

Psykokoterapiens grunder

Praktisk handledning III

Av med. doktor *Hans Hartelius*, Kristianstad

Problem om patientens försvar och ork

Varje vuxen, frisk människa, som kommer i beroendeförhållande till en medmänniska, brukar också ha ett behov att försvara sin personliga integritet. Endast det lilla barnet accepterar sitt beroende av den vuxne reservationslöst, vilket givetvis medför ett stort ansvar för den vuxne. Psykiskt sjuka människor kan i detta avseende vara som barn, och det medför sina problem, men vanligare är att patienterna, både de kroppsligt och psykiskt sjuka, ändå försöker hålla upp ett försvar mot läkaren, terapeuten. Detta har något att göra med vad vi vanligen kallar "jagförsvaret". När man stöter på detta "jagförsvar", finner man emellertid snart att det är dubbelsidigt, d. v. s. att patienten försvarar sig ej bara mot hot mot den personliga integriteten "utifrån" (taktlösheter, frestelser, avslöjanden o.s.v.) utan också mot hot "inifrån" mot tendenser och böjelser, som kännes hotfulla, pinsamma o.s.v. Detta försvar kräver ofta en mycket stor anspänning från patientens sida. Det är det egentliga jagförsvaret. Det kan upprätthållas med olika medel, förträngning, projektion o.s.v. (väl kända inom den allmänna psykopatologien men klassiskt redovisade av Anna Freud "Jaget och dess försvarsmekanismer" /Natur och Kultur/). I det vardagliga umgänget med psykiskt sjuka -- alltså utanför den terapeutiska relationen -- gäller som första bud "Respektera patientens jagförsvar", vilket är detsamma som att "visa takt". Tyvärr träffar man emellanåt på personer, som borde veta bättre, som -- förmodligen utifrån egna sjukliga behov -- finner tillfredsställelse av att sticka hål på det sviktande jagförsvaret hos en psykiskt sjuk. Att hitta de svaga punkterna är ofta lätt, men att behärska en insufficiens, som då bryter fram, är svårt och det kräver långt, långt mer av kunnande. Här röjer sig

den verkligt kunnige terapeuten, nämligen i bedömningen av hur mycket hans patient orkar med. Här kommer den svåra frågan att taxera patientens totala resurser, det som ofta kallas "jagstyrkan", varvid man måste ta hänsyn till patientens alla resurser, intelligens, uthållighet, realitetsförankring o.s.v. Ofta röjer dessa sig under terapiens gång, men oundgänglig hjälp har man här av den kliniska mera biologiskt inriktade psykiatrien. På frågan "vad och hur mycket orkar denna patient t. ex. av avreaktion", behöver man klinisk erfarenhet av många patienter för att kunna svara med viss säkerhet. Det gäller här erfarenhet av personlighetsbedömning av biologisk typ. Detta är det främsta reella skälet att åberopa, när man så ofta betonar, och med viss rätt, att psykoterapi av dynamisk typ hör hemma inom medicinen. I de fall psykoterapi bedrivs av assistenten till psykiatrikern, blir dennes främsta uppgift att utvälja patienten efter sådana linjer och vaka över terapiens utveckling med sådana aspekter alltid aktuella. Fyra risker finnas nämligen:

1. att patienten under psykoterapiens gång kommer in i ett alltför häftigt avreagerande med risk för omgivningen eller honom själv (aggressionshandlingar, suicid och liknande) och/eller
2. att patienten överväldigas av framflyttande affekter och råkar in i förvirringstillstånd psykotiskt tillstånd och/eller
3. att psykoterapien går i stå och att patienten drar sig tillbaka alltför hårt besviken på hela proceduren för att någonsin våga taga upp tråden igen, eller
4. att patienten börjar pervertera affekten exempelvis genom att "demonstrera" eller "exhibitionera" sina affekter (särskilt besvärligt i gruppterapi).

