande sätt, i många fall gör det obehövt, ja rent av omöjligt att kvarhålla neurotiska symtom och reaktionsmönster. Målsättningen i insiktsterapi blir sålunda att till patienten förmedla så mycken insikt i hans egen omedvetna problematik, som han orkar med och kan tillgodogöra sig.

Vägen för patienten att nå fram till en sådan insikt är ofta lång och mödosam och för många inte ens tillräcklig. Krafterna räcker inte till eller förutsättningarna saknas.

Men även för den utövande psykoanalytikern är insiktsterapi ett ambitiöst företag, som kräver grundliga teoretiska kunskaper i dynamisk psykologi och psykopatologi och praktisk erfarenhet, till en början förvärvat under ledning av kunniga lärare.

Utöver detta måste man även räkna med vissa egenskaper i terapeuten personliga utrustning, såsom ett genuint intresse för psykologiska sammanhang, uthållighet, någon insikt i det egna sättet att fungera på det mellanmänniska planet och förmåga att bemästra för patienten ogynnsamma egna känslomässiga reaktioner.

Med dessa inledande ord har jag redan tangerat åtskilliga frågeställningar, åt vilka man skulle kunna ägna mycken tid och där det i många ställen föreligger skiljaktiga åsikter.

Rätt psykoanalytisk form för rätt patient

Jag har inte fattat som min uppgift att på ett pedagogiskt plan beskriva, hur olika former av psy-

.....
.. måste man även räkna med
vissa egenskaper i terapeutens personliga utrustning, såsom ett genuint intresse för psykologiska sammanhang, uthållighet, någon insikt i det egna sättet att fungera på det mellanmännsliga planet och förmåga att bemästra för patienten ogynnsamma egna känslomässiga reaktioner.
.....

koterapi rätteligen bör bedrivas, inte heller urvalet av patienter, indikationer och kontraindikationer, de olika slags interventioner, som är önskvärda i olika patientkategorier och i skilda stadier av psykoterapiens förlopp. Allt detta och mer därtill kan man med behållning inhämta i många goda läroböcker i psykoterapi, bland vilka jag redovisat några i en bilaga (bilaga B). Även har det på olika håll kommit igång kurser och seminarier i psykoterapi, tyvärr ännu i alltför blygsam omfattning. I stället vill jag här framlägga en del personliga synpunkter och erfarenheter gällande vissa aspekter på de frågor som angives i titeln på mitt anförande.

Redan själva formuleringen av titeln kan ge upphov till vissa reflexioner. I den talas det om stödterapi, respektive insiktsterapi. Det är olyckligt, om man alltför skarpt upprätthåller dikotomien mellan dessa två psykoterapiformer. Man kan möjligen tala om ren stödterapi utan tillsats av insiktsbetonade element, men man kan under inga omständigheter bedriva någon form av insiktsterapi utan att i viss utsträckning tillgripa stödjande element och interventioner.

Det har funnits psykoanalytiker, som hävdar att man i klassisk freudiansk psykoanalys enbart bör använda *tolkningar*¹⁾ och dess förstadier såsom *klarifikationer*²⁾ och *konfrontationer*³⁾. (9) Jag tror, att detta är ett verklighetsfrämmande och perfek-

¹⁾ Tolkning avser att belysa omedvetet material, dess bakgrund och sammanhang.

²⁾ D.v.s. klargörande av oklara punkter i patientens framställning.

³⁾ Terapeutens sammanställande av olika element i patientens framställning, syftande till att kasta nytt ljus över ett beteende eller en upplevelse.

tionistiskt önsketänkande. Vi måste fastslå, att den psykoanalytiska och psykoterapeutiska behandlingen är till för patientens skull, inte patienten för metodens eller terapeutens skull. En psykoanalys eller psykoterapi får inte bli en Prokrustessäng, i vilken man pressar ned patienten och i så fall med det resultat, som den grekiska sagan omvittnar, nämligen att patienten liksom rövaren Prokrustes' offer på olika sätt malträteras för att passa in i den av terapeuten hopsnickrade psykoterapeutiska bädden, oavsett om terapeuten gått i lära hos Pavlov, Freud eller Horney. Psykoterapi, däri inräknad psykoanalys, är och måste förbli en behandlingsmetod för plågade medmänniskor, vilka uppöker oss för att få hjälp med sina neurotiska krämpor. Vi skulle inte uppträda korrekt mot patienten, om vi inte i varje ögonblick ställde hela vår arsenal av kunskaper, erfarenheter och moget omdöme till patientens förfogande, så att vi efter bästa förmåga kan fullgöra det terapeutiska uppdrag, som vi, ofta med avsevärda offer från patientens sida, har åtagit oss.

