

Fobiträning



Sten Espmark

Väletablerade fobier (tillstånd där ångest förlagts till vissa yttre situationer eller objekt såsom öppna platser, slutna rum, knivar etc.) visar sig ibland vara svåra att påverka med insiktsbetonad psykoterapi. Att systematiskt träna dessa individer till att kontakta föremålet för deras fobi kan här i stället visa sig vara den mest adekvata metoden. Detta synes även behandlingsresultaten visa. Förf., som är b:tr. överläkare vid Karolinska sjukhusets psyk. klinik, framhåller dock vikten av att kunna kombinera desensibiliserande behandling med insiktsterapi.

Frågan om hur man bäst behandlar fobier, har blivit mycket kontroversiell inom nutida psykiatri. Motsättningarna gäller egentligen neurosbehandling överhuvudtaget, men diskussionen har i hög grad kommit att gälla just fobierna. Detta sammanhänger med att de nyare behandlingsmetoder under senare år, som brukar sammanfattas under begreppet "beteende-terapi" (behavior therapy), har fått sin mest distinkta utformning just när det gäller fobier. Det rör sig om metoder, som går tillbaka på behaviorism och Pavlovsk reflexologi. Flertalet av de terapeuter, som använder denna terapiform, anser att den är överlägsen, när det gäller fobier, och förkastar tidigare använda terapeutiska metoder och framför allt teorierna bakom dessa.

Analytiskt orienterade terapeuter å sin sida brukar i allmänhet inte ha mycket till övers för de metoder, som används vid beteendeterapi, och ställer sig skeptiska till de gynnsamma behandlingsresultat, som rapporterats.

Teoretiska bakgrunder

För att rätt förstå dessa motsättningar, när det gäller behandling av fobier, måste man gå tillbaka till de båda åsiktslägrens helt skilda uppfattningar om bakgrunden till att en neuros utvecklas. För en renodlad beteendeterapeut är de psykoanalytiska teorierna helt främmande. Man betraktar således "det omedvetna" som en ointressant och onödig hypotes, när det gäller att belysa frågan om neurosernas uppkomst. Neurotiska symptom, t.ex. fobier, är istället, menar man resultatet av en icke ändamålsenlig (maladaptive) inläring.

Hur man tänker sig, att denna inläring går till, har Eysenck och Rachman formulerat i sin s.k. trestegsteori. Första steget består då i att en enskild traumatisk händelse eller flera "subtraumatiserande" episoder åstadkommer starka, obetingade, autonoma reaktioner, särskilt från det sympatiska nervsystemet. När traumat försvinner, återvinner de flesta människor sin emotionella jämvikt. Hos en del kan det emellertid under en sådan period

ske en association mellan den traumatiska händelsen och förut neutrala stimuli. Ett barn, som blivit skrämt av en hund, kan t.ex. i fortsättningen förknippa själva åsynen eller föreställningen om en hund med skallet eller bettet, och reagerar då med ångest. Det inträffar lätt också en generalisering av ångestreaktionen till likartade föremål eller situationer.

Möter barnet därefter ett antal gånger fredligt sinnade hundar, sker så småningom en utsläckning av ångestreaktionen. Detta är enligt Eysenck, vad som inträffar i de flesta fall — Eysenck hävdar som bekant att flertalet neuroser spontanläker. Risker är dock att det tredje steget inträder, nämligen att ångesten för situationen ifråga gör, att individen undviker att utsätta sig för den. Det sker då ingen utsläckning av ångestreaktionen, utan man får istället en kraftig förstärkning av tendensen att fly undan den obehagliga situationen. Detta leder då till att tillståndet permanentas. Vad det gäller vid behandlingen, är mot denna bakgrund att komma tillrätta med den icke ändamålsenliga inlärningen.