Med dessa frågor hänger intimt samman frågan hur intensivt terapien skall bedrivas. I och för sig skulle man väl kunna tänka sig, att en patient på mycket kort tid skulle kunna avreagera en mängt emotionellt laddat upplevelsematerial men då också med en mängd affekter frambrytande i en "känslostorm". Sådant finns beskrivet både i skönlitteraturen och fackdito. Oftast rör det sig då om s. k. "starka naturer", som skakats av intensiva "omvändelsekriser" och liknande. Men många olika hänsyn måste tagas i den praktiskt terapeutiska utövningen och i regel söker man att dosera eller späda ut avreaktionen, vilket kan vara av nöden både för patienten, hans omgivning och terapeuten själv. Och det man späder med, är med "tiden" och "den yttre realiteten". Det vore säkerligen litet för elakt att mena, som man ej sällan hör, att psykoterapeuternas förkärlek för långvariga terapier betingades av något ovidkommande. I själva verket går det tillbaka på empirisk erfarenhet och praktisk nödvändighet. Det kan vara mödosamt och är väl det i regel att forcera en karaktärsneurotikers motstånd mot analysen. Man kommer bara framåt tuppfjätsvis. Men det kan också rent av behövas ett återhållande i andra fall och i vissa skeden för att insikten (som främsta medel för självbevarelse i detta avseende) skall hinna med. Hur späder man då med "den yttre realiteten"? Jo, patienten lever ju under terapiens gång så att säga i två världar — om det nu t. ex. gäller en vuxen — i sin vardagsvärld av dagligt arbete, hem o.s.v. och i terapiens mindre reella (mera symboliska). Från seancerummet med dess påfrestningar går han åter till den vardagsvana, i regel mera nyktra, yttre tillvaron. Ja, man tillråder ju terapipatienten att icke under själva terapiens gång förändra sin yttre situation allt för genomgripande. Han skulle nämligen då lätt kunna bli överansträngd av ett "tvåfronts-krig". Och vice versa: i stormiga yttre skeden kan man icke förvänta, att patienten skall få intresse över att bearbeta sin "historiska bakgrund". Det behöver dock icke betyda, att psykoterapi är omöjlig då, endast att den då måste arbeta också med patientens yttre situation. Och det var detta, man till en början

sökte (ja, ofta alltfört söker) undvika i den klassiska psykoanalysen.

Varför har man då sökt undvika denna patientens yttre situation? Ja, för att förklara detta, kan man först hänvisa till vad nyss sagts om "tvåfronts-kriget", men det räcker ej. Förklaringen ligger även i överföringssituationen. Ty varje patient som självmant kommer och söker behandling har ju just ett behov av behandling = det terapeutiska behovet (låt vara mer eller mindre klart medvetet). Men därtill har patienten en rad andra behov materiella och immateriella exempelvis emotionella, exempelvis sexuella. Dessa kan i dessa sammanhang kallas aktualbehov. I regel kräver man i den terapeutiska situationen, att patientens mest trängande aktualbehov skall vara tillfredsställda eller åtminstone att patienten icke skall få dem tillfredsställda av terapeuten. Tag som exempel en utsvulten patient, som ligger på schäslongen fritt associerande — föreställningar om biffstek med lök kommer då att undantränga andra ur behandlingssynpunkt mera väsentliga associationer. Den utvakade patienten, den sexuellt utsvultne, den kontaktsvultne o.s.v. är andra exempel. Låt nu terapeuten ge patienten biffsteken och låt det bli en vana, terapeuten blir restauratör och terapin kommer på sidopsår. Det är av dessa skäl man varnar för aktualbehoven, som risker för terapin och det är bl. a. av dessa skäl man formulerat tesen "terapien skall bedrivas under frustrering". Men om nu överföringssituation av starkt emotionell laddning uppkommer och patienten exempelvis spelar upp alla sina tidigare relationer till sin far med terapeutens gestalt som fadersbild och med detta blandas också aktualbehov, kan det hela bli rätt så förbryllande och svårhanterligt, om terapeuten inte klarat ut dels överföringssituationen och dels aktualbehoven. De förra är legitima i den terapeutiska relationen och de senare illegitima. Vi kan nog ofta förutsätta, att de terapeutiska behoven spontant överväger i patient-terapeut-relationen, men man bör vara varse de senare, som en komplikationsmöjlighet. Någon gång när jag talat med sexuellt vanartiga unga flickor har jag för att på ett tidigt skede ställa det hela på rätt bog sagt så här: "Vet Mirjam vad jag skulle göra, om Mirjam var så gammal, som

