

Utvärdering av korttidspsykoterapier för patienter med miljörelaterade besvär

Pirjo Savlin och Birgitta Lindelöf

Rapport från Arbets- och miljömedicin • 2007:3

Centrum för folkhälsa

Utvärdering av korttidspsykoterapier för patienter med miljörelaterade besvär

Pirjo Savlin och Birgitta Lindelöf

Arbets- och miljömedicin • Norrbacka • 171 76 Stockholm
tel 08–737 37 00 • fax 08–33 43 33 • amm@sll.se
Rapporten finns även på vår webbplats www.folkhalsoguiden.se

ISSN: 1651-0321



Förord

En noggrann utredning av patienter med besvär från miljöfaktorer som kan vara diffusa inbegriper också en psykologisk sida. För att råda bot på eventuellt psykosomatiskt lidande ska rätt insatser kopplas till rätt person utifrån vars och ens individuella behov.

En framkomlig väg kan vara de korta psykoterapeutiska insatser som denna rapport har granskat. Uppföljningen visar på övervägande goda resultat vilket är mycket glädjande. Genom att lägga insatserna och stödet på rätt nivå kan vi hjälpa fler snabbare. Det innebär både minskat lidande för patienten och effektivt användande av vårdens resurser.

Möjligheten att därmed behandla personer med miljörelaterade besvär inom primärvården ska självfallet utnyttjas. Kompetensen ska nu finnas efter utbyggnaden av det psykosociala stödet och det mycket tydliga åliggandet för auktoriserade husläkarmottagningar och vårdcentraler inom Vårdval Stockholm.

Birgitta Rydberg
Landstingsråd (fp) för sjukvård och folkhälsa

Innehåll

FÖRORD	3
INNEHÅLL	5
SAMMANFATTNING	7
INLEDNING	9
Psykoterapeutisk behandling.....	10
BAKGRUND	11
Beskrivning av verksamheten vid mottagningen för miljö känsliga patienter.....	11
TEORETISK BAKGRUND	13
Uppkomst av miljö känslighet	13
Terapi som behandlingsmodell	15
SYFTE	15
METOD	16
Korttidspsykoterapi	16
Psykologernas utvärdering av psykoterapi	17
Patienternas bedömning vid avslutad behandling	18
Uppföljningsintervju	19
RESULTAT.....	20
Del 1 vid uppföljningsintervjun: Miljörelaterade besvär	20
Del 2 vid uppföljningsintervjun: Psykoterapi som behandlingsform	22
DISKUSSION.....	26
LITTERATUR.....	29
BILAGA 1	32
Beskrivning av kognitiv psykoterapi, psykodynamisk psykoterapi, psykodynamisk korttidspsykoterapi och stödterapi	32

Sammanfattning

På patientmottagningen vid Avdelningen för arbets- och miljömedicin inom Centrum för folkhälsa (tidigare Samhällsmedicin) utreds patienter som relaterar sina besvär till olika miljöfaktorer såsom elektromagnetiska fält, amalgam, lukter från låga halter av kemikalier och inomhusmiljö. I samband med den medicinska utredningen erbjuds patienten ett eller två samtal med en psykolog. Utöver dessa samtal finns det även möjlighet att fortsätta med stödsamtal eller med psykoterapi under en kortare tid. Det finns ingen metod som fungerar för alla när det gäller att komma tillrätta med miljörelaterade besvär. Vid terapin utgår vi från individens eget sammanhang, med personliga förutsättningar, faktorer i livet i övrigt och möjligheter att påverka den egna situationen.

Studien utvärderar om korta psykoterapeutiska insatser kan bidra till att symtom och oro minskar och att patienter med miljörelaterade besvär kan hantera sin situation bättre. Vi har följt upp 26 patienter (14 kvinnor och 12 män) som gått i korttidspsykoterapi under perioden 1999–2001. De uppföljande telefonintervjuer genomfördes ett till tre år efter att terapin avslutats. Utöver resultaten från intervjuerna användes psykologernas bedömning av terapiutfallet och patienternas egen bedömning vid avslutad terapi som grund för utvärderingen.

Vid terapins sista tillfälle upplevde 22 av 26 patienter att de mädde bättre. Av dessa uppgav tio patienter att de inte längre hade några miljörelaterade besvär eller betydligt mindre besvär. Tolv patienter hade fortfarande besvär, men symtomen gick att hantera och hindrade dem inte längre i deras vardag. Fyra patienter uppgav att de hade lika mycket besvär som förut. Vid den uppföljande telefonintervjun uppgav majoriteten av patienterna att besvären minskat jämfört med tiden innan behandlingen. Tjugo patienter rapporterade att förbättringen vidmakthållits eller ytterligare förbättrats efter terapin vad gäller miljörelaterade besvär. Tjugoen patienter rapporterade samma sak vad gäller psykologiska problem.

Utvärderingen visar att en psykoterapeutisk behandling där patienter får bearbeta sina psykologiska problem kan leda till att besvär relaterade till olika miljöfaktorer kan försvinna eller minska. Det mest positiva som kom fram var att problemen även verkade fortsätta att minska över tid efter behandlingen. Det gällde för de flesta som börjat reflektera över sin situation och som rapporterat minskade besvär efter terapin.

Vår slutsats är att patienter med miljörelaterade besvär skulle kunna omhändertas inom primärvården under förutsättning att där finns tillgång till psykologisk kompetens.

Inledning

I denna rapport redovisas en utvärdering av korttidspsykoterapi med patienter som relaterar sina besvär till olika miljöfaktorer. Utgångspunkten är ett psykologiskt perspektiv. För att tydliggöra det psykologiska perspektivet presenteras teoretiska tankegångar om hur miljö känslighet uppkommer och vilka möjliga psykoterapeutiska behandlingsmetoder det finns. Fysiologiska, medicinska eller tekniska faktorer vid miljörelaterade besvär utvärderas inte i rapporten. De miljörelaterade syndromen kan sannolikt inte förklaras utifrån en, utan flera faktorer, såsom psykologiska, biologiska, kognitiva och sociala faktorer samt individuell sårbarhet. En interaktion måste finnas mellan faktorerna och hur mycket faktorerna påverkar individen varierar från person till person. I dagsläget med den kunskap som finns saknas det vetenskapligt stöd för ett entydigt samband mellan symtom och olika miljöfaktorer. Vår kliniska erfarenhet visar att psykologiska problem förekommer hos vissa patienter med miljörelaterade besvär. Därför erbjuds patienterna psykoterapeutisk behandling.

Personer som relaterar sina besvär till olika miljöfaktorer såsom elektromagnetiska fält, amalgam, lukter från låga halter av olika kemikalier och inomhusmiljö har en komplex symtombild. Dessa syndrom har under åren fått olika benämningar såsom "Environmental illness", "Environmental Somatization Syndrome" och "Idiopathic Environmental Intolerance". Ibland har dessa fenomen setts som olika yttringar av somatisering. Syndromen karakteriseras av patienternas uppfattningar om att symtomen orsakas av olika miljöfaktorer. Till skillnad från allergi och icke-allergisk överkänslighet kallas syndromen från medicinskt håll för "annan överkänslighet" eller "överkänslighet med okänd bakomliggande mekanism" (Vårdalstiftelsen 1999). I denna rapport används begreppen "miljörelaterade besvär eller syndrom" och "miljö känslighet".

Ett grundläggande behov finns hos alla människor av att tolka kroppsliga symtom och andra upplevelser för att göra tillvaron begriplig. Människor som lider av symtom som inte kan förklaras av en etablerad medicinsk diagnos söker ofta orsaken till symtomen i den yttre miljön. Hur individen gör kopplingen mellan symtom och "orsak" är beroende av personlighetsdrag och är mer eller mindre adaptiv. Kopplingen beror på såväl somatiska symtom som egen riskperception i individens arbetsmiljö och/eller sociala miljö. Tendensen att binda psykologisk smärta med fysiska symtom förekommer hos individer såväl med och utan psykiska problem. De flesta människor upplever symtomen som ofarliga medan det hos andra sker en perceptuell fel-tolkning genom en förstärkt koppling mellan sensorisk information från kroppen och den omgivande miljön. Benägenheten att uppleva och rapportera somatiska symtom är till stor del påverkad av psykologiska processer. Individer med kronisk ångest är oftare benägna att uppleva kroppsliga symtom som mer negativa (Watson et al, 1996). De rapporterar också flera symtom och är sannolikt de som oroar sig mest för riskfaktorer i miljön och därmed utvecklar olika miljörelaterade syndrom (Pennebaker, 1994).

Det hör till människans natur att tolka och ge mening åt det gåtfulla i tillvaron. Av psykologisk nödvändighet konstruerar människan teorier som kan förklara oförståeliga sammanhang. I sin teori om hälsans ursprung, salutogenes, menar Antonovsky (1979) att vi kan hantera det oundvikliga som drabbar oss i livet, om vi vet varifrån det kommer och vad det har för mening. Om människor lever under lika omständigheter är den avgörande faktorn för människors hälsa deras uppfattning av verkligheten. Ur denna tanke växte begreppet "känsla av sammanhang" fram. Antonovsky (1987) anser att tre viktiga begrepp ingår i "känslan av sammanhang", nämligen begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet, och att känslan av sammanhang korrelerar positivt med en rad olika indikatorer på hälsa.

Karin Johannisson betonar vikten av att betrakta ohälsa i ett socialt och kulturellt sammanhang (Johannisson 2005). Enligt henne kan förändringar i samhällsklimatet, som kan upplevas hotfulla, vara grogrund för sjuklighet och hon kallar bland annat besvär relaterade till miljöfaktorer för en "kultursjukdom". Enligt definitionen är en kultursjukdom ett tillstånd som definieras som sjukdom under en viss tidsperiod och som uppkommer, namnges och sprids i samspel med kulturen. Tillståndet kan ses som en yttring av glappet mellan samhällets krav och förväntningar och individens egen upplevelse av tillvaron. Tolkningen utesluter inte att patientens lidande är verklig och att symtomen kan vara vårdkrävande.

Psykoterapeutisk behandling

Vår utgångspunkt vid psykoterapeutisk behandling av människor med miljörelaterade syndrom är ett helhetsperspektiv på människan i hennes sammanhang. Detta innefattar såväl människors egna förutsättningar och möjligheter att påverka sitt liv socialt som att hantera faktorer i omgivningen. I den psykoterapeutiska situationen får individen insikt och förståelse för hur de psykologiska faktorerna och livssituationen bidrar till symtomen. Denna nyfunna medvetenhet gör det möjligt för individen att utveckla effektivare strategier att hantera relationer och lösa problem och konflikter.

Allt flera människor med diffusa symtom, psykisk ohälsa och psykosocial problematik söker sig till primärvården. För människor med besvär relaterade till olika miljöfaktorer skulle ett snabbt psykologiskt omhändertagande, utöver den medicinska utredningen på vårdcentralen, hjälpa patienten att se andra möjliga orsaker till besvären och därmed förhindra att känsligheten och symtomen blir befästa. Vårdcentraler har prövat att involvera psykologisk kompetens för patienter med diffusa symtom, vilket har visat sig vara positivt.

