



*Svenska föreningen  
för medicinsk  
psykologi*

*Svenska föreningen  
för psykosomatisk  
medicin*

*Svenska  
psykoanalytiska  
föreningen*

*Svenska  
psykoanalytiska  
sällskapet*

## **Medlemsblad för Svenska Läkaresällskapets Sektion för Medicinsk Psykologi**

### **I detta nummer**

Från redaktionen

Från sektionens styrelse

Styrelsens ledamöter

Kalender för sektionens nästkommande aktiviteter

Presentation av Svenska psykoanalytiska sällskapet

Referat från vårens fredagsseminarier

Irène Matthis - Bortom konversionen-organpråk

Kommande konferenser, föreläsningar mm.

Inbjudan till skrivartävling

# Från redaktionen

Som framgick av senaste Paraplyt alternerar nu ansvaret för medlemsbladet mellan de olika subsektionerna. För detta nummer ansvarar Svenska Psykoanalytiska Sällskapet (Spas) genom Gudrun Igra och Per Hilton-Brown, som för närvarande är Spas representanter och styrelsemedlemmar i Sektionen för Medicinsk Psykologi. Vi passar därför på att i det här numret ge en kort presentation av Spas.

Paraplyt fortsätter av ekonomiska skäl med den korta versionen två gånger årligen. Det innebär huvudsakligen information om sektionens och subsektionernas kommande programverksamheter samt kortare referat från dessa. Arbetet med uppdatering av sektionens hemsida har fortsatt och i styrelsen pågår en diskussion om hur hemsidan kan vitaliseras. Möjlighet finns redan nu att lägga in längre artiklar och föredrag som inte ryms i Paraplyt.

Vårens fredagsseminarier var välbesökta och uppskattade. Göran Roth ger i det här numret ett referat från seminariet om Transkulturella möten. Iréne Matthis föredrag *Bortom konversionen-organopråk*, som presenterades vid seminariet Psykosomatik i ett psykoanalytiskt perspektiv, ingår i detta nummer. Båda dessa seminarier kommer att hållas vid Riksstämman i år. Det är beklagligt att planerade fredagsseminarierna under hösten fått ställas in pga få anmälningar.

Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi inbjuder till skrivartävlig och informerar om det i detta nummer.

För nästa nummer av Paraplyt som utkommer under maj 2007 ansvarar Svenska psykoanalytiska föreningen. Deadline för inlämnat material är 22:a april 2007.

*Gudrun Igra & Per Hilton-Brown*

## Redaktion

Representant för Svenska psykoanalytiska föreningen:

*Daniela Montelatici Prawitz*                      Tel: 08 662 62 12

Representant för Svenska föreningen för medicinsk psykologi:

*Henry Jablonski*                                      Tel: 08 642 75 20

Representant för Svenska föreningen för psykosomatisk medicin:

*Ulf Sundequist*                                        Tel: 070 600 22 43

Representant för svenska psykoanalytiska sällskapet

*Eva Raj*    Tel: 08 411 14 75

## ATT BYGGA EN BRED PLATTFORM

### *Ordförandehälsning september 2006.*

Jag hoppas att ni alla före regnet hade möjlighet att låta sommarens och höstens solstrålar gynna våra humörhöjande pigmenthormoner, och kunnat nyttja värmen till att lätta på kläderna för att bjuda in strålar och bygga på förråden. Och nu det är ju bara ca 16 veckor till vårdagjämningen. Keep smiling!

Först närmar sig **Riksstämman 2006** med huvudteman Rörelseorganen och Klinisk forskning. Vi deltar eller har intresse i flera intressanta symposier, som vi redovisar på annan plats i Paraplyt!

Vi vill dock ligga i framkant på planeringen, och redan i mars ska förslag vara klara på program till **Riksstämman 2007**, som hålls i Stockholm, och jag föreslår att Sektionens samlade krafter närmaste tiden ägnas åt att arbeta fram ett fullödigt innehåll i våra förslag till inslag. Huvudtemat är **Livsstil, miljö och hälsa** och bör ligga vår Sektion varmt om hjärtat. Bland annat finns redan föreberedelser för ett symposium med tema Livsstil, arv och hälsa. **Medlemmarna uppmanas komma med förslag om innehåll i detta symposium och om andra passande teman.**

Vi är en Sektion inom Läkaresällskapet, vilket har gjort Riksstämman till vårt främsta forum för vetenskap och öppna diskussioner. En inte ringa andel medlemmar i våra delföreningar är dock inte läkare. Även om dessa via styrelsen kan ansöka om att bli associerade medlemmar och utan hög kostnad och besvär få tillgång till stämman, finns det dock önskemål om att skapa gemensam, regelbundet återkommande konferens för att bredare och med mer tid få lyssna till och diskutera våra gemensamma teman. Vi har haft som tradition att prova våra riksstämmeprogram i liten skala vid våra fredagsmöten med upp till 30 deltagare. Dessa har haft mycket varierande uppslutning, sannolikt mest beroende på storlek av gruppen närmast sörjande. Som exempel

kan nämnas att ett intressant möte om familjemedicin från barnets perspektiv i september fick ställas in p.g.a. 0 anmälda. Jag hoppas att detta inte avspeglar det samlade intresset för barn i vår verksamhet. Som del i en större konferens belysande hela familjemedicinen hade detta tema sannolikt fått en betydligt större uppmärksamhet.

Hittills har våra stadgeenliga strävanden att ordna större möten fastnat i bristande tid för ytterligare möten. De olika delföreningarna har de tider man alltid haft för sina möten, och dessa sammanfaller inte. Jag kommer att föreslå styrelsen att till de olika delföreningarna ta med en uppmaning om att arbeta för att flytta samman sina ordinarie möten eller bidra till skapande av utrymme och former för gemensamma, större kongresser. I detta arbete bör vi också vara öppna för vidare kontakter i form av nya delföreningar eller nya samarbetsformer, t.ex. i nätverk (nya eller med koppling till befintliga såsom Stressforsknings-nätverket) eller på det moderna sättet etablering av gemensam plattform. Tänkbara medaktörer skulle kunna vara Socialmedicin, Trafikmedicin eller Yrkesmedicin, och ni har säkert idéer om flera som kan bidra till en helhetssyn. Medicinsk och klinisk genetik har uttryckt intresse för samarbete. Och har exempelvis inte den stora och snabbt växande grupp som arbetar med kognitiv terapi något att tillföra vår grupp? Är det kanske dags att ta kontakt med Beteendemedicin för diskussioner om möjlighet till strukturerade samarbetsformer?