Mirjam just nu känner sig?" — "Nähä!" — "Jo, då skulle jag ta' Mirjam i knät och sitta och prata förtroligt med Mirjam." — Ett avväpnande och insiktsfullt leende vill synas ge evidens på propån. — "Men nu är Mirjam 17 och har kurvor och allting, så det skulle ju bli alldeles tokigt." — Instämmande. — Med detta har således följande redovisats knapphändigt: Relationen till terapeuten är bl. a. bestämd av ett infantilt behov av "pappa". Doktorn är emellertid som karl också ett potentiellt sexuellt hot. Aktualbehovet med den därmed förknippade faran uteslutes som omöjligt att tillfredsställa. Vissa behov frustreras således klart och vissa risker uteslutes, men den terapeutiska relationen består och terapeuten blir också uppfattad mer realistisk som terapeut, vilket hjälper till att orientera i det terapeutiska behovet.

Manipulation — "case-work"

Därefter kan det ånyo vara dags att om behov föreligger diskutera patientens aktualbehov men nu utan terapeuten, som tänkbart objekt. Har man kommit så långt, har man också förutsättningen för en manipulation av patientens yttre situation. Det är detta som man inom social kurativ verksamhet och inom barnpsykiatri har så stor användning för och som i den förra blir ungefär liktydigt med s. k. "case-work" i bästa mening.

För att börja med barnterapien karakteriseras denna av barnets speciella relationer till den vuxna i allmänhet och här är alltid ett mycket kraftigt inslag av aktualbehov, nämligen av faders- resp. modersobjekt, vuxenauktoritet, av indentifikationsobjekt o.s.v. Här kan i regel inte aktualbehoven frustreras lika systematiskt från terapeutens sida, men terapeutens arbete måste i stor utsträckning gå ut på att få de legitima aktualbehoven fyllda av andra objekt, varför grundstenen blir att arbeta med föräldrarna, så att de riktigare skall kunna fylla barnets aktualbehov (och naturligtvis också kunna på basen av de fyllda behoven fostra = ställa krav och ge realitetsorientering). Att arbeta med utanför patienten stående personer på detta sätt, är att manipulera (underförstått den yttre miljön). Manipulationen kan också (i lägre terapeutisk potens)

inskränka sig till att adaptera omgivningen till patientens neurotiska symtom. Men det har sina nackdelar och begränsningar och för icke till en utläkning utan bara till ett "modus vivendi" i bästa fall så att en akut insufficiens undgås. Våldigt mycket av vår hittillsvarande socialvård har varit ett manipulerande enbart av den yttre miljön utan behandling av klienten. Det är drömmen om alkoholists placering i en absolut spritfri miljö och biltjuven någonstades där motorfordon ej finnes. Bortsett från de praktiska svårigheterna härvid är det dock än värre att en sådan behandling icke tar med den viktigaste personen — patienten — klienten själv. Miljöbytets välsignelser är rätt begränsade. De kan förstärkas av en insiktsvinst hos patienten. Om alkoholisten är varse sin alkoholism och sin lättfrestade person och själv är med på noterna, har en sådan manipulation långt bättre förutsättningar att gå hem. Avgörande är i regel dock, att aktualbehovet av alkohol reduceras först, så att patienten är "torrlagd", d.v.s. kvitt sitt värsta återställarbehov (vilket ofta kräver direkt medicinsk behandling).