Utvärderingar av psykoterapeutiska behandlingar inom primärvården, vid såväl privata som landstinganslutna vårdenheter, visar att patienterna är positiva. Korta väntetider och behandling på vårdcentralen uppskattas. Flertalet av läkarna är positiva till att samarbeta med psykologer. Att erbjuda psykologisk kompetens ger en ökad förståelse hos patienterna och minskar läkarnas arbetsbelastning. Inom vårdenheterna ges i de flesta fall olika former av korttidsterapi (Carlsson 2001, Järvå 2005, Ahlin E. et al 2001, Nilsson et al 1995).

Idag finns det ett stort antal former av psykoterapi varav de viktigaste kan placeras inom de större psykoterapeutiska inriktningarna. Exempel på sådana är kognitiv psykoterapi, psykodynamisk psykoterapi och kognitiv beteendeterapi. Det övergripande målet för utvärdering av psykoterapier är att undersöka vilken betydelse de har för att hjälpa patienten i hennes lidande och att undersöka vilka mekanismer som är verksamma i den psykoterapeutiska förändringsprocessen. Det finns både utfalls- och processtudier inom psykoterapiforskning (Sandell 1993, Ankarberg 2005, Svartberg 1991, Socialstyrelsen 2006 och Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) 2004 och 2005). Terapeutiska processer och "gemensamma faktorer" kan ses som verksamma och betydelsefulla för utfallet i all psykoterapi oavsett inriktning (Stenlund 2002, Johansson 2006). Ett exempel på en "gemensam faktor" är den terapeutiska relationen mellan psykoterapeuten och patienten.

I jämförelser mellan olika behandlingsalternativ vid psykiska problem och sjukdomar visar det sig att psykoterapi kan vara en effektiv behandling (SBU, 2004; SBU, 2005; Ankarberg, 2005). Forskningen visar att flera slags psykoterapier har en väl dokumenterad effekt i behandlingen av ångest och depression hos vuxna. En kombination av medicin och psykoterapi kan minska risken för att en patient åter faller in i en depression. I annat fall kan det leda till att depressionen dröjer. Det har också visat sig att den förändringsprocess som påbörjas under terapin även fortsätter efter

terapi, vilket tyder på att förbättringen kvarstår och att patienten tillfrisknar med tiden. Flera skäl talar för att psykoterapi kan vara en behandlingsform som är bra för individen och lönsam för samhället.

Vår förhoppning är att rapporten skall kunna bidra till en helhetssyn för förståelse och omhändertagande av patienter med miljörelaterade besvär. Målet är att öka kunskap om de möjligheter som finns för psykoterapibehandling vid miljökänslighet. Detta gynnar inte bara patienter, utan kan också komma till nytta för vårdpersonal, främst inom primärvården och företagshälsovården.

Bakgrund

Beskrivning av verksamheten vid mottagningen för miljökänsliga patienter

Årligen remitteras 60–70 patienter till Arbets- och miljömedicins mottagning för utredning och bedömning av miljörelaterade besvär. Patientutredningen innefattar vanligen medicinsk undersökning, provtagning och samtal med psykolog. Bedömning av miljön i hemmet eller på arbetsplatsen görs vid behov. Detta teamarbete bygger på en mångårig erfarenhet av patienter med komplexa symtombilder.

Tabell 1. Vanliga besvär vid olika typer av miljökänslighet

Elkänslighet	<p>Två typer av besvärsbilder</p> <ul style="list-style-type: none">• Hudbesvär vid bildskärmsarbete, till exempel rodnad, sveda, brännande känsla eller stickningar i ansiktet.• Allmänsymtom som huvudvärk, trötthet, kraftlöshet, yrsel, illamående, hjärtklappning och domningar i närheten av en aktiverad elektrisk utrustning.
Amalgamrelaterade besvär	<ul style="list-style-type: none">• Metallsmak och sveda i munnen, trötthet, värk i muskler och leder, mag- och tarmbesvär, allmän svaghet, domningar, stickningar och huvudvärk.
Inomhusmiljöproblem	<ul style="list-style-type: none">• Slemhinne- och luftvägsbesvär, till exempel irritation i ögon och näsa, nästäppa, torrhetskänsla i svalget, heshet, hosta och återkommande infektioner.• Hudsymtom, till exempel rodnad och hettande känsla i ansiktet och på halsen, torr hud, klåda och hudutslag.• Allmänsymtom som trötthet, koncentrationssvårigheter och huvudvärk.
Lukt-känslighet	<ul style="list-style-type: none">• Huvudvärk, trötthet, yrsel, koncentrationssvårigheter, slemhinneirritation, tryckkänsla i bröstet och mag- och tarmbesvär.

När besvär hos en person utvecklas från lättare till ett mer långvarigt sjukdomstillstånd eller när det sker en generalisering till andra miljöfaktorer, tillkommer ofta psykiska besvär såsom yrsel, domningar, minnes- och koncentrationssstörningar, trötthet, uttrötthet, nedstämdhet, irritation, ångest, depression, andnöd, ljud- och ljuskänslighet. Problemen kan även ha karaktär av psykisk sjukdom.

Teamet kan med sin breda kunskap inom det medicinska, tekniska och psykologiska området erbjuda ett omhändertagande som ger patienten en helhetssyn på sina problem. Vid första besöket erbjuds patienten ett till två psykologsamtal, vilket ofta är tillräckligt för att minska patientens oro för att vara utsatt för något skadligt i miljön. Patienten kan se att det kan finnas ett samband mellan de symtom som han eller hon har och andra faktorer, till exempel en pressad livssituation. I sådana fall där patienten har varit utsatt för ett miljöproblem som kunnat påvisas, kan det leda till ångest och oro och som då blir fokus i psykoterapin.

Patienterna söker i första hand för besvär relaterade till olika miljöfaktorer. Oavsett vad som ligger bakom symtomen är de verkliga och orsakar individen lidande som medför problem i såväl arbetslivet som socialt. Vår kliniska erfarenhet talar för ett tidigt omhändertagande, vilket kan minska risken för sjukskrivning, nedsatt arbetsförmåga, undvikandebeteende, sjukdomsidentitet och social isolering. Vid behov kan stödkontakt, stödterapi eller korttidspsykoterapi erbjudas. Vi har positiva erfarenheter av att arbeta med psykologiska interventioner med denna patientgrupp.

Tidigare erfarenheter av behandling vid elkänslighet som exempel på behandling av miljörelaterade besvär

Erfarenheter från olika breda åtgärdsprogram och olika behandlingsformer visar att det viktigaste är att se till varje patients egna förutsättningar vid behandling av elkänslighet (Bergqvist et al, 1998).

Ett tvärvetenskapligt team på den miljömedicinska enheten vid Arbets- och miljömedicin har prövat ett pedagogiskt gruppinterventionsprogram med kognitivt förhållningssätt som behandling. I programmet ingick 22 patienter med en komplex besvärsbild som var kopplad till elektrisk utrustning. Behandlingen bestod av grupp-samtal och fysioterapi en dag i veckan under åtta veckor och utvärderades genom både fysikaliska och psykologiska parametrar. Resultaten visade bland annat att patienterna upplevde att deras symtom minskat och att de blev mer motiverade att fortsätta med kroppskännedomsträning och terapeutisk behandling (Hillert et al, 2002).

Kognitiv terapi har även använts i behandlingsstudier vid elkänslighet. Andersson och medarbetare (1996) samt Hillert och medarbetare (1996) visade att upplevelsen av besvär minskar med terapeutiska insatser som kognitiv terapi. Harlacher (1998) fann att både besvären och övertygelsen om att vara elöverkänslig minskade efter kognitiv beteendeterapi. För att behandlingen ska bli optimal är det enligt Harlacher viktigt att ta reda på om patienten lider främst av symtom orsakade av feltolkningsprocessen till exempel vid selektiv informationsbearbetning på grund av den egna övertygelsen om ett orsakssamband, eller om symtomen är av fobiliknande karaktär. Symtom som kan förklaras på olika sätt, det vill säga att man gör en så kallad "kognitiv omstrukturering" som är trovärdig för patienten, kan vara terapeutiskt effektivt vid feltolkningsprocesser. Vid fobiliknande symtom som uppkommer automatiskt används däremot en behandlingsstrategi som reducerar symtomen.

Teoretisk bakgrund

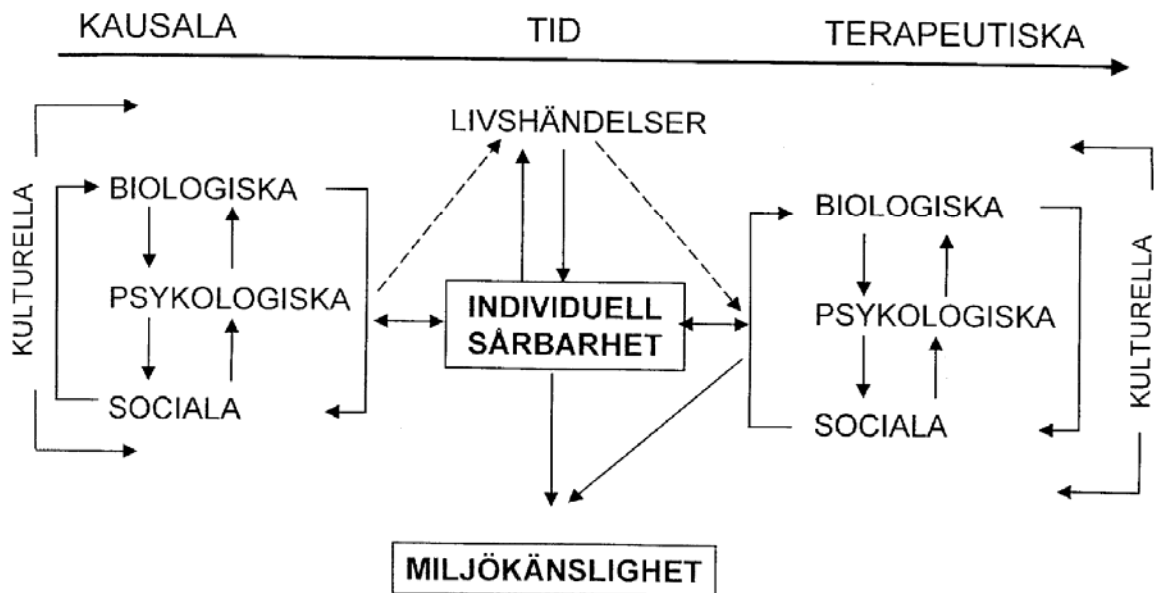
Uppkomst av miljö känslighet

Hur miljö känslighet uppkommer och vidmakthålls kan ur ett psykologiskt perspektiv förklaras med att det i individens föreställningsvärld kan ingå trosföreställningar om att han eller hon är utsatt för någon miljöfaktor som är skadlig för hälsan. Denna företeelse som individen upplever i miljön kan då leda till olika besvär och symtom, vilket skapar oro och ängslan. Detta kan i sin tur leda till att symtomen upplevs öka. Individen känner sig sjuk och för att hindra att sjukdomstillståndet försämras undviker individen den eller de miljöfaktorer som uppfattas som skadliga. Orsaken till varför individen antar att miljöfaktorn är skadlig kan bygga på en otillräcklig eller en felaktig kunskap om miljöfaktorn, att individen söker kunskap som bekräftar föreställningen, egen riskperception i sin arbets- och sociala miljö eller på individens specifika sårbarhet. I vissa fall som i inomhusmiljön kan det initialt finnas en exponering för faktorer som är kända för att kunna orsaka besvär, till exempel en lukt som sedan kan generaliseras till andra luktande ämnen och leda till miljö känslighet.

