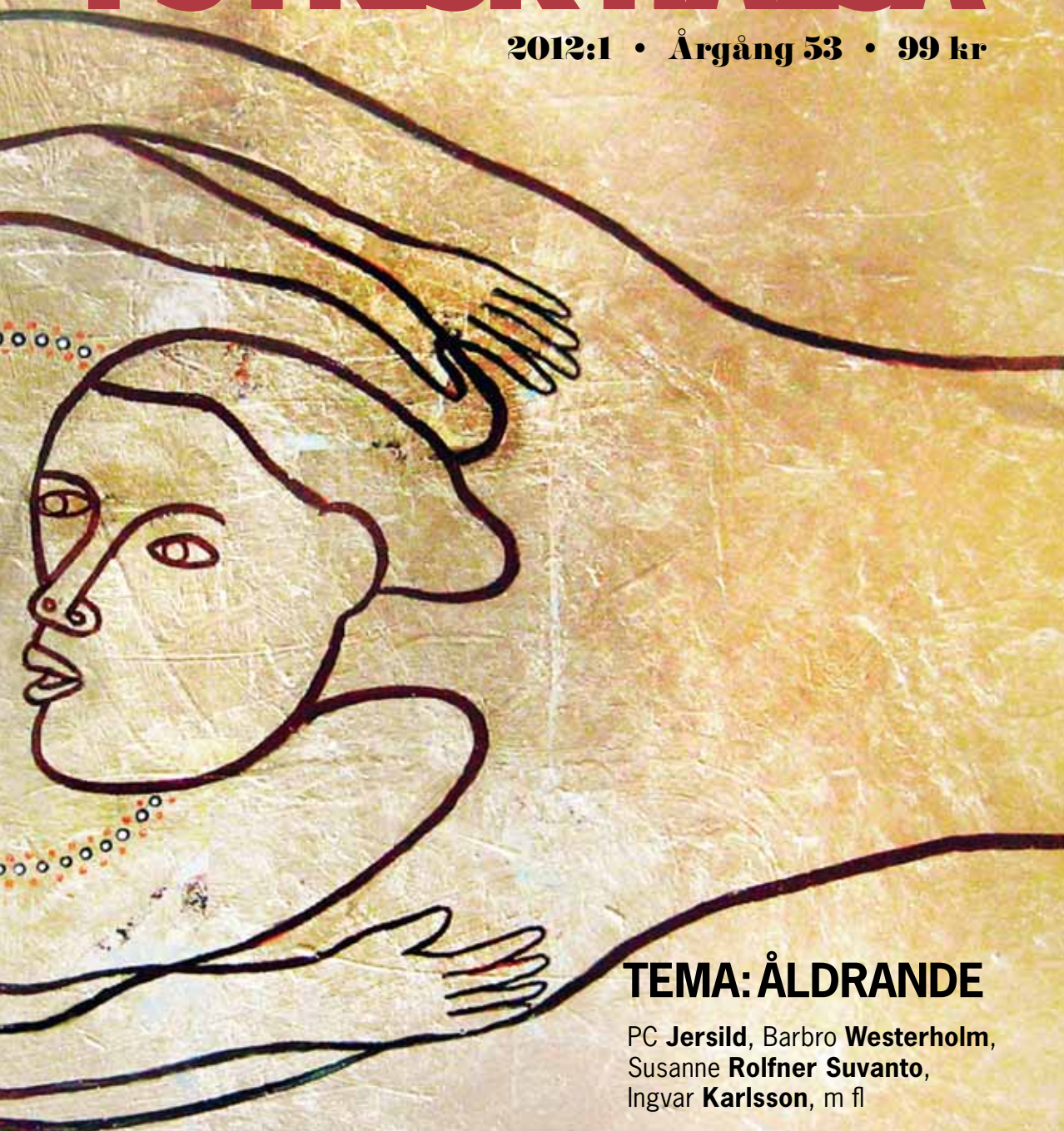


PSYKISK HÄLSA

2012:1 • Årgång 53 • 99 kr



TEMA: ÅLD RAND E

PC **Jersild**, Barbro **Westerholm**,
Susanne **Rolfner Suvanto**,
Ingvar **Karlsson**, m fl

INNEHÅLL

Leva livet hela livet **4**

TEMA: Åldrande

Drömmen om ett bra äldre liv 2023 Barbro Westerholm **6**

Ett eftersatt område Susanne Rolfner Suvanto **14**

Psykisk sjukdom i hög ålder Ingvar Karlsson **18**

Äldrepsykiatri Per Allard **28**

Nej, Elsa är väl inte deprimerad? Alexandra Pantzar **34**

**Sekulariseringens betydelse
för synen på åldrande och död** P C Jersild **42**

Existentiell hälsa Cecilia Melder **46**

Kontaktfamilj – den glömda insatsen Carl von Essen **52**

Om hemmasittare Marie Gladh & Krysmyntha Sjödin **60**

**Den antidepressiva
medicineringens psykologi** Daniel Sykes **64**

**Gemensamma faktorer och allians
ur ett evidensperspektiv** Kristina Bernal **74**

Aktuell litteratur **82**

Debatt **86**

Åldrande och psykisk hälsa: **Leva Livet Hela Livet**

Ålderdomen och åldrandets villkor blir en alltmer dominerande del av allas liv. De demografiska förändringarna som sker i befolkningen genom att de äldre blir allt fler och lever allt längre ställer stora krav på samhällsplaneringen. De medicinska förändringarna med kroppsliga och psykiska yttringar som tillhör åldrandet ställer stora krav på den enskilde gamle, de anhöriga och på samhällets vård- och omsorgsverksamhet. Det är därför som vi i detta nummer har åldrande som tema.

Vår vana trogen granskar vi temat brett, tvärs över discipliner, eftersom vi anser att detta gynnar kunskapsutvecklingen inom området. Vi har således brett skribenter från flera fält att bidra: psykiatrin, politiken, utredningsväsendet, religionspsykologi och skönlitteratur.

Att åldras i Sverige idag är i många avseenden lättare än för 30 eller 50 år sedan. Men kanske inte ur alla perspektiv. Begreppet ålderism syns allt oftare, dvs att äldre diskrimineras och utesluts från olika sammanhang i samhället.

Äldre i allmänhet, och i synnerhet äldre som lider av psykisk ohälsa, behöver synliggöras. Det är beklagligt att de två inventeringar som har gjorts av svenska föreningen för äldrepsykiatri har visat att nästan inget har hänt mellan åren 1999 och 2009, dvs det har inte tillkommit fler specialiserade enheter/resurser för äldrepsykiatri, utan snarare tvärtom.

Det är inte heller acceptabelt att depression fortfarande ofta betraktas som ett naturligt tillstånd

för de äldre, och att många äldre med typiska depressionssymtom inte får adekvat behandling. Som Karlsson, Pantzar, Allard m fl författare i numret visar finns det ofta resurser, adekvata diagnosverktyg och behandlingar. Det som måste ske är främst en förändring i kunskap och attityder, men också, som ovan påpekades vid inventeringarna, ändrade organisationsformer och en insikt om att äldrepsykiatri är ett eget viktigt fält inom psykiatrin.

När det gäller omsorgen för äldre pekar Susanne Rolfner Suvanto också på att 65-årsgränsen måste rivas; boendestöd etc ska ges efter behov, och inte efter hur insatserna i den egna kommunen är organiserade. Rolfner Suvanto m fl pekar också på att de äldre som levt ett liv med allvarlig psykisk sjukdom måste inkluderas i de psykitriska insatserna riktade till äldre.

Det är förstås viktigt att ha en nyanserad inställning till livet och hälsan. Vi kan inte förvänta oss att leva helt utan krämpor. PC Jersild exemplifierar med en bister definition av begreppet hälsa: att ha ett fördragbart lidande.

Men utifrån en realistisk syn på våra möjligheter till god hälsa och välbefinnande bör vi se till att alla äldre inkluderas i samhället och får den vård och omsorg de behöver. En av de få saker vi med säkerhet vet är att vi alla så småningom kommer att dö. Därför är det viktigt, som Barbro Westerholm skriver, att kunna leva livet hela livet.

Redaktionen

BARN OCH LÄSNING

»Psykisk Hälsas debatt om barnet och sagan har kanske rört sig med alltför vaga definitioner.

..Vissa barn läser under en följd av år 300 böcker om året. Under sådana omständigheter är det märkligt att så få undersökningar har gjorts om förhållandet barnlitteratur. Man har nöjt sig med att ta reda på vilka böcker och hur många böcker barn läser i olika åldrar och kompletterat det med olika funderingar över det eventuellt nyttiga eller skadliga i läsningen. Utmärkande för dessa funderingar har genomgående varit en del värderingar.

