

Familjen som patient¹



Gustav Jonsson

Det finns en legendarisk gestalt från det förgångna som för många än i dag framstår som den idealiske doktorn. Det är husläkaren, familjedoktorn, som följde familjens öden från vaggan till graven, från örsprånget till cancer.

Med hjälp av siffror om befolkningstal och läkartäthet är det lätt att räkna ut att husläkaren måste ha varit fåtalets läkare, inte flertalets. Man tar nog heller inte fel om man antar att detta fåtal familjer företrädesvis fanns på doktors egen sociala nivå.

Men även om husläkaren framstår som en romantiserad gestalt är det tydligt att han för många kolleger symboliserar något man saknar i den nutida läkarvården, man må sedan kalla det helhetssyn på människan eller något lika vackert men abstrakt och svårgripbart.

Vill man ge större konkretion åt frågan är det nödvändigt att pruta av på romantiken och i stället söka genomföra en realistisk analys av familjens funktion i dagens samhälle.

Det kan i psykiatri och socialvård hävdas att det ofta är riktigare att tala om sjuka situationer i en familj än om sjuka och friska familjemedlemmar. Mot denna bakgrund har vad som kallas familjediagnostik och familjeterapi börjat växa fram.

Gustav Jonsson ger i denna artikel en översikt över aktuella synsätt och resultat på detta område och de praktiska och teoretiska problem man har att arbeta med.

Han påpekar bl.a. att på detta sätt "familjeläkaren" fått en viktig men ganska ny och annorlunda roll.

Förf. är docent i barnpsykiatri vid Karolinska institutet men torde vara mest känd som mångårig chefsläkare vid Barnbyn Skå.

Med hjälp av olika vetenskaper kan man då betrakta familjen ur tre — fyra olika aspekter.

För det första kan man se familjen som en grundläggande social institution inom olika samhälstyper eller olika samhällsskikt. Det blir då tal om sådant som familjen i västerlandet, familjen i arbetarklassen, slumfamiljen i Mexiko osv. Det är sociologens eller kulturantropologens synvinkel. Den tänker jag inte uppehålla mig vid i annan mån än att jag gärna vill skjuta in en förhandsanmärkning om att man bör hålla isär vad man kallar det faktiska eller typiska innehållet i familjeinstitutionen å ena sidan och det ideala eller önskvärda innehållet å den andra sidan. Begreppet familj är ju så värdeladdat i vår kultur att diskussionen eljest lätt blir ett ställningskrig mellan försvarare av olika normsystem.

Den andra aspekten gäller familjen som social grupp. Man ställer sig då utanför familjen, behandlar den som en statistisk enhet och studerar familjestorlek, försörjningstyp osv. Då rör det sig om socialstatistik eller sociologi. Man kan gå ett steg längre och så att säga stiga in genom dör-

¹) Efter en föreläsning i Läkarsällskapet 24.10.67.

ren och bekanta sig med familjens olika medlemmar. Det är den socialpsykologiska metoden. Man har då stor hjälp av den numera väletablerade smågruppsforskningen dvs. experiment med artificiellt sammansatta grupper som man kan manipulera på olika sätt. Tillämpar man detta synsätt på den naturligt givna familjegruppen kan man studera rollstrukturen inom hemmet, domi-nens- och kommunikationsmönster m.m.

Slutligen kan man försöka få fram den inre motivationen hos de enskilda familjemedlemmar-na till vad som sker. Det är väl särskilt då som vi läkare kommer med i bilden eftersom det blir tal om sådant som praktikern möter i sitt dagliga arbete. Frågan är bara om vi då inte som läkare är alltför vana vid att se patienten som enskild individ och alltför otränade att se honom som gruppmedlem.

Detta är långt svårare än man tror innan man tänkt sig in i saken. Låt mig försöka klargöra vad jag menar genom att knyta an till en av för-grundsfigurerna inom den ymnigt flödande fack-litteraturen (Otto Pollack, 1956). Han utgick från gestaltpsykologin och menade att det gäller för oss att uppfatta familjen som en helhet, som en "Gestalt". Och det är just detta som är lättare sagt än gjort.