Tidiga anknytningsmönster som utvecklats i barndomen, det vill säga ett barns uppfattning av sig själv och sina relationer till omvärlden, återspeglas i den vuxnes sätt att relatera till andra människor. Utifrån tidiga upplevelser i livet, såväl positiva som negativa, utformas individens tillit till andra och sig själv.

I en modell om begreppet individuell sårbarhet betonas att ett kontinuerligt samspel äger rum mellan kulturella, biologiska och psykosociala faktorer å ena, och varje enskild individ å den andra sidan (Perris & Perris 1998). Den individuella sårbarheten består både av ett samspel mellan individens relativt oföränderliga biologiska förutsättningar och av de inre arbetsmodeller av sig själv och andra som individen utvecklat och som kan vara mer eller mindre ändamålsenliga. Detta samspel avgör hur den individspecifika sårbarheten faller ut. Modellen kan också visa hur den dialektiska interaktionsprocessen mellan olika bakgrundsfaktorer och den individuella sårbarheten bidrar till att miljö känslighet uppkommer (Bergdahl 2001).

Miljökänslighet Samverkande faktorer



Jan Bergdahl

Figur 1 Grundläggande referensram fokuserad på begreppet individuell sårbarhet enligt modell av Perris & Perris 1998, modifierad av Bergdahl vad gäller samverkande faktorer vid miljökänslighet (Bergdahl 2001).

Det finns en kontinuerlig dialektisk interaktion mellan olika bakgrundsfaktorer vid utveckling av individuell sårbarhet. Med interaktion menas dels att man lägger ihop faktorer och dels att det finns processer som förstärker eller neutraliserar enskilda effekter i samspelet mellan de olika faktorerna som bidrar till att göra individen mer eller mindre sårbar. Effekten av denna dynamiska interaktion är helt beroende av vid vilken tidpunkt och i vilket sammanhang i livet som det sker. Individen deltar aktivt i denna process under hela sin livslånga utveckling. Själva "sårbarheten" är en dynamisk egenskap som förändras under en människas livstid. En viktig aspekt av modellen är att begreppet interaktion tillsammans med betoning på den enskildes specifika sårbarhet, gör det möjligt att förstå betydelsen av "traumatiska livshändelser" ur ett bredare perspektiv. En negativ påverkan av en traumatisk händelse kan hänga samman med att en sådan händelse har upplevts av en närstående person (till exempel en förälder). Livshändelser som inträffat långt tillbaka i tiden och som gällt en viktig "interagerande" person kan långt senare ha en avgörande betydelse för utvecklingen av sårbarhet hos en annan människa. Det är inte bara i direkt anknytning till akuta händelser som detta har betydelse.

Olika människor handskas med livshändelser på olika sätt. Mycket sårbara människor påverkas lättare vid små motgångar, medan det för andra krävs en utomordentligt stor påfrestning för att detta ska hända. Det finns dock en kritisk gräns för alla människor.

En trygg, stödjande och härbärgerande omgivning kan vara en skyddande faktor för hur en människa reagerar vid en traumatisk händelse. Den kan också ge människan en möjlighet att återhämta sig vid negativa livshändelser.

Kliniskt tillämpad modell vid elkänslighet – även vid annan miljökanlighet?

En psykologisk förklaringsmodell för uppkomst och vidmakthållande av elkänslighet har beskrivits av Harlacher (1998). Enligt modellen sker utveckling av elkänslighet i tre faser. Den första fasen börjar när individen under en tid lider av symtom som hon inte kan få en tillfredsställande medicinsk förklaring till. Besvären har en allmän karaktär som ofta förekommer hos en stor del av befolkningen, men som för individen växer till ett lidande i situationer med stor belastning. I nästa fas kommer elkänslighet att ses som en möjlig förklaring och individen testar detta genom att exponera sig för el och samtidigt observera sina reaktioner. Individens fokus på symtom i kroppen intensifieras. I den tredje fasen utvecklar individen ett kognitivt schema om elkänslighet. Detta schema kan liknas med ett filtersystem som styr vilken information som tas in och hur den tolkas. Ett utarbetat schema om elkänslighet är relativt svårt att förändra. Det är en relativt komplex process att bygga upp där olika faktorer, bland annat tiden och interaktionen mellan olika typer av symtom, påverkar hur individen vidmakthåller den etablerade övertygelsen om elkänslighet.

Modellen kan antas vara användbar även vid annan miljökanlighet.

Terapi som behandlingsmodell

Psykoterapi är en psykologisk behandling som är väl teoretiskt förankrad. Det finns olika former av psykoterapi. Inom varje metod betonas olika aspekter på hur psykiska besvär uppkommer och hur de behandlas. Olika tekniker används för att uppnå det uppsatta målet för terapin. En god relation mellan patienten eller klienten och psykoterapeuten är en grundförutsättning för att psykoterapin ska ha en bra effekt. Enligt Carlsson (1995) är psykoterapi ”en behandlingsmetod väl förankrad i psykologisk teoribildning, tillämpad av en därtill utbildad person. Relationen mellan terapeut och klient måste vara professionell. Syftet är att identifiera och undanröja hinder för patientens utveckling och mognad, att öka patientens förståelse för hur man använder invanda tankesätt och reaktionsmönster i nya situationer utan hänsyn till om de är adekvata eller att hjälpa klienten att finna mer ändamålsenliga attityder och strategier till andra”.

Terapimetoder som används på Arbets- och miljömedicins patientmottagning är kognitiv psykoterapi, psykodynamisk korttidspsykoterapi, stödterapi och stödsamtal (Närmare beskrivning av dessa psykoterapiformer finns i bilaga 1). Arbetet med behandlingarna är till största delen kognitivt inriktat. Skillnaden mellan olika psykoterapiers inriktning och dess lämplighet för olika patienter framgår nedan.

Syfte

Syftet med undersökningen är att

- utvärdera om korta psykoterapeutiska insatser leder till positiva psykologiska förändringseffekter (ge individen kunskaper som leder till ökad självkänedom, förmåga att använda sina resurser och bearbeta sina problem), och minskade besvär relaterade till miljöfaktorer hos patienter med miljökanlighet
- formulera riktlinjer för en psykoterapeutisk behandlingsmodell för denna patientgrupp.

Metod

Utvärderingen av den tidsbegränsade psykoterapin som behandlingsform vid miljö-känslighet baseras på psykologernas bedömning av terapiutfallet, patienternas egen bedömning vid avslutad psykoterapi och uppföljningsintervjuerna ett till tre år efter att behandlingen avslutats.

Korttidspsykoterapi

Urval av patienter till psykoterapi

Var och en av de totalt 186 patienter som genomgick utredning på patientmottagningen under 1999–2001 träffade en psykolog vid ett eller två tillfällen. Det är ofta tillräckligt med dessa samtal för att patienten själv ska finna nya sätt och möjligheter att hantera sin situation. Under samma tidsperiod fick 32 patienter ett längre samtal med en psykolog på mottagningen. Av dessa kom 26 personer att ingå i utvärderingen.

Patienter som erbjöds psykoterapi valdes utifrån kriterier som hade fastsällts i förväg. De bedömdes ha förmåga att etablera och upprätthålla emotionellt betydelsefulla relationer, var motiverade och hade en önskan att se de konflikter som orsakade smärta och hade en öppen psykologisk inställning. Det var också viktigt att jagförsvaren fungerade så att patienten inte överväldigades av ångest.

Patienter som inte erbjöds psykoterapeutisk behandling var patienter som redan hade en annan psykologkontakt, inte var i behov av terapi, helt saknade motivation eller inte förmådde att se de psykologiska problemen bakom symtomen samt patienter med svårare psykisk sjukdom eller personlighetstörning. Vid behov av en bedömning från en psykiater remitterades patienter till psykiatrisk vård.

Valet av terapiform bestämdes beroende på problemens natur och patientens motivation. Vid det första utredningssamtalet bedömde terapeuten hur motiverad patienten var. Tolv patienter bedömdes vara väl motiverade för psykoterapi, tio patienter var motiverade med visst förbehåll och fyra patienter var mindre motiverade.

Åtta patienter fick stödterapi, tio patienter kognitiv psykoterapi och tre patienter psykodynamisk korttidspsykoterapi. I samtliga terapier valde patienten och terapeuten tillsammans mål och fokus för terapin. Fem patienter fick stödsamtal, där samtalet fokuserades mer på information, möjlighet att ventiler tankar om problemen samt motivering för vidare kontakt. Terapikontaktens längd varierade från tre till 21 gånger, medelvärde var 7,5 gånger ($Md = 9$). Fyra personer besökte psykologen tre gånger, tio personer fyra till sex gånger och tolv personer mer än sex gånger.

Stödkontakt eller stödterapi gavs till patienter med behov av stöd under utredningsgången, patienter som bedömdes kunna bli motiverade för att senare söka psykologisk behandling och patienter som inte accepterade att de hade psykologiska problem utan bara ville att deras symptom skulle lindras.

Journaldata för undersökningsgruppen

Uppgifter om de 26 patienter som ingick i undersökningsgruppen togs fram ur våra patientjournaler och psykologbedömningar om eventuella psykiska besvär och problemområden samt data om terapi, det vill säga målbeskrivning, centralt tema, terapiform och -längd, patientens motivation, terapiallians, resultat och framtid.

Av de 26 patienter som utreddes för miljörelaterade besvär vid Arbets- och miljömedicins patientmottagning av den miljömedicinska enheten var det fyra patienter som remitterats från Arbets- och miljömedicins yrkesmedicinska enheten. Tretton patienter hade remitterats för elkänslighet (fyra bildskärmsrelaterade besvär och nio allmänna besvär), två patienter för amalgamrelaterade besvär, tre patienter för besvär av inomhusmiljön, fyra patienter för luktkänslighet, tre patienter för både el- och luktkänslighet och en patient för isocyanatastma (patienten hade utöver sin diagnos allmänna symtom liknande annan överkänslighet). I flera fall relaterade patienterna sina besvär också till andra miljöfaktorer utöver den orsak de sökt för. Till exempel hade nio personer tagit bort amalgamfyllningar i tänderna och två hade planer på det.

Tabell 2. Antal patienter med olika typer av miljörelaterade besvär i undersökningsgruppen inklusive en patient med diagnos isocyanatastma, n= 26.

Typ av miljörelaterad känslighet	Antal patienter	Antal patienter i undergrupper
Amalgam	2	
Elkänslighet	13	4 = hudbesvär vid bildskärmsarbete
		9 = allmänsymtom (5 = amalgam)*
Både elkänslighet och luktkänslighet	3	(3 = amalgam)*
Luktkänslighet	4	(1 = amalgam)*
Inomhusmiljö	3	(2 = amalgam)*
Isocyanatastma	1	

*(x = amalgam) visar antalet patienter som har tagit bort eller planerar att ta bort amalgamfyllningar, men som inte primärt söker för amalgamrelaterade besvär, n=11.

Några diagnoser, som kunde förklara hela besvärsbilden, kunde inte fastställas i den medicinska utredningen. Flera patienter beskrev många olika symtom med komplexa besvärsbilder från flera olika organ. Få hade diagnostiserade sjukdomar. Tretton patienter uppgav främst trötthet, en patient hade diagnosen kroniskt trötthetsyndrom. Fyra patienter uppgav hudbesvär, tre sköldkörtelrubbingar, två anemi, två astma, en patient hade högt blodtryck och en hade migrän.