Djurförsök

En av de mest kända terapeuterna inom det behavioristiska lägret är sydafrikanen Wolpe — numera psykiatriprofessor i Philadelphia. Det som ledde Wolpe in på hans nuvarande behandlingsmetoder vid fobier, var från början djurförsök, egna och andras. Pavlov hade funnit, att de experimentella neuroserna på hundar var tillstånd, som var utomordentligt envisa och svåra att komma tillrätta med. Pavlov drog då slutsatsen, att det hade inträtt patofysiologiska förändringar, som kunde förklara neurosen. 1943 redovisade emellertid Masserman iakttagelser vid kattförsök, som talade emot att det skulle ligga någon lesion bakom. Masserman gjorde sina katter neurotiska genom att utsätta dem för elektriska smärtstimuli i en trång bur. Han märkte sedan, att han kunde bota dem, om han kunde få dem att äta i samma bur, där de haft sina smärtsamma upplevelser. Detta — att man genom att framkalla ett visst beteende hos djuren kunde komma tillrätta med deras rädsla för experimentburen — talade emot

lesionsteorin. Behavioristerna drar också slutsatsen av dessa experiment, att ett inlärningsmoment varit verksamt, eftersom utfodringen måste ske just i den ursprungliga experimentburen för att kunna bota neurosen.

Wolpe anknöt 1947 till de ovannämnda katterexperimenten men gick ett steg vidare. Wolpe lyckades aldrig som Masserman få djuren att äta direkt i experimentburen, hur hungriga de än var, och även om det hade gått månader efter smärttrentningarna. Däremot märkte han, att kattornas ångslan minskade successivt, ju längre bort från experimentburen de kom, och ju mindre omgivningen påminde om buren. Han började då — efter att ha utsatt djuren för två—tre dygns svält — utfodra dem på de ställen i huset, där de visade minst ångslan, och kunde sedan få dem att acceptera mat närmare och närmare experimentburen och slutligen inne i själva buren, genom att gå fram stegvis dag för dag. Till slut visade djuren ingen som helst rädsla ens inne i själva buren. Wolpe tolkade detta skeende som att han hade lyckats åstadkomma en avbetingning genom att locka djuren till ett beteende — ätandet — som var oförenligt med den betingade reflexen ångest, och som därigenom blockerade ångesten. Ur dessa djurförsök utvecklade han sedan efter något år en principiellt likartad metod för behandling av fobier hos människor.

Systematisk desensibilisering

Det skall i detta sammanhang nämnas, att likartade behandlingsprinciper redan 1924 beskrevs av Mary Cover Jones i en uppsats, som dock sedan blev bortglömd — Jones lyckades bota en liten pojke med fobi för kaniner och pälsliknande föremål genom att successivt föra en kanin närmare,

.....

Masserman gjorde sina katter neurotiska genom att utsätta dem för elektriska smärtstimuli i en trång bur. Han märkte sedan, att han kunde bota dem, om han kunde få dem att äta i samma bur, där de haft sina smärtsamma upplevelser.

.....

medan pojken satt i hennes knä och åt sina favoriträtter. Wolpe ansåg det emellertid givetvis opraktiskt att använda sig av matmetoden, när det gällde vuxna patienter. Han hade då istället under mellantiden kommit i kontakt med amerikanen Edmund Jacobson's bok om "progressive relaxation" — en metod att hämma ångest genom avslappning. Bakgrunden till denna metods effektivitet är enligt Wolpe, att om man genom avslappning kan åstadkomma en parasympaticus-övervikt i det autonoma nervsystemet, så undertrycks samtidigt sympaticus. Ångesten kan då inte längre manifestera sig via den sympatiska delen av nervsystemet och försvinner då.

Jacobsons metod var emellertid långvarig och omfattande, när det gällde behandling av fobier — det krävdes 50—200 sessioner — och Wolpe beslöt att försöka finna en modifiering, som gick snabbare. Han började då med att efter några inledande avslappningsövningar direkt konfrontera patienterna med fobiska situationer i verkliga livet, graderade så att patienterna till en början utsattes för situationer, som uppväckte endast lätt ångest hos dem, analogt med de tidigare kattförsöken. Även detta blev dock arbetsamt och tidskrävande, och alla fobier var inte av så konkret art, att de möjliggjorde en träning upplagd på detta sätt. Wolpe övergick då istället till att suggerera fram föreställningar om de ångestframkallande situationerna under hypnos. Det visade sig, att detta hade precis lika god effekt som en träning i verkliga livet. Wolpe hade därmed kommit fram till den metod för fobibehandling, som nu benämns "systematic desensitization" — systematisk desensibilisering. Principen att blockera ångest genom att samtidigt med ett ångestframkallande stimulans framlocka ett beteende, som är oförenligt med ångest kallas av Wolpe "reciprocal inhibition" — uttrycket har han lånat av neurofysiologen Sherrington, som använde det ifråga om spinala reflexer.