Vad händer om man nu skulle vilja bedriva "ren psykoanalys" och bemöda sig om att av t.ex. vetenskapliga skäl undvika varje form av stödjande åtgärder? I ett sådant fall är det inte längre fråga om behandling, utan om psykologisk undersökning, vilken då måste ske i samarbete med en frivillig explorand och inte med en hjälpsökande patient.

Det är möjligt att det finns patienter, det kan dock inte vara många, och själv har jag knappast upplevt någon sådan under en mer än 20-årig verksamhet som psykoanalytiker, där den klassiska analytiska modelltekniken utan tillsats av s.k. parametrar (5) är den optimala terapiformen. I detta sammanhang måste framhåvas, att kravet på att analytikern skall fungera som en absolut neutral, oengagerad projektionsskärm för patientens irrationella överföringsreaktioner inte ens i klassisk psykoanalys får gå så långt, att den mänskliga kontakten mellan analytiker och patient, den terapeutiska gemenskapen ("the working alliance") (12), äventyras. Denna synpunkt har vältaligt utvecklats i en enhälligt lovordad monografi av New York-analytikern Leo Stone. (23)

Terapeutisk elasticitet

Freud har själv påpekat att många åtgärder, som i egentlig mening inte är analytiska, ibland måste tillgripas för att övervinna patientens motstånd mot behandlingen, inte minst suggestion (1). Vidare ansåg Freud det nödvändigt att gentemot vissa analyspatienter, lidande av torgskräck, tillgripa auktoritära attityder i så måtto, att han uppmanade dessa patienter att under ett visst skede i analysen trotsa sin ångest och ensamma ge sig ut på gator och torg. (5)

De av oss, som har haft förmånen att följa doktor Vanggaards seminarium över ångestneurosens behandling och ta del av det manliga fall, han så ypperligt redogjorde för, minns att Vanggaard beskrev, hur han vid ett tillfälle faderligt hytte med pekfingret till sin patient och strängeligen tillsade honom att aldrig mer på grund av ångest lämna ett sammanträde, detta då patienten berättat, att han inte orkat med att stanna kvar på grund av en ångestattack, som blev honom övermäktig. I övrigt framgick det klart, att Vanggaard bedrev kvalificerad insiktsterapi med denna patient och vilket gynnsamt resultat han lyckades uppnå just med den av honom utformade psykoterapeutiska tekniken i detta och andra liknande ångestfall.

Själv kände jag behovet av att kontakta doktor Vanggaard vid mitt första försök att tillämpa hans teknik. Vågade jag verkligen kräva av patienten, att hon skulle trotsa sin ångest och ensam åka tunnelbana till sin behandlingstid på sjukhuset, vilket hon för närvarande var oförmögen till? Ja, obetingat, sade Vanggaard. Jag hade mina dubier om patienten verkligen skulle orka med att trotsa sin ångest, men — hon kom! Hennes ångestneuros var i det stora hela eliminerad efter tjugo psykoterapitimmars.

Vanggaard tog även sin manliga patients hustru en kortare tid i psykoterapi, då hon utgjorde ett av de patogena momenten i patientens ångestneuros och blev sämre, då patienten blev friskare. Den neurotiska balansen makarna emellan rubbades. (13)

Allt detta är belysande exempel på terapeutisk elasticitet. Likaså är det i vissa fall önskvärt att byta terapiform för att tillgodose patientens behov.

Själv har jag vid några tillfällen först haft en patient i psykoanalys, vilken därefter på ett för patienten fördelaktigt sätt kompletterats med gruppterapi. I andra fall har jag påbörjat en terapi som övervägande stödjande och så småningom kunnat låta insiktsbetonade åtgärder bli mer och mer framträdande, efter det att patientens jag under terapiens gång blivit stärkt. Åtminstone i ett par fall har patienterna därefter övergått i regelrätt psykoanalys hos mig eller någon kollega, då de tidigare terapiformerna inte varit tillräckligt verk samma och på detta sätt har tillfredsställande terapeutiska resultat kunnat uppnås, som jag tror inte varit möjliga på annat sätt.

