

Satsa på psykotterapi!

Nils Haak

Det var intressanta siffror, som Persson presenterade från den terapeutiska verksamheten i Umeå och jag tackar honom för detta. Själv vill jag se frågan om psykotterapeutisk verksamhet på psykiatriska kliniker och mottagningar ur mer principiella aspekter och i sådant fall aktualiseras väsentliga frågor, som på ett eller annat sätt *måste* besvaras, för att man skall få någon rätsida på alla de besvärliga problem, som är sammankopplade med frågeställningen.

Min första punkt är då, vilken inställning huvudmannen och/eller chefsläkaren har till psykotterapeutisk verksamhet. Det är ju dock dessa personer, som i väsentliga punkter avgör, hur arbetet skall bedrivas på en klinik eller mottagning. Är de ensidigt inriktade på s. k. biologisk psykiatri, kan man utgå ifrån, att de inte har intresse eller utrymme för mer ambitiösa psykotterapiformer i verksamheten. Även om de ansvariga inte direkt ställer sig avvisande till psykotterapeutisk verksamhet, kan det bli fråga om vissa halvkvädda visor, vissa reservationer, som kan bli ett avsevärt hämmande moment för de, som skulle vilja sätta igång. Man kan räkna med argument att det inte finns tid för psykotterapi, man måste i första hand tänka på alla akuta hjälpbehövande, sägs det, som behöver omedelbar, handgriplig hjälp med psykofarmaka, socialpsykiatriska åtgärder, remisser; det

Verksamheten på en psykiatrisk poliklinik innebär svåra problem beträffande avvägningen mellan den allmänpsykiatriska och psykotterapeutiska verksamheten. Samhället skulle dock göra betydande vinster både mänskligt och ekonomiskt på att investera i insiktsbetonad psykotterapi, som nu är en eftersatt behandlingsform.

hänvisas ytterligare till den betungande jourverksamheten o. s. v.

Detta är under alla omständigheter realistiska faktorer, som måste beaktas, nämligen att läkarentalet ofta är för litet, räcker med bästa vilja i världen inte till annat än för den mest elementära akutsjukvården. Här uppstår det besvärliga avvägningsfrågor och ställningstaganden, vilka t. ex. Mentalvårdsbyrån i Stockholm helt slipper ifrån med sin privilegierade ställning. Denna byrå har intet speciellt upptagningsområde, väljer själv sina patienter efter kriterier som de själva kommit fram till, allt detta avundvärda ting, medan de flesta psykiatriska mottagningar har särskilda upptagningsområden.

Verksamheten på St. Görans Sjukhus

Så har t. ex. den psykiatriska poliklinik, där jag är verksam, nämligen St Görans sjukhus, ofrånkomlig skyldighet att försörja 1/3 av Stockholms befolkning (för närvarande 280.000 människor), beträffande deras akuta psykiatriska behov. I sådana fall tränger sig verkligen den frågan i förgrunden hur stort utrymme som finns att ägna åt insiktsbetonade psykotterapi.

På St Görans sjukhus psykiatriska poliklinik har vi långa tider jämte poliklinikchefen, under-tecknad, haft tre heltidsanställda underläkare och

i sådana perioder har samtliga läkare som regel haft igång en, kanske ibland två insiktsbetonade psykoterapifall, åt vilka de kunnat ägna en timme en till två gånger i veckan. Det ingår i varje underläkares arbetsvillkor på polikliniken att ha en timmes handledning i veckan hos poliklinikchefen, vilken tid i första hand bör användas till genomgång och diskussion av dessa psykoterapier. Det måste beklagligt nog konstateras, att tidvis och inte minst under sista par åren har polikliniken på läkarsidan varit underbemannad, varvid psykoterapierna är det första, som blir lidande och tyvärr måste begränsas.

Intresset bland underläkarna för psykoterapeutisk verksamhet varierar mycket. De som är inriktade på dynamisk psykiatri och/eller psykoanalys hälsar med stor tillfredsställelse möjligheten att få bedriva psykoterapeutisk verksamhet under handledning; andra kollegor är antingen föga intresserade eller hyser rädsla och betänkligheter att sätta igång. Dessa hinder är ofta svåra att övervinna.

Olika psykoterapiformer

En viktig fråga, som redan Persson tangerade, var hur stor del av en polikliniks psykiatriska klientel som under optimala förhållanden kan tänkas tillgodogöra sig och ha nytta av *insiktsbetonad* psykoterapi. I fråga om *stödjande* psykoterapi finns det nämligen, som Sjövall påpekat, inga kontraindikationer; denna terapiform måste alla patienter i större eller mindre utsträckning få del av. Man kan tycka, att det är en strid om påvens skägg, hur man skall benämna en psykoterapi. Rent praktiskt måste man emellertid dra vissa gränser mellan olika terapiformer och det är dessutom pedagogiskt viktigt för de unga läkarna, att ha klart för sig, att då det gäller insiktsterapi måste man maximalt utnyttja sina kunskaper och erfarenheter i psykodynamiska tänkesätt, man måste hela tiden vara inställd på överförings- och motöverföringsproblem, när och hur man bör meddela patienten tolkningar av hans omedvetna material o. s. v. Även är det arbets- och rutinmässigt väsentligt, att man i vederbörande läkares tidbok på polikli-

niken för dessa terapipatienter reserverar 1—2 timmar i veckan.