Hur går då en fobibehandling enligt Wolpe till? Ja, för det första är det inte nödvändigt att använda sig av regelrätt hypnos. Man kan enligt Wolpe i flertalet fall lika väl ta till någon av de avslappningsmetoder, som bygger på autosuggestion, även om detta tar något längre tid. Man använder sig

då av den tidigare nämnda metoden med "progressive relaxation" enligt Jacobson eller som ofta här i Europa autogen träning enligt Schultz. Båda metoderna syftar till muskelavslappning och ett tillstånd av lugn och rofylldhet. När patienten tränat in själva avslappningen — sex sessioner brukar enligt Wolpe i genomsnitt gå åt till denna del av behandlingen — skall patienten så gott som momentant kunna uppnå känslan av lugn och avspänning, och den mer direkta fobibehandlingen kan då börja. Man har då dessförinnan låtit patienten göra upp en s.k. hierarki över sina olika fobier, d.v.s. en lista, där han fört upp alla obehagliga situationer eller föremål, han kan komma på, och rangordnat dem inbördes. Ett exempel på en sådan lista återges nedan. Överst på listan finner man då den mest ångestladdade situation, patienten kan tänka sig, och nederst ett föremål eller en situation, som uppväcker bara ett lätt obehag hos honom.

Exempel på en ångest-hierarki.

1. Vara ensam på arbetsplatsen
2. Varuhus
3. Mindre butiker
4. Höga höjder
5. Köra bilen längre än till X-berg
6. Tunnelbana
7. Hissar
8. Gå ensam på gatan

När patienten behärskar avslappningsmetoden och har gjort upp sin hierarki, inleds den egentliga behandlingen med att han under samtidig avslappning instrueras att under en kort stund föreställa sig den situation, som står nederst på listan. Efter i allmänhet 5—20 sekunder avbryter man och lägger in förnyade suggestioner om avslappning, varefter samma fobiska situation på nytt presenteras för patienten. När detta har skett några gånger, märker patienten, att han nu kan föreställa sig situationen ifråga utan att längre känna något obehag. Det är då dags att under samma eller nästföljande session gå ett steg högre upp på listan. Det väsentliga är givetvis, att patienten sedan märker, att det har skett en generalisering av behandlingseffekten så att han även i verkliga livet kan möta den fobiska situationen utan att längre känna ångest.

Wolpe trycker på vikten av att man verkligen ägnar hierarkin ett detaljstudium tillsammans med patienten, innan man sätter igång med den egentliga behandlingen. Framför allt är det viktigt, att det inte blir alltför stora språng i ångestnivån mellan de olika stegen på listan. Wolpe framhåller, att man allvarligt kan öka "den fobiska känsligheten", om man utsätter patienten för en alltför störande scenpresentation, särskilt om detta sker under en längre stund. Han brukar därför i förväg instruera patienten att signalera, t.ex. genom att höja pek-fingret, om ångesten skulle kännas alltför stark under någon del av behandlingen. Man får då tillfälligt vandra ned ett eller ett par steg på listan och repetera mindre ångestladdade situationer, innan man kan gå vidare i behandlingen. Ibland kan det bli nödvändigt att tillsammans med patienten försöka tänka ut ytterligare mellanled i hierarkin för att komma ifrån en eventuell dylik sprängvis stegring i ångestnivån.