Vi kommer alltså fram till, att man måste vara beredd att förutsättningslöst utnyttja olika typer av psykoterapeutiska interventioner, att dessa måste anpassas efter patientens speciella, individuella behov och att detta innebär en ofrånkomlig elasticitet i den terapeutiska approachen. Många psykoanalytiker av idag är de första att framhålla just dessa synpunkter och åtskilliga av dem är själva exempel på sådan elasticitet. De har för länge sedan vandrat ut ur sina psykoanalytiska elfenbens torn. Det mest ryktbara exemplet härvidlag är Franz Alexander, som med sin bok "Psychoanalytic therapy" 1946 (1) åstadkom åtskillig oro i det psykoanalytiska lägret genom att rubba de invanda cirkelarna. De, som blev chockerade av Alexanders okonventionella terapeutiska inställning (2), borde ha erinrat sig, att Freud själv behandlat fall på liknande sätt (7, 15) och att ett av fallen i Breuer och Freuds klassiskt vordna arbete "Studien über Hysterie" gällde bondflickan Katharina (7), vars ångesthysteri Freud kunde få rätsida på efter ett samtal på ett litet vårdshus under en utflykt i de österrikiska alperna. Något av semesterstämning vilar över denna lilla sjukhistoria — unik i sitt slag i hela den psykoterapeutiska litteraturen. Det gynnsamma resultatet berodde säkerligen på åtskilliga samverkande faktorer, som framskyntar i skildringen: en utmärkt "working alliance" mellan terapeut och patient; vidare att Freud som en god fadersfigur kunde ge patienten en vad Alexander kallar "corrective emotional experience" (2) med ett visst mått av katharsis. Det var sä-

kerligen Freuds intuitiva grepp om patientens psykodynamiska situation, som möjliggjorde den effektiva psykoterapien.

Psykofarmaka

I denna elastiska attityd, där patientens bästa alltid måste vara vårt ögonmärke, kommer också psykofarmaka in på ett naturligt sätt. Det är här mer än någonsin påkallat att som ständig ledstjärna ha Hippokrates' maning: nihil nocere. Erfarenheten visar, att i detta avseende syndas det åtskilligt: patienterna får för stora doser läkemedel, inte sällan av ett slag som är vanebildande. Det hör tyvärr inte till sällsyntheterna, att man från kolleger övertar patienter, som t.ex. är ordinerade 10 mg valium 4 gånger dagligen för sin oro eller som sömnmedel fått utskrivet en stor burk heminevrin-tabletter att tas mer eller mindre efter behag. Det står utom all diskussion, att man i sådana fall skadar patienten: dessa och liknande preparat är kraftigt vanebildande med toleransökning, beroende, intoxikation och inte sällan klinikvistelse för avgiftning i släptåg. Vid val av psykofarmaka måste man sålunda noga beakta, att man väljer ett för patienten oskadligt preparat. Boten får inte bli värre än soten.

Nästa fråga blir: i vilka fall anser jag mig som psykoterapeut behöva komplettera mina psykologiska interventioner med psykofarmaka? Det är närmast vid två olika typer av neurotiska besvär, som detta kommer ifråga, nämligen vid svåra ångesttillstånd och vid vissa typer av depressiva reaktioner.

Neurotiska patienter kan ibland bli så ängsliga och spända, att de inte är motiverade för eller skickade till att på ett konstruktivt sätt tillgodogöra sig våra psykoterapeutiska åtgärder. I sådana fall anser jag det indicerat att ordinera något ångestdämpande medel, i minsta möjliga dos, t.ex. stemetiltabletter à 5—10 mg upp till 3 gånger dagligen, nozinatabletter à 2½ mg upp till 4 gånger dagligen eller truxaltabletter à 5—15 mg upp till 3 gånger dagligen. Patienten kan då snabbt komma i ett skick som möjliggör ett konstruktivt psykoterapeutiskt samarbete. Allteftersom psykoterapien som sådan förmår eliminera patientens ångest,

kan de ordinerade doserna undan för undan minskas för att kanske slutligen helt kunna undvaras, vilket bör vara målet i varje insiktsbetonad psykoterapi.

Då det gäller psykogena depressiva reaktioner av någon svårighetsgrad är det oftare regel än undantag, att man bör inleda behandlingen med något eller några av våra goda antidepressiva preparat kombinerat med stödpsykoterapi, och allteftersom depressionen farmakologiskt hävs, blir patienten i skick att i vissa fall kunna tillgodogöra sig psykoterapi i insiktsbetonad form.