Problem i puberteten

I vissa skeden undergår aktualbehoven en kraftig omstrukturering, varvid man kanske främst tänker på puberteten (det gäller naturligtvis också i den tidigare barndomen). Detta öppnar särskilda perspektiv. För det första skall ju aktualbehoven fyllas och detta medför risker. De skall fyllas i den yttre verkligheten och detta medför ett behov av realitetsorientering. Men också själva förändringen av den inre verkligheten kräver en orientering (självkänedom). Den unges vuxenrelation inträder emellertid också i ett nytt skede och friheten från auktoriteten blir också ett behov. Dessa olika behov kommer lätt i konflikt och ett av huvuddragen i pubertetssituationen är dess intensiva aktualbehovskonflikter (ungefär Sturm und Drang). — Men detta bjuder också alldeles speciella terapeutiska möjligheter, eftersom skedet är dynamiskt och en ny personlig verklighet är i vardande. Terapien kan här utföras som ett handlande i ett vardande med aktiv analys av aktuelbehoven, och manövrerandet av dem kräver stor akti-

vitet (kontraöverföringsinadvertenserna å andra sidan synes vara mycket starkare utvecklade än när det gäller barn resp. vuxna). Detta kräver sin speciella terapimetodik, som med nödvändighet inte kan få vara passiv. Förhåller sig terapeuten alltför passiv kommer ej gärna någon terapeutisk relation alls till stånd. Men den unge behöver just hjälp till orientering inför aktualbehoven och den yttre verkligheten, som i detta skede får en ny gestaltning. De unga vill veta "världen" och "sig själva". Lyhördare skaror kan en "världsbildsprofet" icke ha. Och oftare hör man inte den klagan "ingen förstår" än hos de unga. Det senare är värt en särskild uppmärksamhet: först säger orden ifråga, att ett behov av orientering i det i förändring stående jaget föreligger. Därefter säger det citerade ordet, att den unge då gör som barnet, vänder sig utåt för att få hjälp till att förstå sig själv. Alltså förväntar tolkningen av sin person utifrån, från far och mor o.s.v. Hos den unge till skillnad från barnet är detta otillfredsställande, eftersom det är så att säga passerat och skulle medföra återgång till auktoritetsberoende (visavi den vuxne). Slutligen säger detta, att om den unge själv inte förstår och ej kan acceptera vuxna som förståelsegivare, blir det svårt med insikten = "ingen förstår". Det är här "jämnåriga" får sin stora chans att gripa in, och det är därför som personlighetsdanande ungdomsfostern är möjlig och viktig. (Sådan ges ju föga nu i vårt land. Man kan bara förvåna sig över, att den möjligheten blivit så totalt negligerad! Förklaringen till detta kan möjligen vara rädsla för att ställa sig till buds som identifikationsobjekt resp. kontraöverföringsfenomen, förträngning av egna svårigheter i det juvenila skedet, aggressivitet mot ungdomen, projektioner på den av egna mindervärdigheter o.s.v.) — Om dessa senare fenomen har jag skrivit på annat håll och förbigår här resten.

Värderingsproblem

Emellertid kräver den här skisserade mera aktiva terapien en viss säkerhet hos terapeuten ifråga om individens egenvärde och värderingsproblemet rycker in i centrum. Därigenom uppkommer nya svårigheter. Den psykoterapeut, som huvudsakligen sysslar med ka-