Jag tror att tiden är korrekt för ett offensivt och samlat agerande, speciellt mot bakgrund av att regimskiftet i socialdepartement ger möjlighet att på nytt få upp en helhetssyn på dagordningen! Sektionens medlemmar uppmanas inkomma med önskemål och synpunkter!

*Med glada hösthälsningar!*

*Ulf Sundequist*

Ordförande

[sundequist@comhem.se](mailto:sundequist@comhem.se)

070-600 22 43

## Sektionen för medicinsk psykologi inom Läkarsällskapet

### Nuvarande styrelse

*Ordförande:* Ulf Sundeqvist

Human Performance  
Karlstads universitet  
651 88 Karlstad  
Tel: 070-6002243  
[sundeqvist@comhem.se](mailto:sundeqvist@comhem.se)

*Vice ordförande:* Henry Jablonski

Kvarngatan 2  
118 47 Stockholm  
Tel: 08-6427520  
[drhj@jablonski.se](mailto:drhj@jablonski.se)

*Sekreterare:* Göran Rydén

MBT-teamet, Huddinge psykiatriska  
öppenvårdsmottagning  
Röntgenvägen 3, 9 tr.  
141 56 Huddinge  
Tel: 08-57835804  
[goran@ryden.nu](mailto:goran@ryden.nu)

*Kassör:* Per Hilton-Brown

Rundelsgränd 2b  
75312 Uppsala  
Tel: 018-121810  
[p.hilton-brown@telia.com](mailto:p.hilton-brown@telia.com)

*Riksstämmesekreterare:* Ulf Sundeqvist

Se adress ovan

*Redaktör:* Alternerar mellan delföreningarnas styrelserepresentanter. För detta nummer Gudrun Igra och Per Hilton-Brown (Svenska psykoanalytiska sällskapet-Spas)

*Ledamot LSS fullmäktige:* Ulf Sundeqvist

Se adress ovan

*Suppleant LSS fullmäktige:* Lena Svidén

Herman Ygbergs väg 30  
167 61 Bromma  
Tel: 08-26 88 26  
[Kul.sviden@mailbox.swipnet.se](mailto:Kul.sviden@mailbox.swipnet.se)

*Övrig ledamot:* Kristina Falck

Husläkarna i Österåker  
184 30 Åkersberga  
[kristina.falck@ptj.se](mailto:kristina.falck@ptj.se)

*Övriga ledamot:* Gudrun Igra

Rörstrandsgatan 52  
11333 Stockholm  
Tel: 08-316570  
[gudrun@igra.se](mailto:gudrun@igra.se)

*Övrig ledamot:* Daniela Montelatici Prawitz

Skeppargatan4  
11452 Stockholm  
tel: 08-6626212  
[daniela.prawitz@psykolog.net](mailto:daniela.prawitz@psykolog.net)

## Kalendarium för sektionens nästkommande program

### SVENSKA LÄKARSÄLLSKAPETS RIKSSTÄMMA 2006

Huvudtema: Rörelseorganens sjukdomar och klinisk forskning

#### Sektionens Riksstämmesymposier:

**Fredag 1.12 kl. 8.30:**

**Att känna sina rörelseorgan- om kroppsmedvetande, kroppskänedom och kroppsempati**  
(Moderator Anna-Maria Weingarten, deltagare Carl-Edvard Rudebeck, Cecilia Ryding och Annelie Nilsson)

**Fredag 1.12 kl.10.30**

**Det mångkulturella Sverige- en allt större utmaning för vården** (Moderator Göran Roth, deltagare Solveig Ekblad, HP Söndergaard m.fl.)

#### Sektionens symposier:

**Fredag 1.12 kl 12.30**

**Psykosomatik i psykoanalytiskt perspektiv** (Moderator Daniela Montelatici-Prawitz, deltagare Iréne Matthis och Mia Granberg-Stånge).

Sektionen är också **medarrangör** i rikssymposiet **Långvarig smärta och sexuell dysfunktion**  
**Torsdag 30.11 kl 10.30** (Moderator Ylva Stener, deltagare Olle Hägg, Lotti Hellström, Peter Ekman och Annika Rhodin).

## ÅRSMÖTET

**Årsmötet äger rum 2007-03-14 kl. 18.00 på Läkarsällskapet i Stockholm.**

## Svenska psykoanalytiska sällskapet

Två psykoanalytiska föreningar ingår i Sektionen för medicinsk psykologi, Svenska psykoanalytiska föreningen (Spaf) och Svenska psykoanalytiska sällskapet.(Spas). Spaf bildades 1934 och har idag 183 medlemmar.

Spas bildades 1968, då under namnet Svenska Föreningen för Holistisk psykoterapi och analys, och har idag 72 medlemmar.

Spas har sitt ursprung i Spaf genom Margit Norell som då var utbildningsanalytiker i Spaf. Hon bildade i början av 60-talet en studiegrupp med intresserade terapeuter och analysander och lämnade Spaf utifrån sin och gruppens kritik av Spaf's dåvarande teoretiska och kliniska inriktning. Gruppen kom att intressera sig för den nordamerikanska neofreudianska psykoanalysen, interpersonella teorier och arbetet med tidiga störningar.

Under mitten av 1970-talet skiftade många medlemmar inriktning från ett neofreudianskt och socialpsykologiskt perspektiv till ett mer psykoanalytiskt perspektiv med fokus på den psykiska inre världen, dess struktur, omedvetna drivkrafter och konflikter. Den Brittiska skolans s.k objektrelationsteori och metodologiska syn på det kliniska arbetet var en viktig inspirationskälla. Detta ledde till genomgripande förändringar i föreningens utbildning av psykoanalytiker. Ett samarbete med lärare från Spaf inleddes, framför allt vad gällde studiet av Freuds banbrytande texter som nu gavs en större plats i utbildningen. Som ett led i omvandlingen av föreningen ändrades namnet år 2000 till Svenska psykoanalytiska sällskapet. Med åren har ett närmande skett mellan de två föreningarna. Idag har vi ett gott utbyte och samarbete i vetenskapliga, fackliga och kollegiala sammanhang. De två föreningarna har t.ex. samarbetat kring offentliga föreläsningar som senare publicerats i någon av föreningarnas

skriftserier. Nu senast i oktober anordnades i Stockholm symposiet Freud 2006, ett tvådagars seminarium om psykoanalysen i vår tid med drygt 600 deltagare.