Under loppet av en insiktsterapi har patienten ibland av olika skäl blivit så deprimerad, att jag bedömt det som adekvat att under en relativt kort tid komplettera psykoterapien med ett antidepressivt medel och sedan fortsätta insiktsterapien utan någon ytterligare farmakologisk hjälp. I dessa fall gällde det alltså insiktsterapi, en till två gånger i veckan. Å andra sidan har jag aldrig ansett mig behöva ta till något psykofarmakon under pågående psykoanalys. Har man ställt indikationerna rätt för en sådan behandlingsform och något exceptionellt inte tillstöter, bör även en icke avslutad psykoanalytisk behandling innebära såpass stöd och hjälp för patienten att psykofarmaka helt och hållet skulle kunna undvaras.

I stödterapi kan man medvetet utnyttja ett farmakons positiva placeboeffekt, helst inte på ett så okritiskt sätt, som det en gång i tiden berättas om en lärare på Serafimerlasarettets nervpoliklinik, vilken framhöll för de där tjänstgörande medicine kandidaterna, att man aldrig skulle låta en patient lämna polikliniken ifråga utan ett recept i handen. I min undervisning av medicinare brukar jag kraftigt avråda från att ordinera helt överksamma placebo. En sådan åtgärd kan få flera icke önskvärda följder: patienten kommer lätt underfund med att han är lurad och även läkaren kan reagera psykologiskt ogynnsamt på det faktum att han för patienten bakom ljustet.

Måttlig ångest är pådrivande vid insiktsterapi

Varför är det nu att rekommendera att man som psykoterapeut är återhållsam med psykofarmaka?

En viktig anledning är, att ett visst mått av ångest, inom de gränser, som tolereras av patienten, utgör en betydelsefull pådrivande och motiverande faktor i all insiktsterapi, detta för att patienten skall vilja medverka i att ta itu med och bearbeta sina neurotiska försvar. Motstånd mot att få det omedvetna, bortträngda materialet upp i medvetandet är ett stort tekniskt problem i all insiktsterapi. Dessa försvar och motstånd kan ta sig de mest olikartade former, de är ofta svärgenomskådliga och mödosamma att terapeutiskt bearbeta. Om patienten mår bra i sin insiktsterapi på grund av ångestfrihet, har han föga anledning att samarbeta med terapeuten i syfte att eliminera motstånd mot behandlingen och att gå i närkamp med sina ångestskapande, omedvetna problem och konflikter, allt detta, som underhåller hans neuros och hindrar hans tillfrisknande.

Dessa överväganden är inte relevanta ifråga om stödterapi. Å andra sidan — det finns knappast något farmakon, som är så effektivt, att patienten kan klara sig med detta enbart utan att samtidigt erhålla någon form av psykologisk hjälp.

Det är en förhoppning, som en del av våra "biologiskt" orienterade psykiaterkolleger hyser och som Freud själv i ögonblick av utopiskt dagdrömmeri hängav sig åt (8), att man i någon oviss framtid kan få fram så verksamma kemiska medel för nervösa åkommor, att psykologiska interventioner skulle bli obehövliga. Personligen delar jag inte denna optimism. En psykologisk rubbning har i allmänhet mångförgrenade rötter i olösta mänskliga problemställningar, är oftast produkten av tilltrasslade mellanmänskliga konflikter och ingriper på ett subtilt sätt i högt differentierade psykologiska förlopp. Av dessa skäl har jag svårt att föreställa mig, att man på mycket länge om ens någonsin kan komma så långt i sitt neurofysiologiska och farmakologiska vetande, att man enbart på kemisk väg skulle kunna regularisera psykologiska skeenden, som på ett för individen ogynnsamt sätt sparat ur. Jag tror, att man alltid måste räkna med ett visst mått av psykoteraeutisk intervention — större eller mindre.

Men även den idag mest avancerade psykotera-

pi befinner sig trots allt ännu i sin begynnelse. Vi har rätt att räkna med att på många väsentliga punkter både kunna utvidga och fördjupa vårt vetande. Den livliga vetenskapliga diskussionen inom området med fortgående publikation av nya ambitiösa undersökningar och problemlösningar är ett glädjande tecken (10, 11, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 26 m. fl.)

Det är å andra sidan ogynnsamt och meningslöst att förringa eller ignorera det kunskapsstoff, vi redan är i besittning av och som i hög grad kan hjälpa många av våra neurotiska patienter, om det utnyttjas på rätt sätt av rätt person för rätt patient.