Vid psykologsamtalen framkom att tolv personer hade ångest eller oro inklusive social fobi eller tvångssyndrom. Femton patienter var deprimerade eller nedstämda inklusive sorg som inte bearbetats (tre personer). Fyra patienter uppgav att de var mycket stressade. Dessutom framkom problem hos sju patienter som verkade vara förknippade med deras mentala förhållningssätt så som existentiella funderingar, aggression, alexitymi och kontrollbehov.

Psykologernas utvärdering av psykoterapi

I samband med att terapin avslutades bedömde psykologerna arbetsalliansen, det vill säga vilken slags kontakt terapeuten och patienten hade. En arbetsallians bygger på en god relation som karaktäriseras av att patienten upplever närvaro, stöd, värme och empati och får förståelse för sina problem. I 20 fall bedömdes alliansen god men i sex terapier uppnåddes inte en önskvärd kontakt.

Resultatet av terapin bedömdes utifrån vilka framsteg som patienten hade gjort. Mål som uppnått användes som måttstock för ett gott resultat. I de fall där målen för terapin inte var tydliga kunde förändringsprocessen ge indikationer att terapin hade haft en positiv effekt. Psykologens bedömning av hur terapin fallit ut visade att 20 patienter uppnått ett gott resultat, för fem patienter var utfallet mer svarbedömt och för en patient hade ingen förändring skett.

För att resultaten ska bestå krävs det att patienten har en förmåga att vidmakthålla den förändringsprocess som har satts igång i terapin. Sjutton patienter bedömdes ha denna förmåga med egna resurser eller egen kraft att klara sig väl i framtiden. Där-
emot skulle nio patienter ha behövt fortsatt stöd eller terapi i någon form.

Patienternas bedömning vid avslutad behandling

Vid terapins slut uppgav 22 patienter att det skett en förbättring. Tre patienter hade inga besvär alls, för fyra patienter hade besvären minskat, tre patienter upplevde mindre oro eller rädsla eller att "besvären inte längre tog makten", fyra patienter ansåg att de kunde hantera besvären, två patienter tänkte mindre på besvären eller tänkte helt i andra banor, tre patienter uppgav att det var lättare att leva med besvären eller att besvären inte längre var lika handikappande och tre patienter uppgav att de mätte bättre. Besvärsskildringen ändrades inte för fyra patienter. En av dessa avbröt terapin, två patienter använde strategier för att undvika att förändras och en patient hade beslutat sig för att göra en amalgamsanering.

Miljörelaterade besvär stod inte i fokus i terapin, men patienterna fick bedöma sina besvär vid den sista behandlingen. Bedömningarna ligger till grund för utvärderingen.

Utifrån patienternas utsagor delades de in i grupper enligt följande:

Grupp 1 "inga eller obetydliga besvär vid terapins avslut" är de tio patienter som vid terapins slut angav inga eller betydligt mindre besvär, och att oro och rädsla avsevärt minskat. Exempel:

- 1a) Patienten hade inga besvär av lukter. Samband mellan besvär och stress blev tydliga under terapin. "Ingen ångest och inga sömnsvårigheter längre."
- 1b) Patienten är besviken över att fortfarande vara luktkänslig, men "rädslan för lukter styr inte längre min vardag". Hon uppger att det känns tungt att inte komma hit flera gånger. Samtidigt som det känns skönt att slippa komma hit.

Grupp 2 "kvarstående, men hanterbara besvär vid terapins avslut" är de 12 patienter som vid terapins avslut hade besvär, men kunde hantera dem, att de tänkte mindre på dem, att de var lättare att leva med, att symtomen inte längre var handikappande eller att de mätte bättre. Exempel:

- 2a) Patienten beskriver hur allt kändes mörkt när han kom till oss. "Det var som att bära mörka glasögon". Han kunde inte se att det kunde finnas en framtid för honom. Kunskapen om att inte vara förgiftad var en stor lättnad. Patienten tycker att terapin har hjälpt honom att känna sig mera lugn och avslappnad. Glasögonen idag är genomskinliga, därför ser han positivare och ljusare på framtiden.

Grupp 3 "ingen förändring vid terapins avslut" är de 4 personer som vid avslutad terapi hade oförändrade besvär och som upplevde att deras förhållningssätt till besvären inte hade förändrats. Exempel:

3a) Patienten tror själv att hon kan tillfriskna, men besvären kvarstår. Terapin gav en möjlighet att samtala utan aggression eller misstänksamhet.

3b) Patienten hade friskhet som mål och det har inte uppnåtts.

Uppföljningsintervju

Utvärderingen av behandlingsformen tidsbegränsad psykoterapi baserar sig på intervjuer av patienter som genomgått denna behandling under åren 1999–2001 vid Miljömedicinska enheten. Utvärderingen genomfördes via telefonintervjuer under hösten 2002 och våren 2003, det vill säga ett till tre år efter avslutad psykoterapi.

Urval och bortfall

Trettio två patienter av de 186 som remitterats till Miljömedicinska enheten fick tre eller flera samtal med en psykolog.

Bortfallet blev sex patienter. Fyra patienter kunde inte nås och två patienter hade påbörjat en ny kontakt med psykolog. Det gemensamma för dessa sex patienter var att de vid avslutad psykoterapi bedömdes vara i behov av fortsatt stöd. Av dessa sex patienter var fyra kvinnor och två män. Medelåldern för de som föll bort var 45 år (Md = 45, mellan 21 och 72 år).

Undersökningsgruppen kom att bestå av 26 patienter, 14 kvinnor och 12 män. Intervjupersonernas ålder varierade mellan 26 och 69 år (Md=51).

Genomförande

Intervjuare var de psykologer som själva medverkat i arbetet med korttidsbehandlingen. Psykologerna intervjuade varandras patienter, inte sina egna. Den patient som träffat båda psykologerna intervjuades av en kollega på en annan enhet inom Arbets- och miljömedicin.

Utvärderingen baserades på data dels från intervjuerna, dels från psykologernas och patienternas egna bedömningar som gjordes vid varje avslutad psykoterapi.

Intervjuernas utformning

Intervjuformuläret var indelat i två delar (se bilaga). Del ett innehöll frågor om miljörelaterade besvär: Hur såg problemet ut när man sökte hjälp, hur ser det ut idag och vad kan ha bidragit till en eventuell förändring. Del två belyste psykoterapi som behandlingsform: Vilket problem var i fokus, hur var problemet före och efter behandlingen, vad har bidragit till förändringen, alliansen, det terapeutiska arbetssättet, betydelsen av behandlingen och hur ser framtiden ut.

Formuläret bestod dels av öppna frågor som gav möjlighet för den intervjuade att berätta fritt och dels av frågor med fasta svarsalternativ där svaret från den intervjuade tolkades och registrerades av intervjuaren. Till de fasta svarsalternativen gavs möjlighet att ge kommentarer.

Vid intervju ombads de tidigare patienterna skatta hur de miljörelaterade besvären upplevdes före psykoterapin samt vid intervjun på en skala mellan 1–10 (1 innebär att problemet är litet, har försvunnit eller lindrats, hög poäng innebär hög grad av besvär). Samma skala användes för att skatta problemet som var i fokus för psykote-

rapin före och efter behandling samt vid intervjun. Frågorna ställdes i anslutning till varandra för att patienten skulle få möjlighet att göra en jämförelse av problemet vid de olika tidpunkterna.

Resultat

Resultatet från intervjuerna redovisas dels för hela gruppen dels för de tre undergrupper utifrån patienternas egna bedömningar vid psykoterapins avslut (1 = "inga eller obetydliga besvär vid terapins avslut", 2 = "kvarstående, men hanterbara besvär vid terapins avslut" och 3 = "ingen förändring vid terapins avslut"). Resultatet beskriver patienternas syn på sina problem och deras upplevelse av terapi utifrån svaren på frågorna vid intervjun. Således jämförs inte patienterna med varandra utan varje fall eller grupp ska ses som en presentation för sig.

Del 1 vid uppföljningsintervjun: Miljörelaterade besvär

Patientskattning av besvär vid intervjutillfället

Förutom de miljörelaterade besvär patienterna sökt vård för uppgav fyra personer psykiska problem såsom depression, utbrändhet eller stress. Efter att psykoterapin hade avslutats hade sju patienter åter sökt hjälp för sina miljörelaterade besvär. Av dessa hade fyra sökt inom sjukvården och tre inom den alternativa vården.

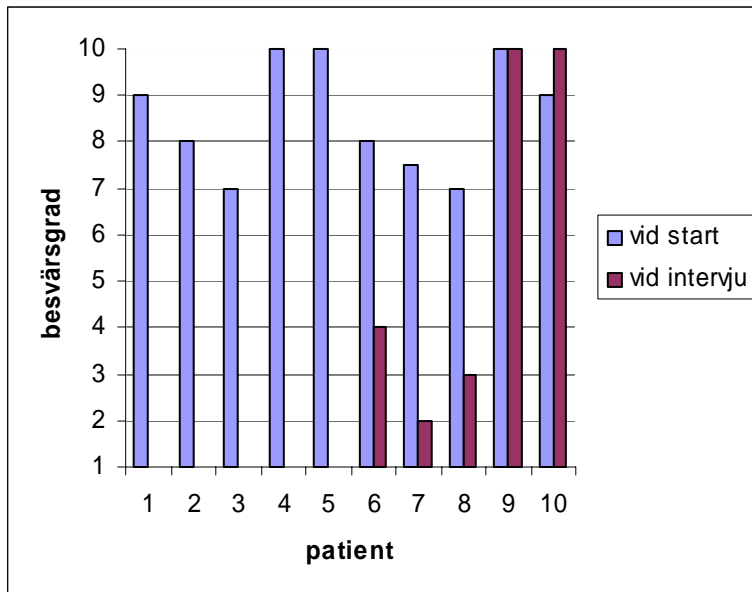
Arbetsförmågan kvarstod relativt oförändrad vid den uppföljande intervjun jämfört med när behandlingen startade. Fjorton patienter arbetade heltid, en av dessa var föräldraledig vid intervjutillfället, fyra patienter arbetade deltid, en av dessa var sjukskriven på halvtid. Två patienter var sjukskrivna på heltid, två hade sjukbidrag och två hade sjukpension samt två patienter var pensionärer.

Figurerna nedan visar hur patienterna bedömde sina besvär före behandlingen och vid intervjun. I samband med skattningen av besvär fick patienterna även ta ställning till om besvären förvärrats, var oförändrade, blivit lättare att leva med, hade minskat eller försvunnit.

Vid intervjun uppgav 20 patienter att de blivit bättre med avseende på besvären: fyra patienter uppgav att besvären hade försvunnit, för 14 patienter hade besvären minskat och för två patienter hade det blivit lättare att leva med problemen. Fyra patienter uppgav att symtombilden inte hade förändrats och två patienter tyckte att besvären försämrats.

