

Ingen sjukvård utan psykoterapi¹

Freuds framtidsvision att man på kemisk väg skulle kunna direkt påverka psykiska funktioner blir genom psykofarmakologins snabba landvinningar en allt mer påtaglig realitet. Men detta utesluter inte behovet av psykoterapi. Metodval, teknik och teoretisk modell kan växla — det väsentliga är en positiv terapeutisk inställning, präglad av osentimental människokärlek och nyanserad känsla för vars och ens egenart. Alla former av sjukvård, inte bara psykiatri, behöver en gynnsam psyko-terapeutisk atmosfär för att behandlingen skall komma helt till sin rätt.



Bengt J. Lindberg

Ordet *psykoterapi* introducerades av Nancy-gruppen i slutet av artonhundratalet, och det har ju med tiden blivit samlingsnamnet för en hel mängd olika behandlingsformer. Representanter för olika metodologiska skolor har ibland lagt beslag på ordet för sin speciella variant av psykoterapi. I 20-talets Lund var psykoterapi ofta detsamma som Freuds psykoanalys. Under mina tidiga kliniska läroår där upplevde också jag mycket starkt intrycket från den första vågen av freudianism. Psykoanalys och problem i samband med denna rörelse diskuterades i matlagen, på klinikerna, på studentaftnar, och jag tillhörde dem som med stor iver slukade de psykoanalytiska skrifter, som man kunde komma över.

Som ung läkare arbetade jag några år hos internisten Malte Ljungdahl i Malmö. Han var mycket intresserad för "neurosenbehandling", hade särdeles god patientkontakt och en psyko-terapeutisk musikalitet av ovanliga mått. Han bekände sig till Adlers skola, och vi underläkare läste allt vi kom över om och av Adler och anslöt oss villigt och helhjärtat till den psyko-terapeutiska variant som vår avhållne chef så briljant demonstrerade. — Så småningom gick det upp för mig att vi visserligen rörde oss med Adlerska termer, men att den behandlingsform vi gjort bekantskap med var Ljungdahls egen variant av psykoterapi. Detta var säkert

ingen tillfällighet. Ju mer jag satt mig in i psykoterapiernas skiftande nyanser desto klarare har det framstått att psykoterapin i själva verket är mer beroende av två enkla faktorer än av dess än så komplicerade teoretiska program och hypoteser. Dessa två faktorer är: 1. läkaren och 2. patienten. Varje psykoterapi är ju ett växelspel mellan dessa båda. Det är deras individuella egenskaper och reaktioner, som kommer att ange arten och valören av denna behandling. Oberoende av teoretisk bakgrund tycks den psyko-terapeutiskt verksamme läkaren så småningom få sin egen psyko-terapeutiska profil, antingen han vill det eller ej.

Vi har alla behov att systematisera våra arbetshypoteser och våra praktiska handlingar efter vissa mönster och modeller. Men risken finns ju att man slentrianmässigt kommer att betrakta den yttre formen, modellen, som det väsentliga i psykoterapin.

Som bekant bars den begynnande psykoanalysen fram som en mäktig trosrörelse, både inom psykiatri och kulturdebatten. Under en ganska lång period såg det ut som om olika stridande skolor skulle stelna i sina former. Man kunde få bevittna höggradig intolerans i meningsutbyten mellan olika psyko-terapeutiska åsiktsyttringar (för att inte tala om kontroverserna med gammaldags psykiatri). Mer och mer kom man att uppleva de olika "psykoterapierna" som veritabla sekter, där

¹) Efter ett föredrag i Göteborgs läkarsällskap 1967.