Kompetenskrav på psykoteraeuten

En betydelsefull fråga är, hur hög kompetens det är rimligt och nödvändigt att kräva av en person, som ämnar bedriva psykoteraui. Det är i detta sammanhang ofrånkomligt att påpeka den besvärliga diskrepansen mellan det önskvärda och det möjliga. Det är en självklarhet, säger man kanske, att det bör krävas långvarig utbildning, stor erfarenhet och en betydande grad av mognad och integritet av en person, som skall bedriva en så ansvarsfull, komplicerad och mödosam verksamhet som psykoteraui. Vi måste dock ta tillbörlig hänsyn till att vi idag befinner oss i en nödsituation. Möjligheterna till en fullgod utbildning i ämnet är minimala, lärarkrafterna fåtaliga, räddhågan bland kollegerna att ta itu med psykoteraeutisk verksamhet stor. I detta dystra läge är det verklighetsfrämmande att upprätthålla perfektionistiska krav. Vi måste tills vidare acceptera ett minimum bestående i att den blivande psykoteraeuten utöver rejäl grundutbildning, kompletterad med egen praktisk erfarenhet inom allmänpsykiatri, grundligt arbetar igenom en eller ett par läroböcker i psykoteraui, erhåller någon form av regelbunden hand-

.....

Elasticitet som psykoteraeutisk princip måste utövas på grundval av gedigna kunskaper och en välgrundad uppfattning om olika patienters varierande behov i olika livssituationer.

.....

ledning och i början av sin psykoterapeutiska verksamhet inte sätter ambitionerna för högt.

I fråga om handledning i psykoterapi bör det framhållas, att man utan sådan lätt blir nedstämd av svårigheterna, om man inte får hjälp att klara upp kriser och dödlägen och att man också lätt går miste om att urskilja det intressanta psykodynamiska kraftspelet i de konflikter, som lett fram till patientens aktuella neurotiska insufficiens.

Man bör ständigt hålla alla terapeutiska möjligheter öppna och försöka tillägna sig den elastiska approach, jag här har framhållit som önskvärd. Det är väsentligt, att vi inte missuppfattar eller missbrukar denna uppmaning. Uttrycket "elastisk approach" får inte bli en täckmantel eller ursäkt för bristande kunskaper, får inte förleda oss till att praktisera en slapp låt-gå-attityd gentemot våra patienter, där man, okontrollerad av välkända regler och erfarenheter, improviserar och låter sina terapeutiska ambitioner få fritt utlopp. Elasticitet som psykoterapeutisk princip måste utövas på grundval av gedigna kunskaper och en väl grundad uppfattning om olika patienters varierande behov i olika livssituationer.

Dessa synpunkter är väl tillgodosedda och framhävda i de bästa läroböckerna i ämnet (bilaga B), inte minst hos Dewald. (4)

Terapeutens personliga förutsättningar

Vad gäller frågan om de personliga förutsättningarna för psykoterapeutiskt arbete har jag redan tidigare som önskvärda egenskaper nämnt ett djupgående psykologiskt intresse, en uppriktig önskan att hjälpa en plågad medmänniska i ett betycktt läge, tålmod och frånvaro av störande och för patienten ogynnsamma karaktärologiska egenskaper och olösta problem. Man måste till varje pris söka förebygga att en patient utnyttjas på ett för denne ofördelaktigt sätt i syfte att tillgodose terapeutens omedvetna behov av beundran, kärlek, trygghet, maktkänsla, möjlighet att dominera, eller motsatsen, nämligen att bli plågad eller att få sin osublimerade sexuella nyfikenhet tillfredsställd o.s.v. Vad Tarachow kallar "den terapeutiska barriären" mellan terapeut och patient (25) måste

ständigt upprätthållas och en optimal distans (3) alltid eftersträvas.

Att terapeutens olika känslomässiga behov av ovan antytt slag i genomarbetad, medveten, neutraliserad och kontrollerad form i större eller mindre utsträckning ingår som värdefulla komponenter i en god psykoterapeuts personliga utrustning är en annan sak. Man får här som i andra fall inte förväxla en viss psykologisk företeelses ursprung med dess värde. Vi har ju alla inom oss ett visst kvantum mer eller mindre sublimerade och neutraliserade, primitiva impulser som drivfjädrar till vårt handlande och inte minst gäller detta för vårt arbete som läkare och terapeuter. Vad det här är frågan om är att ständigt vara på sin vakt mot för patienten ogynnsamma, obearbetade impulser och reaktionsmönster hos oss själva, antingen autoktona eller provocerade av våra patienters för oss ibland prövande beteenden.