Skillnaderna mellan föreningarnas uppfattning i väsentliga frågor har minskat med åren och är sannolikt större mellan olika grupperingar oavsett föreningstillhörighet. Vi har idag också ett utbyte av lärare mellan föreningarna och vi tillhör samma internationella sammanslutning av psykoanalytiska föreningar, International Psychoanalytic Association (IPA).

Svenska psykoanalytiska sällskapet består av psykoanalytiker och kandidater under utbildning. Medlemmarna har en yrkesmässig grund som läkare, psykolog, socionom eller leg psykoterapeut. Medlemmarna bedriver psykoanalys och psykoterapi och många är dessutom verksamma som lärare och handledare inom olika behandlingsverksamheter.

Genom sitt institut bedriver Spas utbildning av psykoanalytiker. Utbildningen omfattar egen psykoanalys, eget psykoanalytiskt arbete under handledning, seminarier under fem år samt ett vetenskapligt arbete. Utbildningen har sin utgångspunkt i Freuds teoretiska tänkande som sen har vidareutvecklats i olika riktningar. Utbildningen har huvudsakligen influerats av den objektrelationistiska traditionen, den Brittiska skolans företrädare som Melanie Klein, Wilfred Bion och Donald Winnicott. Sedan år 2001 är en treårig utbildning till legitimerad psykoterapeut inkluderad i psykoanalytikerutbildningen. Utbildningen står under Högskoleverkets överinseende.

*Guðrun Igra*

## Referat från Seminarium om vården i det mångkulturella Sverige

Svenska Läkaresällskapets sektion för Medicinsk Psykologi och Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi bjöd in till en seminarieeftermiddag den 3/2-06 i sällskapets lokaler med rubriken "Det mångkulturella Sverige - en allt större utmaning för vården".

Seminariet belyste etiska och kliniska aspekter på möten i vården, mot bakgrund av att en femtedel av invånarna i Sverige idag har sina rötter i andra kulturer, samt att förändringar i asylpolitik och praxis skapar nya etiska dilemman.

Lena Svidén, allmänläkare och flerårig styrelseledamot i sektionen och föreningen var moderator.

Solvig Ekblad, docent vid KI i transkulturell psykologi och ansvarig för Migration och Hälsa vid Institutet för Psykosocial Medicin gav en bakgrundsbeskrivning och introduktion till ämnet transkulturell medicin. Hon beskrev de olika dokument som tagits fram i fråga om vård för nyanlända och den diskrepans det föreligger mellan teori och praktik, det finns en hel del kunskaper i ämnet som inte har implementerats, mycket återstår att göra.

Monica Löfvander allmänläkare som disputerat på en avhandling om smärtproblematik i invandrargrupper belyste hur man utifrån kulturell bakgrund kan beskriva smärta på olika sätt. Hon beskrev en metod som syftade till att överbrygga svårigheterna runt kommunikation av smärta.

Ann-Mari Appelberg psykiater och psykoanalytiker med lång erfarenhet som även arbetar med traumatiserade flyktingar vid Läkare utan gränsers "Mission Gömda" talade om traumarelaterad psykisk ohälsa utifrån ett psykodynamiskt/psykoanalytiskt perspektiv.

Hon definierade traumabegreppet och begreppet extrem traumatisering och belyste undersökning/

behandling av traumatiserade flyktingar samt visade med en vinjett på svårigheterna att psykologiskt bistå en utvisningshotad traumatiserad person.

Göran Roth psykiater och doktorand (disputerade den 10/3) vid KI i ämnesområdet transkulturell psykiatri belyste etiska frågeställningar i ett mångkulturellt perspektiv.

Han belyste etiska dilemman vi kan ställas inför i den kliniska vardagen med risker för både marginalisering och generalisering vid mötet med patienter från andra kulturer. Han belyste hur WHO-dokument om medicinsk etik och etiska koder från WMA kommit i konflikt med praxis och lagstiftning i Sverige och exemplifierade med den kritik Sverige blev utsatt för vid Asyltribunalen i Stockholm och efter inspektionen av professor Paul Hunt vid FN:s kommitté för mänskliga rättigheter. Efter presentationerna blev det en livlig och konstruktiv diskussion där både behandling, etiska aspekter och risker för "medikalisering" av traumatiserade personer diskuterades.

*Göran Roth*

## Rapport från seminariet Psykosomatik i ett psykoanalytiskt perspektiv

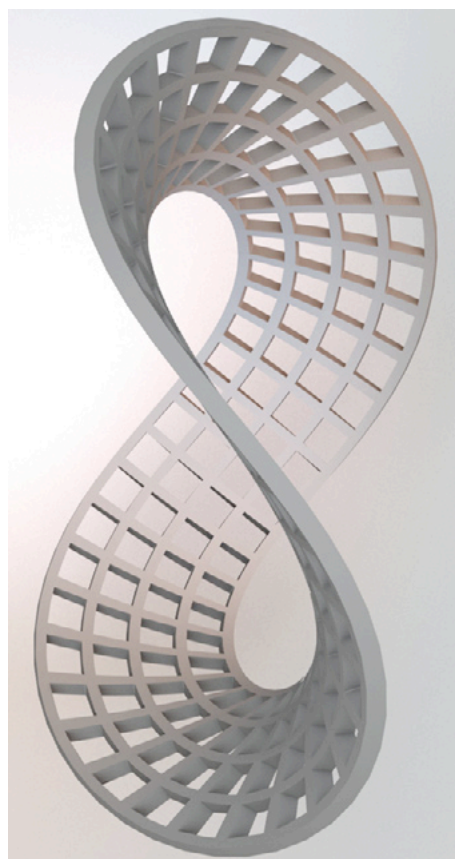
Fredagen 31.3 hölls på Läkarsällskapet ett seminarium med titeln Psykosomatik i ett psykoanalytiskt perspektiv anordnat av Daniela Montelatici Prawitz, som också var mötets moderator. Seminariet var välbesökt och uppskattat av såväl somatiker, psykiatriker som psykoanalytiker.

Mia Granberg-Stånge, allmänläkare, presenterade ett mångårigt arbete med en patient, vars komplexa symtomatologi engagerat såväl somatiker som psykiatriker.

Irené Matthis, läkare och psykoanalytiker, höll ett teoretiskt föredrag om ett psykoanalytiskt perspektiv på psykosomatik utifrån den argentinska modell som bygger på Chiozas tankegångar.

Eli Högberg och Anne Stefenson, båda läkare och psykoanalytiker, presenterade i sina föredrag kliniskt material från psykoanalytiskt arbete. De kliniska föredragen kan av konfidentiella skäl inte återges här.