Resultatsundersökningar

Vad vet man då om resultaten vid systematisk desensibilisering? Ja, en del undersökningar finns, men flertalet kan kritiseras på många punkter. Hos en del författare försvåras bedömningen av att man sammanfört olika neurotiska och andra tillstånd i klump och dessutom tillämpat skiftande typer av beteendeterapi. Detta gäller t.ex. Wolpes redovisningar från 50-talet och Lazarus stora patientgrupp från början av 60-talet. 1961 kom det emellertid en redogörelse från Wolpe om en grupp på 39 fobiker, som utplockats slumpvis ur hans stora privatklientel, och som behandlats med systematisk desensibilisering. Hos 35 av de 39 patienterna bedömdes metoden ha varit effektiv. Wolpe redovisar även materialet på sitt eget speciella sätt. Av sammanlagt 68 olika typer av fobier hos patienterna, bedömdes 44 ha försvunnit helt eller så gott som helt, och ytterligare 17 ansågs ha blivit betydligt förbättrade. Sammanlagt rör det sig alltså om en förbättring på 91 %. Sammanlagt gavs 762 desensibiliseringssessioner. I medeltal gavs 11,2 behandlingar per fobi-grupp. Medianen för antalet behandlingar per fobigrupp var 10,0.

Något lägre förbättringssiffror redovisas av tre

amerikaner, Hain, Butcher och Stevenson, som har ett material på 27 fall. I den gruppen förbättrades bara 78 % av patienterna ifråga om de symtom, som de egentligen sökt för, men ytterligare några patienter betraktades som förbättrade ifråga om sitt allmänna psykiska tillstånd. Författarna gör även försök att analysera orsakerna till misslyckandena. De konstaterar, liksom Wolpe och andra tidigare, att en del patienter saknar förmåga att visualisera de situationer, terapeuten försöker suggerera fram. Andra kan se situationen framför sig men förmår inte uppleva motsvarande emotioner i behandlingssituationen och kan då inte heller tillgodogöra sig denna speciella teknik. Somliga förmår inte slappna av vare sig med Jacobsons metod eller hypnos, men man har då i en del fall kunnat göra betydelsefulla framsteg genom träning i verkliga livet.

Författarna tar också på ett något skämtsamt sätt upp anklagelserna från en del håll, att behandlingseffekten vid beteendeterapi skulle beting-
as av terapeutens entusiasm. De konstaterar istället, att många kollegor — däribland just en av författarna — *i princip* är synnerligen positiva till beteendeterapi men i praktiken finner dessa metoder långtråkiga och själsdödande i jämförelse med det livligare utbyte som sker, då patienten öppnar ögonen och berättar om sitt livs alla bekymmer.

Detta kan enligt författarna bli en komplikation, när det gäller utbredningen av terapiformen. De förmanar samtidigt, att det nog ändå är själviskt av en terapeut att ta 200 timmar på sig för nöjet att få lyssna till andras olyckor, när många människor kanske kan botas från sin ångest på 20. Författarna präglar i detta sammanhang uttrycket "écouteurism" hos vissa terapeuter, analogt med "voyeurism". Å andra sidan, säger de, finns risken, att beteendeterapin drar till sig terapeuter med aversion mot intimare personliga relationer, och författarna spekulerar sedan i hur den saken eventuellt kan påverka behandlingsresultaten.

Assertive training

Jag tror personligen, att den här frågan om relationerna mellan läkare och patient är mycket vik-

~~~~~

*Går man utöver tabellmaterialet och läser Wolpe litet noggrannare, finner man, att han nog i själva verket bedriver en ganska god psykoterapi parallellt med sina desensibiliseringsövningar.*