Här tangerar vi det stora problemet motöverföring (4:250—258, 16), psykoterapeutens irrationella reaktioner gentemot patienten och hans material. Det är framför allt beträffande möjligheterna att uppmärksamma och kontrollera denna motöverföring, som det är betydelsefullt för terapeuten med erfarenhet av självupplevd psykoterapi, antingen individuell, i grupp eller i regelrätt psykoanalys. Det är dessa alltid förefintliga motöverföringsproblem, som ger anledning till att någon form av handledning är ett oavvisligt krav för den som vill ägna sig åt mer ambitiös psykoterapi. Utan sådan handledning och utsatt för trycket från sitt eget okontrollerade omedvetna känslor och fantasiliv kan terapeuten bli offer för en folie à deux, en destruktiv interaktion kan utveckla sig mellan terapeut och patient, vilken kan leda till katastrof för en eller båda parter. Man skall inte tro att detta är några hjärnspöken, tvärtom — att bedriva regelrätt psykoterapi utan handledning kan för en nybörjare bli ett olycksbringande företag, där faror lurar vid varje steg.

Är de ovan nämnda minimikraven på den blivande psykoterapeuten uppfyllda, då skall man inte heller dröja med att forcera tveksamhetsbarriären utan ta itu med ett eller ett par fall, där in-

dikationerna bedömts som otvetydiga. Behovet av psykoterapi är nära nog obegränsat, misstag gör vi alla, möjligheten att hjälpa patienter med de förutsättningar som nyss nämnts är större än motsatsen. Psykoterapi är både lättare och svårare än man kanske föreställer sig. Upprätthåller man ett ordnart mått av omdöme och försiktighet särskilt i början, har gjort sig underkunnig om blindskär och fallgropar och dessutom har handledning inom räckhåll, kan man göra en medicinsk och social insats av betydande mått genom att möjliggöra adekvat psykoterapi åtminstone för några av våra många patienter med nervösa åkommor.

Vi måste ständigt vara på vakt mot att glida in i rollen av välmenande men tafatta och ineffektiva "pratdoktorer". Låt oss i stället bemöda oss om att bli goda psykoterapeuter, medvetna om de resurser, som idag står till vårt förfogande och med känsla för våra verkliga möjligheter. Ju mer kunskap och erfarenhet vi förvärvar oss, desto

bättre terapeutiska resultat uppnår vi och desto större blir vår arbetsglädje och tilltro till det konstruktiva i vår terapeutiska gärning.

Har man upplevt ett antal fall, där både patienten och man själv *vet* att det lyckade resultatet har uppnåtts som följd av den genomgångna psykoterapien eller analysen och inte kunnat erhållas den förutan, då är man inte alltför känslig för vad osäkra och ofta av irrelevanta frågeställningar influerade statistiker (18) har att säga om värdet av psykoterapeutiska insatser. Den som allvarligt har arbetat med det psykoterapeutiska instrumentet och med egna ögon kunnat bevittna, vad det förmar uträtta i även till synes desolata fall, tvivlar inte ett ögonblick på dess utomordentliga räckvidd och betydelse.

En målmedvetet genomförd psykoterapi kan i vissa fall rädda en människa från livslång fångenskap i neurotiska bojor och i grunden omgestalta hela hennes liv i positiv riktning.

Bilaga A

ÖVERSIKT ÖVER PSYKOTERAPEUTISKA METODER

(Sammanställd av N. Haak i september 1968.)

Psykoterapi innebär en mellanmännisklig påverkan genom ord och beteenden ("psykologiska medel") i avsikt att minska eller upphäva för patienten störande ("sjukliga") beteenden och/eller upplevelser.

Olika former:

A. Undertryckande psykoterapi:

- a) auktoritär påverkan
- b) suggestion
- c) hypnos
- OBS! risker: passivisering eller trots

B. Stödjande psykoterapi:

- | | |
|---|---------------------------------------|
| a) rådgivning, stöd, ledning | } flytande övergångar mellan a, b, c. |
| b) lugnande försäkringar ("reassurance") | |
| c) persuasion (Dubois) | |
| d) avreagerande, ventilerung (katharsis) | |
| e) kroppsundersökning i lugnande syfte | |
| f) medicinering (placeboeffekt) | |
| g) sysselsättningsterapi | |
| h) avslappningsövningar (Schultz, Langen, Jacobson) | |

- i) manipulation av yttrevärlden
- j) sjukhusvistelse (terapeutisk regression)
- A + B = Konserverande psykoterapi.