...Olika tider har haft olika uppfattningar om de s k folksagornas lämplighet som barnläsning. Att de skulle vara umbärliga, som Astrid Lindgren menar, förefaller inte troligt. Först i en sen tid (på 1820-talet i Sverige) blev de introducerade som läsning för barn. Romantiken hävdade att de hade sitt värde för den emotionella utvecklingen. Säkert hade romantikerna rätt, men om folksagan bildar och förädlar är däremot tveklaktigt.

...Deras värde ligger nog, som romantikerna hävdade, på det moraliska planet. Att läsa dem innebär för ett barn en mer eller mindre våldsamt känsloupppladdning. Om denna känsloupppladdning tar sig positiva eller ne-

PSYKISK HÄLSA

– för 50 år sedan

gativa uttryck i positiv eller negativ riktning är omöjligt att säga, samma sagan kan ha motsatt effekt på två olika barn.

Denna känsloupppladdning är av vital betydelse för vårt liv och vår utveckling. Den frigör bildligt talat elektrisk energi. Elektricitet kan användas till mycket: att upplysa städer, driva tåg och motorer, den kan användas till mindre ting: rosta bröd, raka sin haka, till att utlösa minor, eller man kan leda strömmen till en elektrisk stol. Vi kan exakt räkna ut vad en elledning tål, men vi vet mycket lite om vad en människa tål. Jag finner det upprörande att vi knappast ens försöker ta reda på litet mer om den saken, när det gäller ett så viktigt område som barn och läsning. Här överlämnar vi åt dagsjournalister att, med utgångspunkt från sina egna barndomsminnen (mer eller mindre bleknade), förmoda ett och annat!«

Lennart Helsing
(ur Psykisk Hälsa 1962:1)

TIDSKRIFTEN PSYKISK HÄLSA

Tidskrift för främjandet av psykisk hälsa. Organ för Föreningen Psykisk Hälsa. Utkommer med 4 nr/år.
Årgång 53

ISSN: 0033-3212

Copyright © Föreningen Psykisk Hälsa 2012

CHEFREDAKTÖR & ANSV. UTGIVARE: Per-Anders Rydélius

REDAKTÖR: Carl von Essen

OMSLAGSILLUSTRATION: Jonas Rahm

REDAKTIONSKOMMITTÉ: Robert Erikson, fil. dr, professor i sociologi; Siv Fischbein, professor emerita, specialpedagog; Fredrik Lindencrona, leg. psykolog, fil. dr.; Cecilia Modig, socionom och författare; Per-Anders Rydélius, professor i barn- och ungdomspsykiatri, överläkare och Ann-Charlotte Smedler, professor i psykologi.

FÖRENINGEN PSYKISK HÄLSAS KANSLI:

Kammakargatan 7, 4 tr, 111 40 Stockholm
Telefon 08-34 70 65, info@psykiskhalsa.se,
www.psykiskhalsa.se

MEDLEMSKAP (inkl. prenumeration på tidskriften och det elektroniska veckobrevet samt rabatter på skrifter och seminarier)
Företag, institutioner, organisationer 750kr/år,
Privatpersoner 400 kr/år,
Heltidsstuderande och pensionärer 250 kr/år
Lösnummer 99 kr
Org.nr. 802002-7291
Plusgiro 541 73-0, bankgiro 944-4043
Föreningen har 90-konto, pg 900853-3

MANUS TILL PSYKISK HÄLSA: Maila info@psykiskhalsa.se

ANNONSERA: För information och annonsprislista, kontakta info@psykiskhalsa.se, 08-34 70 65 eller se www.psykiskhalsa.se

FORM & PRODUKTION: Pelle Isaksson

TRYCK: Edita, Västra Aros 2012. Denna tidskrift är tryckt på miljövänligt papper.

Mångfaldigande av innehållet i denna tidskrift, helt eller delvis, är enligt lag om upphovsrätt den 30 december 1960 förbjudet utan medgivande.

Jag har en dröm

*– drömmen om ett
bra äldre liv 2023*

***"Varje gång en gammal människa dör,
är det som om ett bibliotek brinner ner"***

Alex Haley (1921–1992)



Barbro Westerholm är läkare, professor emerita, riksdagsledamot (fp) och fd generaldirektör för Socialstyrelsen.

Aldrig tidigare har andelen äldre i Sverige och världen varit så stor som nu. Under 1900-talet ökade medellivslängden i Sverige med ett kvarts sekel och ökningen fortsätter. Flera faktorer ligger bakom denna glädjande utveckling. Tillgången till bättre bostäder, rent vatten och avloppsrening, bättre mat och bättre arbetsmiljö har spelat stor roll liksom alla de medicinska landvinningar som sett dagens ljus under 1900-talet. Smittkoppor, difteri och polio är inte längre sjukdomar som skördar liv i Sverige. Lunginflammation är inget man behöver vara rädd för längre.

De flesta vunna åren är jämförelsevis friska år. De ”reparationsmedicinska” hälsoproblem som en del möter i form av slitna knän och höftleder, grumliga ögonlinser, tilltäppta kranskärl och dåligt fungerande hjärtklaffar kan med dagens operationsmetoder åtgärdas med fullgott resultat. Man kan säga att vi har fått en ålder till och att

de vunna åren är en ren välfärdsvinst. Det är först mot slutet av livet då många går in i den ”bräcklighetsmedicinska” perioden med demenssjukdom och sammansatta vårdbehov (tidigare kallat multisjuklighet) som vi måste få hjälp med att fungera i vardagen och få våra sjukvårdsbehov tillgodosedda.

År 2023 är det en självklarhet att människor ses som individer som är olika varandra och som med bevarad värdighet och integritet bestämmer själva om sina liv

Trots alla framgångar möter jag ändå frågan ”Väger jag bli gammal”. Man undrar om den svenska välfärdsmodellen, som är tämligen generös, kan klara ytterligare ökning av andelen äldre? Idag utgör människor 65 år och äldre 17 procent av befolkningen, 2050 kommer siffran att vara 24 procent. Leder det till att

vi måste sänka kvaliteten i vården och omsorgen, kommer familjen att behöva ta ett ökat ansvar, måste vi ta till skattehöjningar? Mitt svar på frågorna är nej. Jag tror inte det behöver bli så om vi tar vara på den resurs som allt friskare äldre utgör. Men då måste vi ha en vision att sträva mot för att hitta lösningarna.

Här är min vision och den utgår från hur jag hoppas det är 2023 då jag fyller 90 år.

Idag betraktas människor som är 65 år och äldre ofta som ett kollektiv. De har lämnat arbetslivet och lever på sina pensioner. År 2023 är det en självklarhet att människor ses som individer som är olika varandra och som med bevarad värdighet och integritet bestämmer själva om sina liv. Alla ses som en tillgång och allas resurser i form av kunskap och livserfarenhet tas tillvara på bästa sätt. Var och en kan bidra med något även när ohälsa slagit till.

ÅLDERISM

Det grundläggande problem som vi 2023 har kommit tillrätta med är ålderismen. Det är ett begrepp som myntades 1968 av den amerikanske psykiatern och gerontologen Robert Butler (1) och som professorn i gerontologi Lars Andersson i sin bok *Ålderism* publicerad 2008 (2) definierat som fördomar eller stereotypa föreställningar som utgår från en människas ålder och som kan leda till diskriminering.

I och med att vi 2023 kommit till rätta med ålderismen används inte längre kronologisk ålder för att karakterisera människor. Etiketter som "40-talist", "50-plussare" eller pensionär är förpassade till historien. En avhandling försvarad av Bo G Erikssons 2010 om åldrandet (3) har efterföljts av flera studier som visat samma sak, nämligen att vi föds som kopior och dör som original. Skälet är att vi bär med oss olika arv, lever i olika miljöer, får olika kunskaper och erfarenheter som resulterar i att vi är som mest olika varandra den dag vi avlider.

År 2023 har en rad myter och begrepp förpassats till historien. I ordböckerna finns inte längre orden senil, vissnad, fördetting och avtynad eller begreppen att ha gubbat till sig eller överlevt sig

själv som synonymer till gammal eller äldre. De har bytts ut mot klok och livserfaren. Medierna har slutat med att visa schablonbilder av äldre som en resurskrävande, skröplig grupp. Man berättar i stället om hur äldre på olika sätt bidrar till samhällsutvecklingen genom sin kunskap och sin livserfarenhet.

I kampen mot ålderismen har den breda lag mot åldersdiskriminering som kom 2012 (uppsatt på propositionslistan till mars 2012) blivit viktigt som normsändare. Det blev inte acceptabelt att diskriminera människor i arbetslivet på grund av ålder och att inte ge dem samma tillgång till hälso- och sjukvård och varor och tjänster som yngre generationer.

ARBETSLIVET

I det gamla bondesamhället arbetade var och en utifrån sin arbetsförmåga. Med ökande ålder byttes fysiskt hårt utomhusarbete mot lättare inomhussysslor. På söndagen vilade man men orden semester och pension var inte uppfunna än. De begreppen kom in i bilden med industrisamhället och 1900-talets stora sociala reformer med lagstadgad arbetstid, ledighet och pensionsålder med ökad livskvalitet och hälsa som resultat.