raktärsneuroser hos vuxna, påträffar ju ofta moralismen som ett produktivt ont. Därtill kräves det i själva hållningen till de framvällande "det-impulserna", sexuella och aggressiva, en icke fördömande hållning. Det blir då så lätt en önskedröm hos terapeuten att han eller hon är värderingsfri, a-moralisk. En felsyn, som nog emanerar från Freud själv. I själva verket innebär själva terapien en omvärdering av tidigare upplevelsematerial i mera mogen, sannad och tolerant anda. Men detta är icke a-moraliskt, utan i stället djupt moraliskt, djupare och vidare moraliskt. Och det är här värderingsproblemen kommer in, inte i konventionell statisk mening men som ett utvidgande av omdömet, mindre rigoröst och mer liberalt i det senare ordets bästa mening, d.v.s. ett friare bedömande, mera obundet av auktoritet och mera lett av egna sakliga överväganden hos patienten. Och det är saklig orientering, värdering av den egna personens resurser de unga vill ha hjälp till. För att kunna ge detta, måste terapien taga hänsyn i första hand till individens unika livssituation och unika person men också till ur gemenskapen stigande kvalitéer.

En ny psykoterapi håller på att växa fram, som lägger tonvikten på dessa sidor av problemet människan—individ, den s. k. existensialanalysen, Daseinsanalysen.

Förståelsen av existensialanalysen underlättas av någon kännedom om dess filosofiska bakgrund, även om den icke kan förklaras enbart som en filosofisk riktning. Bland existensialanalysens utövare nämnes av filosofer dansken Sören Kierkegaards namn med vördnad. Och en av huvudpunkterna i K:s filosofi var självförverkligandet såsom människans viktigaste uppgift och möjlighet, att förverkligas genom olika stadier av personlighetsmognad fram till ett medvetande om sin egen unika situation i estetiskt, etiskt och religiöst avseende, med tyngdpunkten i det senare. Detta kan leda till en aktivt frågande hållning till jag och omvärld, vem är jag? Vad är världen? Och vad är det att vara jag i denna värld? (Typiskt ungdomliga frågor.) Många filosofer har sysslat med dessa frågor, men de kan, hävdar existensialanalytikerna, icke avfärdas som enbart teoretiska filosofiska frågor, de griper även in i hela den mänskliga samlevnadens fält och

då inte minst på psykotera- piens, där närheten mellan människorna ofta blir större än i snart sagt varje annan mänsklig relation. För psy- koterapeuten räcker det inte att bara göra halt inför en förutfattad mening om den patient han har hand om, utan att söka komma till kunskap även i detta avseende. När existential- analytikerna ibland kritiserar andra, ytligt be- dömt "mer biologiska", psykotera- piriktningar, är det därför att dessa ofta vänder ryggen till problem av denna art samtidigt som de ändå har förutfattade meningar (dock utan insikt om att de har förutfattade meningar). Inom sådana kritiserade psykotera- peutiska riktning- ar har man ofta vänt värde- läran ryggen och t.o.m. förnekat, att man haft några värderingar alls, vilket naturligtvis varit rent självbedrä- geri. Frankl — en av de mera kända existen- tialanalytikerna —, har präglat uttrycket "Det finns ingen värderingsfri psyko- terapi, men det finns värderingsblinda!" — En sak är, att man icke moraliserar över patientens symtom, en annan sak är, om man förnekar, att man gör dem inom sig själv till föremål för bedöm- ning och värdering. Existentialanalytikerna menar — tydligen med rätta — att man har lät- tare att undgå blindskär på detta område, om man erkänner, att det alltid finns värderingar med i spelet och själv således kan göra dem till föremål för bearbetning. Ja, man kan t.o.m. säga så, att likaväl som det en gång behövdes en Freud och en psykoanalys för att återupp- täcka sexualiteten, som mänsklig drift och re- surs, har existentialanalysen berikat oss med sina upptäckter ifråga om människans värde- liv, hennes hållning till sin egen person och dess resurser och till hennes roll i denna värld, som är hennes. Detta betyder således inte bara en negativ hållning till "moralis- men", som är så att säga en "moralneuro", utan en positiv hållning till "värdena" som mänskliga produkter och möjligheter. Genom att utveckla "värdena" mognar individen i sin hållning till jaget och omvärlden och vice versa. Emellertid vill existentialanalysen vara något mer än bara positivistisk moralfilosofi, nämligen ett medel till individens självförverk- ligande. Men detta kräver, såsom ovan angivits, en positiv hållning till den mänskliga existensen, som får sin djupa motivering ej av

