

Laboratoriesituation och moraliskt dilemma



Göran Persson

Psykoteraپی av insiktstyp är en tidskrävande behandlingsform och måste därigenom förbli exklusiv. Den har betydelse som ett slags laboratoriesituation för terapeuten, men innebär också ett moraliskt dilemma, som ofta upplevs även av patienten. I en del patientmaterial är socialgrupp 3 underrepresenterad och möjliga förklaringar till detta diskuteras. Det latenta behovet av psykoteraپی är sannolikt stort och andra lösningar än enbart en ökning av antalet psykoteraپیer måste sökas om det skall kunna tillfredsställas.

Göran Persson är underläkare vid psykiatriska kliniken, lasarettet Umeå.

Alla som söker på en psykiatrisk mottagning — och många av dem som söker läkare överhuvudtaget — har behov av psykoteraپی i vidaste bemärkelse. Jag skall emellertid bara diskutera några problem som berör psykoteraپی av insiktstyp.

En tidskrävande behandlingsform

Sedan vårterminen 1968 har vi vid psykiatriska kliniken i Umeå en gång i månaden av Johan Cullberg ledda psykoteraپiseminarier. Dessa har stimulerat klinikens läkare till ökat arbete med insiktsteraپی. För närvarande får 11 patienter sådan behandling. Genomsnittlig besöksfrekvens är just nu ganska låg, men man får räkna med att den kommer att öka till ett besök per vecka per patient och att en genomsnittlig behandlingstid är 1/2—1 år. Detta innebär att uppskattningsvis 20 % av tidsbeställd mottagningstid skulle ägnas en minoritet av patienterna. Överläkare Ebbe Linnemann vid Montebello sjukhus i Danmark har på ett tidigare föreningsmöte berättat, att man där ägnar 30 % av tiden åt 4—5 % av patienterna.

Är detta moraliskt försvarligt?

Man kan fråga sig om detta är en rationell behandlingsform och om den är moraliskt försvarligt med tanke på väntelistornas längd. Vi har motiverat vårt handlande på följande sätt. Vi har själva behov av att ge psykoteraپی. Med detta menar jag inte det intensiva och onyanserade behov som kommer ur egna omedvetna och på patientgruppen projicerade hjälpbehov. Jag menar, att vi behöver det för vår utbildning, som träning i att iaktta dynamiska skeenden, som kontroll av initiala intuitioner. Den förmåga vi så uppövar och håller levande bör göra oss betydligt bättre skickade att intelligent och effektivt bedriva psykoteraپی av understödjande typ. Denna behandlingsform är den vanligaste och också den vid de neurostillstånd, som möter oss på kliniken, oftast indicerade. Med tanke på de kvantitativa förhållandena måste antalet psykoteraپipatienter per läkare hållas lågt. Två åt gången kan vara rimligt.

Hur stort är behovet?

Jag har frågat mina kollegor hur ofta de upplevt, att klara indikationer för insiktsterapi förelegat, men att de p. g. a. tidsbrist ej kunnat ta patienten i behandling. De svarade, att det var sällsynt. Linnemann beräknade, att endast 4—5 % av dem som sökte vid Montebellos poliklinik var välagnade till och välmotiverade för denna behandlingsform.

Från patientens synpunkt.

En anledning till dessa låga siffror är självfallet, att indikationerna är stränga. Det förefaller mig dock orimligt, att det verkliga behovet skulle vara så litet. Jag tror att många, som skulle kunna ha en avsevärd nytta av psykoterapi inte söker. De upplever sig inte som direkt sjuka och steget till en psykiatrisk klinik kan fortfarande vara långt. Jag har ofta upplevt hur patienter i insiktsterapi undrat om det verkligen är riktigt, att doktorn ägnar dem så mycket tid när det finns så många, som har det mycket värre. Att en sådan upplevelse inte behöver vara en följd av neurotiska mekanismer visas av en patient, som kom en gång i veckan. Hon blev lugn beträffande detta sedan hon läst i en bok, att det fanns de som gick fem gånger per vecka. Även socialt utövas ett visst tryck. Anhöriga och vänner kan lätt känna sig förbigångna och kan också befara, att deras hemligheter utlämnas till terapeuten. Det torde vara ting som dessa som ligger bakom deras irriterade fråga till patienten: "Varför skall Du springa till doktorn jämt, Du som är alldeles frisk".