~~~~~

tig, när det gäller att värdera resultaten även av beteendeterapi. Flera författare har energiskt förnekat, att sådana relationer skulle vara på något sätt väsentliga. Granskar man detta närmare, finner man, att den inställningen i flertalet fall grundas på resultaten av experimentellt upplagda behandlingsförsök på människor med *isolerade* fobier, t.ex. djurfobier, som inte varit så utpräglade, att vederbörande själv kommit på idén att söka läkare. Flera författare även inom det behavioristiska lägret har medgivit, att förhållandet nog kan vara annorlunda, när det gäller *sjuka* människor med mer komplicerade fobier. I en undersökning för några år sedan tog Wolpe ganska lätt på läkare-patientförhållandet och menade, att man t.ex. utan nackdel kunde byta terapeut under pågående behandling. Numera anser han dock, att relationen mellan terapeut och patient är av stor betydelse jämsides med den rent tekniska kompetensen. Går man utöver tabell-materialet och läser Wolpe litet noggrannare, finner man, att han nog i själva verket bedriver en ganska god psykoterapi parallellt med sina desensibiliseringsövningar. I tabellerna är han ganska förtegen om detta, men läser man kommentarerna i texten, finner man, att den tidigare nämnda siffran 10 för medelantalet sessioner per fobigrupp, avser just bara själva desensibiliseringen. Wolpe påpekar dessutom, att den delen av behandlingen bara tar upp en del av de trekvart, han brukar avsätta varje gång, och att han — om patienten även har neurotiska problem av annan art — brukar ha särskilda samtal om dessa. Man frågar sig, vad det är han då gör under dessa samtal. Ja, överhuvudtaget betonar Wolpe vikten av att man tar upp en noggrann anamnes och verkligen sätter sig noga in i fallet, innan man börjar en desensibilisering, om

man skall ha utsikter till framgång. Men jag tror också, att man får en del av svaret i hans kommentarer till tre fobifall, som han ägnar en mer ingående beskrivning i sin och Lazarus bok om beteendeterapiteknik från 1966. Han påpekar där liksom i förbigående, att de tre patienterna behövde och fick träning i "assertive behavior".

Med "assertive training" menar Wolpe en metod, som han ärvt av Salter på 40-talet, och som går ut på att man försöker lära patienten att på olika sätt ge uttryck för "basic feelings and emotions" i relationerna till människorna i omgivningen. Wolpe konstaterar, att så länge detta inte sker, fortsätter patientens tillbakahållna impulser att "reverberate" inom honom och hindrar honom från att få frid i själen. Jag tycker, att man i Wolpe's detaljrika beskrivning av hur man tillämpar denna metod, möter god psykoterapi, och avståndet känns då inte längre så stort mellan beteendeterapi och dynamiskt inriktad terapi, även om Wolpe givetvis tolkar skeendena i inlärningspsykologiska termer.

Nu hör det förstås till saken, att Wolpe i sin historieskrivning om hur han kom fram till den systematiska desensibiliseringen uppger, att "assertive training" var en metod, som han använde bara på ett tidigt stadium och sedan lämnade vid behandling av fobier, men som alltså framgår av boken från 1966, är detta kanske inte hela sanningen. Metoderna torde förekomma parallellt i åtminstone en del av fallen. Jag tror, att det finns skäl att antaga, att sådana här faktorer, som inte öppet redovisas, kan vara en av anledningarna till olikheterna i behandlingsresultat mellan enskilda beteendeterapeuter. Andra orsaker kan vara, att somliga terapeuter, t.ex. Wolpe, använt systematisk desensibilisering som "first method of choice", medan andra, som varit mer skeptiskt inställda, tillgripit metoden först i speciellt svåra fall, där allt annat misslyckats. Den invändningen har t.ex. rests mot en retrospektiv undersökning från Maudsley Hospital i London av Cooper från början av 60-talet, vilken utmynnade i att resultaten av beteendeterapi och mer konventionella metoder var tämligen likartade, om man såg till läget ett år efter behandlingens slut.

Jämförelser med andra terapiformer

Utöver Coopers undersökning finns det också en del andra studier, som innefattar kontrollgrupper. Flera har dock den svagheten, att man rört sig med experimentgrupper av människor, som plockats fram ur ett normalmaterial, och inte med verkliga patienter. En sådan undersökning gjordes t.ex. för några år sedan av Lang et alii på studenter med fobi för ofarliga ormar. En grupp behandlades då med systematisk desensibilisering, en kontrollgrupp fick ingen behandling alls, och en grupp fick något som kallades pseudoterapi, vilket skall ha bestått i att de uppmanades tala om sina emotioner. Resultatet i desensibiliseringsgruppen var klart överlägset.