Irene Matthis föredrag *Bortom konversionen-organopråk* publiceras i sin helhet i detta nummer av Paraplyt.



“...språng mellan två olika medvetandevärldar (de två tillsynesvarande skilda sidorna av Möbiusbandet) kan skrämman bort många.” Ur Irène Matthis föredrag: *Bortom konversionen-organopråk*.

**Irène Matthis:**

## **BORTOM KONVERSIONEN – ORGANSPRÅK**

### **ETT PSYKOANALYTISKT PERSPEKTIV PÅ PSYKOSOMATIKEN**

Inom traditionell skolmedicin utgår man vanligen från ett ”orsak – verkan” resonemang förankrat i den Newtonska modellen för fysiska kroppars påverkan på varandra. Där orsakar *något*, t.ex. en bakterie, någonting *annat*, en infektion i kroppen. Det förutsätter ett tidsperspektiv, så att man kan avgöra vad som kommer först, dvs. vad som orsakar vad. Inom psykosomatiken är det inte alltid lika lätt att fastställa vad som kommer först? Den moderna psykosomatiska medicinen utgår vanligen från ett helhetsperspektiv, som inbegriper det kroppsligt – fysiologiska, det psyko – mentala och det socio – ekonomiska, osv. I detta holistiska landskap är det inte alltid givet hur relationerna ser ut och vad som påverkar vad. Vad kommer t.ex. först och räknas därmed som primärt: bakterien, fysiologin, mentaliteten, familjesituationen, ekonomin, eller något annat? Denna fråga, som gäller relationen mellan kropp och själ, utgör en gammal problemställning inom filosofin, som det inte finns utrymme att gå närmare in på här. Jag har behandlat den utförligare i tidigare artiklar (Matthis 2000, 2005). I detta sammanhang vill jag i stället ta min utgångspunkt i den kliniska verkligheten. Där ser jag det psykosomatiska perspektivet som ett *övergångsområde*, där orsak – verkan resonemang fortfarande är aktuella, men sätts in i ett dynamiskt tänkande. Det är kanske ett socialt och idéhistoriskt nödvändigt övergångsområde, men det är inte, menar jag, vetenskapligt helt tillfredsställande. Vad jag vill dra en lans för är nödvändigheten att gå bortom själva orsak – verkan förklaringarna. Det är vad jag skulle vilja påstå utgör det specifika i det *psykoanalytiska perspektivet på psykosomatiken*.

Men låt oss starta hos Freud. Jag skall kortfattat ange början i hans tankeutveckling kring de symptom som vi idag skulle rubricera som psykosomatiska.

#### *Det hysteriska symptomet*

Freuds första teori om hysterin, som han arbetade med under slutet av 1800-talet, var fysiologiskt förankrad. Han utgick från att hysterins symptom hade ett organiskt underlag. En under 1800-talet vanlig föreställning inom läkarvetenskapen var att hysterin (och vansinnet) var resultatet av en degenerativ process inom släkten. Denna idé avfärdade Freud.<sup>1</sup> Han

---

<sup>1</sup> Tanken att något går mot det patologiska under släktens inflytande har inte helt försvunnit inom psykoanalysen. Det återkommer i vår tid i en annan, mer relevant, skepnad, t.ex. i Haydée Faimbergs idé om ”Telescoping of generations” och i traumaforskningen (Faimberg 2005).

undersökte i stället teorin att det var en infektion eller någon annan organisk störning som predisponerade ett visst kroppsligt område till att bli säte *också* för en mental störning. Det psykiska problemet fäste sig vid den fysiska skadan genom association. Det innebar att de till exempel kunde ligga nära varandra i tiden eller rummet (slumpen). Freud ger flera exempel på detta: Lucy har en lukthallucinos baserad på en rhinit, Elisabeth har gångsvårigheter ursprungligen grundade på en muskelrheumatism, osv. I dessa sätt att resonera baserar sig konversionens fenomen – då en psykisk konflikt tar sig uttryck genom ett kroppsligt symptom – på att symptomets lokalisering i kroppen är given av organiska orsaker eller via ett ärftligt inflytande. Den psykiska konflikten ger sig till känna vid kroppens för tillfället svagaste länk och lokaliseringen liksom det kroppsliga i symptomet skvallrar inte om någon ytterligare betydelse utöver den att där finns en organisk svaghet, som skall behandlas som sådan; eller en ärftlig, som leder till andra specifika åtgärder. Den psykiska innebörden av *platsen* för symptomets uppträdande liksom *val av symptom* blir därmed en stum historia. När miss Lucy på hösten 1892 kom till Freud med sin *anosmi* – oförmåga att känna lukter – så förklarades det med att hon led av en rhinit. Problemet var att denna näshinneinflammation visade sig vara mycket svår att bota. När hon dessutom rapporterade en lukthallucinos – hon kände hela tiden lukten av bränd pudding, senare också cigarrök – tvingade den kliniska verkligheten Freud att ge sig ut på jakt efter andra förståelsegrunder än de rent fysiologiska. Men utgångspunkten var att näsan blev säte för det hysteriska symptomet enbart därför att miss Lucy var förkyld och anosmin var en lättförklarlig följd av detta förhållande. I en sådan teoretisering saknar de *kroppsliga* uttrycken för den psykiska konflikten symbolisk betydelse, i alla fall primärt. Sekundärt kan naturligtvis laddade innebörder komma till.

I detta perspektiv blir symptomets lokalisering i kroppen enbart en utgångspunkt, en anledning för att få patienten att berätta vad som ytterligare hände i och omkring den tidpunkt då symptomet dök upp. Det är ingen dålig anledning. Vi använder oss alla av den. Det är här som Freud upptäcker talets, språkets och berättelsens betydelse. Han börjar lyssna till vad patienten faktiskt säger och avläsa det bokstavligt. Och han finner alltid under ytan en psykisk konflikt, som patienten inte vill bli medveten om. Den har också alltid en grund i sexualiteten. Om detta handlade min bok *Den tänkande kroppen* (1997).