Men allting har en baksida. I början av 2000-talet började det komma rapporter om att det kunde vara svårt att gå i pension. År 2000 gav Berit Rollén ut skriften *Inget arbete att gå till* (4). Den blev en väckarklocka. I den beskrev hon hur hon som nypensionerad fann det svårt att inte ha en arbetsplats att gå till, att inte känna sig behövd, att förlora kontakten med arbetskamrater, att uppleva att ha gått in i en livslång semester. Samma tema återfinns i Monica Boëthius bok *Ett liv till förfogande: om pensionärerna och arbetslivet* från 2001 (5). Fyra år senare gav Ludvig Rasmusson ut *Äldreupproret* (6) där man kan

läsa följande: ”Vi återvinner gamla tidningar... vi återvinner mer och mer råmaterial, men inte kompetens... vi försöker minska våra sopberg utom de sopberg där våra äldre kastas men icke desto mindre sopberg. Det är hög tid att tänka på återvinningen.”

Det här ledde till forskning som tog död på myterna om äldres sämre arbetsförmåga. Äldres kunskap och livserfarenhet kompenserar för försämring av andra förmågor.

År 2023 ses äldre som en tillgång på arbetsmarknaden. Alla äldre som vill och kan fortsätta arbeta högre upp i åren välkomnas. De bidrar därmed till den allmänna välfärden. Fortfarande finns rätten kvar att lämna arbetslivet vid 61 års ålder men någon övre gräns för hur länge man får arbeta finns inte. Hindren i form av lagar och fackliga avtal som legat i vägen för äldre att finnas kvar i arbetslivet är undanröjda. Många är de nya företag som startats av äldre, som därmed också erbjuder yngre arbete.

OBETALT ARBETE

Vad gjorde då äldre i början av 2000-talet med den tid som stod till förfogande efter pensioneringsdagen. Av SCB:s tidsanvändningsstudier framgick att åldersgruppen 65 – 84 år var en aktiv generation. Man hämtade barnbarn från dagis, man var anhörigvårdare, var aktiv i ideella organisationer, läste tidningar, hade kulturella intressen. Allt detta värdesattes dock inte, inte ens av äldre själva. Det framgår av Prioriteringscentrums skrift från 2006 *Målsättningar och verklighet – vård och omsorg i kommunal regi* (7).

Här återfinns ett antal livsberättelser lämnade av kvinnor och män som hade passerat sin 80-årsdag. Berättelserna har ett gemensamt, nämligen att när man lämnat arbetslivet gick man från att vara *Någon* till att vara *Ingen*. Det var tiden i arbetslivet, som familjeförsörjare, som det var värt att berätta om. På förfrågan om vad dessa äldre gjort efter pensioneringen visade det sig att man varit mycket aktiv bl.a. i ideella organisationer och som anhörig/närstående-vårdare. Man hade varit en obetald samhällsresurs men som det inte var värt att berätta om eftersom man inte fick någon lön för det.

År 2023 visar samhället på ett konkret sätt sin uppskattning av äldres obetalda arbete genom att värdet av det redovisas i nationalräkenskaperna som en tillgång även om det inte är fråga om att betala för insatserna. Den negativa syn man under 1900-talets senare hälft hade på ideellt arbete/välgörenhet har nu förbytts till ett välkomnande av att såväl unga som äldre bistår t.ex. med socialt innehåll i äldres vardag och som resurspersoner i skolan. Samtidigt ser personalen dem som en tillgång för att det ger möjlighet till individualisering av insatserna.

AKTIVT ÅLDRANDE

Det arbete som Världshälsoorganisationen (WHO), EU-kommissionen och Folkhälsoinstitutet i Sverige vid sekelskiftet inledde under rubriken *Aktivt åldrande* bär nu – 2023 – frukt. Nu vet man att det allra viktigaste för människor för att må bra är att känna sig behövda. Därför är det viktigt att, som nämnts ovan, möjliggöra

År 2023 ses äldre som en tillgång på arbetsmarknaden. Alla äldre som vill och kan fortsätta arbeta högre upp i åren välkomnas.

för äldre som vill och kan arbeta att fortsätta i arbetslivet och att deras ideella insatser uppskattas och stöds.

Andra insatser för att förebygga ohälsa är sedan flera år högt prioriterade. Skador bland äldre har minskat kraftigt genom effektiv upplysning om hur man kan skydda sig. Genomgångar av risker i hemmet och hemmets närmiljö erbjuds alla liksom hjälp med sådant som kan medföra risk för fallskador. Forskning finns som visar att skadeförebyggande arbete lönar sig inte bara mänskligt utan också ekonomiskt för kommunerna. Kommunerna sparar därför inte på sådant som snöröjning, sandning och ytterbelysning samt bostadsanpassning.

Det har skapats en medvetenhet om vikten av fysisk träning, tillgång till näringsriktig kost samt bra måltidsmiljö. Nu finns mängder av lokala klubbar där äldre motionerar och lagar mat tillsammans, en del inom ramen för pensionärsorganisationernas verksamhet. Kommunerna ser det som en självklarhet att erbjuda lokaler gratis för de olika aktiviteterna.

Nästan inga människor röker längre. Därmed har sjukdomar som kol och lungcancer nästan försvunnit. Respekt för alkoholen finns där, lagom är bäst. Genom intensiva insatser riktade till läkare, sjuksköterskor, anhöriga och inte minst äldre själva har man fått bukt med den felaktiga läkemedelsanvändning som 15 år tidigare ledde till att många äldre fick tas in på sjukhus på grund av de komplikationer som deras läkemedelsbehandling föranledde.

Nu vet man att det allra viktigaste för människor för att må bra är att känna sig behövda

EN MÅNGFALD AV BOENDEN

År 2023 höjer man på ögonbrynen för att man 50 år tidigare ansåg att alla äldre skulle bo kvar i det gamla hemmet intill livets slut och där få hjälp med den vård och omsorg som de behövde. Att människor kunde ha olika önskemål beträffande sitt boende under olika perioder i sitt liv tänkte man inte på. Då var det s.k. kvarboende som gällde.

Nu har man en helt annan syn på boendefrågorna inte minst tack vare att pensionärsorganisationerna uppmärksammade att det fanns äldre människor som kände sig som fångar i sina egna hem när de på grund av för tung ytterdörr och

av avsaknad av hiss inte kunde komma ut. Och när jämnåriga familjemedlemmar och bekanta gick bort blev ensamheten tung. Då ville de äldre flytta till en lättillgänglig bostad där de kunde äta tillsammans med andra och delta i olika aktiviteter. De ville ha socialt innehåll i sin vardag. Ha litet roligt med andra ord.

Nu, 2023, finns en mångfald av boenden för äldre. Nu finns hiss i alla flervåningshus och dörröppnare så att man kan bo kvar om man vill trots fysiska funktionsnedsättningar. Denna ökade tillgänglighet är bra också för småbarnsfamiljer och människor i andra åldrar med funktionsnedsättningar. Många äldreboenden har tillkommit genom att människor med gemensamma intressen, inte minst invandrare, tagit initiativ till att bygga dem. Kommunerna ser positivt på människors egen skaparkraft och underlättar och skyndar på förverkligandet av dessa äldreboenden.

Genom alla dessa äldreboenden har behovet av vård- och omsorgsboenden minskat men inte

helt. För de som är så sjuka att de måste få vård och omsorg dygnet runt har det skapats boenden där det är självklart att det ska finnas djur och att måltiderna ska lagas på plats. Olika sociala aktiviteter erbjuds både av personalen och av ideellt arbetande personer.

ÄLDRE FÖDDA I ANDRA LÄNDER

I början av 2000-talet fanns det omkring 200 000 utrikes födda personer som var 65 år eller äldre. 2023 är siffran den dubbla och man har insett att det är en mycket heterogen grupp. De har kommit från många olika länder och har olika behov. Nu har kommunerna god kunskap om vilka behov som föreligger. Nu kan man välja äldreboende där man kan möta människor från det gamla hemlandet och tala sitt eget språk också med personalen.

SJUKVÅRD UTFRÅN DEN ENSKILDES BEHOV

I början av 2000-talet blev det uppenbart att ålderism och åldersdiskriminering också förekom i hälso- och sjukvården. Bl.a. visade Cancerfonden att äldre med vissa cancerformer fick sämre behandling än yngre. Nu, 2023, avgör inte längre den kronologiska åldern om man ska få tillgång till den diagnostik, behandling och rehabilitering man behöver. Det är den nytta man som individ kan ha av en behandling och de risker man löper med hänsyn till njurfunktion och andra kroppsfunktioner som är avgörande för vad man erbjuds. De behandlingsmetoder som används

i hälso- och sjukvården har nu utprovats på äldre människor och läkemedelsbehandlingen är individualiserad med regelbundna uppföljningar av dess nytta.

