

Psykoanalytiskt orienterad psykoterapi¹

CLARENCE A. CRAFOORD, f. 1936, M.L. 1963, sedan 1964 i psykoanalytisk utbildning vid Svenska Psykoanalytiska Institutet, 1964–67 underläkare vid St Görans sjukhus i Stockholm, nu verksam såsom läkare vid Stockholms Stads Psykiska Barn- och Ungdomsvård. Sekreterare i Svenska Psykiatriska Föreningen 1964–1967. Ordförande i Svenska Föreningen för kandidater i psykoanalytisk utbildning sedan 1967.



Clarence A. Crafoord

Den psykoterapeutiskt verksamme läkaren har enligt min mening 4 väsentliga arbetsområden.

1. Rent terapeutiska uppgifter i direkt kontakt med patienter.
2. Diagnostiska och prognostiska bedömanden och avvägningar vid fall där neuros eller familjekonflikter dominerar den kliniska bilden.
- 3.Handledning av personal i miljöterapi eller psykoterapeutiskt arbete. Ledning av pedagogiska och terapeutiska personalgrupper.
4. Undervisning om psykologiska mekanismer inom olika områden av sjukvården, ledning av diskussionsgrupper och seminarier.

I mitt psykoterapeutiska arbete har jag haft möjlighet att syssla med dessa områden, och jag har därvid försökt att konsekvent tillämpa psykoanalytiska teorier. Jag har på så sätt tillägnat mig en "psykoanalytiskt orienterad" människosyn, något som jag anser har varit till ovärderlig nytta inom alla dessa fyra områden.

Eftersom endast ett begränsat utrymme står till mitt förfogande och dagens ämne berör huvudsakligen psykoterapi, kommer jag nedan att uppehålla mig framför allt vid en beskrivning av den teori och teknik som jag tillämpar i det rent terapeutiska arbetet.

¹) Symposium vid Svenska psykiatriska föreningens möte i Jönköping okt. 1967.

Om neurotisk symptombildning

Enligt psykoanalytisk teori uppstår ett neurotiskt symptom såsom en bristfällig kompromisslösning mellan omedvetna impulser och förbud mot dessa impulser. Ett enkelt exempel: En persons impuls att mörda sin make kommer i konflikt med ett förbud mot att utföra dådet. Konflikten kan lösas genom "frisk" anpassning om konflikten med maken är medveten och kan lösas realistiskt, t.ex. genom olika praktiska åtgärder som den här personen vidtar. Man kan då med en teknisk term tala om *adaptiv* konfliktlösning. Om konflikten däremot hos personen väcker stark ångest, är detta en signal till "det psykiska försvaret" att hålla konflikten omedveten. Den är då s.a.s. utom räckhåll för en *adaptiv* konfliktlösning, försvaret överväger och vi talar då tekniskt om en *defensiv* (försvarsinställd) konfliktlösning. Sådana konfliktlösningar låser försvaret därigenom att ångest uppträder, så snart försvaret sviktar. Ett sådant sviktande försvar tar sig ofta uttryck i ett neurotiskt symptom.

I vårt exempel skulle vi kalla symptomet *hysteriskt* när patientens arm (som skulle utföra dådet) inte kan röras; *fobiskt* kallar vi det när personen inte vågar ta i eller se knivar utan att få ångest; *obsessivt-compulsivt* kallar vi det när patienten varje kväll noga gång på gång måste kontrollera att gasen och elektriciteten är avstängd; *depres-*

sivt kallar vi det när patienten känner sig oförklarligt trött, klagar över att han inte duger något till, att allt är meningslöst, att han är i vägen etc.; *psykosomatiskt* kallar vi det om patienten får magplågor eller oförklarliga kräkningar.

Uppräkningen kan fortsättas ytterligare. Exemplet är kanske grovt men vill belysa hur olika symptom kan tänkas ha liknande bakgrund.

Andra konfliktlösningar

Man kan tänka sig andra lösningar på konflikten i vårt exempel. Patienten kan tänkas verkligen ta livet av kontrahenten, han kan tänkas ta livet av sig själv eller göra försök härtill. Patienten kan tänkas dra sig tillbaka från kontakt med omvärlden och leva ett bizarrt liv på sin kammare under excentriska sysselsättningar, kanske börjar han hallucinera. Kanske börjar han missbruka sprit eller narkotika eller hänger sig åt kriminella handlingar.

Bedömningen av patienten

Av vårt enkla exempel framgår att de olika symptomen *i sig* inte intresserar oss i första hand, eftersom de kan ha — ytligt sett — en och samma orsak. Till en början intresserar oss inte heller i högre grad vilken drift eller impuls som ligger till grund för hans beteende och inte heller alltid vilken konflikt som orsakat symptomet.

Det som i första hand måste bedömas — och kan bedömas — vid vår första kontakt är hur patientens *jag* är beskaffat. Vi bedömer förmågan till kontakt med andra människor, adekvat varselblivning, realitetsprövning, grad av ångest och ängslan, förmåga till självakttagelse, nyanserade känslouttryck m.m. Vi bedömer vidare vilka slags försvarsmekanismer han använder och hur väl de fungerar. Dessa iakttagelser kan så sammanställas till en helhetsbild av patientens "*jag*" vilken är avgörande när det gäller valet av psykoterapeutisk metod och indikationerna för den. Denna sammanställning säger oss i vårt tänkta exempel att vid den första gruppen av symptom föreligger ett relativt väl fungerande, "starkt" jag medan symptomen i den senare gruppen bär spår av mindre väl fungerande realitetsprövning, bristande själv-

iakttagelse, bristande hämningar, sämre kontaktförmåga, nyansfattigdom, allt sådant som vi anser känneteckna ett "svagt" jag.