Gestaltpsykologi och familjediagnostik

Observerar vi en rad punkter t.ex. så tenderar vi att uppfatta raden som en linje, inte som enskilda punkter. Men det blir annorlunda om vi får observera fenomen som inte är lika varann t.ex. punkter, kors och småringar:

xxxxx

ooooo

Denna figur tenderar vi att se som tredelad, inte som en enhet. Ännu tydligare blir detta om vi tecknar figuren på följande sätt.

xxxxxx

o

På analogt sätt, menar Pollak, har en barn-terapeut lättare att uppfatta begreppet mor—barn som en enhet än begreppet barn—familj. "Mor" och "barn" ligger på samma abstraktionsnivå, men inte "barn" och "familj". Det innebär perceptuella

svårigheter för oss att tänka oss "barnet och dess familj" eller "barnet och dess omgivning" som enheter eftersom vi då måste kombinera singula-ris, ett barn, med pluralis, flera familjemedlem-mar eller flera andra personer överhuvud. Det hela blir inte bättre därigenom att själva orden "familj" och "omgivning" är singularis om man bara ser till den språkliga formen fast de ju i verk-ligheten omfattar flera människor.

Pollak förde sitt resonemang vidare genom att knyta an till ett annat av gestaltpsykologins grund-begrepp nämligen figur-bakgrund.

Vid iakttagelse av figur och bakgrund har vi alltid en tendens att uppfatta bakgrunden som uni-form, enklare och lättare att beskriva. Vi talar om bakgrundsmusik, om bakgrunden till ett foto eller en porträttmålning av en person o.d.

På analogt sätt när vi dikotomiserar, tudelar, våra resonemang genom termer som barnet och dess miljö eller barnet och dess familj. Vi har då en tendens att ägna mer intresse åt barnet än åt dess miljö. Likvärdiga element blir i vår föreställ-ningsvärld olikvärdiga utan att vi tänker på det.

Det krävs med andra ord en extra tankean-strängning av oss för att låta figur och bakgrund, barn och familj, byta plats så att båda framstår som lika betydelsefulla och lika komplicerade när vi analyserar ett fall. För att markera detta har man på sina håll (Sherman, 1961) uttryckt saken så att man tidigare talat om patienten *och* hans familj, barnet *och* dess hemmiljö osv. medan det nya begreppet familjeterapi innebär att man syss-lar med patienten *i* hans familj och barnet *i* hem-miljön. Man betraktar med andra ord inte längre patientens eller barnets symptom som kärnpro-blem utan endast som tecken på en rubbning inom hela familjen.

Ett annat sätt att språkligt betona samma grundsyn är att beteckna den sjuke eller miss-anpassade familjemedlemmen som "den identi-fierade patienten" medan den egentliga patienten är hela familjen (Virginia Satir, 1963). Från psy-kiatriskt håll (Gralnick, 1962) har man också poängterat att familjegruppen har sin egen psyko-patologi som är något annat och mera än en summering av de enskilda familjemedlemmarnas

psykopatologi. Kanske skulle det också därför vara riktigare (Pollack, 1956) att tala om sjuka situationer inom familjen än om sjuka och friska familjemedlemmar eftersom det är osannolikt att det inom en och samma familj skulle finnas t.ex. ett par sjuka personer och andra friska. Vår patient skulle därmed bli den sjuka familjesituationen.

Från teori till praktik

Hur skall man då omsätta dess teoretiska tankegångar i praxis? Såvitt jag förstår är det väl naturligtast för läkare och andra att träffa hela familjen samlad och direkt studera interaktionen mellan familjemedlemmarna. Det som tidigare stått i vägen för en sådan närliggande lösning är inte bara praktiska svårigheter, frågor om tid och plats o.dyl. Det har funnits teoretiska hinder, från psykoterapeutiskt håll. Man har nämligen länge menat att det skulle störa förtroendeförhållandet mellan terapeut och patient om också en tredje part fick komma med i bilden, t.ex. maken eller maken till en vuxen patient eller föräldrarna till ett barn. Vid psykoanalys har denna slutna cirkel kring terapeut och patient varit en gyllene regel, både i fråga om barn och vuxna. Det står väl också klart att det allt framgent är en viktig regel vid denna behandlingsteknik.