tvisterna rent av kunde få en anstrykning av religionskrig. Detta accentuerades också av den i början rätt hårda apostoliska successionen med läranalyser av någon, som själv utlärts och invigts av Läromästaren själv. Ett annat tecken på trosrörelse var den tidigare ofta förbluffande tvärsäkerhet med vilken företrädare av olika skolor förfäktade riktigheten av just deras egen lära. Ju fler obestyrkta hypoteser, som ligger till grund för en viss terapeutisk åskådning, desto mer kontroverser och desto större behov av trosvisshet. Liksom i andra trosrörelser kunde man också här få bevittna fenomenet av plötsliga omvändelser av ganska stridbara förkämpar. En av de mest prominenta svenska psykoanalytikerna P. H. Törngren, med tungt vägande arbeten om Freud och psykoanalysen, offentliggjorde i D.N. — för många helt överraskande — sitt farväl till psykoanalysen, Freud och sina tidigare åsikter, för att liksom en annan Saulus förvandlas till en Paulus, som med stark övertygelse anammat en ny lära, en egen variant av den Sjöbringska ideologien.

Under tiden före, under och efter Freuds framträdande, har ju en stor mängd psykoteraeutiska nyanser, varianter och skolor avknoppats och nybildats. Från alla dessa kan man få rapporter om lyckade resultat, men den statistiska redovisningen, är, där den över huvud taget förekommer, svår att bedöma. Detta ligger i sakens natur då både sjukdoms- och läkningskriterier ofta är dåligt eller icke alls definierade. Man kan dock avläsa ungefärligt likartade tillfriskningssiffror från en rad rapporter från psykiatriska kliniker, som tycks tyda på, att olika behandlingsformer kan ge ungefär samma siffermässiga resultat. Men det finns också belägg för att samma terapiform ger olika resultat beroende på vem, som utför psykoterautin. Terapins resultat tycks m.a.o. kunna vara mer avhängig av personligheten och entusiasmen hos den, som sköter behandlingen än vilken metod som användes. Dubois från Bern, som var berömd för sina psykoteraeutiska framgångar men mycket kritiserad för sina teorier, slutar sin bok om psykoneuroser så här: "Det viktigaste är inte vilken fana man följer — huvudsaken är att man håller den högt."

Psykoterautin för alla sjuka

Vid diskussionen av neuroser — dynamiska adaptationsinsufficienser — har nu åter starkt aktualiserats de av Adolf Meyer mycket betonade sociala bakgrundsfaktorerna. Kanske är det så, att arten och graden av spänningen mellan biologisk egoism och social altruism har en central betydelse både för vår upplevelse av tillvaron och vårt agerande på gott och ont. Även om denna hypotes skulle bli bestyrkt och allmänt erkänd, kommer väl metoderna att till önskvärd nivå korrigera denna spänning att bli lika talrika och mångskiftande som dagens psykoteraeutiska program. För att inte tala om svårigheten att enas om vad som skall menas med "önskvärd nivå". Om man som Frankl och andra tar med en fjärde dimension i diskussionen och betraktar människan även som en varelse med projektion ut i oändligheten, har man ännu klarare demonstrerat trossmomentet i vissa psykoteraeutiska riktningar.

För undvikande av missuppfattning vill jag här betona, att jag har största respekt för varje yttring av äkta tro, religiös eller annan. Både i undervisning och praxis lägger jag stor vikt vid att varje patients personliga övertygelse politiskt och religiöst skall naturligt respekteras, och hans behov av kontakter på detta område skall, såvitt tillståndet medger det, tillfredsställas. Men, som läkare finner jag det självklart, att också vid behandlingen av en psykiatrisk patient hålla mig inom en psykobiologisk ram, som kan omfatta alla sjuka både ifråga om diagnosen av sjukdomen och behandlingsprogrammet.

Med hänsyn till den mycket snabba utvecklingen av olikartade somatiska terapiformer inom psykiatrin måste man alltmör räkna med att dessa långvariga psykoteraeutiska kurer, som man ofta utförde helt enkelt därför, att man inte ansåg sig ha annat att tillgå, kommer att snabbt förminska. Möjligen kvarstannar de omfattande långanalyserna inom ett exklusivt klientel där indikationerna är mycket speciella.