Vi återvänder till frågan hur stor del av patientmaterialet på en psykiatrisk mottagning som skulle kunna tillgodogöra sig *insiktsbetonad* psykoterapi och siffran torde ligga någonstans mellan 5—10 %. Då jag efter mångårig privatpraktik som psykoanalytiker och neuroläkare blev chef för psykiatriska polikliniken vid S:t Görans sjukhus 1961, blev jag verkligen förvånad över att inte denna siffra var högre. Men i privatpraktiken hade jag mött ett redan utvalt klientel, jag hade inte insett, att antalet invetererade psykopatologiska tillstånd som enbart kan tillgodogöra sig stödjande och rehabiliterande åtgärder var så omfattande som det i själva verket befanns vara. Detta utsluter på intet sätt att åtgärder av det sistnämnda slaget i många fall kan leda till mycket goda behandlingsresultat. Sällan om ens någonsin kan det här emellertid bli fråga om den djupgripande sanering av olösta känslomässiga konflikter av omedveten art, som man ofta med framgång kan klara av hos patienter i insiktsbetonad terapi och vilken är betydelsefull bl. a. ur synpunkten att förebygga återfall (= kausal psykoterapi genom undanröjande av patogena konflikter).

Insiktsterapi

Nästa problem är efter vilka kriterier man skall välja ut de relativt få fall, som man är i tillfälle att erbjuda insiktsterapi. På S:t Görans sjukhus har det varit undertecknad med sin speciella erfarenhet av psykoanalytiskt arbete med neurospatienter, som företagit urvalet och ställt indikationerna enligt allmänt vedertagna principer (se Dewald m. fl.). Vi har här tidigare fått en redogörelse för vilka kriterier Mentalvårdsbyrån använder för att välja ut sina fall och jag tycker att dessa i stort sett sammanfaller med vad jag själv tillämpar.

En ytterligare fråga som måste besvaras är, hur länge en psykoterapi kan få fortlöpa och när och hur man avslutar den. Tyvärr är man i allmänhet nödsakad att sätta en relativt snäv tidsgräns. Vår gräns på S:t Görans sjukhus har tidigare varit 20 timmar om 45 minuter. Alltmer har vi varit tvungna att begränsa oss till 10 timmar

en till två gånger i veckan. Både verksamheten på Mentalvårdsbyrån, Malans redogörelse från London och våra egna erfarenheter visar att i gynnsamma fall kan patienten ha stor glädje och nytta även av en sådan kort behandlingsperiod.

Patienten bör också från början meddelas hur lång tid han har att räkna med för sin terapi. Om vi på S:t Görans sjukhus inte skulle begränsa oss på detta sätt, skulle den av samhället oss anförtrödda allmänpsykiatriska verksamheten bli lidande eller man skulle behöva finna andra lösningar för de rutinmässiga göromålen respektive läkarkrafterna skulle behöva förstärkas.

Samhällsvinster genom insiktsterapi

Jag är dock förvissad om att samhället skulle göra avsevärda både ekonomiska och humanitära vinster om så skedde. I ett antal fall, där vi haft möjligheter att meddela insiktsterapi, har vi uppnått överraskande goda behandlingsresultat, t. ex. full arbetsförmåga efter långvarig sjukskrivning med risk för bestående invalidisering. Vi har sett parallellfall, där vi inte haft möjligheter till insiktsterapi, och där patienten inte kunnat återvinna hälsa och arbetsförmåga i full utsträckning utan t. o. m. ibland måst förtidspensioneras. I några fall, där vi inte kunnat avsluta psykoterapien efter maximalt 20 timmar och där patienten kommit bra igång och utsikterna tätt sig gynnsamma för fortsatt terapi, har vi lyckats ordna så, att patienten kunnat fortsätta i psykoterapi respektive psykoanalys eller gruppterapi på annat håll.

Psykoterapi av klinikpatienter

Beträffande psykoteraeutisk verksamhet på psykiatriska kliniken, S:t Görans sjukhus, är det klinikchefens önskemål att varje avdelningsläkare ständigt bör ha igång minst ett insiktsbetonat psykoterapifall, som påbörjats under patientens klinikvistelse och sedan i mån av behov följes upp och fortsättes efter patientens utskrivning. Handledning av denna verksamhet ges ibland av klinikchefen själv, som regel genom seminarier i psykoterapi var 14:de dag, ledda av undertecknad,

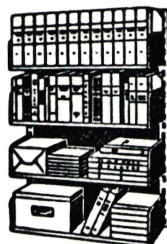
där man systematiskt genomgår indikationer, kontraindikationer och olika tekniska problem i samband med de terapeutiska frågeställningarna. Diskussionen är livlig, både psykodynamiska, socialpsykiatriska och somatiska aspekter på fallen ventileras och slutresultatet av diskussionen brukar bli givande för alla parter och leder ofta till ett klarläggande av patientens behov och ett positivt ställningstagande till den fortsatta behandlingen.

Kuratorers och psykologers insatser värdefulla

Avslutningsvis vill jag ännu en gång understryka, att vad jag ovan framförallt talat om är insiktsbetonat psykoterapi, meddelad av läkare på psykiatrisk klinik och poliklinik. I fråga om att utreda och handlägga patienternas problem och då det gäller den allmänpsykiatriska och socialpsykiatriska behandlingen har vi ovärderlig nytta av såväl sjukhusets kuratorer som dess psykologer. Utan deras sakkunniga och helhjärtade insatser skulle vi läkare många gånger stå oss mycket slätt. Denna paramedicinska personals direkta medverkan i psykoteraeutiska sammanhang är ett betydelsefullt men komplicerat kapitel, som här tyvärr icke kan avhandlas men som lär bli föremål för ingående diskussion på ett Svenska Psykiatriska Föreningens höstmöte 1969, vilket vi alla ser fram emot med stort intresse.

HYLLOR

praktiska
konstruktioner
för kontor
arkiv
bibliotek
butiker
laboratorier
privatinredn.



Sparrings

Försäljningsavd.:

KARLAV. 89 - STOCKHOLM Ö
Tel 67 36 50, 67 76 75, 67 76 81