Men det finns ju andra behandlingsformer vid sidan om klassisk analys och de ledande förespråkarna för familjeterapi har faktiskt kommit från det psykoanalytiska lägret, i flera fall via gruppterapi.

Den väg vi vandrat på Skå vid våra försök till föräldrabehandling har också gått via gruppterapi för mammor och pappor inne i Stockholm och längre eller kortare besök av dem ute på Skå fram till att vi slutligen börjat experimentera med att låta hela familjen vara intagen på någon av våra institutioner under några månader eller upp till närmare året. Sedan något år försöker vi för övrigt driva experimentet ännu längre i och med att vi låter behandlingen äga rum i familjens egen bostad, med personal från oss i dubbelroll som extra familjemedlem och behandlare ("hemmahos-behandling").

Denna modell skulle vi vilja se prövad också inom andra grenar av socialvården, t.ex. för nykterhetsvårdens och socialnämndens klientel, och varför inte också inom mentalvården. Inom vanlig, somatisk sjukvård och åldringsvård kan väl samma grundsyn redan sägas vara erkänd i princip även om praxis släpar efter. Som jag ser saken, i vart fall när det gäller våra svåra fall från Skå, multiproblemfamiljer med antisocial grundstämning, är det emellertid viktigt att man skapar fram en begreppsapparat, en familjediagnostik, ett eget referenssystem eller vad man skall kalla det, som gör detta tillgängligt för forskning och därmed attraktivt för experter, däribland läkare. Det gäller med andra ord att förvandla den "tunga socialvården" från ett slit- och skitgöra i barmhärtighetens tecken till en intressant specialitet med egen metodik. För att klargöra vad jag menar vill jag återigen vända mig till facklitteraturen och hämta några tankegångar därifrån.

Psyiskt familjeförsvär

En nestor inom familjeterapins område, Nathan Ackerman (1958) utgår från att en viss spänning och konfliktnivå hör med till bilden av en normal familj. Varje familj utvecklar dels en känsla av identitet, dels en viss värdeorientering. Familjemedlemmarna präglas därav i sitt handlande. Man vet var man har varann och visar en gemensam fasad utåt. Det uppstår en "family-image" som komplement till den "self-image" som gäller varje enskild familjemedlem. Familjelivet är emellertid inte stillastående. Föräldrarna gifter sig, får kanske ett barn, kanske fler. Tiden går och både barn och föräldrar blir äldre. Allt detta innebär att familjens konfiguration ständigt förändras och att rollfördelningen familjemedlemmarna emellan successivt blir en annan.

Till bilden av den normala familjen hör emellertid inte bara att det alltid finns en viss spänning mellan familjemedlemmarna utan också att detta spänningstillstånd tenderar att utjämnas enligt ett visst mönster, typiskt för varje familj. För att beteckna denna ständigt pågående process har man lånat en term från fysiologin, homeostas, dvs.

den tendens som finns inom många biologiska system att återgå till jämvikt på viss nivå.

Analogt med att varje enskild individ har sitt speciella försvarssystem för att upprätthålla själsjämvikten har även varje familj sin metod att avvärja hot mot sin självständighet (identitet) och sitt sätt att leva (värdeorientering). Hotet kan komma utifrån, dvs. från samhället runtomkring, men också inifrån, dvs. genom konflikter mellan familjemedlemmarna, ja, även genom en konflikt inom en enskild familjemedlem. Familjens förmåga att återvinna harmoni (=homeostas) beror på hur väl eller illa detta psykiska familjeförsvar fungerar. Ett väl fungerande försvar innebär att familjemedlemmarna kan korrekt uppfatta vari konflikten består och sedan finna rationella lösningar på den. Därmed har man också angivit familjeterapiens två fundamentala moment: att medvetandegöra för alla familjemedlemmarna vari konflikten består och att diskutera fram en gemensam lösning av den.