1966 gjordes en principiellt likartad undersökning vid University of Illinois av Paul på en grupp av 45 studenter med ängslan inför att tala offentligt. Fem erfarna terapeuter med dynamisk inriktning "från Freud till Sullivan" fick ta hand om varsin grupp. De fick sedan dela in denna i undergrupper, som de själva fick ge olika typer av behandling. Resultaten hos de studenter, som fått systematisk desensibilisering, bedömdes helt överlägset.

Andra kontrollerade undersökningar arbetar visserligen med mer patientbetonade material men lider av svagheten, att resultaten bedömts enbart av den terapeut, som själv haft hand om behandlingen. 1961 jämförde Lazarus resultaten av systematisk desensibilisering i form av gruppterapi och två olika former av *dynamiskt* inriktad gruppterapi vid fobier. Efter ett 20-tal sessioner hade 72 % i desensibiliseringsgruppen tillfrisknat mot 12 % i de övriga grupperna.

Samtliga hittills nämnda undersökningar utom Coopers har varit positivt inställda till metoden. Det finns dock ytterligare några kliniska kontrollerade undersökningar, som är kritiska. Så t.ex. visade Meyer och Gelder 1963 i en mindre, retrospektiv undersökning från Maudsley Hospital i London, att resultaten vid systematisk desensibilisering inte alltid är så effektiva, som enstaka fallrapporter antyder. Ytterligare en retrospektiv undersökning av en större serie patienter gjordes 1965 av Marks och Gelder respektive Cooper,

Gelder och Marks. Man tyckte sig inte heller då kunna finna något stöd för påståendena om metodens överlägsenhet, även om det visades, att beteendeterapi kunde vara en effektiv behandling för *isolerade* fobier, som t.ex. fobier för djur och insekter. Dessa undersökningar har kritiserats starkt av Wolpe och Lazarus, som menar att de terapeuter, som använts har saknat tillräcklig utbildning. I det här sammanhanget efterlystes även mer omfattande och framför allt prospektivt upplagda undersökningar. En stor sådan har nu kommit förra året, utförd just av Gelder och Marks vid Maudsley. Det är intressant, att författarna här har svängt om till en mer positiv inställning till metoden, även om de har olika reservationer. De förklarar själva sin förändrade inställning med att de tidigare arbetat med ett material av ineliggande, svårt sjuka patienter, medan de denna gång däremot hållit sig till polikliniska patienter.

Jag tycker, att denna undersökning är den mest intressanta och nyanserade, som kommit hitintills. Författarna visar, vad som i nuläget kan åstadkommas med olika metoder för fobibehandling vid ett psykiatriskt sjukhus av ordinarie snitt av terapeuter med god men inte alltför omfattande skolning. Undersökningen omfattar 42 polikliniska patienter med fobier av den typ och svårighetsgrad, man möter på en psykiatrisk poliklinik. Patienterna indelades i tre grupper, varav 16 behandlades med desensibilisering och 16 med dynamiskt orienterad gruppterapi. En tredje grupp fick individuell psykoterapi, men p.g.a. brist på tillräckligt skolade terapeuter innehöll den gruppen bara 10 patienter. Grupperna var väl matchade vad gäller kliniska och andra variabler. Desensibiliseringsbehandlingen pågick i 9 månader, den individuella psykoterapin i ett år och grupp-psykoterapin under 18 månader. Alla behandlingar gavs en gång i veckan. Resultaten jämfördes under två år, dels under behandlingens gång och dels genom en follow up-undersökning. Symtomen skattades var sjätte vecka och den sociala anpassningen var sjätte månad. Skattningarna gjordes dels av patienten själv, dels av terapeuten men man hade även en utomstående läkare inkopplad i bedömningen. Follow up-undersökningen slutligen gjordes av en ku-

Efter sex månader hade patienterna i desensibiliseringsgruppen förändrats signifikant mer än de övriga, men skillnaderna minskade senare, när patienterna i psykoterapi-grupperna fortsatte att förbättras långsamt.

rator, som inte visste vilken typ av behandling patienten fått.