C. Insiktsbetonad psykoterapi:

I) Begränsad, sektorbetonad målsättning:

Man utnyttjar förefintliga möjligheter till bättre anpassning

- 1) samtalsterapi med begränsat timantal (terapeuten mer aktiv)
- 2) Roger's nondirektiva terapi
- 3) gruppterapi (uppföstrande)

II) Generell, global målsättning:

Man strävar efter att undanröja den neurotiska karaktärsstrukturen och utveckla nya, konstruktiva personlighetsdrag. Bygger på läran om:

- 1) det omedvetna
- 2) psykisk determination
- 3) regression
- 4) överföring
- 5) motstånd
- 6) tolkning
- 7) genomarbetning

Former :

- a) klassisk psykoanalys ad modum Freud (utövas av medlemmar av International Psychoanalytic Association)
- b) hypnoanalys (Wolberg m. fl.)
- c) neo-psykoanalys (Horney, Reik, Sullivan m. fl.)
- d) samtalsterapi med icke begränsat timalantal (terapeuten mer passiv)
- e) gruppterapi (explorativ)

- D. *Av- och ombetingande metoder, "beteendeterapi".* — Bygger på Pavlov's lära om betingade reaktioner.
 - a) Eysenck
 - b) Wolpe

- E. *Psykoteraapi under påverkan av farmaka:*
 - a) s. k. narkoanalys (isomyl, pentothal)
 - (b) L.S.D.-behandling (lysergisyredietylamid) individuellt eller i grupp, analytisk eller icke-analytisk. Riskfylld metod, därför icke tillämpad i Sverige.)

Bilaga B

PSYKOTERAPEUTISK LITTERATUR

(Sammanställd av N. Haak september 1968.)

Balint, M. och E. *Psychotherapeutic techniques in medicine*. London: Tavistock publications 1961. (236 ss.) — Konkret hållen, med en hel del praktiska synpunkter och rikligt med fallbeskrivningar. Utmärkt introduktion för den helt oinitierade.

Bellak, L. och Small, L. *Emergency psychotherapy and brief psychotherapy*. New York: Grune and Stratton. (253 ss.) 1965. — Bellak är en internationellt välkänd psykiater, som i sig förenar mycket av välbalanserad kliniker och psykodynamisk forskare. Arbetet är välskrivet, pedagogiskt värdefullt och innehåller bl.a. ett försök till vetenskaplig bearbetning av ett psykoteraapiaterial (1 414 patienter) och en bandupptagen psykoteraapi om 5 timmar.

Colby, K.M. *A Primer for psychotherapists*. New York: Ronald Press 1951 (167 ss.) — Trots 17 år på nacken öövertärfad som kortfattad introduktion. Enkelt språk, en hel del kliniska exempel.

Dewald, P.A. *Psychotherapy, a dynamic approach*. Oxford: Blackwell 1964. (307 ss.) — Det ledande, modärna standardverket av ordinarät läroboksomfång. Innehållsrik, koncis. Efter en kort översikt av den psykodynamiska teoribildningen avhandlar arbetet på ett förtjänstfullt sätt i detalj både stödjande och inriktade teraapiformer.

Malan, D.H. *A study of brief psychotherapy*. London: Tavistock publications 1963. (312 ss.) — Ingen lärobok, men en intressant redogörelse för ett genomtänkt, systematiskt psykoteraapeutiskt forskningsprojekt, omfattande 19 väl beskrivna fall. Stimulerande och

lärorik men förutsätter vissa förkunskaper i psykodynamiska tänkesätt.

Tarachow, S. *An introduction to psychotherapy*. New York: I.U.P. 1963 (376 ss.) — Praktiskt-kliniskt inriktad. Ingen systematisk lärobok men en trevlig, lättflytande framställning i seminarieform, här och var med inlägg från seminariedeltagarna: underläkare. Lämpad inte minst för psykiater i slutna vård.

Wolberg, L.R. (with nine contributors). *Short-term psychotherapy*. New York and London: Grune and Stratton 1965 (348 ss.) — Uppsatsen av Wolberg själv: The technique of short-term psychotherapy (74 ss.) intressant och lärorik, kan rekommenderas, de övriga bidragen (bland dem uppsatser av Alexander, Masserman och Rado) av varierande kvalitet och relevans. De olika framställningarna av ämnet kan verka förvirrande på den oinitierade, men ger å andra sidan en uppfattning om vitaliteten och rörligheten inom området.

Wolberg, L.R. *The technique of psychotherapy*. New York: Grune and Stratton 1967 (2:a uppl. 1 411 ss. 2 delar.) — Wolberg är sedan många år chef för Postgraduate Center for Mental Health i New York, ett imponerande lärocentrum, inte endast för läkare utan även för psykologer och socialarbetare. Sin vidsträckt erfarenhet både som praktiserande teraapeut och lärare har Wolberg lagt ned i denna omfångsrika, men lättlästa lärobok av handboks-karaktär, försedd med ett stort antal kliniska illustrationer, bland annat en hel bandad psykoteraapi om 9 timmar.

