

Kroppsliga symton som nödsignaler vid psykiska konfliktsituationer¹⁾

Av överläkare Carlo Perris, Sundsvall²⁾

Det som kommit mig att söka behandla detta ämne är två olika saker: den ena att jag vid ett tillfälle kom att läsa en epokgörande bok av Balint (2), som nyligen utkommit i nyöversättning, den andra den ökade ström av patienter med grova psykoneurotiska besvär som allt oftare och från så skilda håll remitteras till psykiater för pensionsbedömning. Att jag vill dryfta detta problem beror dels på att jag anser det vara av allmänt intresse och dels att jag är övertygad om att det inte är helt olösligt. Jag vill kalla det ett "socialmedicinskt" problem och hoppas att alla mina kollegor vill instämma med mig på den punkten efter att jag sammanfattat några grundidéer och i korthet redogjort för några typiska fall samt slutligen dragit några enkla slutsatser.

Jag vill inleda med några ord om Balints bok. Den handlar om "läkaren, hans patient och dennes sjukdom". Första upplagan utkom på engelska 1957 och därmed hade Balint med ett tiotal kollegor nått målet efter drygt 5 års väl planerat, hårt arbete. Boken håller nu på ett revolutionerande sätt på att påverka den medicinska undervisningen i ett antal länder.

För dem som ej känner till boken i fråga kan om den kort sägas att den närmast handlar om "farmakopoea", om dosering av en medicin som läkare över hela världen använder i vart och ett av de fall de behandlar, men som de ytterst sällan finner angiven i läroböcker om terapi: här räknar man med "läkaren" själv som en mycket viktig faktor i patientens behandlingsprogram.

Jag känner inte till huruvida likartade undersökningar gjorts på andra områden, vilket väl torde ha skett, men inom psykiatrin har det i ett

flertal undersökningar (3—4) kunnat bevisas att ett och samma preparat har helt olika verkan om det föreskrivits av en läkare med verklig övertygelse om preparatets goda egenskaper, än av en läkare som var skeptisk eller en som var varken entusiastisk eller skeptisk beträffande ifrågakommande preparats verkan. Oberoende av dessa undersökningar, känner vi alla till de s. k. "double blind trials" och det fenomen som går under namnet "placebo-effekt" (7).

Med bl. a. dessa undersökningar som utgångspunkt undersökte Balint och hans medarbetare den egentliga roll som läkaren spelar beträffande patientens sjukdomsförlopp. I undersökningen som pågick under 5 år vid Tavistock-kliniken i London, deltog två psykiater, en av dem Balint själv, och ett tiotal privatpraktiserande läkare, vilka torde kunna jämföras med våra provinsialläkare och lasarettsmottagningsläkare vad beträffar arbetsbörda och tjänsteåtgifanden.

Det som Balint och hans kollegor kallar "erbjudan av symtomet" behandlas redan i några av de första avsnitten. Med denna beteckning åsyftar de engelska forskarna inte bara organ-neuroserna "sensu strictiori", utan också och framför allt alla de lindrigare eller svårare somatiska åkommor som till grund inte har något organiskt fel utan en konfliktsituation, dvs. en psykogen orsak. Det kan röra sig om ett förhållande vilket patienten mer eller mindre avsiktligt tiger om inför läkaren och som läkaren själv inte frågar om, då han knappt hinner med ens det väsentliga i de rutinmässiga socio- och sjuk-anamneserna.

Förutom frågan om tid, som visserligen spelar den väsentligaste rollen, bidrar minst två andra viktiga faktorer till detta vilseledande förhållande. För det första att ännu i dag medicinska studerande får lära sig att det allvarligaste miss-

1) Bearbetat efter föredrag som hållits vid klinikmöte å Lasarettet i Sundsvall den 7/3 -64.

2) Sidsjöns sjukhus i Sundsvall. (Cef: E. Osterman, med. dr.)

tag de kan begå är att försumma en "organisk" diagnos varför de, när de en gång blivit läkare, med tanke på detta noggrannt undersöker alla kroppsdelar i fråga, ofta med hjälp av en del laboratorie-, rtg-, ekg-undersökningar, innan de tar hänsyn till eventuella psykopatologiska aspekter som ett fall kan dölja vid ett första intryck. För det andra att den nya läkargenerationen nästan blir tvingad att bedriva en medicinsk verksamhet som blir mer och mer mekaniserad och rutinmässigt betonad.