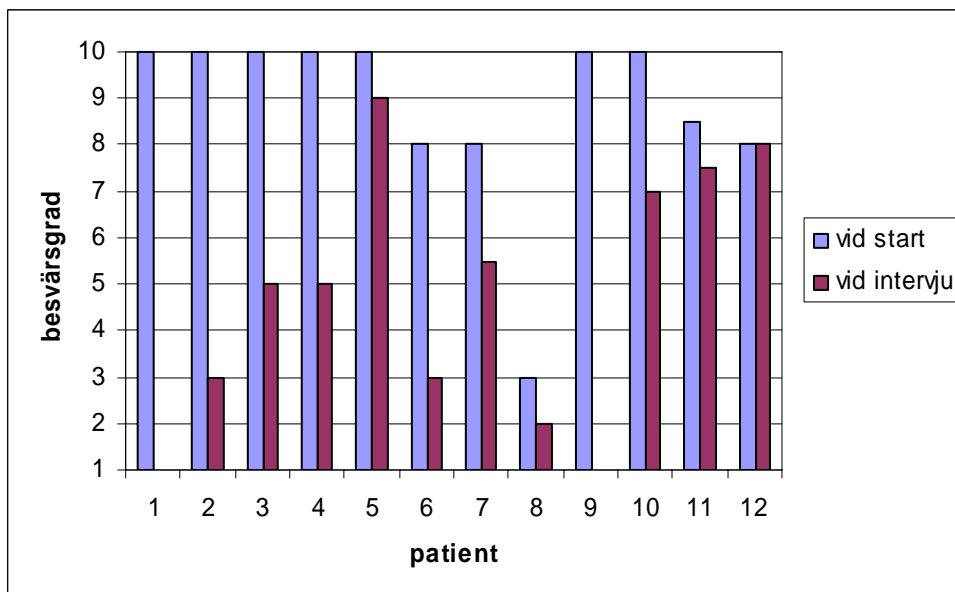
Alla utom en patient svarade att problemet var relativt stort när de sökte hjälp.

För hälften av patienterna i gruppen som hade "inga eller obetydliga besvär vid terapins avslut" (grupp 1) hade besvären försvunnit (patient 1–5), för tre patienter hade besvären markant förbättrats (patient 6, 7, 8) och två patienter hade lika mycket eller mer besvär än innan behandling (patient 9, 10) (figur 1).



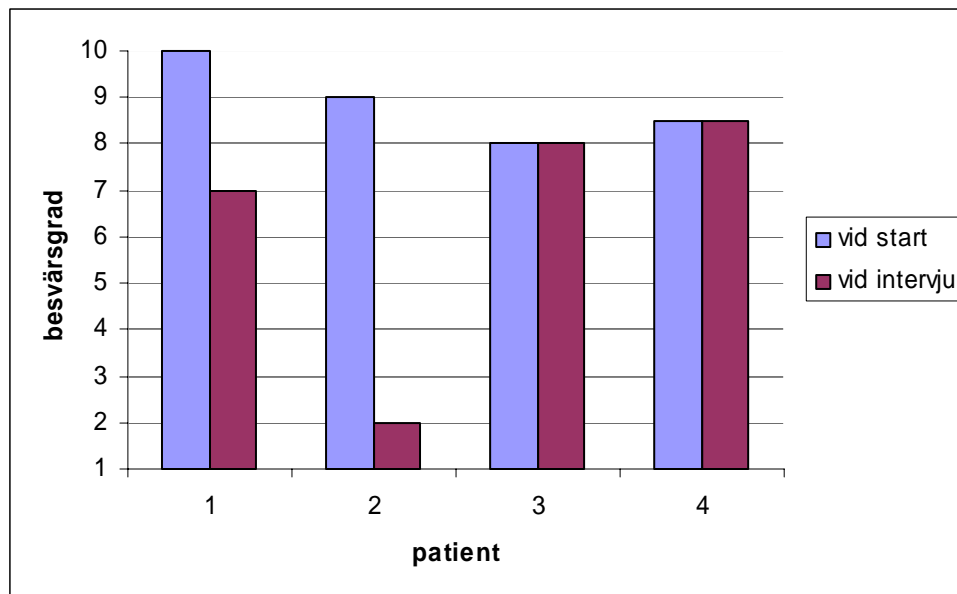
Figur 1. Skattning av besvärsggrad före behandling och vid den uppföljande intervjun för grupp 1(="inga eller obetydliga besvär vid terapins avslut"), n=10.

Besvären hade försvunnit för två patienter i gruppen som hade "kvarstående, men hanterbara besvär vid terapins avslut" (grupp 2) (patient 1, 9), för fyra hade besvären klart minskat (patient 2, 3, 4 och 6) och för fem hade besvären minskat något (patient 5, 7, 8 10 och 11). För en patient hade ingen förändring skett (figur 2).



Figur 2. Skattning av besvärsggrad före behandling och vid den uppföljande intervjun för grupp 2 ("kvarstående, men hanterbara besvär vid terapins avslut"), n=12.

I gruppen som uppgav "ingen förändring vid terapins avslut" (grupp 3) hade besvären minskat för två patienter och för två patienter var de oförändrade (figur 3).



Figur 3. Skattning av besvärsggrad före behandling och vid intervjun för grupp 3 (= "ingen förändring vid terapins avslut"), n=4.

Samtidigt som patienterna fick skatta besvärsggraden tillfrågades de om vad de ansåg kan ha bidragit till förändringen. Olika alternativ lästes upp för dem som de fick ta ställning till (till exempel att samtalen hjälpte mig att, jag tog tag i eller gjorde så att, arbetsplatsen förändrades, min livssituation förändrades). Åtta patienter uppgav att samtalen hjälpte dem att se de orsaker som bidrog till att en förändring skedde. Exempel på sådana orsaker kunde vara en destruktiv relation, att kunna acceptera flera orsaker till problemen, att "se mitt liv" och att "lugna ner mig". En patient tog tag i problemen genom att söka både psykoterapi och alternativ behandling. Fyra patienter refererade till förändringar på arbetsplatsen. Fem patienter hänvisade till att de hade förändrat sin livssituation. Fem patienter angav orsaker som exempelvis byte av sovrum, amalgamsanering, att de undvikit elmiljöer och vistats på ett hälsöhem.

Del 2 vid uppföljningsintervjun: Psykoterapi som behandlingsform

Patientens skattning av problem och bedömning av psykoterapi

Vid psykoterapins start kom psykolog och patient överens om problemformuleringar och inriktningar för det gemensamma arbetet. Patienterna tillfrågades vid uppföljningsintervjun om de mindes vilket eller vilka problem som togs upp i psykologsamtalen. Frågan var befogad därför att uppfattningen om den psykologiska processen kan förändras med tiden. Den kan i vissa fall förnekas eller idealiseras. Alla utom två patienter kom ihåg vilka psykologiska problem som var i fokus i samtalen. De psykologiska problemområdena som patienterna återgav vid intervjun handlade till exempel om att hantera "arbetssituation och stress", "oro och rädsla för hudutslag", "nedstämdhet", att "ha kontroll över livssituationen både privat och på arbetet", att "sätta gränser" och om problem med relationer.

Relationen mellan psykologen och patienten, den så kallade arbetsalliansen, är en väsentlig och viktig del av behandlingen. En viktig aspekt i denna relation är om patienten känner att hans eller hennes verkliga problem kommer fram i samtalen. Tjugotvå patienter ansåg att deras problem kom fram medan fyra patienter svarade att

deras problem inte kom fram i samtalen. Tjugotre patienter ansåg att psykologen var överens med patienten om var i problemet låg, medan tre patienter ansåg att psykologen inte förstod deras problem.

Hälften av patienterna hade en klar minnesbild av själva samtalen medan övriga bara hade en vag minnesbild av samtalen.

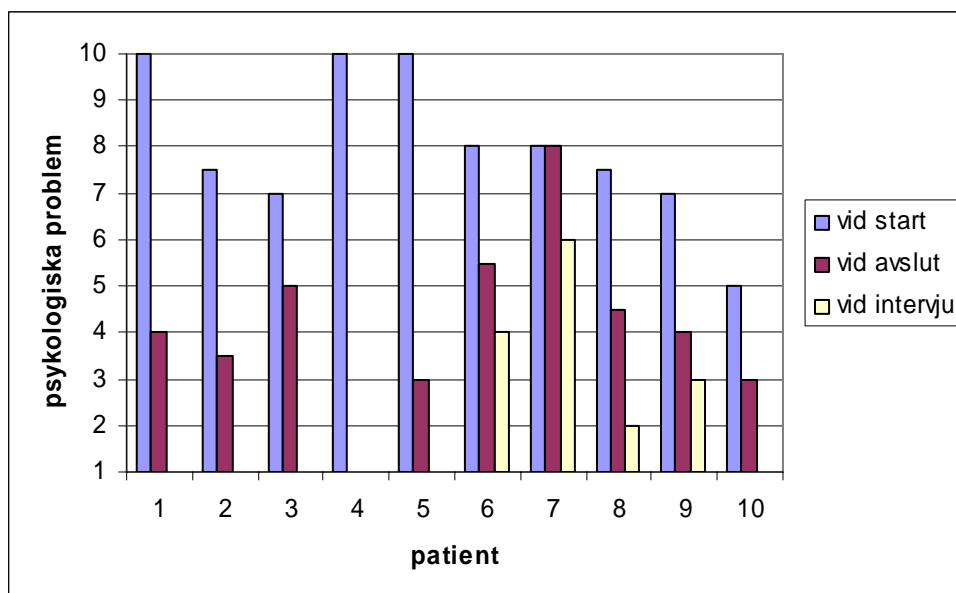
Mål och inriktning för det terapeutiska arbetet verkar inte ha varit klart uttalade. Nio patienter kom inte ihåg vilket mål som var uppsatt för behandlingen. Av dessa uppgav sex patienter mål för terapin som inte överensstämde med de mål som enligt journaldata hade satts vid samtalens början.

Tjugofem patienter bedömde sina psykologiska problem som relativt stora när samtalen startade. Vid behandlingens slut kändes problemet relativt stort för nio patienter. Femton patienter kände en klar förbättring det vill säga problemet hade minskat.

Vid den uppföljande intervjun uppgav 21 patienter en förbättring. Fem av dessa uppgav att det specifika psykologiska problemet som de haft före behandlingen hade försvunnit, för 13 patienter hade problemet minskat och tre patienter svarade att det blivit lättare att leva med problemet. För tre patienter var problemet oförändrat och för en patient hade problemet förvärrats.

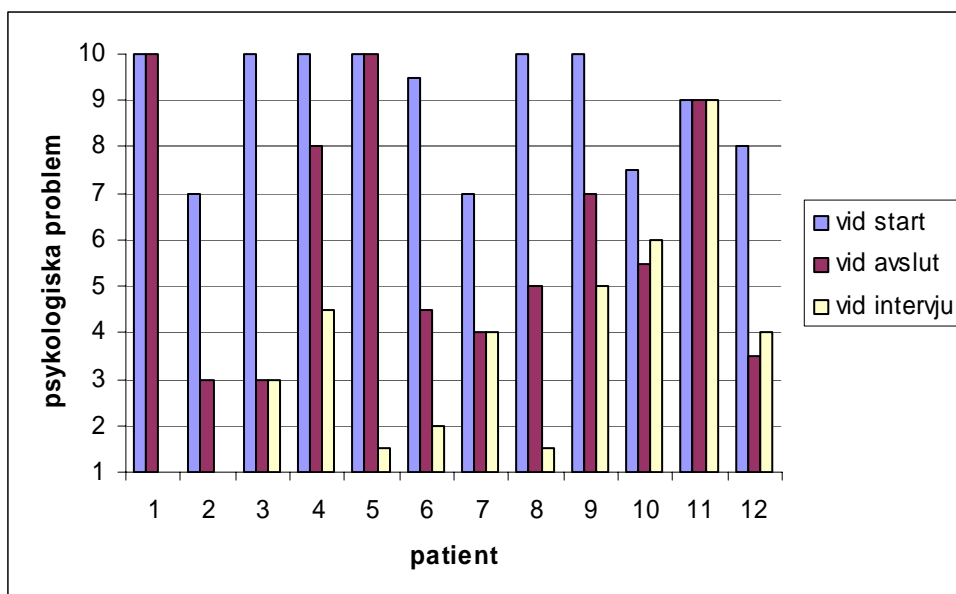
Figurerna 4, 5 och 6 visar hur patienterna i grupperna 1, 2 och 3 bedömde sina problem före behandlingen, vid terapins slut och vid intervjun. I samband med skattningen fick patienterna även ta ställning till om problemen förvärrats, var oförändrade, blivit lättare att leva med, hade minskat eller försvunnit.