Detta teoretiska resonemang kring begreppet familj jämvikt kan få en praktisk tillämpning t.ex. när det gäller att komma underfund med varför en hustru blir liggande sjuk i åratal utan att man kan finna något organiskt underlag till hennes lidande eller varför en pojke eller flicka från ett till synes gott hem ideligen återfaller i brott eller narkomani.

Familjens behov av en avvikare

En analys av familjedynamiken kan nämligen ge vid handen att hustruns sjukdom och barnens uppslutning kring hennes sjukbädd bara är den ena sidan av saken; på den andra sidan kan man t.ex. finna bilden av en dold alkoholism hos familjefadern som på känt sätt vacklar mellan rus och ruese. Och inom barnpsykiatrin har man sedan länge observerat att patologiska familjemönster kan driva barn till asociala handlingar trots att föräldrarna utåt framstår som högst förträffliga medborgare. Detta gäller särskilt den vikarierande tillfredsställelse av bortträngda asociala impulser som en del föräldrar kan få genom sina barn (Johnson & Szurek, 1954, Szurek 1942).

På Skå är det vardagsmat att träffa på sådana

konstellationer som en naturlig följd av att vi ju har full uppsättning av barn från desintegrerade familjer.

En vanlig form därav är styvbarnet som den nya modern eller fadern betraktar — och behandlar — som avbilden av en förhatlig frånskild eller förlupen partner. Det omedvetna hämndbegär som sådant kan utlösa hos den ena föräldraparten visavi det kvarvarande barnet kan ligga som en mycket svåråtkomlig, dold drivfjäder till pojkens eller flickans asocialitet. Man kan också uttrycka samma sak i socialpsykologiska termer: barnen svarar genom sin asocialitet mot den omedvetna förväntan som finns på föräldrahåll. Ofta nog kan man tala om en s.k. självförverkligande profetia: vad var det jag sa, hon är lika lösaktig som sin mamma resp. han är lika litet att lita på som pappan. För de promiskuoösa flickornas del har vi ofta tyckt oss finna att det ligger en incestuös bindning mellan far och dotter bakom (Jonsson, 1960). I likhet med många andra författare (Aichhorn 1949, Blos 1957, Ruth Eissler 1949) skulle vi i dessa fall vilja tolka flickornas promiskuitet som en psykologisk flykt från en ohållbar familjesituation. I en del fall har vi för övrigt funnit att det förelegat en öppen eller en i det närmaste öppen fader—dotter incest. Även hos hämningslöst utlevade pojkar har vi på Skå ibland ansett oss kunna påvisa en mer eller mindre omedveten incestuös bindning mellan mor och son som bakomliggande orsak. Pojkens utlevelse, i form av aggressivitet-destruktivitet, stjälande, eldsanläggningar eller liknande, har då haft en kaotisk, förvirrad prägel som tyder på starkt ångesttryck bakom handlandet.

Slutligen kan nämnas att vi på Skå träffat på relativt många fall där faderns eller moderns sinnessjukdom varit den dominerande faktorn i barnens hembakgrund. Vi har då med fullt fog kunnat tala om barn som fått "växa upp i sjuk familj" (Anna-Lisa Kälvesten, 1961).

Alla dessa oika typer av patologiska familjer som vi träffat på har det gemensamma draget att barnet blivit lidande part fastän rubbningen uppenbarligen omfattar hela familjen.

Familjens känslomässiga miljö

I vanliga familjer kan en vaken läkarblick också lägga märke till liknande psykiska mekanismer även om de inte är lika uppenbara och grova som i våra Skå-fall. Ett som jag tycker mycket användbart begrepp att då laborera med kan uttryckas med termen behovskoppling. Enkelt sagt innebär detta att varje människa som håller ihop med en annan människa därmed tillfredsställer vissa psykologiska behov både hos sig själv och hos sin partner. Inom varje familj kan man tala om ett emotionellt hushåll, ett känslomässiga miljö, vid sidan om det vanliga, materiella hushållet. Frågeställningen blir: den pojke som är min patient, vad betyder han för sin mamma, för sin pappa, för sina syskon, vilka förväntningar har man haft på honom, hur har han svarat mot dessa förväntningar, nu och tidigare? Och omvänt, vilka förväntningar har pojken på sina föräldrar och syskon? Det hela kan på detta sätt beskrivas som ett rollspel, ett familjedrama, med ömsesidiga förväntningar som kan uppfyllas eller inte uppfyllas, med olika konsekvenser i släkt.