Man har tyvärr inte så många timmar till förfogande för att undervisa blivande läkare om att det bakom en kropp alltid döljer sig ett psyke, en själ, som ofta spelar en mycket betydande roll i fråga om sjukdomar. Vi kom snart underfund med att Descartes' "dualism" var ohållbar men fördomen ligger ändå kvar på vårt medvetandes botten och betungar ännu i dag vårt sätt att (be)handla.

Vi måste erkänna det trista faktum att ju mer avancerad vår specialisering blir, desto färre blir våra möjligheter att få Hippokrates' lära i åtanke och se på patienten ur en holistisk synpunkt.

Till detta skall vi återkomma längre fram. Först vill jag föra tanken på det som händer med en patient på vilken vi gjort en noggrann somatisk undersökning ofta utan att vi själva var övertygade om dess nödvändighet och hos vilken vi ej kunnat hitta någon somatisk grund till hans besvär.

Vi ger patienten några försäkrande ord till tröst och säger kanske att han är "överkänslig" och tillägger "något lugnande" på receptet som komplement till det medel som närmast är indicerat för de mindre betydelsefulla förändringar som vi med hjälp av någon av de ovannämnda undersökningarna funnit.

När patienten något senare återkommer för att få bot mot samma besvär eller mot nya symptom som denna gång gäller organ som kanske inte går att undersöka i den privata praktiken, eller om han "tjatar" för mycket om mer komplicerade undersökningar remitterar vi honom till lasarettet för en fullständig genomgång.

Resultatet blir ännu en gång detsamma: vård, undersökningar, negativa fynd, tröstande ord, lugnande mediciner och kanske en anteckning på journalen som vittnar om att man kommit underfund med att patienten i fråga är neurotisk.

Lasarettsläkaren har förresten inget alternativ då patienten ofta remitteras för intagning med bestämda frågeställningar som tvingar läkaren att utföra vissa undersökningar även om han själv inte alla gånger är övertygad om deras nytta. Kanske först vid det tredje eller fjärde vårdtillfället eller först när patienten har återkommit alltför ofta med bön om sjukskrivning e. dyl. (ett förhållande som förekommer i England minst lika ofta som hos oss) remitterar man honom till en psykiater. Patienten börjar då känna sig orättvist behandlad, misstrodd eller förolämpad. Och varför skulle han inte göra det då hans besvär hela tiden varit av samma slag!

Vidare händer det att också psykiatern som arbetar "i fältet" mycket ofta har sin tid begränsad. Patienten kommer kanske som tionde eller elfte på mottagningslistan efter en lång arbetsdag och ännu flera väntar på sin tur innan dagens slut. Vad gör då psykiatern? Han pratar med patienten, iakttar hans neurotisering och föreskriver de läkemedel han anser lämpliga, ibland med ett tillägg att patienten borde erhålla psykoterapi. Sedan skickas patienten tillbaka till remitterande läkare, som åter befinner sig i det läge han ursprungligen var i.

Det kan också hända att psykiatern själv, påverkad av kännedomen om de många intagningarna på kroppssjukhus, kräver andra somatiska undersökningar och på detta sätt fortsätter patientens långa väg mot hälsan.

Men det händer också att psykiatern hinner med en tidsödande och penetrerande anamnes, och att han lyckas etablera en god personlig kontakt med sin patient genom vilket bakgrunden till alla de angivna somatiska besvären tydligt framkommer. Men då är det ofta för sent, för hur ska man kunna övertyga en patient om att alla de undersökningar och sjukhusvistelser han genomgått varit betydelselösa och att allt han känner beror på och alltid har berott på

hans "nerver", på en bakomliggande konflikt-situation! Hur ska man kunna göra det, när patienten i flera år behandlats för mindre väsentliga ryggbesvär, hjärtbesvär eller dyl., dvs. för somatiska åkommor även om läkaren alltid varit övertygad om att patienten var "en pjösk"? Hur ska patienten kunna övertygas om att "nerverna" ofta är en viktig orsak till sjukdom, om man aldrig sagt honom det eller om det hänt, att man har gjort det med en glimt av ironi?