Enligt figur 4 har den förbättring som skedde vid terapins slut fortsatt mer eller mindre för alla patienter i gruppen "inga eller obetydliga besvär vid terapins avslut" (grupp 1).



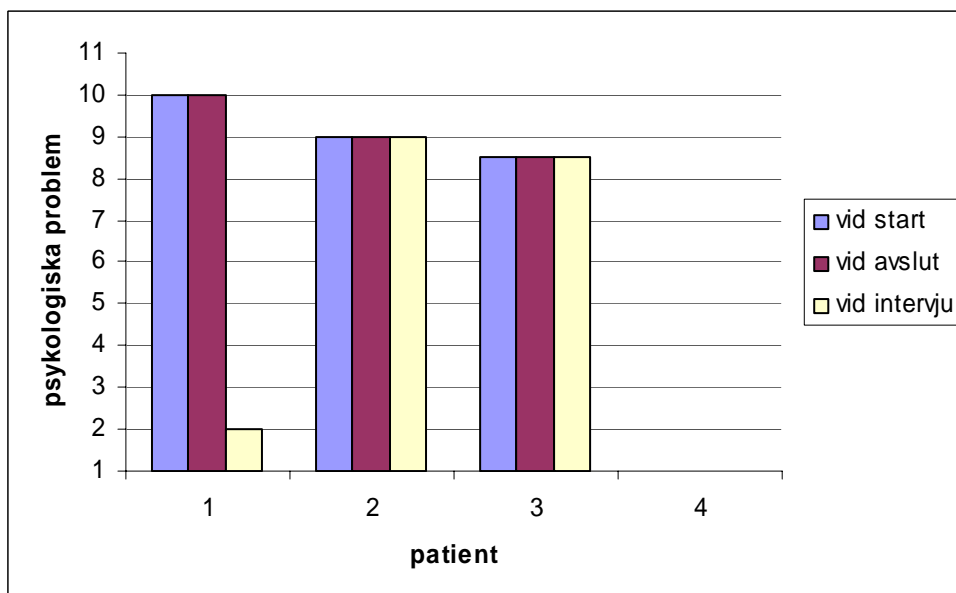
Figur 4. Skattning av problemet före och efter avslutad terapi samt vid intervjun för grupp 1 (= "inga eller obetydliga besvär vid terapins avslut"), n=10.

I gruppen som hade "kvarstående, men hanterbara besvär vid terapins avslut" (grupp 2) hade elva patienter blivit bättre över tid och för en patient kvarstår problemen (patient 11) (figur 5).



Figur 5. Skattning av problemet före och efter avslutad terapi samt vid intervjun för grupp 2 (= "kvarstående, men hanterbara besvär vid terapins avslut"), n=12.

Två av patienterna i grupp 3 skattade vid intervjun att de inte blivit bättre under behandlingen eller efteråt. En patient rapporterade en förbättring efter psykoterapin. En av patienterna hade inte gjort någon skattning (figur 6).



Figur 6. Skattning av problemet före och efter avslutad terapi samt vid intervjun för grupp 3 (= "ingen förändring vid terapins avslut").

I samband med att patienterna fick skatta sina problem ombads de att ange vad de trodde kunde ha bidragit till hur de mår idag. Sjutton patienter angav att samtalen hade hjälpt dem att känna till exempel trygghet och slippa oro, att kunna säga ifrån, att se samband mellan stress och problem, att ha fått mer insikt, att inte fokusera på problemet, och att återgå till arbetet. För en patient var det en hjälp att ta tag i problemet och att söka såväl psykoterapi som alternativ behandling. En patient angav att hans livssituation hade förändrats. Sex patienter angav andra orsaker som bidragit till hur de mår idag som till exempel en viktig livshändelse, amalgamsanering, ledighet och vistelse på ett hälsohem.

Tjugo patienter var positiva till psykoterapi, två patienter var negativt inställda och tre patienter var osäkra. Vid eventuella framtida psykologiska problem kunde 17 patienter tänka sig att söka kontakt med psykolog. Fem patienter skulle föredra en annan typ av behandling och fyra patienter uppgav att de inte kommer att söka kontakt med psykolog. Vid intervjun framkom att tre patienter hade sökt psykoterapi och två alternativ behandling.

Nästan alla patienterna hade en positiv syn på framtiden. De hade funnit nya vägar och mer funktionella sätt att lösa sina problem. Fyra patienter uppgav att de kände oro inför framtiden på grund av deras nuvarande livssituation.

Majoriteten av dem som var positiva till terapin uppgav även positiva omdömen om den terapeutiska relationen.

Patientkommentarer vid den uppföljande intervjun:

”Jag kände mig lättad när jag såg terapeuten. Hon var entusiastisk och betydde mycket.”

”Skönt att tala med psykologen. Hon tvingade mig att ta i själv. Ställde frågor trots att jag inte kunde svara direkt. Det startade en process i huvudet. Jag orkade inte svara på allt då.”

”Terapin hjälpte mig jätte mycket. Jag fick förståelse.”

”Det var bra att samtala och slippa medicin. Det lättade.”

”Samtalen var starten till förändring. Jag fick kraft att förändra.”

”Jag är aktsam om mig själv. Jag orkar med utbildning och arbete.”

”Terapeuten lyckades bra. Jag trodde på vad hon sade.”

”Det var lite svårt, men jag fick bra förtroende för terapeuten och kunde öppna mig. Det var ju ett av mina problem.”

”Enda sättet! Det räcker inte att en läkare ställer diagnos. Man måste se andra öppningar, andra sätt att hantera. Bra att ha en utomstående att bolla sina tankar med. Det är svårt att se saker själv ibland. Det är viktigt med personkemi.”

”Terapin hjälpte mig att ta beslut, att veta hur jag skulle göra.”

”Det kändes befriande. Bra att inte fokusera på problemet längre.”

”Ett bra sätt. Lagom att träffas en gång i veckan. Det behövs tid för att smälta allt som sagts under samtalet och en känsla liksom.”

”Samtalen hjälpte mig att se mig själv, kan stå på mig mera. Tidigare undfallande i relationer och hade svårt att sätta gränser. Kände skuld att inte orka bära andras problem.”

”Utan den behandlingen så hade jag aldrig haft kraft att komma tillbaka till arbetet.”

Några gav mer negativa synpunkter på psykoterapin:

”Terapeuten borde ha varit mer rakt på sak, ge mig mera råd hur jag skulle göra. Hon borde ha varit tuffare.”

”Det gav inget. Jag har inga psykiska problem.”

”Psykologen har inte förstått någonting av hur det är att vara elkänslig”

Diskussion

Studien utvärderar om korta psykoterapeutiska insatser kan bidra till att symtom och oro minskar samt hjälpa patienter med miljörelaterade besvär att hantera sin situation bättre.

Vid uppföljningsintervjun uppgav majoriteten av patienterna att besvären minskat jämfört med tiden innan behandlingen. För 20 patienter hade förbättringen vidmakthållits eller ytterligare förbättrats efter terapin vad gäller miljörelaterade besvär. Tjugoen patienter rapporterade samma sak vad gäller psykologiska problem. Utvärderingen talar således för att en psykoterapeutisk behandling, där man bearbetar de psykologiska problemen, kan medföra att besvär relaterade till olika miljöfaktorer kan försvinna eller minska. Det förutsätter att patienterna som behandlas primärt sökt för dessa besvär. Det är positivt att den förändringsprocess som påbörjades under psykoterapin hade fortsatt för flera av personerna. För andra verkar det som om de miljörelaterade besvären varit mer befästa.

Vår teoretiska utgångspunkt är att miljörelaterade problem är multifaktoriella på en psykologisk och social grund och beroende av individens sårbarhet. Personer som har miljörelaterade besvär bär ofta med sig tidiga upplevelser och erfarenheter som ökar den individuella sårbarheten. Även om patienterna inte själva uppfattar att de varit involverad i en traumatisk händelse kan de ha varit en del av händelsen genom någon nära anhörig. Erfarenheter av separationer, förluster och andra negativa livshändelser redan tidigt i livet var inte ovanligt i undersökningsgruppen. Brister i tidiga anknytningsmönster till viktiga personer leder ofta till att man har svårt att känna tillit till andra och sig själv. Flertalet i undersökningsgruppen som hade hög grad av ångest och var deprimerade visade sig vara extra sårbara.

Våra resultat överensstämmer med det som har kommit fram i andra undersökningar om förekomst av ångest och depression hos personer med amalgamrelaterade besvär (Malt et al, 1997, Nerdrum et al, 2004) och olika mentala och somatiska symtom som uttryck för sårbarhet hos personer med amalgam- och elrelaterade besvär (Bergdahl et al, 2005). I en undersökning som bestod av djupintervjuer med personer med amalgamrelaterade besvär fann man en grupp som saknade en förmåga att

bearbeta tidigare förluster, separationer och beroenderelationer och att denna oförmåga kan resultera i kroppsliga symtom (Hillert et al, 2003).

Människor bedömer risker olika beroende på olika faktorer. Oro och ängslan kan göra en del individer mer benägna att tolka vissa av sina kroppssignaler som symtom. Miljö känslighet kan ses som en yttring för oro och osäkerhet inför aktuella hot i den yttre miljön som definieras i samhället (Johannisson 2005). Miljö känslighet kan ha ett syfte genom att symtomen i sig kan vara funktionella för patienten, men att tolka symtomen som farliga kan leda till en läsning. Vi anser att miljö känslighet kan fungera som en strategi och ett skydd för individen vid en pressande livssituation. Målet med en psykoterapi är inte att eliminera det upplevda problemet (miljö känslighet) men att öka förmågan att hantera och orka med ångest och därmed minska symtomen. Psykoterapin kan ha varit en kraft som medverkat till att den positiva förändringsprocessen sattes i gång.

Vid korttidspsykoterapier krävs det att psykologen och patienten tillsammans fokuserar på problemen och formulerar tydliga mål, att patienten är motiverad och att den terapeutiska alliansen är god. En tydlig koppling som vi fann var att de som upplevde en förbättring hade blivit bedömda av psykologen som motiverade, att ha en förmåga att etablera en relation i samspel med psykologen och att vara öppna för psykologiska aspekter. Psykoterapin verkar ha minskat patienternas ängslan och oro för att påverkas av yttre faktorer. Symtomen har därmed minskat eller försvunnit och psykoterapin har lett till att patienterna blivit mer öppna inför att förstå sina psykologiska problem. Den har också tillhandahållit verktyg för patienten att finna nya lösningar på sina problem. Dessa patienter visar framtidstro, vilket gäller även dem som har genomgått negativa livshändelser efter avslutad terapi.