jagets begränsningar utan av objektrelationer- nas möjligheter, av "objekten". Med andra ord man är människa, när man älskar, tjänar, off- rar sig o.s.v. Det är då man lever, och det är när man funnit ett ändamål för sitt liv. Men, säger existentialanalytikerna, det är detta med ändamål och värderingar, som också kan tagas med i psykotera- pien och göras till föremål för analys. Frågorna kan härvid ställas allmänt teoretiskt, såsom inom filosofien "vad är det att vara människan i allmänhet" eller prak- tiskt i anslutning till den enskilde individen, vad är det att vara patienten B?

När man skall svara på den senare frågan, har man endast begränsad nytta av mera ge- nerella utsagor om den mänskliga situationen i allmänhet. Redan den rätt fundamentala skill- naden mellan man och kvinna ger ju skilda aspekter på individen i fråga. Av rent biolo- giska inklusive existentiella skäl måste vi se individen som ett unikt fall: konstitutionellt, i fråga om familje- och övrig miljöbakgrund, i tidigare och aktuella objektrelationer, men ej minst som ett levande subjekt med sina erfa- renheter och försök till självförverkligande in- dividuellt och i gemenskapen och i relation till de personligt uppfattade etiska kraven, samt slutligen i den religiösa upplevelsen. Alltså måste tolkningen ske utifrån hela det material, som framhämtas från den enskilda patienten själv. Det skall för den skull icke förnekas, att man kan ha nytta av att analogi- sera från fall till fall och t.o.m. utifrån statis- tiska medeltal (medelsvenson) bara man är var- se att de icke på något sätt kan tagas som mallar för det enskilda fallet. Men, frågar man sig då, finns då ej risk för vag subjektivism. Ja, för- visso, men subjektivismen synes dock vänliga- re mot individen än doktrinarism. Människan (som medeltal) som människans mått blir i en psyko- terapi lätt människans (individens) fien- de. Den avvikande blir då alltför lätt betraktad som "omänsklig" och "icke önskvärd".

Men riktpunkter behöver vi däremot väl för att ej villa bort oss på "värdenas område". Allt flera psykotera- peuter har börjat ställa sig "värdefrågor", och många har funnit svaret inom religionens område, där värdena får sin förankring "i det absoluta", "i oändligheten".

Dessa problem har varit människors i alla

tider. Den ovan skisserade "ödmjuka" = förutsättningslösa inställningen, som ju är önskvärd, kan bl. a. underlätta en större mognad och bättre integration också i fråga om kultur och samlevnad. .

Gruppsykoterapi

Hittills har vi sökt skärskåda psykoterapiens allmänna problem i situationen en terapeut — en patient = individualterapi. Under framställningens gång har av och till förekommit hänvisningar till gruppsykoterapien, och en framställning som denna skulle inte vara ens tillnärmelsevis fullständig utan en kortfattad redogörelse för gruppsykoterapien. Uppenbart har denna en stor fördel, nämligen att terapeuten når mer än en enstaka patient åt gången. Den är således mer "ekonomisk", under förutsättning att den är effektiv. Detta har nog också varit en av de främsta motiveringarna för densamma, men allteftersom erfarenheterna samlats, har det visat sig att gruppsykoterapi även har andra företräden. Och redan har samlats en högst betydande erfarenhet av den världen över. Litteraturen på området ökar ständigt, ämnet har egna tidskrifter och egna nationella och internationella sammanslutningar. Ja, redan har en rad olika skolbildningar kommit i dagen. Skiljelinjerna dem emellan gäller dock mera program = metod och teoretisk överbyggnad, mindre de praktiska erfarenheterna, som bättre stämmer överens. Gruppterapi kan således bedrivas via persuasion (även medels suggestion) och efter "psykagogiska principer" (pedagogiska). Den metoden kallar man också "the class-room method". Den förutsätter således en synnerligen aktiv ledare = terapeut. En sådan grupp, som kan tillåtas vara ganska stor, är typiskt "terapeutcentrerad". Olägenheterna härav inses lätt, den enskilde patientens möjlighet till aktivitet är starkt begränsad av gruppens yttre tryck och möjligheterna för en avreaktion mycket små. Ej heller kan terapeuten få besked om vad som försiggår med den enskilde patienten. d.v.s möjligheterna för diagnos, analys och överföringsanalys är små eller obefintliga.