Detta resonemang återfinner man i Balints bok och det rör England, men jag tror att var och en av oss med lite eftertanke kan erinra sig likartade förhållanden, som han varit med om. Det är här på sin plats med en förklaring för undvikande av eventuella missförstånd. Jag vill inte gå till överdrift beträffande psykogenes av organiska rubbningar och inte heller bli en fanatisk förespråkare av psykosomatisk medicin. Själv kommer jag från en skola där specialitet i psykiatri fortfarande är kombinerad med neurologi, ett förhållande som av Sullivan (9) anses bromsa en god psykiatrisk verksamhet. Det är en skola där man får lära sig att aldrig underskatta de organiska faktorernas roll för uppkomsten av psykiska rubbningar, men jag är medveten om att också psykogena moment kan vara grund till somatiska rubbningar i nästan lika stor utsträckning som virus eller andra välkända somatiska orsaker.

Jag önskar i detta sammanhang tillägga en reflektion ur en rent sociologisk synpunkt. De, som under en lång tid haft praktik inom psykiatri i andra länder och som senare kommer till Sverige märker genast att läkarna här i landet i många avseenden får ersätta den roll som t. ex. en lantpräst spelar i ett katolskt land. Patienten kommer till läkaren inte bara för att prata om sjukdomar och sjukdomssymtom utan sjukdomssymtomet är ofta det främmande språk, som patienten använder för att tala om sina problem och söka råd, en existentiell "Bitte um Hilfe" enl. Weizsäcker (10). Patienten använder sig m. a. o. av somatiska symtom som ett främmande språk för att "meddela" läkaren sitt behov av

hjälp, och han betraktar läkaren som en "tolk", kunnig i just det språk han använder.

Jag tror inte, att "konflikter" förekommer i större utsträckning i Sverige än i andra länder, utan jag tror närmast, att man kanske här har mindre vana och färre tillfällen att tala med någon om sina problem i vardagslivet, och att man därför söker upp en läkare, även om man då får betala för att bli åhörd. De fall för vilka jag här nedan kort redovisar ger exempel på bl. a. detta påstående.

Obs. nr 1) 30-årig fru, som sedan 1953 sökt ett flertal läkare p. g. a. fetma och som behandlats med åtskilliga bantningsmedel men med ångslan och irritabilitet som enda resultat. Väger vid första besök å Hjvmottagn. 95 kg utan kläder. Pat. omtalar att hon blivit ängslig och orolig, dels på grund av den stora viktökningen och dels på grund av att besök hos olika läkare ej gett något positivt resultat trots att hon regelbundet intagit föreskrivna läkemedel.

Vid en penetrerande anamnes framkommer följande: fadern alkoholist, en moster vårdad flera gånger på mentalsjukhus p. g. a. recidiverande depression. Föräldrarna skildes när pat. var 8 år gammal. Modern flyttade ihop med en annan man med vilken hon fick en dotter. Denne försökte vid ett tillfälle våldta patienten när hon var 10 år (han var också spritmissbrukare). Efter rättegångens placerades pat. i fosterhem. Har sedan 13 års ålder fått klara sig på egen hand genom arbete som hemhjälp. Har senare fått tillfälle att genomgå yrkesutbildning. Gift 1954, en dotter. Hon har nattjänstgöring, vilket innebär färre tillfällen till samvaro med familjen varför hon så småningom blivit missmodig och missbelåten med sig själv och med sitt arbete. Pat. omtalar att hon äter "på ett onormalt sätt" tills hon "nästan mår illa". Matmissbruket började redan när hon var 9 år och förekommer i synnerhet när hon befinner sig ensam. Det är alltså i detta fall fråga om en bulimia hos omogen kvinna med astenisk och lätt hysteroid personlighet. Hon uttrycker sig på följande sätt: "karameller och mat är det enda som aldrig svikit mig".

Efter några månaders intensiv psykoterapi väger patienten 80 kg och verkar harmonisk. Fler konflikter har under de upprepade samtalen framkommit, vilka dock ej hör till saken att här relatera. Av större betydelse är att patienten, på förfrågan varför hon inte tidigare talat med läkare om alla dessa problem, svarar att ingen tidigare frågat om hennes känslor och om hennes föregående upplevelser, utan att man bara tagit blodprov och föreskrivit mediciner.