Det hela är heller inte så konstigt som det kan låta. Man kan direkt fråga folk om det. Probatum est. Hur tyckte ni det var när ni fick höra att ni skulle få barn? Vem bråsar pojken på? Är det pappas eller mammas pojke? Vår erfarenhet säger att både pappor och mammor är roade att svara om man bara frågar tillräckligt enkelt och naturligt. Och sådana enkla frågor kan ge mer intressanta inblickar i familjedynamiken än man tror i förväg. Det krävs ju en del intervjuvana men den förvärvar man sig så småningom i vanligt läkararbete även om man tyvärr inte lär sig mycket därom under den nuvarande läkarutbildningen.

Behandlingsmotstånd från familjens sida

Om man håller fast vid föreställningen att det är en hopkoppling av komplementära behov som binder ihop familjen så är det också klart att man kan stöta på motstånd när man vill ändra på dess bindningar. Det vill med andra ord säga att familjen kan streta emot när man vill göra en av dess medlemmar frisk eller skötsam. Ett sådant

behandlingsmotstånd är väl som regel omedvetet för familjen själv men det gör ju inte saken enklare, snarare tvärtom.

En enklare variant av sådant behandlingsmotstånd kan för övrigt sägas ha blivit aktuell inom vuxenpsykiatri de senaste åren.

När man på 50-talet i USA på allvar började att syssla med familjediagnostik och familjeterapi så skedde detta i familjer där någon familjemedlem var schizofren och intagen på mentalsjukhus. Man kunde då i många fall notera en avvärjningsreaktion från de anhörigas sida mot att få patienten frisk igen (Gralnick, 1962).

Tack vare moderna psykofarmaka kan man ju numera skriva ut fler långtidspatienter än tidigare från mentalsjukhusen. Läkaren och kuratorn ställs då inför uppgiften att till familjen återbörda en person som man där vant sig av med att betrakta som familjemedlem. Även om svenska psykiatriker då inte använder termer som familjediagnostik och familjeterapi så rör det sig dock om likartade problem.

Patologisk familjesammanhållning

Det finns emellertid också fall där man kan säga att just den sjuka bindningen mellan ett par familjemedlemmar utgör förutsättningen för att familjen skall kunna hålla sig i balans. I regel har det gällt vuxna personer. Någon full harmoni har det heller inte varit tal om, knappast heller någon i längden hållbar lösning. Trots detta kan det ibland vara motiverat att uppfatta den sjuka bindningen mellan två människor som deras enda möjlighet att anpassa sig i samhället.

I en studie från Belmont Hospital i England (numera Henderson Hospital) tog man t.ex. reda på hur det gick för ett antal psykopatiska patienter under fem år efter sjukhusvistelsen (Rapport et al. 1957). Flertalet av dem var gifta. Det framgick att makarna i flera fall hade vad man kunde kalla komplementära psykiska rubbningar och att deras inbördes koppling därmed innebar ett skydd för dem båda mot sociala komplikationer. Den sjuka familjen hade en terapeutisk funktion.

På Skå har vi också ibland en stark upplevelse av att föräldrar just genom sina psykiska skavanker håller varandra i balans. Det kan röra sig om ett slags terrorbalans med ömsesidiga utskällningar och slagsmål som ingredienser, ibland kulminerande i samlag eller omåttligt supande. Det kan också gälla ett solidariskt hemlighållande av familjefaderns själände eller häleri. Den gemensamma vakthållningen mot insyn från grannar och andra förvandlar då familjen till en fast, slutten enhet som också inbegriper barnen. För föräldrarnas del kan detta betyda ett skyddande skal mot yttervärlden. Hur det inverkar på barnen är en annan och ofta tragisk historia.