Alla bedömarna var eniga om att det i desensibiliseringsgruppen var en större andel patienter, som visade symtomförbättring i slutet av behandlingen och vid follow up-undersökningen. Patienternas neurotiska symtom, speciellt det symtom patienten sökt för, förbättrades fortare med desensibilisering än med psykoterapi. Efter sex månader hade patienterna i desensibiliseringsgruppen förändrats signifikant mer än de övriga, men skillnaderna minskade senare, när patienterna i psykoterapi-grupperna fortsatte att förbättras långsamt. Ser man på respektive patients samtliga fobier sammanslagna, blir skillnaden i behandlingsresultat mellan grupperna mindre. Övriga symtom, t.ex. depression och allmän ångest, låg ganska lika inom grupperna. Bara två patienter i hela undersökningen blev helt symtomfria — båda fanns inom desensibiliseringsgruppen. Vid follow up-undersökningen tenderade förbättringen alltså att vara större i desensibiliseringsgruppen, men det var då inte längre några statistiskt signifikanta skillnader.

Skattningen av den sociala anpassningen bedömdes som mindre tillförlitlig än skattningen av symtomen. Man tyckte sig ändå kunna konstatera en större och snabbare förbättring av anpassningen i arbete och på fritid inom desensibiliseringsgruppen. Både inom denna och hos de patienter, som fått gruppterapi, blev det en förändring i relationerna till andra människor, som låg lika i de båda grupperna. Skillnaden var dock, att inom desensibiliseringsgruppen kom dessa förändringar först efter det att symtomen hade påverkats, medan de sociala relationerna hos gruppterapi-patienterna förbättrades oberoende av om symtomförbättring inträtt eller ej. Man var särskilt uppmärksam på eventuella tecken till symtomsubstitution,

när fobierna försvann men kunde inte finna några belägg för den saken.

Man kunde i denna undersökning också få fram vissa faktorer, som talade för en dålig prognos. Tar man alla grupperna gemensamt, finner man att sådana ogynnsamma faktorer var t.ex. förekomst av utpräglad agorafobi. Vidare var åldern positivt korrelerad till dålig prognos, liksom svåra tvångssymtom eller om patienten hade en mängd andra neurotiska symtom utöver fobierna. Tar man desensibiliseringsgruppen för sig, finner man motsvarande tendens i denna, men agorafobi och hög initial ångest är här relativt viktigare som ogynnsamma faktorer. Åldern vid behandlingstillfället är däremot mindre viktig vid desensibilisering.

Författarna har helt nyligen även publicerat en fortsättning av undersökningen, varvid de låtit de sju patienter, som inte förbättrades av gruppterapi, genomgå systematisk desensibilisering. Fobierna hos dessa patienter förbättrades då i genomsnitt tre gånger så mycket på fyra månader, som under de föregående två åren. Slutsatsen av Gelder och Marks undersökningar blir, att desensibilisering och psykoterapi av dynamiskt snitt kan båda bidra på olika sätt i behandlingen av fobiska patienter. Ingendera metoden är osviktig för alla patienter, och en del patienter behöver båda.

Egna erfarenheter

Själv har jag sista året använt systematisk desensibilisering vid behandlingen av ett begränsat antal fobier. Jag har då tillgripit metoden dels på patienter, som initialt bedömts kunna ha möjligheter till insiktsterapi men som p.g.a. sina kommunikations- och andra fobier ej kunnat förmås att återgå i arbete under behandlingstiden utan särskilda åt-

... desensibilisering och psykoterapi av dynamiskt snitt kan båda bidra på olika sätt i behandlingen av fobiska patienter. Ingendera metoden är osviktig för alla patienter, och en del patienter behöver båda.

gärder. Jag har då i ett par fall genom att direkt koncentrera mig på de arbetshindrande fobierna och behandla dessa med systematisk desensibilisering kunnat väsentligen utöka patienternas aktionsradie. I ett dylikt fall med fleråriga, invalidiserande fobier kunde en från arbetsplatsen planerad förtidspensionering undvikas, och vederbörande patient har nu sedan nio månader varit igång i heltidsarbete. Det rör sig om en alltför liten patientgrupp för att man skall kunna dra några som helst säkra slutsatser, men ett preliminärt intryck är ändå att läkare-patient-relationen är av stor betydelse för ett gott behandlingsresultat. I det ovan sist relaterade fallet inträffade under de första veckorna efter återgången i arbete sammanlagt fyra recidiv av ångestattacker, men patienten hade då fått löfte om omedelbar kontakt med sin terapeut vid dylika incidenter, och kunde efter korta samtal fås att genast återgå i arbete. Fallet lämpar sig väl för en dynamisk tolkning, men patienten visade sig sakna resurser för att kunna tillgodogöra sig en analytiskt inriktad psykoterapi.