En fråga om socialgrupp?

I vår lilla patientgrupp är högre socialgrupper överrepresenterade. De patienter D. H. Malan presenterar i sin studie av korttidspsykoterapi visar liknande fördelning. Det är svårt att tro, att det i socialgrupp 3 skulle saknas behov av och förutsättningar för insiktsterapi. Som försök till förklaring av socialgruppsfördelningen kan följande gissningar göras. 1) Det är verkligen en standardfråga. Inte beträffande möjligheten att ekonomiskt klara av behandlingen vid en poliklinik. Men beträffande krav på livet. Ett visst tryggt

materiellt överflöd kan ge större möjligheter till upptäckt av karaktärneurotiska inskränkningar i livsmöjligheterna och väcka behov av befrielse. 2) Det kan tänkas att, åtminstone i en landsortsstad, fördomar mot att söka psykiatrisk hjälp för något som inte är "sjukdom" är mindre i högre socialgrupper. I lägre kan man vara mera benägen att dölja psykoterapibehov bakom kroppsliga symptom, det språk doktorn förväntas tala. Om detta är riktigt kan sådana patienter förväntas bli vanligare med doktors tilltagande av-magi-sering och minskade auktoritetsklyftor i samhället (Det händer att patienter, kanske dock främst de som är lite äldre och från landsbygden, finner det genant att besvara doktorn med sådana trivialiteter, som de menar interpersonella problem vara. En del tycks faktiskt föreställa sig att doktorn lever i en högre och renare värld och saknar kännedom om sådana låga tings existens). 3) Vi skulle p. g. a. vår egen socialgruppsstillhörighet ha svårare att upptäcka när indikationer föreligger hos patienter i socialgrupp 3. Detta är en förklaring som är svår att avvisa, men som jag personligen har svårt att tro giltig för någorlunda kompetenta terapeuter. Däremot kan jag föreställa mig, att den i indikationsställningen osäkre kan ha felaktigt vida indikationer för patienter i högre socialgrupp.

En anledning till socialgruppsfördelningen i vårt lilla material skulle alltså kunna vara, att för insiktsterapi lämpade patienter ur socialgrupp 3 inte når oss.

Ett latent behov.

Den vid universitetsklinik goda personaltillgången har få motsvarigheter vid övriga kliniker. Möjligheten att tillfredsställa det manifesta behovet av individuell insiktsterapi är otillräcklig. Dessutom finns alltså skäl att anta att det finns ett stort latent behov.

Patientantal per terapeut kan givetvis ökas vid användande av gruppterapi, som dock inte alltid kan ersätta den individuella. Tidsåtgången per patient kan troligen minskas i fall som är lämpade för systematisk desensibilisering. Det förefaller mig dock orealistiskt att tro att vare sig metodför-

bättringar eller ens en mycket betydande ökning av antalet psykoterapeuter skulle kunna täcka hela behovet. Därmed inte sagt, att vi inte skulle behöva fler välutbildade psykoterapeuter än vi har, vilket bör vara alldeles uppenbart. Det man kan hoppas på är att pågående och kommande förändringar i

samhälle och umgängesformer skall ge möjlighet till fler, tätare och naturligare kontakter människor emellan och därmed bl. a. möjligheter för terapeutiska naturbegåvningar att i vanlig samvaro utöva sina förmågor.

Psykoterapi på psykiatriska mottagningar

Ödmjuk och elastisk målsättning



Terje Fokstuen

Vi måste ha en skiftande och elastisk målsättning i det psykoterapeutiska arbetet. Felar vi i detta riskerar vi att försumma många sjuka, som även med knappa resurser kan förbättras, icke minst genom hjälp till självhjälp.

Terje Fokstuen är överläkare vid St Sigfrids sjukhus i Växjö.

Frågor rörande psykoterapins målsättning och resurser har i dagarna fått förnyad aktualitet inte enbart genom Psykiatriska föreningens berömda initiativ, vilket har föranlett oss att samlas här, utan även genom den ställning en medicinsk fakultet här i landet har tagit i frågan om statsstöd

till viss psykoanalytisk utbildning av läkare. Psykoanalytiska föreningen väckte i sinom tid frågan hos dåvarande Medicinalstyrelsen, som inte hade något att erinra mot att föreningen erhöll statsstöd för utbildning av läkare. Fakulteten anför som motiv i sitt remissvar, att psykoanalysen är ett