Vi får alltså en modell för det hysteriska symptomet som vi schematiskt kan teckna:

---

RELATERAT TILL DET PSYKISKA:

- 1) EN PSYKISK KONFLIKT (FÖRÄLSKAD I SIN ARBETSGIVARE/  
ANALYTIKER I ÖVERFÖRINGEN)
- 2) I DET INRE
- 3) DEN ÄR BORTTRÄNGT FRÅN MEDVETANDET
- 4) SEXUALITETEN ÄR GRUNDEN

+

RELATERAT TILL DET KROPPSLIGA:

- 1) DET FINNS EN FÖRSVAGAD KROPPSDEL (RHINIT, ETC.)
- 2) I DET YTTRE
- 3) KROPPEN ÄR DRABBAD AV INFEKTION ELLER ANNAN SKADA
- 4) FYSIOLOGIN ÄR GRUNDEN

=

**HYSTERISKT SYMPTOM.**

PSYKISK KONFLIKT TAR SIG UTTRYCK I KROPPEN, DÄR DENNA ÄR SVAG OCH LÄMPAR SIG.  
HALLUCINERADE LUKTER – EN ”GALEN” FYSIOLOGI,  
SOM REPRESENTERAR SEXUALITETEN I KONVERTERAD FORM

I detta sammanhang blir infektionen i sig ointressant för någon annan än husläkaren, som måste behandla den. Det sker liksom vid sidan av den psykiska behandlingen, som kanske utförs, om den får uppmärksamhet över huvud taget, av någon annan. Om man till att börja med inte heller finner något organiskt underlag, blir det än svårare för den som är ansvarig för det medicinska omhändertagandet. Vad är det som är fel?<sup>2</sup>

Men *om* näsan och luktsinnet, i fallet Miss Lucy, skulle ha en gemensam grund med sexualitetens mening, så är kanske störningarna i näsans luktsinne, infektionen, och de emotionella svårigheter som miss Lucy har vid det här tillfället *uttryck för samma sak*? På ett medvetet plan uppfattar vi symptomen som två påtagligt olika uttrycksformer, ett fysiskt och ett psykiskt. Men kanske finns en tredje, gemensam grund. När den drabbas av en obalans eller rubbning kan symptom uppstå inom såväl det organiska området som det psykiska. Det sker parallellt, inte seriellt som vid orsak – verkan samband. Det innebär att det i så fall inte är en psykisk konflikt som skapar ett hysteriskt symptom på platsen för en försvagad kroppsdel.

---

<sup>2</sup> Vid mötet den 31 mars 2006 på Läkaresällskapet presenterades fall från en husläkarmottagning som illustration.

Där finns från början en gemensam grund, där båda störningarna har sitt upphov, både den organiska och den psykiska. Denna gemensamma grund, kroppsjälen (utan bindestreck), kan illustreras med ett Moebius band. Det är ett band vars tillsynesvarande två sidor egentligen utgör en enda yta; en yta som veckat sig. En fullständigare beskrivning har jag gett i artikeln ”Sketch for a metapsychology of affect” (Matthis 2000). (Bifogar bild.)

### *Chiozzas modell av kroppsjälen, exemplifierad med levern*

Luis Chiozza heter en argentinsk läkare och psykoanalytiker, som har utvecklat en intressant modell kring detta. Den grundar sig på Freuds teorier, speciellt som de sammanfattats i *Psykoanalysens huvudlinjer* (Freud 1940[1938]). Dessa kompletteras med idéer från den tyska psykosomatikens fader Viktor von Weizsäcker, som var professor i fysiologi i Heidelberg före och efter det andra världskriget. Kliniskt grundas arbetet i studier och behandlingar av flera tusen fall, främst i Buenos Aires, under de senaste 40 åren.

1969 publicerar Luis Chiozza sin första bok om somatisk sjukdom utifrån ett psykoanalytiskt perspektiv (Chiozza 1969). Det gäller ett fall som han haft som läkare på en avdelning för gastro-intestinala sjukdomar. Det handlar om en ung man med återkommande problem med matsmältningen, med illamående och yrsel, med trötthet, ikterus (gulsot) och bilirubinemi (rött gallfärgämne i blodet) och koluri (gallämnen i urinen). Han diagnostiseras först symptomalt som en lätt hepatit eller leverinsufficiens, och etiologiskt som en ”familjär konstitutionell hemolytisk ikterus” – med vilket de flesta nöjer sig. Patienten var offer, menade man, för en evolutiv process relaterad till en familjär konstitution.

Under den här perioden stötte Chiozza på artiklar om psykosomatisk medicin av Weizsäcker. Weizsäcker undersökte inte bara de somatiska, fysiologiska funktionerna, utan frågade sig också varför störningar i dessa dök upp just när de gjorde och varför just på denna plats, i detta organ. Vad gällde levern visade det sig att gulsoten ofta gick hand i hand med svartsjuka. Det populära uttrycket ”grön av avund” är kanske inte taget ur luften, utan sätter ord på en gammal visdom, som bottnar i mänskliga erfarenheter. Svartsjukan kunde ses som en erotiskt färgad variant av avunden. Chiozza tog också starka intryck av Melanie Klein som 1957 publicerade sin artikel om ”Avund och tacksamhet” (Klein 1957).

Ett annat fenomen som han finner traditionellt kopplas till levern är en viss typ av trötthet – letargi. Det anger ett ihållande tillstånd av sömndruckenhet eller dvala, som det är svårt att väcka någon ur. Som läkare och terapeut upplever vi det själva ibland tillsammans med en viss patient. Det är svårt att hålla ögonen öppna. Ändå är vi i egentlig mening inte trötta. Timmarna före och efter, med andra patienter, är vi alerta och har inga problem med

trötthet. Vad det ofta handlar om i dessa situationer är att vi har problem med att ta in och smälta det som sägs. Vi kan inte ”digerera maten” – det material som serveras. Det är för svårt eller för svårsmält för oss, i alla fall just då. I den terapeutiska situationen kan vi uppleva detta när vi plötsligt, i överförings – motöverföringsrelationen, kommer till insikt vad det handlar om. I det ögonblicket försvinner letargin lika snabbt som den dök upp. När smältandet av ”maten”, materialet, inte fungerar kan det ta sig uttryck i illamående och yrsel – vanliga symptom vid leverstörningar.

En annan viktig inspirationskälla för Luis Chiozza var de undersökningar av fetalt liv som en grupp kring Arnaldo Rascovsky genomförde i Argentina under denna tid. De var speciellt länkade till levern och dess funktioner. Gruppen kring Rascovsky menar att en idé redan från konceptionens ögonblick måste finnas potentiellt närvarande i den cellklump som så småningom skall få en mänsklig form. Detta formgivande idéelement måste ha en *visuell fantasiprägel*, därför att det är en viss gestalt som skall formges. Den måste finnas förberedd i cellklumpen, i bl.a. dess DNA – som en visuell omedveten fantasi.