Slutsatsen är att för patienter som initialt söker för miljörelaterade besvär kan tidsbegränsad psykoterapi erbjuda en möjlighet till behandling, eftersom det inte finns någon medicinsk behandling som har visat sig vara verkningsfull. Alla bär med sig något livsproblem. Tillsammans med psykologen ges patienten möjlighet att formulera ett aktuellt, begränsat problem, som ger patienten förhoppning om en förändring. I och med att relationen mellan psykoterapeuten och patienten initieras börjar den terapeutiska alliansen att formas.

Våra resultat visar att om man inte lyckas skapa en kontakt mellan varandra blir den terapeutiska processen lidande. Vid intervjuerna uppgav nio patienter att målet för terapin inte hade varit tydligt formulerat. Sex av dessa uppgav problemområden som inte överensstämde med dem som psykologerna hade angivit i journalen. De individer som ansåg att terapin inte hjälpt dem hade inte varit riktigt motiverade för att förändras och en god arbetsallians hade inte heller uppnåtts. Enligt resultatet var prognosen sämre för de patienterna som hade haft sina symtom tio år eller längre. De var dessutom ofta övertygade om att det fanns ett samband mellan miljöfaktorer och ohälsa. Enligt psykologerna kan en del av dessa patienter ha arbetat bra i psykoterapin, men de själva ansåg att de blivit bättre av andra orsaker som till exempel sanering av amalgamfyllningar eller att de börjat undvika problemen.

De flesta patienterna i undersökningsgruppen var i arbete och det hade inte skett några större förändringar i arbetsförmåga före och efter psykoterapin. De flesta uppgav dock att de hade relativt stora besvär före psykoterapin vilket innebar risk för att besvärsbilden på sikt kunde ha lett till försämrad arbetsförmåga. Ju tidigare patienterna får hjälp desto lättare är det att uppnå förändring.

Resultatet pekar på att psykoterapin hade satte i gång en process som ledde till att patienten blev bättre och bättre med tiden. När processen fortskred kan antas att

patienten fått något positivt med sig. Det är av vikt att individen själv varit del i förändringen. Det finns en förmåga hos människor att läka sig själva, men ibland behövs hjälp utifrån att sätta igång processen. Vi har funnit att det kan räcka med sex till åtta samtal för att nå ett bra resultat. Det fanns dock inga större skillnader i terapins längd mellan de tre olika grupperna med olika utfall. Vid intervjun visade det sig att sex av de nio patienter som psykologerna bedömde ha behov av vidare terapeutisk kontakt också hade sökt en ny kontakt. Tre patienter hade sökt psykoterapi, två alternativ behandling och en hade valt medicinsk behandling.

Det kom fram att patienterna uppskattade att vi gjorde en utvärdering. Vid intervjun kommenterade flera patienter att det kändes tryggt att vi visade intresse och att de fick en känsla av att bli sedda samt att de fick möjlighet att lämna synpunkter på verksamheten och på behandlingen. Vi anser att fler uppföljningar borde göras inom vården. Flera av patienterna framhöll att vår modell med en bred bedömning och ett allsidigt tidigt omhändertagande är viktigt vid bemötandet av miljö känsliga patienter.

Patientkommentarer vid den uppföljande intervjun:

”Den verkliga behållningen var att inte ses som en skolmedicinsk patient, utan att få spegla själen.”

”Verksamheten gav en helhetssyn”

”I början var det jobbigt. När man måste öppna sig, men det måste man för att lösa upp knutar. Först tyckte jag att el är ”det farliga”, men nu vet jag att det finns annat som påverkar.”

”Livet är inte perfekt, men det finns ljus i tunneln. Det finns hopp och möjligheter. Jag har ett val, vilka vägar jag kan ta. Tidigare frustration.”

Vår slutsats är att patienter med miljörelaterade besvär skulle kunna omhändertas inom primärvården under förutsättning att där finns tillgång till psykologisk kompetens. Samarbete mellan läkare och psykolog är det optimala för behandlingen, som då blir tydlig och gynnsam för patienten. Samarbetet underlättar även läkarens och psykologens arbete.

Vi har i vårt kliniska arbete i form av psykoterapi med patienter med miljörelaterade besvär sett så positiva resultat att denna behandling borde vara en självklarhet vid rehabilitering. Liknande kliniska erfarenheter finns vid andra yrkesmedicinska kliniker runt om i Sverige, däremot finns inga andra långtidsuppföljningar av psykoterapi med patienter med miljörelaterade besvär. Vår utvärdering talar dessutom för att behandlingen skapar en positiv förändringseffekt på längre sikt.

Litteratur

Ahlin E, Antonsson H, Gunnarsdottir H, Holm I, Karlsson J, Manhem Frändesjö C, Nyberg K, Nyström A, Sörg C. *Deltapsykologerna*. Göteborg, Hisingen: Utvärderingsrapport 2001.

Andersson B, Berg M, Arnetz BB, Melin L, Langlet I, Liden S, *A cognitive-behavioral treatment of patients suffering from "electric hypersensitivity"*. J Occup Environ Med 1996;38: 752-758.

Ankarberg P. Starkt vetenskapligt stöd för psykodynamisk psykoterapi. *Insikten* 2005; 4: 26-32.

Antonovsky A. *Health, stress and coping. New perspectives on mental and physical well-being*. San Fransisco: Jossey-Bass 1979.

Antonovsky A. *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur 1987.

Beck A T. *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press 1976.

Beck A T, Rush A J, Shaw B F, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press 1979.

Beck A T, Emery G. *Cognitive therapy of anxiety and phobias*. New York: Guilford Press 1985.

Bergdahl J. 2001. Föreläsningmaterial. Allergistämman, Stockholm 2001

Bergdahl J, Mårell L, Bergdahl M, Perris H. Psychological personality dimensions in two environmental-illness patient groups. *Clin Oral Invest* 2005;9: 251-256.

Bergqvist U, Brante T, Fransson K, Hanson-Mild K, Hillert L, Johansson O, Rönnbäck L, Sandström M, Stenberg B. *Elektromagnetiska fält, elöverkänslighet och neurologisk sjukdom – en kunskapsöversikt*. Arbete och Hälsa, Arbetslivsinstitutet, 1998;23.

Bowlby J. *En trygg bas. Kliniska tillämpningar av bindningsteori*. Stockholm: Natur och Kultur 1994.

Carlsson A M. Psykoterapi finansierad med offentliga medel inom Stockholms läns landsting. Kartläggning av organisationen och en utvärdering. 1993, i Cullberg J. *Att prioritera för psykoterapi. En utredning för Stockholms läns landsting*. Stockholm: Stockholms läns landsting, HSN staben 1995.

Carlsson S G. *Privatpraktiserande läkare och psykologer i samverkan, "Poppis1" och "Poppis 2"*. Dagmarprojekten, en sammanfattande utvärdering, Göteborgs universitet 2001.

Dewald PA. *Dynamisk psykologi*. Stockholm: Natur och Kultur, 1972.

Dewald PA. *Psykoterapi*. Stockholm: Natur och Kultur, 1973.

Flegenheimer WV. *Psykodynamisk korttidsterapi*. Stockholm: Natur och Kultur 1985

Harlacher U. "Elkänslighet": en förklaringsmodell, några karakteristika hos drabbade och effekten av psykologisk behandling med kognitiv-beteendeterapeutiska metoder. Akademisk avhandling, *Studia Psychologica et Paedagogica*- series altera CXXXV, Lunds universitet 1998.

Hillert L, Kolmodin-Hedman B, Dölling B. *Kognitiv terapi vid behandling av patienter med elöverkänslighet*. Rapportserie Yrkes- och Miljömedicin, Samhällsmedicin Syd, Centrum för Yrkes- och Miljömedicin. CVM rapport 1996/2.

Hillert L, Savlin P, Levy Berg A, Heidenberg A, Kolmodin-Hedman B. *Environmental illness – effectiveness of salutogenic group-intervention program*. *Scandinavian Journal of Public Health* 2002; 30: 166-175.

Hillert L, Savlin P, Lindelöf B, Musabasic V, Sanborg Englund G. *Amalgamrelaterade besvär i ett vidare perspektiv, en kvalitativ studie med djupintervjuer*. Slutrapport till Tandvårdsstaben, Stockholm läns landsting. 2003.

Johannisson K. *Den mörka kontinenten: kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*. Stockholm, Nordstedt 2:a uppl. 2005.

Johansson H. *Therapeutic Alliance in general Psychiatric care*. Akademisk avhandling, Institutionen för psykologi, Lunds universitet 2006.

Järvå H. *Hälsopsykologerna i Göteborg*. Utvärdering av verksamhetsåret 1 april 2004- 31 maj 2005. Göteborg 2005.

Lidbeck J. Group therapy for somatization disorders in general practice: effectiveness of a short cognitive-behavioural treatment model. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96: 14-24.

Malt U F, Nerdrum P, Oppedal B, Gundersen R, Holte M, Löne J. *Physical and mental problems attributed to dental amalgam fillings*. *Psychosomatic Medicine* 1997 Jan-Feb; 59(1):33-41.

Mann J. *Tidsbegränsad psykoterapi. En korttidsterapeutisk modell*. Stockholm: Wahlström & Widstrand 1980.

Miljöhälsorapport. Miljömedicinska enheten, Stockholms läns landsting. 1998

Nerdrum P, Malt U F, Hoegland P, Oppedal B, Gundersen R, Holte M, Löne J. A 7-year prospective quasi-experimental study of the effects of removing dental amalgam in 76 self-referred patients compared with 146 controls. *Journal of Psychosomatic Research* 2004; 57: 103-111.

Nilsson I, Wallin S. *"Jag går aldrig till psykiatrin..."* Livskrisprojektet, Sydvästra Sjukvårdsområdet, Stockholms läns landsting 1995.

Pennebaker JW. Psychological bases of symptom reporting: Perceptual and emotional aspects of chemical sensitivity. *Toxicol Indust Health* 1994; 10: 497-511.

Perris C, Perris H. *Personlighetsstörningar*. Stockholm, Natur och Kultur 1998.

- Piaget J. *The psychology of the child*. London, Routledge & Kegan Paul 1969.
- Sandell R. En psykoanalys, flera psykoanalyser. *Psykisk Hälsa* 1993; 2: 83-97.
- Socialstyrelsen. Primärvård. Hälso- och sjukvård –Lägesrapport 2006. Socialstyrelsen 2006.
- Socialstyrelsen. Antidepressiva läkemedel vid psykisk ohälsa. Studier av praxis i primärvården. Socialstyrelsen 2006.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturoversikt. SBU-rapport nr 166; vol 1,2 och 3, 2004.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Behandling av ångestsyndrom. En systematisk litteraturoversikt. SBU-rapport nr 171, vol 1 och 2, 2005
- Stenlund G. *Psykodynamisk korttidsterapi. En intensivstudie av samspel, förändring och utfall*. Akademisk avhandling. Institutionen för psykologi, Lunds universitet 2002.
- Stern D. *Spädbarnets interpersonella värld*. Stockholm, Natur och Kultur 1991.
- Svartberg M, Stiles T C. Comparative Effects of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of consulting and Clinical Psychology* 1991; 59(5): 704-714.
- Vårdalstiftelsen. *Lösningen på allergins gåta: gränsöverskridande forskning?* Vårdalstiftelsens rapportserie nr 3, 1999.
- Watson D, Pennebaker JW. Health complains, stress, and distress: Exploring the central role of Negative Affectivity. *Psychological review* 1996; 2: 234- 254.