Obs. nr 2) Förrädsarbetare, född 1913, som sedan 1933 periodiskt sökt åtskilliga läkare p. g. a. hjärtbesvär (hjärtklappning) och besvär med vattenkastning. Pat. har vårdats någon gång på lasarett utan att någon organisk grund till hans besvär kunnat påvisas. Söker 1952 för första gången en psykiater vid en av de periferiska Hjvmottagningarna. Redan då förekommer att pat. "vantrivs" på arbete. Anamnesen ger vidare följande: en faster sjuk, född u.ä., uppvuxen i USA, återvänder till Sverige som 14-årig. Har bara tråkiga barndomsminnen. Tillrådes byta arbete.

Pat. återkommer till psykiatern 1962 efter att innan ha sökt först på kirurgisk och senare på medicinsk mottagning p. g. a. anallklåda. Sedan 1952 hade han dels sökt och dels vistats ett flertal gånger på lasarett p. g. a. en colitis, samt vårdats i två omgångar på mentalsjukhus. Pat:s hustru lider av ångestneuros för vilken hon behandlats på mentalsjukhus och senare polikliniskt på våra Hvj-mottagningar. 1964 söker ånyo å Hvj-mottagn. på grund av urinrängningar. Omtalar att han varit bra ett tag efter att varit sjukskriven i någon månad efter besöket hos psykiatern 1962. Omtalar vidare att han dessemellan ett flertal gånger sökt på medicinsk samt på kirurgisk mottagning, alltid p. g. a. besvär med vattenkastningen men att undersökningarna ej givit något resultat och att han ej blivit bättre av de olika föreskrivna medicinerna.

Vid en penetrerande anamnes framkommer att patientens försämring sammanfaller dels med en period av ökad press på arbete och dels med en försämring av hustruns tillstånd (som samma dag söker på mottagningen). Pat. är en klassisk pliktrogen, astenisk, vek person, som saknar förmåga att ta initiativ. Syftet med hans besök är egentligen att bli sjukskriven för att komma undan de överhängande konflikterna. Efter en timmes psykoterapi accepterar han att återvända till arbetet utan att bli sjukskriven. Möjlighet till fortsatt psyko-terapeutisk behandling finns inte för närvarande bl. a. på grund av att patienten ej tillhör vårt upptagningsområde.

Obs. nr 3) 46-årig, ogift sjukvårdsbiträde, som sedan 1940 lider av diffusa somatiska besvär för vilka hon vårdats på lasarett 1940 under diagnos: hypochrom anämi, 1959 u. d.: orthostatismus, 1963 u. d. neurasthenia + observation. Dessemellan har hon sökt åtskilliga läkare och då alltid angivit olika besvär.

Vid vårdtillfällen 1959 har hon genomgått följande undersökningar: BMB, rtg galla, ventrikel, colon, lungor och hjärta, urographi, colecystographi, EKG, sternalpunktat, m. m. Efter att alla dessa undersökningar visat normala fynd remitteras hon till psykiater, som bedömer henne grovt neurotiserad och remitterar henne till neurosavdelning. Vårdas hos oss som K-patient i endast 10 dagar varefter hon önskar bli utskriven. Cirka en månad efter utskrivningen söker hon vid en av våra periferiska Hvj-mottagningar dels för ett ställningstagande beträffande eventuella arbetsåtgärder dels för att åter få prata om sina kroppsliga besvär, denna gång lokaliserade till sköldkörteln. Omtalar att en ny intagning på lasarett kommit på tal och att hon önskar remiss för just thyroidea-utredning. Med en erhållen remiss är hon för tillfället nöjd men återkommer strax efter lasaretsvistelsen och efter att BMB, PBJ, elektrofores, m. m. visat normala fynd. Pat. visar denna gång en grövre neurotisk bild med en hel del paranoidea inställningar. Hon vägrar återvända till mentalsjukhus eller gå med på någon form av arbetsvård. Pat. har redan en gång omskolats utan något praktiskt resultat. Hennes utväg kommer förmodligen att bli sjukpensionering, vilket hon f. n. absolut vägrar att ta i beaktande.