Lacans spegelstadieteori ger oss ett psykologiskt perspektiv på denna utveckling (Lacan 1949). Vad lillflickan skall inkarnera och lillpojken åstadkomma strålar tidigt ut från föräldrarnas blickar när de betraktar barnen. Föräldrarnas bild av barnet kan t.o.m. finnas där redan före konceptionen. Sedan barnet kommit till världen, och genom de formativa åren, måste det anpassa sig till en imaginerad gestalt, en släktens idealbild, som kanske föregick dess egen tillblivelse. I Rascovskys beskrivning av denna ”fetala psykism” aidealiserar det paradiska tillstånd, som vi haft och har för vana att tillskriva inte bara barndomen – som ju nu tvärtom ofta skildras som en mycket svår period – utan i synnerhet fosterlivet. Fostret måste inkorporera dessa pre-natala ”föreställningar”, och materialet för att förverkliga dem måste det dra, suga ur modern, via placenta och navelsträng. Så får vi ett slags metaforisk mall för leverns/gallans funktioner:

- 1) en inkorporering av ett visuellt ideal (något som skall efterliknas, byggas upp och formas). Detta ses som ett maskulint element: fröet, spermien.
- 2) en inkorporering av nödvändigt material för konstruktionen (byggstenar som måste bearbetas av levern). Detta ses som det feminina elementet: *material* som under fosterperioden kommer direkt från modern (*mater*), redan sönderdelat och färdigt att ingå som byggstenar i fostrets kropp.

Men även om fosterlivet inte är så fritt från konflikter som vi inbillar oss, innebär födelsen ett än större trauma. Då bryts plötsligt och brutalt en uppnådd balans. Kraven på levern blir större, samtidigt som materialtillgången via navelsträngen stryps – ett slags leverkastration.

Levern kan, som en organism vid hunger, börja förbruka sig själv, vilket ger nyföddhetsikterus. I vuxenlivet, när vi står inför en frustration där önskan att förverkliga en idé går om intet eller stryps, kanske vi också får ikterus, eller drabbas av lättare leverbesvär. Ett slags upprepning av födelsetraumat.

### *Levern*

Vid drygt två månader, då embryot börjar kallas foster, upptar levern nästan all plats i buken. Volymen är relativt sett tre gånger så stor som hos en vuxen. Det är en stor blodig ”svamp” till vilket navelsträngen går med syre- och näringsrikt blod, direkt från placentan och modern. Den är på sätt och vis den ”första munnen”; i psykoanalytiskt språkbruk en pre-oral erogen zon. Den utgör ett centrum för sönderdelning och smältning – som gallans roll i matsmältningsprocessen; och omformning och transformering – som när levern bryter ned och förstör för organismen främmande och farliga ämnen, t.ex. alkohol och droger, och /eller rekonstruerar dem för att passa den egna kroppen.

I den medicinska och vardagliga världen tänker vi på levern just som ett konkret, kroppsligt organ. Den omedvetna psykiska innebörden av ”levern”, som vi är på jakt efter, sammanfaller inte med det konkreta, rätt fasta, brunröda organ, som vi kan hålla i handen. Den har snarare att göra med vad vi brukar kalla ”inre objekt”; något som vi skapar som en inre, oftast omedveten, dialogpartner. Vi säger vanligen att ”*levern* är dålig”, eller ”*levern* är skadad”, inte att ”*jag* ömmar i min lever”, eller ”*jag* är sjuk i min lever”. Det pekar på en klyvnad i jaget. ”Jag” står i en relation till ”levern”, som till ett annat objekt, till en annan.

Om idealbilden vi bär på överskrider jagets/leverns kapacitet blir det för mycket. När till vår oförmåga att förverkliga idealen läggs ytterligare ett imperativ – Du måste! Du skall! – skapas en känsla av att något vill förstöra oss eller driva oss till vansinne. Det kan jämföras med överstimuleringen som kan föregå ett epileptiskt anfall, eller hallucinationerna vid psykos och delirier. Det blir en upplevelse av något hotande och farligt. Därmed är det ångestdrivande. Vanliga jagförsvar i denna process är *uttråkning*. (”Surt sa räven om rönnbären”!) Det kan leda till ett *tillstånd av mental frånvaro*, där vi emellertid slipper känna frustrationen. Vi blir i stället slöa, fadda, liksom ”ruttna”. Slutligen drabbas vi av trötthet, slöhet, somnolens och *letargi*. (På spanska härrör ordet för uttråkad (*aburrimiento*) från *aborrecer* = hata, avsky, som härrör från *horror* = skräck, som när håren reser sig.)

På den organiska sidan kan det bli störningar i lever- och gallfunktionerna, eller andra bukorgan påverkas. ”Levern” är inte ett strängt avgränsat psykologiskt koncept. Man

talar t.ex. om lever-mjältkomplex, lever-njursjuka eller lever-pankreassjuka. (Hos skorpionen och vissa spindlar – giftiga djur – utgör lever och pankreas ett och samma organ, vilket upptar nästan hela buken.) Störningar i leverfunktionen motsvaras i fantasilivet av ett underskott i kapaciteten att materialisera projekt eller idéer. Kraven från idealföreställningarna blir i stället något som skapar fruktan, vars länk till idealen är strypt. På ett *omedvetet plan* framställs idealen i stället som något bra och eftersträvansvärt, ja t.o.m. fantastiskt! Här går klyvningen igen. Det faktum att vi inte klarar av att realisera drömmarna kan och vill vi inte ta in. Vi projicerar i stället misslyckandena på omvärlden, eller vi skyller på ”sjukdomarna”. Dessa har drabbat levern, eller något annat organ, som det är ”fel” på. Dessa motstånd – för de utgör undanmanövrar inför egna begränsningar och försvar mot den kränkande insikten att jag inte kan materialisera mina drömmar – är inte lätta att handskas med i behandlingen. Patienterna kan ha svårt eller vara oförmögna att avstå från de delar av idealen de inte mäktar med och sörja sina förlorade drömmar. Om man i detta läge pressar dem kan de också svara med s.k. ”negativa terapeutiska reaktioner”. Patienten avbryter helt enkelt behandlingen, blir akut sjuk eller tar t.o.m. livet av sig – fast på ett omedvetet sätt. Om patienten inte, trots dessa lidanden, är villig att ge upp idealen, blir dessa något som gröper ur och suger musten ur personen. Den störda leverfunktionen svarar då mot vad en del reptiler gör: sprutar in sitt gift i offret, som smälts ned och sugts upp.