Denna framtidsprognos, innebär ingalunda att psykoterautin som sådan skulle minska i betydelse. Psykoterautin får i själva verket icke saknas vid behandlingen av någon sjuk människa över huvud

taget, och självfallet allra minst då det gäller en psykiatrisk patient. Varje läkare, varje psykolog, sköterska och kurator — ja, varje medlem av personalgruppen skall kunna biträda med den väsentliga uppgiften att skapa en psykoterapeutisk atmosfär. Den hjärtliga ton, den påpassliga vänlighet, den sympati och naturliga medmänsklighet som erfordras, faller sig lätt för många och måste kanske övas av andra, men de allra flesta påverkas av den förhärskande terapeutiska stämningen. Det är denna atmosfär som möjliggör att varje samtal och undersökning, varje terapeutiskt moment spontant kan få en uppmuntrande, stödjande och rogivande sideeffekt.

Jämte denna psykoterapeutiska atmosfär, som utövar sin verkan dygnet runt, finns ju en hel rad olika psykoterapeutiska metoder, avsedda för olika patienter och olika sjukdomstillstånd. Psykoterapi måste här liksom eljest bedrivas efter läkarnas egna personliga resurser, den ene har mer läggning och fallenhet för vissa metoder, den andre åt andra. Det väsentliga är ett personligt engagemang om psykoterapi skall ha framgång.

Vad krävs av psykoterapeuten?

Det anses nog allmänt att vissa personer är mer lämpade för psykoterapeutisk verksamhet än andra. Det är svårt att peka på någon speciell egenskap, otvivelaktigt kan god psykiatri presenteras av mycket olika läkare. Men — man behöver inte länge ha sysslat med psykoterapi förrän det står klart att livserfarenhet och mognad är en väsentlig grundförutsättning för psykoterapeutisk framgång.

En psykoterapi syftar i allmänhet att ge patienten större säkerhet och en mer mognad livssyn. Dessa egenskaper säkerhet, mognad jämte fullgod yrkeskunskap krävs också i hög grad av psykoterapeuten. Hur får man då denna fina merit?

Jag skall försöka att åtminstone antyda några väsentliga krav. Säkert är att läkaren måste vara grundligt förtrogen med *psykopatologin*. Här gäller Levine's sats: "Good psychotherapy is dependent on good psychopathology." Detta innebär ett fast grepp om diagnostik och prognos, vilket också medför att patienten får en känsla av trygghet, då

han finner att läkaren tillfullo känner till och förstår hans besvär och kommer med frågor och påpekanden, som verkligen rör för patienten betydelsefulla ting. I detta sammanhang är det också värdefullt med en ingående personlighetsanalys (efter någon väl utarbetad modell). Ofta ger sådana detaljfrågor patienten en upplevelse av att hans problem tas på allvar, vilket innebär att läkaren får bättre kontakt med patienten och samtidigt en uppfattning om hans individualitet. Men en aldrig så god patientundersökning räcker inte. Vid bedömningen av patientens symtom och problematik blir resultatet beroende av läkarens-terapeutens samlade erfarenhet. Läkaren måste inte bara ha fackkunskap i största allmänhet utan därtill en grundlig självkännedom och en god insikt i människors villkor. Det händer att en del läkare (och medicinare) för utbildning går i s.k. läranalys hos någon äldre kollega inom samma intresseområde. Meningarna om betydelsen av sådan läroanalys är delade. (Per Henrik Törngren satte den icke högt.) I USA träffade jag framstående psykiatrer, som ansåg sig inte ha haft någon egentlig nytta av läranalysen, men man gjorde det eftersom "det hör till" att man skaffar den meriten. Andra lovordade läranalysen. En oanalyserad amerikansk psykiater med mycket stor praktisk erfarenhet, sade mig att han under sin verksamhet noggrant penetrerat tusentals patienter — med sig själv och sina egna successiva erfarenheter som referensram. Han försäkrade att både hans självkännedom och hans människokännedom i hög grad därigenom mognat och berikats. Jag tror honom!