Terapeutisk allians

Nu bygger all psykoterapi på att man lyckas etablera ett förbund med patientens jag eller "den friska delen" av hans jag, något som är villkoret för att patienten skall medverka vid behandlingen eller ens komma till undersökning. Om en sådan "terapeutisk allians" av olika slag inte kan upprättas, bör psykoterapi inte försökas, eller också bör patienten behandlas med andra medel, så att han blir i stånd att upprätta en sådan allians (somatisk terapi, social sanering, personlig mognad — vänta något år.)

Typ av psykoterapi

Sedan patienten bedömts kunna upprätta en terapeutisk allians av nämnda slag kommer den svårare bedömningen: vilken typ av psykoterapi skall tillämpas? Vid denna bedömning måste en rad andra faktorer tas med i beräkningen, dels patientfaktorer, dels terapeutfaktorer.

Är *patienten* relativt ung, intelligent, nyanserad och flexibel och symptomen ej av alltför tidigt datum bör i första hand mer djupgående, långvarig psykoterapi med mer långsiktiga mål (förbättrad integration och allmän anpassningsförmåga) komma ifråga, där målet för terapin är *insikt* hos patienten om konfliktens art och kanske i någon mån om dess rötter i barndomen. Är patienten äldre, mindre välbegåvad, rigid och med relativt kroniska symptom bör man i första hand välja stödjande psykoterapi som ej syftar till insikt på längre sikt utan till stärkande av försvaren, minskning av ångesten och därmed symptomförbättring.

Mellan dessa ytterligheter finns givetvis en glidande skala vilket försvårar bedömningen.

Om *terapeuten* är välutbildad, kontinuerligt arbetande och har tid till förfogande talar detta för insiktsterapi hos därför lämpade patienter, om han är mindre välutbildad och erfaren eller har ont om tid talar det för val av stödjande terapi.

Tekniken vid insiktspsykoterapi

Det initiala samtalet ger ofta ovärderligt material, varför detta bör hållas med en passiv, icke-ledande intervjueteknik. Härefter följer ett par aktivt ledda anamnes-samtal som ger en allmän bakgrund och stärker den terapeutiska alliansen. Därefter inleds själva terapin med ökande passivitet, varunder *överföringen* — som alltså är något annat än den terapeutiska alliansen — växer sig stark. Patienten upplever nu också ett *motstånd* i behandlingen, och hans neurotiska symptom smyger sig in i behandlingssituationen, varvid successivt alltmer av patientens material *tolkas*, så att han lär sig att se det orealistiska i sina symptomatiska tankar och fantasier och kanske handlingar. Det viktigaste instrumentet i terapin är *tolkningen* och den viktigaste drivkraften är *överföringen*. Dessa tolkningar av material och överföring fyller terapiens huvuddel, *genomarbetningen*, varunder patienten når en ökande grad av insikt i sina konflikter. Slutligen kommer terapiens avslutningsdel, då överföringen genomarbetas för att i idealiska fall liksom de neurotiska symptomen, upplösas.

I regel försvinner patientens symptom i viss mån redan när överföringen etableras, och den förut sjukskrivne kan och bör nu gå i arbete; hans neuros har i princip överförts från yttrevärlden till den terapeutiska situationen. Symptomen kommer och går under behandlingen och ångesten tilltar och avtar i en slags vågrörelse under terapiens förlopp.

Gången av behandlingen vid insiktsterapi överensstämmer i princip med den i en psykoanalys, men skiljer sig på flera punkter från denna. Man håller sig hela tiden ytligare och undviker djupare tolkningar av t.ex. drömmar och infantilt material.

Vid insiktspsykoterapi besöker patienten terapeuten i regel 2 ggr/v under 50—150, kanske 200 timmar. Vid stödjande terapi har man glesare besök med ibland kortare intervjuer och mer aktiv och ej tolkande teknik.

Stödjande terapi är inte alltid kortare än insiktspsykoterapi. Ofta kommer patienten på enstaka samtal i årtal, vilket kan räcka för ett

begränsat mål, t.ex. att hålla honom utanför sjukhus.

Konklusion

Väsentligast i psykoterapeutiskt arbete är att man hela tiden vet vad man gör och klargör för sig varför man gör det innan man gör det. God psykoterapi förutsätter planering på grundval av diagnostik med sikte på terapin och därför nödvändigtvis inom samma referenssystem som tillämpas vid terapin; i denna översikt ett psykoanalytiskt tänkesätt.

Terapiens mål och teknik måste kontinuerligt prövas på samma sätt, vilket med fördel kan ske vid seminarier eller konferenser, så att terapeuten inte arbetar isolerad, något som är speciellt viktigt i början av vars och ens verksamhet.

Detta förhållande motiverar enligt min mening att tid för sådana konferenser avsätts överallt där man arbetar med systematisk psykoterapi. Sådana konferenser är stimulerande inte bara för dem som arbetar psykoterapeutiskt med enskilda fall utan även för övriga deltagare som på detta sätt kan få ökad inblick i vad som sker i det som synes ske. Denna inblick manar ofta till eftertanke och gynnar en terapeutisk attityd i förhållandet mellan patienter och personal.

HYLLOR

praktiska
konstruktioner
för kontor
arkiv
bibliotek
butiker
laboratorier
privatinredn.



Sparings

Försäljningsavd.:

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