Nu, 2023, avgör inte längre den kronologiska åldern om man ska få tillgång till den diagnostik, behandling och rehabilitering man behöver

Primärvården och omsorgen för äldre har en huvudman år 2023. Den tudelning av huvudmannskapet som genomfördes genom Ädelreformen 1992 ledde till bristande samordning av insatserna för äldre med sammansatta vårdbehov och demens. Nu finns team kring den äldre bestående av läkare, sjuksköterskor, biståndshandläggare och andra

yrkesgrupper med goda kunskaper om åldrandet och äldres hälsa samt hälsoproblem. Det mesta sköts i öppen vård.

Ett tidigare försummat område, äldrepsykiatri, finns nu som del i utbildningen av all personal. Det är inte längre acceptabelt att lämna äldres depressioner obehandlade. Särskilt stöd erbjuds äldre som förlorat sin livskamrat.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD I LIVETS SLUTSKEDE

De medicinska framstegen har varit stora, inte minst när det gäller möjligheten att förlänga liv i livets slutskede. Vid sekelskiftet var det naturligt för läkarkåren att göra medicinskt sett allt som gick att göra. Nu, 2023, är det den äldre eller dennes utvalda ställföreträdare som bestämmer vilken vård och behandling som ska ges efter det att hon eller han tagit del av läkarens redovisning av vilka alternativ som står till buds och deras nytta och risker. Om den äldre vill avstå från behandling för en livshotande sjukdom

är det hälso- och sjukvårdens ansvar att erbjuda lindring och tröst. Medicinska ingrepp får inte övergå till övergrepp vilket ibland var fallet vid sekelskiftet.

TILLGÅNG PÅ SJUKVÅRDS- OCH OMSORGSPERSONAL MED KUNSKAPER I GERIATRIK OCH GERONTOLOGI

I början av 2000-talet var det få inom sjukvården och socialtjänsten som hade utbildning om åldrandet samt äldres hälsa och hälsoproblem. 2023 har utbildningen av läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, socionomer, kuratorer och andra yrkesgrupper inom vården och omsorgen anpassats till att motsvara äldre människors behov. Särskilt fokus har riktats mot de behov äldre utlandsfödda och etniska minoriteter har liksom äldre med funktionsnedsättningar. Man är medveten om att bland utlandsfödda finns människor som bär på ångestladdade minnen från krigshändelser och tortyr vilka kan återuppväckas mot slutet av livet. Genom kraftfulla satsningar på kompetenshöjning samt på äldreforskning både i öppen och slutenvård har status för arbete med och för äldre människor höjts. Nu köar man för att få arbeta inom detta fält. Geriatrik och gerontologi har blivit prioriterade forskningsfält.

VÅLD OCH ÖVERGREPP

Vid sekelskiftet vågade ingen tala om våld och övergrepp mot äldre i nära relationer. Över-

grepp t.ex. genom inbrott eller väskryckning eller i vården var lättare att tala högt om. Men att erkänna att som äldre ha blivit utsatt för finansiellt, fysiskt eller psykiskt våld utövat av make eller maka, son eller dotter, nej det var svårt, kändes ”skämmigt”. Att gå till polisen och anmäla sådant var otänkbart. För sjukvården eller socialtjänsten berättade man inte heller om vad man upplevt. Genom att WHO och EU lyfte fram problemet i början av 2000-talet fick man

Om den äldre vill avstå från behandling för en livshotande sjukdom är det hälso- och sjukvårdens ansvar att erbjuda lindring och tröst

till slut i Sverige en nationell handlingsplan för hur sådana övergrepp kan förebyggas och hur stöd och hjälp kan ges till dem som utsatts. Varje kommun har nu en kristelefon till vilken man kan ringa om sina problem.

I hälso- och sjukvården frågar man alltid om hur en skada hos en äldre uppkommit och om våld och övergrepp kan ligga bakom att en äldre person mår dåligt. Hemtjänstens medarbetare vet vad man ska göra när man misstänker att en hemtjänsttagare utsatts för övergrepp av olika slag.

SLUTORD

År 2023 är det inte längre någon som ställer frågan *Vågar jag bli gammal*. Nu, 2023, ses äldre som en värdefull resurs i samhället vare sig man förvärvsarbetar, är engagerad i ideellt arbete, är anhängigvårdare eller engagerad i andra aktiviteter. Och även om man drabbats av svår ohälsa är man fortfarande en resurs som bärare av minnen och livserfarenhet.

Men!!! Äldre måste själva bära i minnet att man är en förebild och som sådan bidra till att

synen på äldre fortsatt ska vara positiv. Själv hoppas jag att jag ska vara rolig, spännande hela livsresan så att mina närmaste tycker om att träffa mig när jag fyller 90 år 2023.

Jag avslutar med journalisten Kajsa Telanders visdomsord hämtade ur den bok hon skrev vid 89 års ålder: "After eighty – på gott och ont", utgiven 2008.

"Du *får* leva med full kapacitet, även om den inte är så stor, så länge det går. Och sen *får* du vissna ner och dö som allt annat".

Det gäller att kunna leva livet *hela* livet.

REFERENSER

1. Butler, R.N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243 – 246.
2. Anderson, L. (2008). *Ålderism*. Studentlitteratur. Lund
3. Eriksson, B.G. (2010). *Studying ageing: experiences, description, variation, prediction and explanation*. Akademisk avhandling. Göteborg
4. Rollén, B. (2001). *Inget arbete att gå till*.
5. Boëthius, M. (2001). *Ett liv till förfogande: om pensionärerna och arbetslivet*. SPF förlag. Stockholm
6. Rasmusson, L. (2005). *Åldersupproret*. Natur och Kultur
7. Svensson, T. (2006). *Målsättningar och verklighet – vård och omsorg i kommunal regi*. PrioriteringsCentrum, Landstinget i Östergötland, Linköping
8. Telander, K. (2008). *After eighty – på gott och ont*. Instant Book.

Vill du hjälpa ungdomar som mår psykiskt dåligt?

Föreningen Psykisk Hälsa ska efter sommaren 2012 starta en interaktiv webbplats med chatt för unga vuxna.

Syftet med webbplatsen är att erbjuda hjälp till unga vuxna (ca 15-25 år) som mår psykiskt dåligt och som kan vara självmordsnära. Självmord är i dag den vanligaste dödsorsaken bland unga vuxna, i synnerhet män, och projektet syftar till att på olika sätt minska självmordstalen. Den nystartade webbsidan är ett samarbete mellan föreningen och Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa.

Webbplatsen kommer att innehålla en chatt, forum, mailsvar samt information om psykisk ohälsa, och ska bemannas av engagerade volontärer som har fått specialutbildning. Personlig lämplighet är avgörande och förtrogenhet med kommunikation på

nätet en förutsättning. Det är en fördel om du har kunskap och utbildning om psykisk ohälsa. Vi söker exempelvis studenter inom psykolog- och socio-nomutbildningarna. Det är en fördel om du är man, eftersom projektet särskilt vill nå ut till unga män som mår psykiskt dåligt.

Chatten ska i början vara öppen tre kvällar i veckan mellan klockan 19 och 22. Som hjälpare arbetar du två kvällar per månad och erbjuds utbildning, stöd och handledning samt kontinuerlig fortbildning. Det är önskvärt att du bor i Stockholmsregionen eftersom utbildningen och handledningen sker i Stockholm.

Vi rekryterar nu volontärer och planerar att starta webbplatsen under augusti 2012. Intresserad att bli en av oss? Maila marie-louise.soderberg@psykiskhalsa.se eller ring på 070-484 03 34.

Ett eftersatt område

– men kanske inte länge till?



Susanne Rolfner Suvanto är fil mag och sjuksköterska. Hon har varit utredare på Socialstyrelsen, kvalitetsuppföljare och vårdchef. Nu arbetar hon på SKL med utveckling av den psykiatriska heldygnsvården.

Det började som en slumpmässig fråga, ett inbrott för en förhindrad föreläsare som skulle prata inför ett antal personer inom hemtjänsten om psykisk ohälsa hos äldre. Året var 2006 och visst hade jag mött äldre som mått psykiskt dåligt men aldrig riktigt fördjupat mig riktigt. Den första frågan blev därför – vem eller vilka är det vi talar om? Jag kunde snabbt konstatera att området var stort, mycket större än det jag först kom att tänka på, nämligen depression och demens. I nästa fas av planeringsarbetet noterade jag hur lite det fanns att hämta från de stora satsningarna inom dels psykiatriområdet, dels äldreområdet. Det blev därför naturligt att i nästa steg fundera över varför området lyste med sin frånvaro.

I mötet med engagerad äldreomsorgspersonal från Solna stad kunde jag konstatera att för dem var området ”äldres psykiska ohälsa” en stor del av deras vardag. Det var många som upplevde en känsla av vanmakt och otillräcklighet inför de äldres ångest, oro och ibland även svårare symtom som vanföreställningar och hallucinationer. Men det fanns också fantastiska berättelser om fina möten och en oförtruten ambition att hjälpa.