Obs. nr 4) 47-årig hemmafru. En dotter som är 16 år, en son omkom 1958 vid olyckshändelse (drunkning). Tidigare sjukdomar: skrapningar några gånger p. g. a. blödningar, ibland haft blåskattar. Efter sonens död haft nervösa besvär varför hon samma höst vårdas på lasarett i sin hemstad för att få insulinbehandling. Aklorhydri sedan 14 år tillbaka varför hon flera gånger sökt såväl på kirurgisk som på medicinsk mottagning i sin hemstad. Rtg. ventrikel och colecystographi 1962: u. a.

Söker 1963 på mottagn. vid ett annat lasarett: en ny rtg ventrikel och colecystographi visar ej något patologiskt och pat. tas in för närmare utredning. Övriga laborationer visar endast en aklorhydri. Rtg colon: u. a., Hjärt- och lungrtg.: u. a., EKG: u. a. Psyk. kons.: pat. berättar att hon har vuxit upp i en konfliktiv familj. Är näst yngst bland 10 syskon: alltid känt sig försummad. Alltid haft tråkigheter inom äktenskapet: maken reser, hon anser honom mycket svag och säger att hon som själv ville ha stöd fick stödja honom i stället. Pat. ville inte ha sonen som senare dog. Efter en besvärlig grossess och förlossning blivit deprimerad. Alldeles "nerrasad" när sonen dog: hon hade icke önskat honom och så dog han! Pat. omtalar att hon aldrig fått prata med maken om några djupare saker än de vardagliga och att hon inte heller önskat det. De mediciner hon fått under alla dessa år hon sökt olika läkare har ej varit henne till någon nytta då hon alltid vetat vad orsaken till hennes besvär varit. Varför hon aldrig pratat om sina konflikter förklarar hon med att säga att "det var som att erkänna att hon inte alls var så stark som de andra alltid trott". "Genom att klaga över kroppsliga besvär fick jag behålla känslan av att jag var stark — säger hon — man är ju icke ansvarig för kroppsliga sjukdomar". Psyk. diagnos: konversionsneuros hos ursprungligen subvalid-subsolid. Slutanteckning å lasarett: har här på avd. inte haft så stora besvär från magen. Avsevärt förbättrad. Vårdad här med Hypochylin, Cetiprin, Tryptizol.

Obs. nr 5) Hemmafru, född 1919, I para. Sedan 1943—44 haft en del besvär i form av trötthet, värk och oro i bröstet, dåligt minne, balansrubbingar. Intas 1951 på lasarett där man konstaterar: anemia hypochromica, hypochlorhydria, neurasthenia. En psyk. konsult 1951 säger följande: "psykologiskt kan man inte påvisa annat än att hon har en hysteroid (subsolid) konstitution". Sedan 1951 har pat. kontrollerats flera gånger om året dels på lasarett i sin hemstad och dels hos prov.läk. varvid ett flertal EKG samt Rtg lär ha tagits, samtliga med negativa fynd.

1961 söker pat. flera gånger för hjärtbesvär, vilka av rem. läkaren uppfattas som "hjärtneuros". Efter ett par polikl. kontroll återintogs hon på lasarett för utredning som ej visar någon somatisk grund till pat:s besvär förutom de förutnämnda måttliga anämi och hypoklorhydri. Las:s diagnos: neurasthenia. Följande prov har tagits: BMB, cholecystographia, rtg ryggrad, rtg ventrikel, rtg colon, hjärt- och lungrtg. Psyk. kons. 1962: sannolikt föreligger ett inslag av spänningsmyalgi (s. k. psykoreumatism). Psyk. konstitution: astenisk-infantil. Ord. massage, Tofranil + Librium + Lergigan.

1962 intas pat. på neurosavdelning och har sedan dess varit under psykiatrisk kontroll. Vid närmare penetrering av hennes anamnes har följande framkommit: allvarlig konfliktsituation inom familjen p. g. a. makens spritmissbruk, som varar sedan flera år tillbaka. Ekonomin har blivit dålig och patienten ångslas, bl. a. för sin dotter. Pat., som är starkt subvalid och något sub-solid, omtalar vidare att hon känner sig fysiskt bättre när hon får tillfälle att ha det lugnet omkring sig. Hennes besvär blir betydligt sämre i samband med psykiska påfrestningar och hon tål icke längre att vistas hemma. Efter vistelse på neurosavd., under vilken hon blivit betydligt bättre, har hon stått under periodisk kontroll och fortsatt psykoterapi. Hennes make har också beretts tillfälle till några psyko-terapeutiska samtal, vilket har förbättrat hemförhållandet betydligt.