Sådan familjestrukturer skildras ofta inom den kriminologiska litteraturen. En central tankegång gäller därvid familjens syn på sig själv, sin self-concept, om man så vill uttrycka saken. Familjen känner sig då kringskuren av en fientlig värld, dvs. behärskas av den för dessa familjer typiska paranoia grundstämningen. För att kunna överleva i en sådan värld måste man omges av sin familj. Detta skapar en stark bundenhet till familjen, både hos vuxna och barn. Men familjen måste också hållas intakt, oförändrad. Varje förslag om förändring avvisas därför att förändring är lika med ökad osäkerhet.

En konsekvens av all denna grundläggande misstro mot förändringar är att familjen blir vad man kallat framtidslös. Man lever helt i nuet och vill bara leva i nuet. Kommer någon terapeut utifrån och vill hjälpa en enskild familjemedlem så värjer sig familjegruppen paniskt mot att låta andra människor invadera den egna familjen. Terapi av en enskild familjemedlem blir omöjliggjord.

Fattigfamiljen

En närstående variant av denna familjetyp med möjligen större intresse för den vanliga praktiken är den fattiga familjen. Det klassiska arbetet om fattiga familjer i Stockholm utgöres ju av Gunnar Inghes monografi "Fattiga i folkhemmet" (Stockholm 1960). Flera av dessa fattiga familjer hade barn och de barnen hade oftare symptom

på missanpassning än barnen inom jämförelsematerialet. Beträffande atmosfären i de fattiga hemmen betonade Inghes särskilt bristen på kulturella stimuli och benägenheten hos de vuxna att utan protester anpassa sig på låg behovsnivå. Som ett samlingsnamn på den psykiska atrofi som lätt blev följden därav använde han den tidigare av Kinberg lanserade termen kulturarmod (Kinberg, 1942). Ett utmärkande drag hos dessa familjer var vidare den starka översjukligheten hos de vuxna, både i fråga om psykiska och fysiska åkommor. Ensamhet och isolering följde i spåren, likaså en skygg, misstrogen hållning mot omvärlden.

Inghes material utgjordes av de kroniskt fattiga, de hjälplöst långtidsfattiga om man så får säga.

De representerar därmed ett slutstadium i utvecklingen mot resignation och hopplöshet. En annan socialläkare (Nilsson, 1964) har mer framhävt de paranoia eller psykopatiska dragen hos den brokiga skara fattiga patienter som passerar revy på en socialläkarmottagning i Stockholm och som inte alla ännu nått ett så kroniskt stadium.

Likheten mellan dessa fattiga familjer och vad man brukar kalla kriminella familjer ligger i öppen dag. Ofta kan det ju också vara en smaksak om man vill rubricera en sådan familj som fattig eller kriminell. Båda faktorerna finns ju ofta samtidigt. Får jag döma av våra erfarenheter från Skå skulle man i regel kunna karakterisera denna familjetyp med tre adjektiv efter varann: fattig, kriminell, alkoholiserad. Hur dessa tre adjektiv skall placeras i kronologisk ordning är däremot en öppen fråga.

Splittrad vård

Det är lätt att konstatera med hjälp av statistik att familjer av denna multiproblemtyp oftare än andra haft kontakt med läkarvärlden, både läkare i öppen vård och läkare vid sjukhus. Mycket ofta har det rört sig om upprepade kontakter, gång efter gång, år efter år. Någon riktig hjälp har inte stått att få. Detsamma gäller också socialvårdens organ, treenigheten barnavårdsnämnd, nykterhetsnämnd och socialnämnd. För mångproblemfamiljen finns faktiskt ingen plats i härbär-

get i vårt välfärdssamhälle. Det är därför man vill sätta sitt hopp till den kungliga kommitté som socialministern nu tillsatt för att om möjligt få bort den trojka-princip som nu splittrar upp socialvården i vårt land.

Men självfallet räcker det inte bara med lagändringar. Man måste förfoga över en metodik i praktiska arbetet. Det är då jag menar att mångproblemfamiljen som patient pockar på särskild uppmärksamhet. De behandlingsmodeller jag skisserat är säkert bara några bland många möjliga. Det finns rum för många liknade experiment.