FYRA GRUPPER

I syfte att få grepp om området äldres psykiska ohälsa utvecklades en indelning av målgruppen i fyra kategorier:

- Att drabbas av psykisk ohälsa i samband med åldrandet
- Att ha levt sitt liv med psykisk ohälsa och åldras
- Att ha en demenssjukdom och drabbas av annan psykisk ohälsa
- Att ha upplevt trauma tidigare i livet och åldras.

Och som med alla kategoriseringar av människor ska man sträcka upp ett varnande finger för att detta självklart inte täcker in alla aspekter. Det är bara en hjälp för att sortera in en annars alltför komplex verklighet så att vi kan försiktigt börja greppa den.

Den första gruppen är troligtvis den största, i vilken det inryms ångest- och depressionssjukdomar. Ett område som oavsett ålder får anses som en del av våra folkhälsosjukdomar. Vanligt förekommande och som för den äldre kan vara ett resultat av både biologiska, sociala och psykologiska förändringar.

I den andra gruppen återfinns de som ofta levt sedan unga år med en allvarlig psykisk sjukdom som exempelvis schizofreni. Om hur åldrandet ter sig för denna grupp vet vi inte så mycket mer än att den förväntade livslängden är kortare, den ekonomiska situationen svårare än för andra i samma åldersgrupper samt att insatser som boendestöd och sysselsättning ofta tas bort vid fyllda 65 år. Det senare trots att behoven inte förändrats.

Att drabbas av en demenssjukdom och samtidigt drabbas av en depression är inte ovanligt. De senaste årens satsningar på vården, och omsorgen om de med demenssjukdom, har lett till ökad uppmärksamhet och ett bättre omhändertagande. Och även om det fortfarande

finns mycket kvar att göra så är det inte längre ett område som kan betecknas som eftersatt.

Att i livet tidigt ha genomgått trauman som krig, tortyr och förföljelse sätter sina spår. Vad detta gör med oss i samband med åldrandet är relativt outforskat i en svensk kontext. Däremot finns det såväl erfarenheter som forskning internationellt och då främst om kvinnor och män som överlevt koncentrationslägren under andra världskriget.

STIGMA OCH ÅLD ERISM

Om vi utgår ifrån att vi snart har 1, 7 miljoner människor i Sverige som är 65 år och äldre samt mot det ställer tidigare refererade fyra grupper som kan ha en psykisk ohälsa kan vi enkelt räkna

ut att området ”äldres psykiska ohälsa” är stort. Hur kan det då komma sig att det samtidigt är eftersatt, något som upprepats gång på gång bl a i nationell psykiatrisamordnings slutbetänkande ”Ambition och ansvar” från 2006?

För mig blev det tydligt i samband med att jag fick aldrig fler förfrågningar om att föreläsa om äldres psykiska ohälsa. Våra bilder och föreställningar om äldre respektive psykisk

sjukdom går inte ihop. I de flestas medvetande och tankesystem så super inte mormor, morfar är inte psykotisk och på samma sätt så är den ”schizofrene” inte gammal. Att dessa bilder får konsekvenser syns tydligt i organiseringen av vården där 65-årsgränsen är en vattendelare för vilka insatser som ska ges och inte behoven.

Jag kan också se det i huruvida äldreomsorgen eller psykiatrin uppfattar sig som tilltalade när vi bjuder in till en dialog om äldres psykiska ohälsa. Det är inte sällan så att ”Sara 74 år som har en schizofreni” ses som äldreomsorgens ansvar av psykiatrin och som psykiatrins ansvar av äldreomsorgen. Allt beroende på hur man väljer att fokusera – på ålder eller diagnos.

Det ska emellertid sägas – inget av detta sker på grund av illvilja – vi är helt enkelt funtade så att de inre föreställningarna ofta är betydligt starkare än vad vi vill tro och erkänna.

ETT LJUS I MÖRKER

De senaste åren kan vi se en vändning i trenden att äldres psykiska ohälsa skulle vara eftersatt.

**I de flestas
medvetande och
tankesystem så super
inte mormor; morfar
är inte psykotisk och
på samma sätt så är
den ”schizofrene” inte
gammal**

Det finns tecken på att allt fler kommuner och landsting väljer att göra större satsningar på att dels öka baskompetensen, dels satsa på specialteam. Det senare inte sällan inom socialtjänsten. I norra Stockholm finns exempel på sådana större satsningar liksom i Malmö stad där samverkan skett över huvudmänna- och/eller organisationsgränser. Satsningar som är lyckade och innehåller både en ökad baskompetens som ökad tillgång till handledning och specialistkompetens. Det finns också motsvarande planer i andra delar av Sverige – på Öland, i Kronoberg, Sörmland, östra Östergötland och i Sjuhäradsområdet i Västra Götaland. Men än så länge får vi ändå se det som ett litet ljus i mörkret och där det nu är viktigt att ge denna låga större lyskraft genom fortsatt ekonomiskt stöd efter att projektmedlen upphört och att fortbildning inom området blir en naturlig del av basutbudet inom äldreomsorgen och psykiatrin.

VIKTIGA OMRÅDEN

Slutligen vill jag peka på några viktiga områden som måste belysas om man vill stödja utvecklingen mot en jämlik och tillgänglig vård och omsorg för äldre med psykisk ohälsa.

1. Riv 65-årsgränsen; boendestöd eller hemtjänst, sysselsättning eller dagverksamhet ska ges efter behov och inte efter hur vi valt att organisera insatserna i den egna kommunen eller stadsdelen.
2. Säkerställ att de som levt ett liv med allvarlig psykisk sjukdom också inkluderas i insatserna riktade till äldre. Idag tenderar denna grupp att ställas utanför både satsningar som sker inom psykiatrin och inom äldreomsorgen.

3. I de nationella satsningar som genomförs inom äldreomsorgen ska äldre med psykisk ohälsa, sjukdom eller funktionsnedsättning inkluderas och synliggöras liksom att äldre, över 65 år, ska inkluderas och synliggöras inom psykiatrisatsningen.

Det finns inget som är omöjligt – det omöjliga tar bara lite längre tid.

REFERENSER

1. Rolfner Suvanto, Susanne & Suvanto, Anna-Liisa. (2011) *Äldres psykiska ohälsa*. Fortbildning AB
2. Brunt, D, Larsson, K. & Rolfner Suvanto, S (2010). *Äldres psykiska ohälsa i Omsorg och Mångfald*. Gleerups förlag
3. Rolfner Suvanto, Susanne. (2012). *Mellan äldreomsorg och psykiatri*. Gothia.



Systemiska trauman

med professor
Franz Ruppert

effekter och läkning

föreläsning 1 juni
workshop 1-3 juni
i Stockholm
www.franzruppert.se

Psykisk sjukdom i hög ålder



Ingvar Karlsson är docent och överläkare vid Sahlgrenska Akademien vid Göteborgs Universitet. Han har deltagit i flera utredningar av SBU, Socialdepartementet, Socialstyrelsen och Läkemedelsverket inom det äldrepsykiatriska området, och är vice ordförande i Svensk Förening för Äldrepsykiatri.

Äldre människor drabbas ofta av psykisk ohälsa och frekvensen ökar med stigande ålder. Allteftersom antalet äldre ökar har detta blivit en allt större del av de psykiska sjukdomarna. Inom en tio-årsperiod kan man förvänta att de utgör merparten av all psykisk sjukdom. Kunskapen om psykiska sjukdomar hos äldre inom sjukvård eller kommun har dock inte hållit jämna steg med denna utveckling. Sjukdomsbild, sjukdomsorsak, diagnostik och behandling är till många delar annorlunda än hos yngre. I denna artikel ges en kort sammanfattning av de vanligaste psykiska sjukdomstillstånden hos äldre. Depressionssjukdomen, den vanligaste psykiska sjukdomen hos äldre behandlas i en separat artikel (se sid xx).

Äldre människor drabbas allt oftare av sjukdomar. Detta gäller också psykiska sjukdomar, och psykisk ohälsa utgör en stor del av äldres sjukdomspanorama. Många psykiska sjukdomstillstånd fortsätter hela livet, som återkommande depressioner, manodepressiva sjukdomar och schizofreni. Andra tillstånd debuterar i hög ålder.

Nydebuterad psykisk sjukdom i hög ålder har som regel en bakomliggande orsak såsom en hjärnskada

Både nydebuterade sjukdomar och sjukdomar som funnits tidigare, kommer att påverkas av åldrandeprocesser vilket medför att sjukdomspanoramater sig annorlunda än hos yngre. Både frekvens av olika sjukdomar och symtombild förändras. Ytterligare en aspekt är tillkomst av demenssjukdomar. Demens orsakas av skador i hjärnan. Det är mindre känt att också psykiska sjukdomstillstånd kan bero på hjärnskador. Nydebuterad psykisk sjukdom i hög ålder

har som regel en bakomliggande orsak såsom en hjärnskada. Men också psykiska påfrestningar, kroppslig sjukdom och läkemedel kan leda till psykiska sjukdomstillstånd i hög ålder.