Pat. klagar sedan 1962 ej längre över somatiska besvär, utan visar vid upprepade kontroller god insikt

beträffande den psyko-genetiska grunden till sina besvär. Vid flera tillfällen har hon uttryckt sin tacksamhet över att ha kunnat få "prata ut".

Dessa fall, som valts med tanke på deras karaktär och utgång bland en större samling patienter med konfliktsituationer i anamnesen (6), behöver ingen särskild kommentar. De visar själva vilka olika förlopp som "erbjudan av symtomet" kan få hos olika människor.

Det som jag här vill kommentera är den socialmedicinska aspekten av problemet, den aspekt om vilken jag i början gav en antydning men som kanske framkommer mindre tydligt. Jag har sparat denna del av problemet till nu då den sammanhänger med mina slutsatser. I första hand bör vi betänka de praktiska konsekvenser som sådana fall har för var och en av oss, för såväl våra lasarets verksamhet som för samhället i övrigt.

En patient som jämt och ständigt återkommer för poliklinisk- eller lasaretsvård kostar tid och pengar. Den läkare, hos vilken han gör täta besök, blir kanske överhopad av en onödig arbetsbörda, det lasarett, där han vistas och blir undersökt, är ofta tvingat att förlänga sin väntelista. Detta är ett av problemen, ett problem som de av mina kolleger på medicinska kliniker med vilka jag tagit upp frågan erkänt existerar. De flesta brukar uppskatta 30—40 % av antalet patienter med psykosomatiska besvär som sådana som i onödan vårdas på en lasaretsavdelning.

När patienten efter några år med sjukskrivningar, sjukhusvistelser m. m. kommer till psykiatern, har han hunnit bli en obotlig grav neurotiker för vilken det inte längre finns någon annan utväg än sjukpension inte minst därför att när han slutligen kommer till psykiatern den psykiska påfrestningen kanske har hunnit påverka somat genom de välkända neurohumorala mekanismerna. Vid denna tidpunkt är patienten i fråga definitivt förlorad ur social synpunkt. Detta är det andra problemet.

När man dryftar ett problem bör man också försöka sig på att föreslå en lösning, och det är vad jag slutligen vill göra.

Att tänka sig att alla patienter i första hand

borde remitteras till psykiatern är någonting alldeles orimligt och ingår inte i Balints lära eller i min mening. Det enda alternativ som återstår är tanken på en renovering av vårt tankesätt inför psykodynamiska problem.

De patienter för vilka jag här redovisat och alla de andra jag mött har samtliga med stereotyp monoton uttryckt ett och samma påstående: "Ingen har tidigare frågat mig om sådana problem och jag har själv inte vågat föra dem på tal, då läkaren kan tycka att jag är tjatig".

Detta säger oss en del om det drama, som utspelas inom patienten, det drama om vilket var och en av oss kan få en uppfattning, om vi för att använda samma liknelse som tidigare bara tänker på någon utlandsresa och på våra svårigheter att göra oss förstådda på det främmande språket i något för oss viktigt sammanhang.

På samma sätt som vi skulle ha önskat att den till vilka vi vänt oss för att få behövlig upplysning hade visat förståelse för våra språksvårigheter och försökt hjälpa oss, så kan vi föreställa oss att patienten känner sig, när han försöker meddela oss sitt "Not" på sitt symtomspråk, och vi, i stället för att försöka förstå honom, söker hjälpa honom med andra upplysningar än den han behöver.

Vi måste bli övertygade om, att *om* vi lär oss att fråga, och *om* vi lär oss att ta i beaktande patientens själ, så kan vi i ett stort antal fall få mer tillförlitliga svar än de som EKG, BMB eller Rtg kan ge oss. Den tid som går till spillo för dessa frågor återvinnes när patienten, en gång hänvisad till den för honom lämpliga vården, inte längre återkommer gång på gång för att uppta vår dyrbara (!) tid med organiska besvär utan grund och upptar plats på lasarettet för att genomgå en rad undersökningar, som aldrig kan ge honom visshet även om de ger negativa fynd.