Det psykoterapeutiska arbetet kan läras efter olika mönster, men psykoterapi kan aldrig bli rent rutinarbete. Naturligtvis har man god nytta av att söka följa tendenserna i den överflödande litteraturen, där man kan göra urval efter läggning och intresse. Själv värderar jag särskilt mycket Diethelm's: "Treatment in Psychiatry", inte minst sedan jag besökt hans välskötta och terapeutiskt mycket aktiva klinik. Det fordras något mer än kunskaper och examen. Det räcker inte med väl inlärd katekes och aldrig så många specialkurser.

Psykoterapi, då den är som bäst, är nämligen därtill en konstnärlig verksamhet (som bl.a. Åmark

påpekar i "Modern svensk psykiatri"). Man kan lära folk att spela och måla skapligt — men inte lära ut konstnärligt skapande. En verkligt kvalificerad psykoterapi fordrar åtminstone en liten smula av detta. Konstnären går gärna sina egna vägar, bryter sig ut ifrån en inlärdd stil och ger uttryck för sin egen personlighet i sin produktion; ingen lärare, ingen skola kan binda honom helt. Detsamma gäller framför allt många av våra ledande psykoterapeuter. De utför sin psykoterapi inspirerat, enligt egna intentioner och inte sällan revolterande mot sina läroår. Författaren — dik-
taren representerar kanske allra mest den konststart som står närmast psykoterapeutens. Författare har ingen utstakad systematisk utbildning (utom läsningen av andras verk). Här får livserfarenheten bilda bakgrunden för det konstnärliga arbetet. En bred livserfarenhet, jämte grundlig fackutbildning och fackfarenhet är av främsta betydelsen för psykiatern som terapeut. Från sociala, politiska, litterära, konstnärliga fält kan aldrig nog nyttigheter inhämtas. Ingående kännedom om religion i olika former är också en god tillgång i psykiaterns människokunskap.

Vänlighet och fasthet

Därtill kommer en alldeles särskild förutsättning utan vilken största skicklighet inte kan komma till sin rätt: den läkare som ägnar sig åt psykoterapi måste utan sentimentalitet *tycka om människor*, inte bara som studieobjekt utan främst som medmänniskor. En vidsynt tolerans mot oliktankande, en generositet, ständigt med den vissheten levande, att ingen alldeles själv formar sitt öde måste genomsyra honom. Han måste ha klart för sig att samhällets olycksbarn helt enkelt är människor, som råkat dra en nit i det stora livslotteriet.

Den självklara vänlighet och hjälpsamhet, som är absolut oundgänglig i det psykiatriska arbetet, är inte detsamma som menlös "snällhet". Psykoterapeuten måste kunna säga ifrån, han måste kunna varna, och ibland måste han kunna säga ett bestämt nej. Annars kan den s.k. psykoterapi bli uttryck för en jamsig och ödesdiger lortgodhet, en bekväm behandling efter minsta motståndets lag: Sängläge? — ja varsågod! Sjukskrivning? — som

det behagar! Mera knark? — var så god! Detta är självfallet en karikatyr av terapi, som inte har med verklig människokärlek att göra. I själva verket måste en del av psykoterapeutens verksamhet bestå i ortopsykiatri: en rejält stödjande behandling i stil med ortopedens gips-, rörelse- och träningsbehandling under bestämd kontroll efter noggranna riktlinjer. Det kan gälla träning att övervinna motstånd, att tolerera obehag, att känna säkerhet. Denna fasthet i behandlingen, denna ortopsykiatri, är en mycket delikat behandlingsmetod, som kräver stor omsorg för att patienten inte skall uppleva den som bristande förståelse eller rent av bryskhet. Rätt utförd och på riktiga indikationer är det en mycket värdefull terapiform.

Psykoterapeuten ställs ofta inför frågor rörande familjeproblem och t.o.m. livsåskådningsfrågor, livsstil etc. I regel får man nöja sig med att noga diskutera frågorna och lägga fram argument för och emot. Men man bör försöka manövrera så att patienten själv får bestämma, även om man ibland måste kunna stödja honom och omgivningen inför svåra avgöranden och pinsamma beslut.