Det finns ingen klar gräns för när åldrandet inträder. Åldrande är en gradvis förändring som kan te sig olika hos olika människor. Hjärnans åldrande börjar oftast bli märkbar biologiskt vid cirka 70 års ålder. Det betyder inte att mentala funktioner minskar utan de reservmarginaler som finns reduceras allt mer. Sjukliga tillstånd som drabbar hjärnan kommer därför att få en allt större genomslagskraft ju mer hjärnans

reserver påverkas. Om inga sjukliga förändringar tillstöter kommer mentala funktioner att bibehållas livet ut.

ORSAK TILL PSYKISK SJUKDOM VID ÅLD RAND E

En skada i hjärnan leder till funktionsförändringar. Vad som påverkas är beroende av var skadan sitter. Vad som orsakar skadan har i sig inte någon betydelse. Därför kan olika sjukdomsprocesser leda till likartade sjukdomsbilder. Samma typ av sjukdom kan också få olika symtom beroende på hur hjärnan skadas. Om en skada drabbar ett område som har betydelse för tankeförmågor skapas en demensbild. Om området har betydelse för psykiska funktioner kan en psykisk sjukdomsbild uppstå. Hur en sjukdomsbild ser ut är alltså helt beroende av skadans utbredning. Det gör att sjukdomsbilden kan omfatta såväl kognitiva förmågor som psykisk sjukdom och också ibland omfatta mer än en psykisk sjukdomsdiagnos.

En vanlig orsak till hjärnskada är kärlförändringar och blodproppar. Dessa leder till att hjärnan skadas och symtom uppstår. Även hjärnförändringar vid Alzheimers sjukdom leder oftast till psykiska sjukdomssymtom – vid sidan av störningar av minne och tankeförmågor.

En viktig aspekt är sambandet mellan psykisk ohälsa och kroppslig sjukdom. Detta är mest studerat vid depressiv sjukdom. Vid kroppslig sjukdom fördubblas risken för depression. Detta gäller oberoende av var den kroppsliga

sjukdomen finns och är inte heller orsakad av vetenskapen om att det finns en sjukdom, även om detta också kan påverka stämningläget. Man börjar förstå att kemiska budbärare ”cytokiner” bildas i kroppen vid sjukdom och kan passera in i hjärnan. Detta kan leda till bland annat depressionstillstånd. Man vet inte tillräckligt för att kunna påverka dessa mekanismer och mycket är ännu oklart.

Hjärnan påverkar också kroppen och kroppsliga sjukdomstillstånd. Vid egentlig depression finns en kraftigt ökad dödlighet i kroppslig sjukdom upp till 2–3 gånger det förväntade. Detta är också ny kunskap som ännu inte tillräckligt

beaktas i sjukvården. Detta medför att psykisk sjukdom inte bara skall beaktas utifrån det lidande sjukdomen skapar utan också för den ökade kroppsliga sjuklighet som den orsakar. Behandling av depression tycks kunna minska dödlighet i kroppslig sjukdom men kunskapen är

ännu mycket begränsad. Hur andra psykiska sjukdomar och kroppslig sjukdom interagerar är oklart. Det är dock viktigt att beakta att en demenssjukdom avsevärt förkortar livslängden.

Fysisk aktivitet påverkar mental hälsa. Också kognitiva funktioner är relaterade till grad av fysisk aktivitet. Förbättring av fysisk aktivitet via träning minst 30 minuter minst två gånger per vecka kan förbättra kognitiva funktioner. Träningen skall vara måttlig och inte hård. Också depressiva tillstånd förbättras av fysisk aktivitet på samma sätt. Sannolikt är otillräcklig fysisk aktivitet en viktig faktor för psykisk hälsa i hög ålder.

Förbättring av fysisk aktivitet via träning minst 30 minuter minst två gånger per vecka kan förbättra kognitiva funktioner

Psykiska trauman är en annan vanlig orsak till psykisk sjukdom hos äldre där det framförallt skapar depressiva tillstånd. Sorg leder, framförallt hos män, till depression. Fysiskt handikapp kan leda till depression. Härvidlag kan sannolikt både psykogena mekanismer, dvs. upplevelsen av handikappet, men också den minskade fysiska aktiviteten som ett handikapp medför ligga bakom.

Det är i praktiken svårt att veta om ett psykiskt trauma är det som ligger bakom en depression. Den som drabbas av depression övervärderar i praktiken yttre händelsers betydelse. Det är vanligt också bland vårdpersonal att se yttre händelser som orsak till en depression och en vanlig orsak till underdiagnostik.

Social stimulans är också viktigt för att bibehålla normala mentala funktioner. Brist på psykosocial stimulans är en viktig faktor, både för uppkomst av psykisk ohälsa och som ett sätt att behandla.

Läkemedel kan ge upphov till psykisk sjukdom. En rad symtom som kognitiv störning, konfusion (förvirringstillstånd), psykotiska symtom eller depression kan ses. Mekanismerna kan vara olika. Intressant är att interferon, som är en naturligt förekommande kemisk budbärare i kroppen (cytokin) mycket ofta leder till depressiva tillstånd. Allt talar för att substansen påverkar direkt i hjärnan och leder till depressiva symtom. Även andra läkemedel som beta-blockerare kan hos vissa personer leda till depression.

Läkemedel, som vissa antidepressiva, kan i enstaka fall leda till ångest. En allvarlig biverkan av läkemedel är förvirringstillstånd (konfusion) som framförallt ses hos personer med demens.

ÅNGESTTILLSTÅND HOS ÄLDRE

Ångest är ett vanligt symtom i hög ålder. Det ter sig ofta som en överdriven oro, oron kan förstärkas till panikattacker. Vid ångest och panik finns tryck i bröstet, ofta svårighet att andas och en uttalad sjukdomskänsla. Det kan vara svårt att skilja ångest från en hjärt/kärlsjukdom. Ångestsjukdomar indelas hos yngre i generaliserat ångesttillstånd, paniksyndrom, tvångssyndrom, social fobi och tvångssyndrom m.m. De har likartade symtom och sjukdomarna överlappar varandra. Hos äldre är det tveksamt om hur ångestdiagnoser bör uppdelas, behandlingen är ofta likartad.

Posttraumatiskt stressyndrom ses relativt ofta

i hög ålder och är en speciell form av ångestsjukdom. Vid denna sjukdom är orsaken svåra trauman. Dessa trauman kan ligga långt bak i tiden. Sjukdomen kan ha funnits förhållandevis obemärkt under många år. I samband med åldrandet, både biologiskt och psykosocialt, kan bilden förvärras på ett för omgivningen oförklarligt sätt. De minnen som funnits av tidigare trauman försvinner i praktiken inte och kan därför återkomma. Personen har oftast haft olika strategier för att hålla dem borta från tankarna. Arbete har oftast varit en dominerande strategi. Vid pensioneringen försvinner denna möjlighet, vilket leder till att minnena kommer upp till ytan. Psykisk ohälsa av annan orsak kan också medföra att symtomen återkommer.

Vanliga symtom vid posttraumatisk stress är återupplevnaden av tidigare trauman, sömnproblem och mardrömmar. Det finns en ökad ångestnivå och depressiva symtom. Att tala om det som ligger bakom är svårt och leder till ökad

Posttraumatiskt stressyndrom ses relativt ofta i hög ålder och är en speciell form av ångestsjukdom

ångest och man undviker därför att berätta vilket ökar risken för att ställa en felaktig diagnos.

Behandlingen av ångestsjukdomar är i första hand antidepressiva läkemedel (SSRI). Vid posttraumatiskt stressyndrom kan ibland läkemedel som påverkar noradrenalin öka ångestnivån. Läkemedel som pregabalin (Lyrica) kan komplettera. Psykoterapi är en viktig behandlingsprincip men tillgången är i praktiken mycket begränsad.

Vid depression i hög ålder finns mycket ofta en kraftigt ökad ångestnivå. Det finns i praktiken en gradvis övergång mellan ”rena” depressiva tillstånd och ”rena” ångestsyndrom. När depressionen behandlas minskar ångestsymtomen. Ibland kan också en specifik behandling av ångest erfordras.

En speciell typ av oro ses hos personer med en kognitiv störning i form av nedsättning av exekutiva förmågor. Personen har då svårt att hantera flera uppgifter samtidigt (minskad simultankapacitet), svårt med planering och organisering. Vid stress eller belastning blir det för mycket intryck att bearbeta och personen kan bli mycket orolig. Detta är en vanlig orsak till oro vid demens eller annan kognitiv störning.

Kroppslig sjukdom, oftast hjärtsjukdom, astma eller kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) har ofta en ångestkomponent. Här är det viktigt att se till både den kroppsliga och den psykiska komponenten och en behandling av den psykiska komponenten kan ofta påtagligt minska de kroppsliga symtomen.