Om däremot terapeuten träder tillbaka till en mindre dominant roll och gruppen hålles

så pass liten, att hygglig kommunikation (formell och emotionell) mellan gruppmedlemmarna blir möjlig (*regel nummer 1*) inträder snart en rad intressanta och terapeutiskt viktiga relationer mellan den enskilde gruppmedlemmen gruppmedlemmar inbördes.¹ Här kommer både aktualbehov och överföringsfenomen att spela in. De förra är, som framhölls i avsnittet om individualterapien i allmänhet, inte önskvärda. Därav *regel nummer 2*, gruppmedlemmarna bör icke utanför terapisituationen ha någon intensiv kontakt. Ätminstone i det tidigare skedet av en gruppsykoterapis utveckling spelar identifikationsmekanismerna en mycket viktig roll — den ena patienten tänker sig i samma situation som en annan talar om och för den skull är det praktiskt viktigt att söka sammansätta gruppen av patienter med så likartad bakgrund och så likartade problem som möjligt = homogena grupper (*regel nummer 3*). Det betyder emellertid bara att det till att börja med är lättare att skapa en terapeutisk atmosfär, om gruppen är någorlunda homogen, men icke att en inhomogen grupp, ledd av en skicklig psykoterapeut, icke så småningom kan ge fina resultat. — Erfarenheterna säger dock att avreaktionen kan fördröjas av alltför heterogen sammansättning av gruppen och att det är lättare hålla ihop en homogen grupp under det tidigare, ofta kritiska skedet.

På senaste tid har man också tagit upp aktualbehovsterapi inom grupper, såsom vid terapi med hela familjer i samma terapeutiska seance, men ännu är det nog något tidigt att utsäga något om metodens värde. Hittills har psykoterapi med äkta makar i regel bedrivits så, att terapeuten haft än den ene än den andre omväxlande, eller kanske hellre en terapeut den ene, en annan den andre av parterna och att så terapeuterna konfererat inbördes.

Överföringsfenomenen kommer ofta tydligt till synes i psykoterapeutiska grupper och kan få en rikare facettering eftersom mer än ett objekt (terapeuten) finns tillgängligt. Tidigare konfliktlinjer till fadern kan utspelas mot psykoterapeuten medan samtidigt andra konflikt-

¹ Det idealiska antalet för en sådan psykoterapigrupp har satts till 8, 5 anses minimum och 12 maximum.

linjer till syskonrivaler kan utspelas mot andra gruppmedlemmar. Outrerade gruppterapeuter hävdar ofta att de senare icke alls lika väl kan avtäckas resp. avreageras i en individuell terapeutisk relation och att "gruppen" är betydligt närmare vardagstillvaron än individualseancerna. Under inflytande av erfarenheterna från grupppsykoterapien har också hävdats, att en psykiskt sjuk patient oftast icke är sjuk rent individuellt utan i relation till det samhälle, som omger honom, att "sjukan" är störda mellanpersonliga relationer. Endast de mest radikala hävdar, att det är samhället icke patienten som är sjukt, men det får stå för deras egen räkning.

Hittills har man emellertid funnit att grupppsykoterapien är särskilt väl ägnad för patienter med allvarligt störda sociala relationer, vanartad ungdom, kriminella, vuxna asociala, en stor del av alkoholisterna (inklusive deras hustrur) medan sådana, där de mest primära sexuella objektrelationerna är störda, icke lämpar sig för denna form av terapi — sexualneurotiker. Paranoiker, som väl har en störd social kontakt men desslikes också särskilda problem omkring upplevandet av den egna personen, är likaså föga lämpade för grupppsykoterapi.