Bilaga 1

Beskrivning av kognitiv psykoterapi, psykodynamisk psykoterapi, psykodynamisk korttidspsykoterapi och stödterapi

Kognitiv psykoterapi

Kognitiv psykoterapi ingår i det nya svenska samlingsbegreppet för kognitiva och beteendeorienterade terapier. Kognitiv psykoterapi är en benämning som internationellt används synonymt med begreppet Cognitive-Behavioural Therapy. Uppdelningen mellan psykoterapi och beteendeterapi är således inte strikt inom den kognitiva traditionen eftersom man använder tekniker från båda håll och terapin grundar sig på en kognitiv modell som utgår från emotionella störningar. Ordet kognitiv kommer från det latinska ordet *cognoscere* som betyder lära känna. Med kognitioner menas enskilda tankar och bilder som bygger upp vår föreställningsvärld. Kognitioner, verbala såväl som icke-verbala, är bärare på emotioner och avgör hur vi uppfattar verkligheten och vilka känslor som vi förknippar med den. Kognitiv inriktning handlar alltså om vårt tänkande utifrån de kunskaper och erfarenheter vi tillägnat oss.

Grundprinciper för kognitiv terapi bygger på en humanistisk och konstruktivistisk människosyn. Varje människa är unik och utvecklas och formas aktivt under hela livet i relation med andra i sin omgivning. Vi konstruerar vår värld och vår privata verklighet som våra tankar sedan speglar. All perception, inlärning och vetande beror på att vi bearbetar, selekterar, filtrerar, tolkar och tillskriver inre och yttre stimuli mening på ett personligt sätt. Dessa bearbetningsmönster ses som grundantaganden.

Den teoretiska kunskapsbasen inom kognitiv terapi bygger på en rad vetenskaper bland annat psykologi, filosofi, neurofysiologi och evolutionsteori. Den ursprungliga teoretiska ramen för behandlingsmetoden utvecklades av Aaron T Beck (1976, 1979, 1985). Det finns inte bara en utan ett antal teoretiska inriktningar i kognitiv psykoterapi, till exempel konstruktivismen, schemateori och emotionsteori. Idag ingår även den så kallade tredje vågens kognitiva terapimetoder i beteckningen kognitiv psykoterapi eller kognitiv beteendeterapi. Exempel på en sådan terapi är Mindfulness och Acceptance and Commitment Therapy, ACT.

De relevanta utvecklingspsykologiska teorierna som används är främst Piagets utvecklingsteori om hur individen förvärvar kunskap (Piaget 1969), Bowlbys bindningsteori om kunskap om anknytning mellan barnet och dess huvudsakliga vårdgivare (vanligtvis modern) som ses som en "trygg bas" i livet (Bowlby 1994) samt Sterns teori om självet utveckling och de interpersonella processerna (Stern 1985). I psykoterapi bildar teorierna ramen för förståelse för individens utveckling genom livet och underlaget för göra problem begripliga.

Varje människa är i stånd att påverka sitt eget tillstånd, åtminstone till någon grad. Grundläggande antaganden (levnadsregler, schemata) som ofta formas tidigt i livet, styr vårt känsloliv och vårt beteende och vår uppfattning om oss själva. Tankar, känslor, handlingar och kroppens fysiologi är beroende av varandra och påverkar varandra ömsesidigt. Att medvetandegöra och skapa en förändring i dessa grundantaganden är en avgörande process som kan leda till mer funktionella "livsstrategier", men som inte kan påskyndas utan måste styras av individen själv. Den konstruktivistiska hållningen i psykoterapi stävar efter att guida patienten till att finna en histo-

risk förståelse för de egna personliga teorierna i verkligheten. Psykoterapeuten och patienten försöker genom ett aktivt jämbördigt samarbete komma till rätta med patientens problem, den kognitiva dysfunktionen. Psykoterapin fokuseras på patientens "friska sida" snarare än på symtom. Styrkan med kognitiv psykoterapi ligger i pedagogiken i den sokratiska dialogen. Patienten ges möjlighet att lära känna sig själv och omvärlden på ett nytt sätt.

Kognitiv psykoterapi användes från början främst i behandlingen av depressioner och ångesttillstånd (Beck et al 1979, 1985), men har även visat sig vara en effektiv behandlingsmetod vid andra sjukdomstillstånd som kronisk smärta, kronisk trötthetssyndrom och psykosomatiska sjukdomar. En svensk studie har undersökt effekterna hos patienter med somatiseringssyndrom inom primärvården efter att de genomgått en kognitiv korttidsterapi i grupp med beteendeterapeutisk inriktning. Studien kom fram till att patienternas fysiska illabefinnande, deras fokus på de somatiska besvären och deras medicinering minskade i jämförelse med en grupp obehandlade patienter (Lidbeck, 1997). Kognitiv terapi används dessutom vid ätstörningar, drogproblem, samlevnadsproblem och på senare tid även vid svårare psykiatriska sjukdomstillstånd som bipolärt syndrom, schizofreni och personlighetsstörningar (Perris & Perris 1998).

Psykodynamisk psykoterapi

Psykodynamisk psykoterapi bygger på psykoanalytisk teori som integrerat tankegångar och teoretiska aspekter från andra skolbildningar som till exempel affektteori, anknytningsteori, objektrelationsteori, och utvecklingsteori. Enligt den psykodynamiska synen är det mänskliga psyket i ständig förändring och utveckling genom krafter såväl inom individen som i relationer med andra individer. Nedan beskrivs några antaganden som är gemensamma för psykoanalysen och psykodynamiskt orienterade psykoterapier (Sandell 1993, Dewald 1972).

De handlingar människor utför, i den mån de bestäms av psykiska processer, har en avsikt och mening och uttrycker en önskan att uppnå något. Det är de omedvetna psykiska processerna som påverkar vårt sätt att handla. I dessa psykiska skeenden finns det omedvetna föreställningar, fantasier, önskningar, avsikter, behov och meningar som hade väckt olust, gett skuld känslor och hotat den egna självbilden om de hade varit medvetna. För att undvika att bli medvetna om dem tränger vi bort dem.

Alla psykiska skeenden karakteriseras av konflikter. Inre konflikter är ett naturligt tillstånd och de handlingar vi utför är ett försök att lösa dessa konflikter. Här syftar bortträngning och andra försvarsmekanismer till att medla mellan å ena sidan driften och den andra sidan samvetet, självbilden och verkligheten. Konflikternas roll kan ersättas av ett bristbegrepp, det vill säga att barnets behov i de primära relationerna inte blivit tillgodosedda leder till olika brister i barnets psykiska utveckling.

Barndomens betydelse för individens psykiska utveckling betonas, liksom arv och den kulturella miljö i vilken barnet växer upp i. Utvecklingen sker i givna faser och övergångar och bygger på hur barnet klarat av den tidigare fasen. Under vissa förhållanden sker en regression av psykiska funktioner, det vill säga en återgång till beteenden som utvecklats i en tidigare fas. Under utvecklingens gång, som pendlar fram och tillbaka, kompenseras och repareras uppkomna brister.

Begreppet överföring är ett fenomen som förekommer i alla relationer. Det innebär att man i varje relation omedvetet upprepar samma mönster och handlingar man tidigare lärt in i relationen till ursprungsfamiljen.

Psykoterapins mål är att få patienten att bli medveten om de inre konflikter som ger symtom och inre smärta och som patienten omedvetet försvarar sig mot. Psykoterapeutens uppgift är att stötta och tolka olika situationer för patienten. Genom att försvararen minskar framträder konflikterna på ett medvetet sätt och hjälper patienten att se hur de påverkar honom eller henne i den nuvarande livssituationen. I överföringsprocessen hjälper terapeuten patienten att bli medveten om sitt karakteristiska sätt att relatera till nuvarande betydelsefulla personer (Dewald 1973).

När patientens förmåga att lösa sina inre psykiska konflikter ökar, blir han eller hon mer självständig och får en bättre självkänsla. Patienten får därigenom ett mer flexibelt förhållningssätt både till sina medmänniskor, sin omgivning och till sig själv vilket medför att symtomen inte längre behövs.

Psykodynamisk terapi är lämplig för personer som har relationsproblem med andra, vill utveckla sig själv, befinner sig i krissituationer, lider av ångest, depression, ätstörningar, personlighetsstörningar och för personer med såväl svåra som lindrigare psykiatriska diagnoser. Psykoterapi är ofta en långsiktig, individuell terapi, men den kan också utformas som en korttidsterapi.

Psykodynamisk korttidsterapi

Den tidsbegränsade terapin som här använts är grundad på Manns (Mann, J 1980) stödjande icke konfrontativa terapi. Tidsaspekten, tidens innebörd och tidskänslans utveckling, samt den återkommande livskris som en separation och individuation utgör, ligger till grund för behandlingen. En terapi kan ge patienten en möjlighet att återuppliva de tre faserna i de normala utvecklingsstadierna vad gäller tidskänslans utveckling. Under den första fasen i terapin återskapas känslan av oändlig tid och omnipotens och nu sker en snabb förbättring av patientens symtom. Terapeuten är en förstående lyssnare. Därpå följer en period av ambivalens, då patienten upplever tidens realiteter och begränsningar. I detta skede återkommer symtomen och patienten tvivlar på och ifrågasätter terapin. Slutligen nås en period av separation, som upplevs och accepteras på ett mer adaptivt sätt än tidigare.

Psykoterapeutens aktiva och stödjande förhållningssätt och förståelse för patientens problem ökar patientens motivation och möjliggör ett snabbt etablerande av en terapeutisk allians.

Utifrån patientens berättelse formuleras fokus för terapin det "centrala temat" i termer av en medveten känsla som är av betydelse för patienten. Fokus i terapin riktas mot patientens "kärnproblematik" som har betydelse i patientens relation med betydelsefulla personer, men som också uppträder i överföringen i relationen till terapeuten.

Den känsla av tillit och optimism som terapeuten förmedlar symboliseras av den uppsatta tidsgränsen, att det går att åstadkomma betydande resultat på relativt kort tid. Terapin läggs formellt upp med tolv tillfällen en gång i veckan. Denna modell lämpar sig för de flesta patienter som söker psykoterapi eftersom metoden inte ställer krav på stränga urvalskriterier. En viktig aspekt för att bedöma om korttidsterapi är lämpligt är patientens jagstyrka, det vill säga hur patienten fungerar socialt, i arbetet och i relationer, samt hans förmåga att snabbt knyta an och ta avsked till människor. För patienter med borderline personlighetsstörning och psykosproblematik samt patienter med djup depression som inte förmår att föra dialog är behandlingen inte lämplig.

Målet med behandlingen är att öka patientens förmåga att förstå orsaken till sina smärtsamma känslor och därmed uppnå en ökad självkänsla och förmåga att hantera separationer och beroende eller oberoende konflikter (Flegenheimer 1985).

Stödterapi

I en stödjande terapi fokuseras behandlingen på patientens medvetna material genom att uppmuntra och stödja patientens adaptiva förmåga. Behandlingen inriktas på att stödja patienten att finna nya sätt att hantera sin situation och att finna lösningar på sina svårigheter, vilket generellt kan stärka självkänslan och öka förmågan och viljan att prova nya lösningar på sina problem. Man försöker att tillsammans identifiera och minska oron för yttre faktorer som ökar symtomen och ångestnivån. Terapeuten försöker också att motivera patienten till att fortsätta sin behandling om det verkar gynna patienten.