Doktorn och mångproblemfamiljen

Ett par punkter syns mig emellertid så väsentliga att jag redan nu vill trycka särskilt på dem.

Den första punkten gäller patienturvalet. Det har sagts att om man vill få en fin operationsstatistik på sitt sjukhus så är det viktigaste inte vilka patienter man lägger in. Det viktigaste är vilka man inte lägger in. Något liknande kan också sägas om behandlingen av familjer. Det finns alltid en frestelse vid lanserandet av en ny behandling att man väljer och vrakar så att man får bara behandlingsbara fall under sin vård. Om de multiproblemfamiljer jag främst diskuterat gäller att de snarare skulle kallas terapieresistenta. Risken är då uppenbarligen att de alltjämt blir en kassationsgrupp. Det är för att motverka en sådan tendens som jag så starkt betonat vikten av en teoristyrd forskning enligt ett genomtänkt referenssystem speciellt för den svåraste kategorin, de asociala multiproblemfamiljerna.

Min andra slutpunkt gäller läkarens roll.

Det är utan vidare klart att familjebehandling inte är något som varje doktor har tid att ägna sig åt. Vi är för få och för litet utbildade för denna terapiform. Låt oss erkänna det. Därmed är dock enligt min mening inte sagt att vi skulle vara obehövliga. Men rollen kräver, i sin nya utformning, att vi vänjer oss vid att arbeta i team med socialarbetare, psykologer och även vårdare i lägre lönegrader, kanske patienterna själva. Vår roll blir då att vara diskussionsdeltagare, lyssnare till andra, inte bara doktorn som själv tar hand

om patienten ensam i sitt mottagningsrum medan gruppsamtalen pågår därute i väntrummet mellan patienterna inbördes. Och det är en roll som den gamla husläkaren säkert inte kunde tänka sig.

ANFÖRD LITTERATUR

Ackerman, N. W. (1968) *The psychodynamics of family life*. New York, Basic Books.

Aichhorn, A. (1949) Some remarks on the psychic structure and social care of a certain type of female juvenile delinquents. *The Psychoanalytic Study of the Child*, Vol. III/IV, London.

Blos, P. (1957) Praeodipal factors in the etiology of female delinquency. *The Psychoanalytic Study of the Child*, Vol. XII, London.

Eissler, Ruth (1949) Riot-observation in a home for delinquent girls. *The psychoanalytic study of the child*, Vol. III/IV, London.

Gralnick, A (1962) Family psychotherapy: General and sypecific considerations. *Am. J. Orthopsychiatr.* Vol. XXXII no. 3, 515—526.

Inghe, G. (1960) *Fattiga i folkhemmet* Monografier utgivna av Stockholms kommunalförvaltning, 24, Stockholm.

Johnson, A. M. & Szurek, S. A. (1954) Etiology of antisocial behavior in delinquents *J.A.M.A.* Vol. 154, No, 10.

Jonsson, G. (1960) Flickor på glid. *Psykisk hälsa*, nr 2.

Kinberg, O. (1942) Den asociala ungdomens problem. *Tiden*, nr 5, 269—284.

Kälvesten, Anna-Lisa Att växa upp i sjuk familj (stencil). (1961)

Nilsson, B. (1964) Befrias från sin vendetta mot samhället. *Sociala meddelanden*, nr 3—4, 61—70.

Pollak, O. (1956) *Integrating sociological and psychoanalytic concepts*, New York.

Rapoport, R. N. et al. (1957) cit. from Elles: The closed circuit. *British J. Crim.* Vol. 2, No. 1, 1961.

Satir, Virginia (1963) The quest for survival. A training program for family diagnosis and treatment. *Acta Psychotherapeutica* N. 1.

Sherman, S. N. (1961) The concept of the family in casework. In Ackerman et al. *Exploring the base for family therapy*, New York.

Szurek, S. A. (1942) Notes on the genesis of psychopathic personality trends. *Psychiatry*, Vol. V, No 1, 1—6.