De terapeutiska samtalen bör gärna vara mycket ingående, men man måste undvika forcering och alltid respektera patientens önskan att behålla vissa hemligheter för sig själv. Diskretion och tystnadsplikt rör inte bara det enskilda samtalet mellan patient och läkare. Det rör ju också hela den terapeutiska metodiken. Numera har vi ju en mycket välmotiverad form för terapi i grupp, där syftet bl.a. är att få patienten att öka sina kontakter, få bekanta, införlivas i ett samband, bryta isolering, öka livsbejakelsen. Man måste dock vara lyhörd för att vissa patienter inte vill lämna ut sig utan trivs bäst i ensamhet eller i den mycket lilla privata kretsen. Man måste individualisera också här liksom ifråga om varje behandling. Också här gäller den gamla läkarregeln: framför allt inte skada.

Många av de psykoterapeutiska metoder, som nu är aktuella har sina rötter i enkla åtgärder, som traderats i vardagslivet. En så aktuell sak som hypnoidisationen med avslappning enligt den eller den varianten känner vi igen i mammans vyssjande

då lillan skall somna. Många använder olika slags Pavlov-reflexbehandling. Ett enkelt exempel är metoden att jämte ett verksamt sömnmedel ge en oskyldig placebotablett, som så småningom får ensam svara för insomningsreflexen. Man bör därvid upplysa patienten om att effekten är beroende av uppövningen av en psykologisk reaktion. Samma gäller ju den varma mjölken eller kvällsläsningen, som hör till insomningsritualen för många. För att inte tala om nallen eller älsklingsdockan utan vilken många barn har svårt att somna snabbt.

En mycket stor roll spelar psykoterapi som stödterapi vid den allt mer adekvata och verkningfulla farmakoterapi. Dessutom kräves ingående förklarande och uppmuntrande terapi av skilda slag vid varje fall av mänskligt lidande, och inte minst bland psykiatriskt klientel. Vid grovorganiska hjärnskador föreligger stort behov av varje möjlig psykoterapi, inte minst träningsbehandling för att kunna använda återstående marginalresurser efter större och mindre hjärnlesioner. Överhuvud taget har varje psykiatrisk patient — inte minst sjukhusvårdade neurosfall, en särskild belastning i sin speciella situation. De upplever sitt tillstånd ofta som ett personligt misslyckande, en självförvållad svaghet.

En sådan patient, som anklagar sig själv i tysthet för att ha råkat in i en svaghet, som han inte kan bemästra, blir säkert inte särskilt glad åt antydningar om att han egentligen inte borde få kallas sjuk. Mer än obehaget av tvångstankar och måttlig depression plågas patienten av sin — och ibland omgivningens — uppfattning att den sortens lidande inte skulle vara "riktiga sjukdomar". Hos allt fler patienter, även vid utpräglade konfliktsufficienser, finner vi belägg för att deras mentala symtom är uttryck för en psykobiologisk svaghet och funktionsrubbing, vars symtom gynnsamt påverkas av vissa farmaka. Ett viktigt psykoterapeutiskt grepp — och ett sanningskrav — är att låta patienten få vara *sjuk* för att den också skall kunna få bli *frisk*! Denna syn uttrycker ett av mina många motiv för att psykoterapi skall ledas av läkare, i regel en psykiater. Patienten behöver kunna anförtro sig åt en person, som kan förstå och ta ställning till såväl kroppsliga som

psykiska symtom. Det gäller framför allt den rikliga förekomsten av blandad symptomatologi, antingen det är s.k. psykosomatiska besvär eller kroppsliga ekvivalenter till mentala sjukdomar, eller psykiska symtom efter olika organsjukdomar. Men att psykiatern leder och koordinerar psykoterapi, utesluter inte, att han har ett team av medhjälpare, som alltefter utbildning och fallenhet, kan anförtros olika psykoterapeutiska uppgifter.