LITTERATURFÖRTECKNING

1. *F. Alexander et al* (1946) "Psychoanalytic therapy". New York: The Roland Press: 39
2. *F. Alexander* (1957) "Psychoanalysis and psychotherapy". London: Allan and Unwain: 41
3. *M. Bouvet* (1958) "Technical variations and the concept of distance". *Int. J. Psychoanal.*, vol 39: 211—222
4. *P.A. Dewald* (1965) "Psychotherapy — a dynamic approach". Oxford: Blackwell
5. *K. R. Eissler* (1953) "The effect of the structure of the ego on the psychoanalytic technique". *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 1: 110
6. *O. Fenichel* (1944) "Brief psychotherapy" i *Collected papers II* (1955). London: Routledge and Kegan Paul: 243—259
7. *S. Freud* (1955) "Katharina" i *J. Breuer and S. Freud* (1895) "Studies on hysteria". *Standard Edition*, vol II: 125—134
8. *S. Freud* (1964) "An outline of psychoanalysis" (1938). *Standard Edition*, vol XXIII: 182
9. *M. Gill* (1954) "Psychoanalysis and exploratory psychotherapy". *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, vol II: 780—782
10. *A. Goldstein, K. Heller, L. Sechrest* (1966) "Psychotherapy and the psychology of behaviour change". New York: John Wiley & Sons Inc.
11. *L. Gottschalk and A. Auerbach* (1966) "Methods of research in psychotherapy". New York: Appleton-Century-Crofts
12. *R. R. Greenson* (1967) "The technique and practice of psychoanalysis", vol I. New York: Int. Univ. Press Inc.: 190—216
13. *M. Grotjahn* (1960) "Psychoanalysis and the family neurosis". New York: W. W. Norton
14. *N. Haak* (1968) "Utbildning i psykoterapi", *Socialmedicinsk tidskrift*, 45 årg: 169
15. *E. Jones* (1955) "Sigmund Freud life and work", vol II. London: The Hogarth Press: 88
16. *O. Kernberg* (1965) "Notes on counter-transference". *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, vol 13: 38—56
17. *R. P. Knight* (1954) "A critique of present psychotherapies" i "Psychoanalytic psychiatry and psychology". New York: Int. Univ. Press Inc.: 64
18. *B. Larsson* (1967) "Effekter av psykoterapi — resultat, problem, debatt". *Socialmedicinsk tidskrift*, 45. årg.: 160—165
19. *S. Lesse ed* (1968) "An evaluation of the results of the psychotherapies". Springfield: Charles C. Thomas
20. *D.H. Malan* (1963) "A study of brief psychotherapy". London: Tavistock publications
21. *E. A. Rubinstein and M. B. Parloff* (1959) "Research in psychotherapy". Washington: Amer. Psychol. Assoc.
22. *W. B. Snyder* (1961) "The psychotherapy relationship". New York: The Macmillan Company
23. *L. Stone* (1961) "The psychoanalytic situation". New York: Int. Univ. Press Inc.: 110
24. *H. Strupp* (1960) "Psychotherapists in action". New York: Grune and Stratton
25. *S. Tarachow* (1963) "An introduction to psychotherapy". New York: Int. Univ. Press: 9 ff
26. *R.S. Wallerstein* (1963) "The problem of the assessment of change in psychotherapy". *Int. J. Psychoanal.*, vol 44: 31—41

socialmedicinsk tidskrift

Prenumerationspris: (inklusive moms.)

Helår kr 35, halvår kr 18.

Studerande helår kr 18.

Lösnummer kr 4. (exklusive moms.)

Tidskriften utkommer med 10 nummer per år
(1 per månad utom juli och augusti).

Återgivande helt eller delvis av originalartiklar ur **smt**
utan angivande av källan förbjudes.

Annonsavdelning:

Red. Nils Byttner, Strandliden 60, 162 04 Vällingby.
Tfn 08-38 52 99, 38 77 58.

Annonspriser:

Omslagets andra sida kr 550, omslagets fjärde sida
kr 650,

helsida kr 500, halvsida kr 300, kvartsida kr 175
mm-pris kr 1:50 per enkel spalt, 70 mm.

Spalthöjd 210 mm, spaltbredd 70 mm,
sidans bredd (2 spalter) 150 mm.

AB Egnelliska Boktryckeriet, Stockholm 1969