Avslutningsvis skulle jag vilja anknyta till vad som yttrats i ett tidigare föredrag här om terapeutisk flexibilitet. Jag tror då, att systematisk desensibilisering är en metod som bör ingå i den terapeutiska arsenalen för användning vid vissa fall av fobier. Metoden utesluter inte annan psykoterapi, och en kombination kan ofta vara önskvärd.

LITTERATURFÖRTECKNING :

- Cooper, J. E.* (1963) A study of behaviour therapy in thirty psychiatric patients. *Lancet*, 1, 411.
- Cooper, J.E., Gelders, M.G., & Marks, I.M.* (1965): The results of behaviour therapy in 77 psychiatric patients. *Brit. med. J.*, 1, 1222.
- Eysenck, H. J. & Rachman, S.* (1965): The causes and cures of neuroses. Routledge & Kegan Paul, London.
- Gelder, M. G. & Marks, I. M.* (1966): Severe agoraphobia: a controlled prospective trial of behaviour therapy. *Brit. J. Psychiat.*, 112, 309.
- Gelder, M. G., Marks, I. M. & Wolff, H. H.* (1967): Desensitization and psychotherapy in the treatment of phobic states. *Brit. J. Psychiat.*, 113, 53.
- Gelder, M. G. & Marks, I. M.* (1968): Desensitization and phobias. *Brit. J. Psychiat.*, 114, 323.
- Hain, J.D., Butcher, R.H.G. & Stevenson, I.* (1966): Systematic desensitization therapy. *Brit. J. Psychiat.*, 112, 295.
- Jacobson, E.* (1938): Progressive relaxation. University of Chicago Press, Chicago.
- Jones, M. C.* (1924): Elimination of children's fears. *J. Exp. Psychol.*, 7, 382.
- Jones, M. C.* (1924): A laboratory study of fear. The case of Peter. *J. Genet. Psychol.*, 31, 308.
- Lang, P. J. & Lazovik, A. D.* (1963): The experimental desensitization of a phobia. *J. Abn. Soc. Psychol.*, 66, 519.
- Lang, P. J., Lazovik, A. D. & Reynolds, D.* (1965) Desensitization, suggestibility and pseudotherapy. *J. Abn. Psychol.*, 70, 395.
- Lazarus, A.A.* (1961): Group therapy of phobic disorders by systematic desensitization. *J. Abn. Soc. Psychol.*, 63, 504.
- Lazarus, A.A.* (1963): The Results of behaviour therapy in 126 cases of severe neurosis. *Behav. Res. Ther.*, 1, 69.
- Marks, I.M., & Gelder, M.G.* (1965): A controlled retrospective study of behaviour therapy in phobic patients. *Brit. J. Psychiat.*, 111, 561.
- Masserman, J.H.* (1943): Behaviour and Neurosis. University of Chicago Press, Chicago.
- Meyer, V., & Gelder, M. G.* (1963): Behaviour therapy and phobic disorders. *Brit. J. Psychiat.*, 109, 19.
- Paul, G.L.* (1966): Insight versus desensitization in psychotherapy. Stanford University Press, Stanford.
- Rachman, S.* (1968): Phobias. Their nature and control. Charles C. Thomas, Springfield.
- Salter, A.* (1949): Conditioned reflex therapy. Creative Age Press, New York.
- Wolpe, J.* (1958) Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford University Press, Stanford.
- Wolpe, J.* (1961): The systematic desensitization treatment of neuroses. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 112, 189.
- Wolpe, J., & Lazarus, A.A.* (1966): Behavior therapy techniques. Pergamon Press, Oxford.