Ett stort problem vad beträffar ångest är lugnande medel (bensodiazepiner som Sobril, Oxas-

cand, Stesolid och Xanor). Den initiala effekten är mycket god mot ångest men den avtar snabbt. Man är då ofta tvungen att öka dosen. Dessa läkemedel är ångestdämpande men leder relativt snabbt till ett beroende och har då en tveksam effekt mot grundsymtomen. En person med ett beroende som försöker sluta får starka ångestsymtom. Även om den ursprungliga sjukdomsbilden försvunnit blir det inte möjligt att sluta.

Ofta kan en gradvis nedtrappning göra det möjligt avsluta behandlingen, i andra fall måste man fortsätta en långtidsbehandling. Dessa läkemedel bör därför inte användas annat än under mycket kort tid för att inte skapa ett beroende.

Vid Alzheimers sjukdom finns psykotiska symtom någon gång hos cirka 35 procent av patienterna

PSYKOTISKA SYMTOM I HÖG ÅLDER

Psykotiska symtom ses relativt ofta i hög ålder. Orsaken är skiftande. Det finns såväl schizofreni-liknande sjukdomar som debuterar vid åldrandet men oftare finns sjukdomstillstånd som inte uppfyller kriterier för schizofreni och klassificeras som vanföreställningssyndrom. De domineras av ickebisarra vanföreställningar. Om hallucinationer finns är de inte dominerande. Innehållet i vanföreställningarna kan vara erotiskt, svartskjedominerat, hypokondriskt, förföljelseinriktat eller grandios. Skillnaden mot en schizofren diagnos är oskarp och syndromen beskrivs som ett kontinuum men det finns också vissa hållpunkter för att en bakomliggande hjärnskada är vanligare vid vanföreställningssyndrom än vid schizofren sjukdom.

Samma behandlingsstrategier används vid vanföreställningssyndrom som vid schizofreni men

fungerar inte alltid lika väl. Detta kan bero på att sjukdomen är mer heterogen.

Psykotiska symtom är ofta en del av en demenssjukdom. Vid Alzheimers sjukdom finns psykotiska symtom någon gång hos cirka 35 procent av patienterna. Vid Lewy body demens är psykotiska symtom ofta det mest framträdande symtomet tidigt i sjukdomsbilden.

KONFUSION

Konfusion (begreppen akut förvirringstillstånd eller delirium används synonymt) är en vanlig psykisk sjukdomsbild hos mycket gamla personer eller vid demenssjukdom. Konfusion är den sjukdomsbild som skapas när hjärnans biologi på grund av en sjukdom eller störning inte fungerar normalt. Av detta följer att om denna orsak kan undanröjas, så återkommer en normal funktion.

Debuten av konfusion är ofta plötslig och symtombilden är växlande över tid. Vid konfusion påverkas medvetandet, d.v.s. den drabbade har svårt att hålla samman upplevelsen av egen person, tankar och omgivning som en helhet.

Världen blir fragmenterad. Grundläggande symtom vid konfusion är: uppmärksamhetsstörning, bristande koncentrationsförmåga, feltolkningar av sinnesintryck och fragmenterat tänkande (verkliga händelser, misstolkningar och psykotiskt tankeinhåll blandas). Dessa grundsymtom kan vara svåra att skilja från symtom orsakade av demens, men är avgörande för att säkert kunna iakttä en konfusion. Psykomotoriken är ofta ökad vid konfusion, personen vandrar ofta omkring,

eller så är psykomotoriken minskad, med svårighet att uppmärksamma omgivningen.

Desorientering och minnesstörning är regel vid konfusion och orienteringsgraden varierar med djupet av den konfusionella reaktionen. Hallucinationer, illusioner eller rena paranoida vanföreställningar är vanliga. Sömnstörning är regel vid konfusion. Utagerande beteende med irritabilitet och aggressivitet men även symtom som vandringsbeteende eller oro skapar ofta akuta psykiska problem.

Debuten av konfusionssymtom är ofta akut, och ter sig då som en snabb försämring av kognitiva förmågor, men smygande debutsymtom under några dagar kan förekomma. Det är typiskt för konfusion att bilden växlar. Symtombilden varierar typiskt under dygnet och vanligen är de klaraste stunderna på morgonen, medan symtomen förvärras under eftermiddag/kväll. Bilden växlar också från dag till dag.

Vid konfusion med samtidig demenssjukdom ses ofta regelbundet konfusionssymtom under eftermiddag/kväll s.k. ”sundowning syndrome”.

Konfusionssymtomen vid demens är ofta svåra att hantera och leder ofta till behov av vård.

Den kliniska bilden av en konfusionell patient är ofta svår att skilja från demens och detta fordrar erfarenhet. Den ofta akuta debut, den växlande intensiteten hos symtomen, med växlingar under och mellan dygn, typiska symtom och

förekomst av utlösande faktorer stöder diagnosen akut konfusion.

Vid konfusion samverkar oftast flera olika faktorer, där någon faktor är utlösande. Bakomliggande faktorer kan indelas i:

Den kliniska bilden av en konfusionell patient är ofta svår att skilja från demens och detta fordrar erfarenhet

- a) Akut sjukdom i hjärnan som stroke, traumatisk skada, blödning eller infektion.
- b) En rad läkemedel kan orsaka konfusion. Alla läkemedel med s k antikolinerg effekt ökar risk för konfusion – det finns en rad sådana preparat som används vid olika sjukdomstillstånd, t ex äldre typer av antidepressiva, medel mot urinträngningar och vissa lugnande medel. Andra läkemedel som ofta orsakar konfusion är antiparkinsonmedel, smärtstillande medel av morfintyp, bensodiazepiner, anti epileptika m. fl. Det finns ofta olika individuell känslighet för dessa effekter. Nyinsättning av läkemedel eller i tidssamband med läkemedelsintag på dagen bör skapa misstanke på orsakssammanhang.
- c) De flesta allvarliga kroppsliga sjukdomar kan leda till konfusion. Vanligt är att konfusion ses vid infektioner i urinvägar eller lungor, olika typer av infektioner med feber, uttorkning (t.ex. vid ovanligt stark sommarvärme), näringsbrist, förstoppning, stopp i urinvägar eller när en kateter har satts in.
- d) Psykiska faktorer, t.ex. stress eller akut kris, kan utlösa konfusion. Vid demens är ofta en förflyttning till sjukhus eller annat boende en vanlig orsak.

Det finns ingen specifik läkemedelsbehandling vid en akut konfusion. I första hand skall konfusionsframkallande faktorer identifieras och om möjligt elimineras. Först därefter skall symtombehandling ske. Kroppslig orsak skall alltid övervägas och behandlas om misstanke finns. Därutöver består behandlingen av icke-farmakologiska åtgärder som innebär närvaro av personal med hög kontinuitet, lugn och mycket tydlig informa-

tion och kommunikation riktad till patienten från ordinarie vårdpersonal vid enheten.

DEMENS SJUKDOMAR

Demens omfattar flera kliniska syndrom som medför störningar i framförallt funktioner. Demens leder alltid till en minnesstörning i någon grad, men det fordras dessutom minst ytterligare ett av följande symtom: desorientering, språkstörning, praktiska svårigheter, bristande exekutiv förmåga, förändring av personlighetsdrag som känslomässig avflackning, bristande känslomässig kontroll, aggressivitet eller insiktslöshet.

Svårighetsgraden av den kognitiva störningen ska vara sådan att demenssymtomen påverkar patientens arbete och/eller sociala liv och innebära en klar sänkning från tidigare prestationsnivå. Symtomen ska ha funnits under en längre tid, minst 6 månader, och tillståndet ska inte kunna förklaras av konfusion. Förutom olika kognitiva symtom finns ofta även andra symtom som depression eller psykotiska symtom.

Ett förstadium till demens, där man fortfarande kan fungera relativt normalt, kallas lätt kognitiv störning. En stor del av de personer som har en lätt kognitiv störning kommer senare att utveckla demens. Det finns också personer med en lätt kognitiv störning som orsakas av andra sjukdomstillstånd som utmattningssyndrom och där också en förbättring kan ske.

Demens är en vanlig sjukdom. I Sverige har ungefär åtta procent av alla personer som är 65 år eller äldre någon form av demenssjukdom. Frekvensen ökar starkt med stigande ålder och i de högsta åldrarna har cirka hälften någon grad av demens. Demens utgör idag den diagnos som orsakar samhället de största kostnaderna, cirka 50 miljarder kr/år. De största kostnaderna utgörs av kostnader för boenden för dementa.

Alzheimers sjukdom är den vanligaste formen demens och utgör cirka 60 procent. Alzheimers sjukdom anses inte vara en enda sjukdom utan en grupp av likartade sjukdomar, med variationer relaterade till ålder, uppkomstmekanismer och ärftliga faktorer. Med hänsyn till de likheter som finns i hjärnförändringar och på klinisk bild, brukar dock Alzheimers sjukdom betraktas som en enhet. Grunden till sjukdomen anses vara förekomst av degenerativa plack, orsakade av inlagring av bland annat proteinet beta-amyloid, men en rad andra faktorer bidrar sannolikt till sjukdomen.