Man brukar säga att ”det som inte dödar oss gör oss starkare”. Men här får man lägga till att ”det som inte gör oss starkare dödar oss”. Häri ligger en grundfigur – *en dubbelhet* – som genomsyrar hela komplexet av organmässigt förankrade omedvetna fantasier. Där finns å ena sidan en stimulans, som är nödvändig och bra. Idealen är något som kan driva på och hjälpa oss forma de liv vi vill ha. Men, å andra sidan, om kraven överskrider kapaciteten och samtidigt transformeras till inre förföljande objekt, avskilda från jaget, blir resultatet mardrömmar och demoniska spöken. Idealen blir ett slags inre vampyrer, som tappar blodet ur vår ”hjärte”. Det väcker äckel och avsky; blir malätet och maskstunget. Vid leveråkommor kan vämjelsen ofta ta sig uttryck i aptitlöshet. Så är vi åter vid uttråkningen, faddheten, slöheten och letargin.

*Idén om organ- och sjukdomsspecifika omedvetna fantasier*

Det väcker sannolikt motstånd att tillskriva kroppens organ, i detta fall levern, ”specifika omedvetna fantasier”.<sup>3</sup> Menar man att levern är en fantasi? En idé? Är den då inte verklig, påtaglig? Den här typen av språng mellan två olika medvetandevärldar (de två tillsynesvarande skilda sidorna av Moebiusbandet) kan skrämja bort många. Det smakar animism, luktar ”new age” och mysticism. Låter man sig skrämjas bort innebär det emellertid att man lägger locket på, innan man undersökt innehållet. Det vore synd. Men framför allt gagnar det aldrig det vetenskapliga arbetet. Det bekräftar bara redan antagna trosföreställningar och paradig.

Den klassiska patologin beskriver och kategoriserar sjukdomar enligt vissa differentierande kriterier, som t.ex. närvaron av vissa typer av celler eller vissa ämnen i blodet. Därför tas det blodprover och görs mikroskopiska undersökningar på vårdcentralen. På liknande sätt söker Luis Chiozza och hans grupp i Buenos Aires efter vissa typer av fantasier, som alltid tycks vara närvarande, i större eller mindre utsträckning, vid en viss sjukdom. Dessa omedvetna fantasier skulle kunna spela en roll vid sjukdomens uppkomst och dess vidmakthållande, *trots adekvat medicinsk behandling*.

För att underlätta ”smältandet av leverfantasin” skulle vi kunna jämföra med något som vi är ganska familjära med: orala, anala och falliska zoner, funktioner och faser. Vissa beteenden eller vanor länkar vi till orala behov, andra till anala, osv. Vi blir inte förskräckta när det talas om oralt eller analt färgade fantasier eller t.o.m. karaktärer. Vi blir inte heller fundamentalistiskt trosvissa i att vi därmed funnit hela sanningen om personen i fråga. Tanken på t.ex. orala behov blir ett instrument, ett redskap i analysarbetet, vid sidan av andra hjälpmedel. Om de teoretiska konstruktionerna hjälper oss kliniskt: vid diagnostiseringen av olika symptom, syndrom och störningar, i förståelsen av desamma och i behandlingen – är de värda att prövas. På liknande sätt som vi talar om en oral eller anal karaktär skulle vi alltså kunna tala om en ”leverkaraktär”. Vi har alla lite oralt och analt i oss. Eftersom vi alla har en lever med en gemensam utvecklingshistoria och en delad specifik funktion, har vi också alla en viss ”leverkaraktär”. När vi säger att ett beteende eller tänkande är analt färgat, menar vi vanligen att där finns en analt färgad konflikt, som inte är löst på ett adekvat sätt. Det har uppstått en obalans. Analt skall vi t.ex. både hålla igen, med slutmuskeln, och släppa ut. Det är balansen mellan dessa motstridiga krafter och affekterna

---

<sup>3</sup> I detta sammanhang begränsar jag mig till leverfantasierna och tar inte upp de som är speciellt relaterade till gallan.

länkade till dem, som kan rubbas. Då uppstår det som vi märker av som en konflikt. Den leder till symptom, som kan konkretiseras i beteendet, i tänkandet och/eller i kroppen.

Den kroppsliga processen motsvaras således av en ”psykologisk” fantasi, eller tvärtom. Som embryots organiska utveckling motsvaras av en idé lagrad i DNA. Båda processerna utspelar sig i det omedvetna. De är två sidor av samma sak, ett Moebiusband. Vi ser kanske, eller kan bara bearbeta, en sida åt gången. Men det utesluter inte att den andra är närvarande och aktiv. Mot ”avvikande” kroppsliga processer svarar då ”avvikande” fantasier. Med *avvikande* fantasier menas orealistiska, irrationella, idealiserande, demoniserande, projektiva, förföljelsedominerade föreställningar där *konflikten*, t.ex. den anala mellan att släppa ut och hålla igen, dvs. mellan olika behov eller önsknningar inte bearbetas, löses, eller sörjs. De sjukdomar som manifesterar sig på ett medvetet plan *enbart* som en kroppslig förändring döljer samtidigt omedvetna fantasier, meningsfulla för just den aktuella kroppsliga förändringen. De organiska och de psykologiska faktorerna ingår i ett dynamiskt och komplext samspel. Det som vi registrerar som organiskt och det som vi uppfattar som psykologiskt, är båda lika nödvändiga element i processen, men ingetdera taget för sig självt är tillräckligt. Det ena orsakar inte heller det andra. De är parallella fenomen.

Vid tbc är Kochs bakterie en nödvändig förutsättning, men den är inte tillräcklig för att sjukdomen faktiskt skall bryta ut. På analogt sätt är specifika omedvetna fantasier nödvändiga ingredienser vid kroppsliga symptom. Men de utgör inte en tillräcklig faktor för att sjukdomen skall uppstå. Men för att hindra sjukdomens uppkomst eller för att bota den, om den väl uppstått, krävs att båda elementen, såväl en Kochs bakterie som de specifika omedvetna fantasierna, behandlas respektive bearbetas. Behandlas bara den ena aspekten kommer sjukdomen att kunna återuppstå, i en eller annan form.