Författaren själv har mycket gynnsam erfarenhet av grupppsykoterapi med personal i mäniskovårdande arbete, där terapien kan gå hand i hand med utbildning av personalen. För mentalhygien för sådan personal kan just gruppterapien vara av helt enkelt avgörande betydelse, varom senare mer skall skrivas.

Ytterligare en obestridd fördel av psykoterapi med grupper. Värdeproblemen kommer snabbt med i behandlingsarbetet och får sin sakliga motivering av den alltid närvarande gruppen, där på ett praktiskt sätt gemenskapens krav och hänsyn ideligen demonstreras.

Det som hittills sagts har gällt grupper, där den verbala kontakten, samtalet, varit kontaktmedlet. Men när det gäller gruppterapi kan ofta annan aktivitet också lätt tagas med. Sce-niskt agerande — "psykodrama", "brobyggarklubbar", aktivitetsgemenskapen kring en elevpaviljong på en ungdomsvårdsskola, lagidrott med möjlighet för fysiskt utåtagerande kan

kombineras med en tolkande = insiktvinande samtalsterapi och ej sällan ge nya aspekter av stor betydelse. Än är vi säkert bara i början av detta kapitel. En sak är dock klar, nämligen att när psykiatrien nu måste och redan är på väg ut på fältet, ut från sina gamla förskansningar för att erövra det mänskliga samlevandets vida domäner i samverkan med sociologi och psykologi och socialmedicin, då har den ett adekvat vapen i psykoterapi och kanske särskilt grupppsykoterapi, — låt vara det senare endast i sina första ofullständiga modeller. Redan kan man dock peka på resultat, vilket bl. a. författaren fått göra i en tidigare artikel "Lönar sig behandling" och dr. Wretmark i Linköping visat på alkoholister. Erfarenheter håller på att samlas litet varstans i vårt land, liksom i våra nordiska grannländer.

Litteraturförteckning

Denna kan lätt bli enorm då fältet är stort, men författaren själv har funnit följande introduktioner till ämnets olika avsnitt lättillgängliga. Här har således ej medtagits några handböcker och större verk utan endast s. k. "primers", av vilka sedan en del i sin tur ger litteraturanvisningar. I första hand har svenskspråkig litteratur nämnts.

1. *Freud, Anna*: "Jaget och dess försvarsmekanismer". Natur och kultur. En grundläggande bok i sitt ämne.
2. *Freud, Sigmund*: "Orientering i psykoanalysen". Natur o. Kultur. Freuds egen introduktion, rätt omfångsrik.
3. *Fromm, Erich*: "Det glömda språket". Natur o. Kultur. Handlar om drömydning.
4. *Kretschmer, Ernst*: "Modern psykoterapi". Natur o. Kultur. Rätt omfattande och detaljrik. Förutsätter vissa grundläggande kunskaper i neurofysiologi och dyl., mera avsedd för läkare.
5. *Levine, Maurice*: "Psykoterapi i medicinsk praktik". Natur o. Kultur. Mera avsedd för läkare, dock lättillgänglig.
6. *Schultz, J. H.*: "Stora själsläkare". Natur o. Kultur. En översiktlig framställning av psykoterapiens historia från Mesmer till Jung.
7. *Vanggård, Thorkil*: Kapitlet "Neuroser" i Bernth og Hagens "Medicinsk kompendium". På danska; en mycket kortfattad men tydlig översikt över neurosläran.
8. *Foulkes, S. H. & Anthony, E. J.*: "Group Psychotherapy" Penguin Books. Utmärkt översikt över ämnet i fråga med rätt rikliga litteraturanvisningar.
9. *Hall, Carlvin S.*: "A Primer of Freudian Psychology". Mentor Books. Mycket mer kortfattad och översiktlig än Freuds "orientering".