Den aktuella utvecklingen

Psykoterapi enbart kommer nog att bli allt mer sällsynt. En dyrbar och mycket tidskrävande metod, vars resultat många gånger är minst sagt dubiösa (bl.a. på grund av tidsfaktorns svårbedömda roll), kan inte vara särskilt motiverad, om snabbare och säkrare metoder finns att tillgå. Här har vi stöd av Freud själv, som 1938 i sin "Abriss der Psychoanalyse" visserligen betonar att han ännu inte har något bättre att bjuda än den psykoanalytiska tekniken... "trotz ihrer Beschränkung"...; men samtidigt siar han om framtiden: "Die Zukunft mag uns lehren mit besonderen chemischen Stoffen die Energiemengen und deren Verteilungen im seelischen Apparat direkt zu beeinflussen. Vielleicht ergeben sich noch ungeahnte andere Möglichkeiten der Therapie..." Här har Freud visat en framsynt utvecklingsförhoppning, som står i bjärt kontrast mot tendenser att konservera en metod för dess egen skull.

Nyligen har den engelske psykiatern William Sargant publicerat en bok: "The Unquiet Mind" (1967), där han ger uttryck över sin glädje att ha fått uppleva och deltaga i den nya epok när vi äntligen "could relieve numerous acute and some chronic mental illnesses by physical methods hitherto found impossible to treat by talk alone". Sargant hälsar den nya somatiska terapirevolutionen som ett medel icke blott att bota utan också att realisera den psykiatriska sjukvårdens behov att integreras med "vanlig" sjukvård. Han drar en lans för ett önskemål, som vi i Sverige redan har hunnit bejaka i större utsträckning, nämligen inrättandet av psykiatriska kliniker på ordinära allmänna sjukhus. Och han menar, att först de nya

framstegen ifråga om somatisk terapi kan göra också psykoterapien verkligt meningsfull. Uppryckningen av psykiatrins behandlingsmöjligheter har orsakat stora förändringar:

"The change has been unbelievable and I believe this has been mainly due to the advent of the new physical treatments, which help so much in themselves, and which so many other patients at last able to benefit from psychotherapy, group therapy, work therapy and the like given at the same time. These latter methods were generally little use when they had to be used *alone* in severe neurotic or psychotic illnesses twenty to thirty years ago. Now everything is so different."

Jag tror att ökad farmakologisk, neurofysiologisk, biokemisk och genetisk forskning kommer att ytterligare berika den somatiska terapins möjligheter. Men det är min övertygelse att psykoterapi alltså måste ingå i varje patientbehandling, hur stora framsteg som än göres ifråga om farmakologisk och annan somatisk terapi. Ett mångdimensionellt psykobiologiskt behandlingsprogram — med en modern, nyanserad men inte överdimensionerad psykoterapi i intim samverkan med den somatiska behandlingen — kan bäst underlätta vår strävan att hjälpa så många patienter så effektivt och så snabbt som möjligt.

GÄVLE STAD

söker

Socialläkare

vid socialbyrån i Gävle.

Kompetens: Sökande till tjänsten bör ha psykiatrisk utbildning eller socialmedicinsk kompetens.

Anställningsvillkor: Tjänstgöringsskyldigheten är bestämd till i genomsnitt 25 timmar/vecka. — Stadens kollektivavtal för tjänstemän (ABT) och TST samt pensionsreglemente (NPR) tillämpas. Lön enligt KB 1 (kr 5.332: — per månad i 1967 års löneplan). — Möjlighet att utöva privatpraktik föreligger.

Tillträde enligt överenskommelse.

Upplysningar lämnar socialdirektör Olle Sandström, tel. 026/18 01 00.

Ansökan jämte de handlingar sökande önskar åberopa skall vara inkommen till Gävle stads socialvårdsdelegation, Socialbyrån, Gävle, senast den 11 april 1968.