Det undermedvetna är vist  
 Om du är upptagen av det så tolka inte  
 Lyd! I dröm och impuls  
 Bygger själen så som växten de nya blad  
 Översätt inte ett levande språk till ett dött  
 Vörda din kroppssjäl's mysterium  
 ...  
 Bekymra dig inte för helheten  
 Tag ett stycke hud, om också med porer av  
 sten

En smekning ligger gömd i den  
 Och i den smekningen göms helheten  
 ...  
 Man måste ha mod att bryta de bud  
 Som säger att inte solen också går runt jorden  
 ...  
 att inte kroppens njutning är själens  
 att inte själ och kropp är insida och utsida  
 och veramente ett och detsamma

Gunnar Ekelöf *Ex Ponto* ur *Strountes*

Referenser:

- Chiozza, L. (1969), *Psicoanálisis de los Trastornos Hepáticos*, Buenos Aires: Alianza Editoriel, (1998).
- (1976), *Cuerpo, Afecto y Lenguaje*, Buenos Aires: Alianza Editoriel, (1998).
  - (1998), *Hidden Affects in the Somatic Disorders*, Madison, Connecticut: Psychosocial Press.
  - (1999), *Why do we fall ill? The story hiding in the body*, Madison, Connecticut: Psychosocial Press.
- Ekelöf, G. (1955), *Strountes*, Stockholm: Bonniers.
- Faimberg, H. (2005), *Telescoping of generations. Listening to the narcissistic links between generations*, London: The New Library of Psychoanalysis.
- Freud, S. & Breuer, J. (1893-95), *Studier i hysteri*, S.SKR III.
- Freud, S. (1940[1938], *Psykoanalysens huvudlinjer* SSKR IX
- Klein, M. (1957), ”Avund och tacksamhet” i *Kärlek, skuld och gottgörelse*. Stockholm: Natur och Kultur. (1989)
- Lacan, J. (1949), ”Spegeljaget som utformare av jagets funktion sådan den visar sig för oss i den psykoanalytiska erfarenheten” i *Écrits*, Stockholm: Natur och Kultur, (1989).
- Matthis, I. (1997), *Den tänkande kroppen. Studier av det hysteriska symptomet*, Stockholm: Natur och Kultur.
- (2000), Sketch for a metapsychology of affect. I: *International Journal of Psycho-Analysis* 81.
  - (2005), Emotional life – a perspective close to the body. I: *Scand. Psychanal. Review*, No 28.

# Svenska psykoanalytiska föreningen inbjuder till ett utbildningsseminarium om...

## Kärlek och andra svårigheter

*fredagen den 1 december 2006*

**Kl 9.30 - 13.30 Asperö-salen, Folkets hus, Olof Palmes plats, Göteborg**

**Medverkande: Kajsa Brundin, Franziska Ylander, Agneta Sandell, Tomas Böhm.**

Anmälan, som är bindande, sker genom inbetalning av konferensavgiften kr 700:-, som inkluderar kaffe och fralla, till Svenska psykoanalytiska föreningen, plusgirokonto 25 17 63-9, **senast fredagen den 17 november 2006.**

För fem personer eller fler från samma arbetsplats (som anmäler sig tillsammans) är avgiften per person kr 550:-.

Ett begränsat antal platser är reserverade för heltidsstuderande med studentlegitimation, till en kostnad av kr 200:-. Anmälan kommer att bekräftas!

För mer information, kontakta Kajsa Brundin, tel 031-774 09 29 (OBS! ej anmälan!). Se även [www.spaf.a.se](http://www.spaf.a.se).

\*

*Svenska psykoanalytiska föreningen inbjuder till en utbildningsdag om*

## Sexualiteter

*fredagen den 8 december 2006*

**Kl 9.00 - 11.30 Stadshallen, Stortorget 7, Lund**

**Medverkande: Elisabet Wolgers, Vivianne Janson, Gullvi Sandin.**

Anmälan, som är bindande, sker genom inbetalning av konferensavgiften kr 1000:-, som inkluderar kaffe, till Svenska psykoanalytiska föreningen, plusgirokonto 25 17 63-9, **senast fredagen den 24 november 2006.**

För fem personer eller fler från samma arbetsplats (som anmäler sig tillsammans) är avgiften per person kr 800:-.

Ett begränsat antal platser är reserverade för heltidsstuderande med studentlegitimation, till en kostnad av kr 250:-. Anmälan kommer att bekräftas!

För mer information, kontakta Ylva Laurell, tel 046-211 36 92 (OBS, ej anmälan!). Se även [www.spaf.a.se](http://www.spaf.a.se).

\*

## Med psykoanalys från vaggan till graven

*Onsdagar 19.00 – 20.30*

**ABF-huset, Z-salen, Sveavägen 41, Stockholm, Inträde: 50:-**

*Onsdag 15 november*

### **Psykoanalytikerns möte med homosexuella – förr och nu.**

*Per-Arne Rönnås*, psykolog och psykoanalytiker

Moderator: *Camilla Silfverskiöld*, läkare och psykoanalytiker

*Onsdag 6 december*

### **Utbrändhet – om att leva livet uppströms. Psykoanalytisk förståelse vid behandling av utmattningssyndrom.**

*Lena Teurnell*, psykolog och psykoanalytiker

Moderator: *Hans Camitz*, psykolog och psykoanalytiker

# Inbjudan till Skrivartävlan 2006

## Svenska Föreningen för Medicinskt Psykologi Skrivarpris utlyses

Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi inbjuder till 2006 års skrivartävling.

Texten ska beröra det medicinskt-psykologiska området. Vi välkomnar alla slags bidrag – personliga rapporter, litterära texter, filosofiska, human- eller samhällsvetenskapliga rapporter eller undersökningar. Det väsentliga är att texten på ett angeläget sätt belyser vårdrelationer, praktiskt kliniska situationer, etiska och kulturella frågeställningar inom vård och behandling i en tid, som ställer krav på såväl omprövning och förändring som på att bevara det goda och konstruktiva i befintliga former.

Bidragen får ej tidigare vara publicerade i litterärt eller vetenskapligt sammanhang. Författaren ges stor frihet i ämnesval och utformning av sitt bidrag, som dock ej bör överstiga 8 sidor, (1,5 radavstånd).

Priset för det vinnande bidraget är 6 000 kr. Ytterligare 1-4 bidrag kan få hedersnämning och pris om 1500 kr. De vinnande texterna publiceras i *Bulletinen för Medicinsk Psykologi*.

Bidragen i word-format ska vara bedömarkommittén tillhanda senast den 15 dec 2006.

Svenska Föreningen för Medicinskt Psykologi, Henry Jablonski [drhj@jablonski.se](mailto:drhj@jablonski.se) Kvarngatan 2, 118 47 Stockholm eller Lena Svidén [kul.sviden@mailbox.swipnet.se](mailto:kul.sviden@mailbox.swipnet.se) vilka också lämnar ytterligare upplysningar.