Balint menar, att den enda patient, som lätt kan tröstas med försäkrande ord, är den som verkligen är organiskt sjuk och som inte har någon neurotisk pålagring och därför inte har anledning att misstro läkaren. Jag instämmer helt med honom.

Ett botemedel måste, för att ge högsta verkan, ges i god tid och det är därför man vid ett möte mellan psykologer och psykiater som hölls i Italien 1960 (1) gjorde propaganda för en ökad sociopsykiatrisk utbildning inom den medicinska fakulteten. Så långt jag vet, har prof. Iacono vid psykologiska institutet i Neapel (5) samt ett antal andra läkare vid universitetet i Milano (8) anordnat seminarier liknande dem som Balint haft med sina kollegor i England.

En liknande verksamhet betraktar jag som än värdefullare här hos oss om den kan bidra till att på lång sikt minska övriga läkares arbetsbörda och lasarettens platsbrist, i synnerhet om vi kommer ihåg att psykiatrin är just den gren av medicinen, som ännu i dag har bristande rekrytering.

LITTERATUR:

1. Atti Convegno Psicologia della Mendola su "Dinamismi mentali normali e patologici" Soc. Ed. Vita

- & Pensiero, Milano, 1962.
2. Balint, M.: The Doctor, his Patient and the Illness — Pitman, London, 1957.
3. Eisen, S. B., Sabshin, M., Heath, H.: A comparison of the effects of investigators' and therapists' attitudes in the evaluation of tranquilizers prescribed to hospital patients — J. nerv. ment. Dis. 128: 256, 261, 1959.
4. Hafner, D. P., Sacks, J. M., Mason, A. S.: Physicians attitudes toward chemotherapy as a factor in psychiatric patients' response to medication. — J. nerv. ment. Dis. 131:64, 69, 1960.
5. Iacono, G.: Pers. kommunik. (1963).
6. Perris, C., Brattemo, C. E.: Community Psychiatric Service and Aftercare of Patients returned to the Community in the organisation of a Swedish Mental Hospital. 2) Open conflict-situations in a group of psychiatric patients. 1964 in press.
7. Sainsbury, P., Lucas, C. J.: Sequential methods supplied to the study of prochlorperazine. Brit. Med. J. 5154: 737, 740, 1959.
8. Sigurta, R.: Aspetti psicoanalitici del rapporto medico-paziente — Gazz. Sanit. 34: 296, 301, 1963.
9. Sullivan, H. S.: Conceptions of Modern Psychiatry W. W. Norton, New York, 1940—53.
10. Weizsäcker, von V.: Der kranke Mensch. Eine Einführung in die medizinische Anthropologie — Stuttgart, 1951.

Anslag till forskning och experiment inom rehabiliteringsområdet

Folksam lämnar årligen ett anslag på cirka 100 000 kronor till forskning och experiment inom rehabiliteringsområdet. Ansökningar om anslag från det belopp som kommer att fördelas år 1964 skall insändas före den 1 september till Folksams rehabiliteringsråd, Fack, Stockholm 20.

Vid ansökan i två exemplar skall fogas:

1. Handlingar som styrker sökandens kompetens.
2. Redogörelse för eventuella tidigare egna undersökningar beträffande forskningsprojektet eller experimentverksamheten.
3. Kort sammanfattning av tidigare kända resultat inom området ifråga.
4. Uppgift om huruvida anslag söks även från annat håll.
5. Beskrivning av forskningsprojektet eller experimentverksamheten (målsättning, metodik, disponibla hjälpmedel, kostnadskalkyl, tidsplan, eventuella resplaner) samt referenser.

Ansökningarna kommer att behandlas av Folksams rehabiliteringsråd, i vilket ingår medicinska sakkunniga, arbetsmarknadsrepresentanter och andra för rehabiliteringsfrågor intresserade personer.

Närmare upplysningar kan erhållas per telefon 08/22 25 00, varvid rådets sekreterare, direktör Kjell Gustafsson, efterfrågas.