Grundsymtomet vid Alzheimers sjukdom är minnesproblem. Tidigt i sjukdomen är symtomen diffusa och smygande. Uppmärksamhetsstörning och koncentrationssvårigheter märks först i stressade situationer. Svårigheter att hitta ord (afasi) kan påverka språklig kommunikation. Orienterings-svårigheter förekommer, framför allt i pressade situationer. Abstrakt tankeförmåga och tidsuppfattning minskar. Patienten har ofta tidigt i sjukdomsförloppet insikt i att mentala funktioner är förändrade och kan, med hjälp av olika strategier, till viss del kompensera för sin kognitiva nedsättning. När sjukdomen går vidare försämras samtliga kognitiva aspekter. Språkförmåga, rumsuppfattning och tolkning av synintryck kan bli påtagligt försämrade, men bilden varierar mellan olika drabbade. Personligheten är i grunden ofta tämligen väl bevarad.

Även sent i sjukdomen kan det finnas stunder

av påfallande psykisk klarhet. Upp till hälften av alla med Alzheimers sjukdom har depressiva symtom. Psykotiska symtom finns hos cirka 35 procent, ibland tidigt i sjukdomsförloppet. I slutskedet av sjukdomen finns ofta beteendesymtom, som kan påverka omgivningen.

Vid Lewy body-demens finns en demensbild med psykotiska symtom, Parkinsonsymtom och extrem känslighet för antipsykotiska läkemedel samt en växlande symtomintensitet, delvis pga konfusionsattacker. Den kliniska bilden av Lewy body-demens har många drag gemensamma med Parkinsons och Alzheimers sjukdom.

Vid Parkinsons sjukdom med demens inträder de typiska Parkinsonsymtomen

åtminstone 1 år före demenssymtomen, men vid Lewy body-demens är Parkinson- och demenssymtomen mer samtidiga.

Frontotemporal demens (pannlobsdemens) är en vanligt förekommande demenssjukdom av de som insjuknar före 65 års ålder, med symtom huvudsakligen från skador i pannloberna. Detta skiljer sjukdomsbilden och handikappet från t ex Alzheimers sjukdom eller vaskulär demens. Också frontotemporal demens består av ett spektrum av likartade sjukdomar. Symtomen är i första hand personlighetsförändringar med minskat omdöme, emotionell avflackning och minskad förmåga till strukturerade och planerade aktiviteter, medan minnesförmågan är mindre påverkad. Sjukdomen debuterar oftast före det egentliga åldrandet och kan drabba personer före 50 års ålder.

Vaskulär demens är den näst vanligaste

Demens utgör idag den diagnos som orsakar samhället de största kostnaderna, cirka 50 miljarder kr/år. De största kostnaderna utgörs av kostnader för boenden för dementa

demenssjukdomen och orsakas av störningar av blodtillförsel till hjärnan. Symtombilden vid vaskulär demens skiljer sig från den vid Alzheimers sjukdom och de tidiga symtomen utgörs av exekutiva störningar, dvs nedsatt initiativförmåga, svårigheter att planera och genomföra saker samt minskad simultankapacitet. Ofta finns också

psykomotorisk retardation (förlångsamning) och påverkan på gångförmågan. Vid ökad grad av demens kommer minnes-svårigheter och andra kognitiva störningar att mer och mer bli påtagliga.

Var den vaskulära skadan är lokaliserad påverkar symtomen hos den enskilda individen. De vaskulära demensformerna är en heterogen grupp. "Vit-substansförändringar" dvs förändringar i den vita substansen i hjärnan, som ses vid datortomografi/MR-undersökning, är associerade med de typiska symtomen, men eftersom liknande förändringar kan förekomma hos personer utan kognitiv störning kan inte bara hjärnavbildning användas för att ställa diagnos. Ofta finns också infarkter i hjärnan och det kan ha funnits stroke-insjuknande. Det sker oftast en försämring över tid på samma sätt som vid Alzheimers sjukdom.

Det finns ett flertal mer sällsynta former av demens, som Creutzfeldt-Jakobs sjukdom, demens efter skallskada eller demens vid hiv. Någon specifik behandling av dessa tillstånd finns inte.

Det finns läkemedel som i dagligt tal kallas "bromsmediciner" och som används framförallt

vid Alzheimers sjukdom. I praktiken har dessa inte någon direkt effekt på sjukdomen. En förbättring av funktionsförmåga men också en förlängning av den tid man klarar att bo i det egna hemmet har dock visats. Det är viktigt att de som får diagnosen Alzheimers sjukdom också får tillgång till dessa läkemedel.

Vid demens finns ofta störande beteenden. De kan bero på demenssjukdomen, där symtom som aggressivitet, vandringsbeteenden och nedsatt omdöme kan vara orsakade av hjärnskadans utbredning

Vid demens finns ofta störande beteenden. De kan bero på demenssjukdomen, där symtom som aggressivitet, vandringsbeteenden och nedsatt omdöme kan vara orsakade av hjärnskadans utbredning. Samma störning kan också vara reaktioner på vad som händer runt

den demente, eftersom en person med kognitiv störning har svårt att förstå och reagera adekvat. Sådana symtom kan sammanfattas i:

- Överaktivitet med vandringsbeteende, verbal överaktivitet (skrikbeteende), agitation, omdömeslöst beteende
- Aggressivitet (fysisk och verbal)
- Psykotiska symtom (hallucinationer, vanföreställningar m.m.)
- Depression, ångest, mani
- Sömn-vakenhetsstörningar

För att förstå bakgrunden till beteendesymtom vid demens, och också kunna ge en adekvat behandling, måste bakgrunden till dessa beteenden klarläggas. Varje mänskligt beteende, också vid grav demens, har en orsak och mening. Demenssjukdomen nedsätter förmågan till adekvat analys

av vad som händer, ofta med feltolkningar som följd. Kommunikationsproblem försvårar situationen. Minskad stresstolerans leder till agitation och aggressivitet vid ökad yttre stress. Miljö och omvårdnadsfaktorer har ofta en avgörande roll för att symtomen skall uppstå. Nedsatta kognitiva förmågor kan till en del kompenseras av en god omvårdnad. Självklart kommer olika symtom inte helt att kunna bemästras men balansen mellan miljö och mentalt handikapp är grunden, såväl i förståelse av demenssymtomen som i terapeutiska åtgärder.

SAMMANFATTNING

Äldres sjukdomar skiljer sig ofta påtagligt från de hos yngre. Ofta finns påtagliga faktorer som leder till psykisk sjukdom. I många fall missas diagnoser och detta leder till ett ökat lidande. Depres-

sion, den vanligaste psykiska sjukdomen i hög ålder, kan också leda till död i kroppslig sjukdom och denna överdödlighet är betydande. Det finns

en samverkan mellan kroppslig och psykisk sjukdom som kan skapa en ond cirkel där endast diagnos och behandling av den psykiska sjukdomen kan bryta tillståndet.

Livskvalitén vid psykisk sjukdom vid demens är dock mer beroende av att psykiska symtom som depression eller ångest behandlas

Ångestsjukdomar är vanliga och kan också leda till stort lidande. Konfusion (förvirringsyndrom) är vanliga vid demens där rätt behandling kan återställa funktioner. Behandling av psykisk sjukdom i hög ålder fungerar ofta väl men fordrar speciella hänsyn till eventuella biverkningar. Demenssjukdomar kan dock ännu inte botas men vid framförallt Alzheimers sjukdom kan läkemedel förbättra funktionen. Livskvalitén vid psykisk sjukdom vid demens är dock mer beroende av att psykiska symtom som depression eller ångest behandlas.

Föreningsmöte 23 maj

I enlighet med § 6 i föreningens stadgar kallas föreningen Psykisk Hälsas medlemmar till årligt föreningsmöte. I anslutning till mötet talar två av föreningens medlemmar om aktuella frågor:

Cecilia Modig, socionom och författare:

Hur gör man när man verkar för psykisk hälsa?

Fredrik Lindencrona, fil. dr. och leg. psykolog, verksam på SKL: *SKLs modellområdesprojekt och att främja ungas psykiska hälsa*

Övriga punkter på dagordningen:

- Presentation av föreningens verksamhet
- Val av styrelse
- Godkännande av årsredovisning

För anmälan och detaljerad dagordning kontakta kansliet på info@psykiskhalsa.se

Tid: 23 maj kl 17.00 – 20.00

Plats: ABF-huset, Sveavägen 41, Stockholm.

Äldre- psykiatri

*– växande behov men
negativ utveckling*



Per Allard är docent och överläkare vid Umeå universitet och psykiatriska kliniken, Norrlands universitetssjukhus.

Att bli pensionär innebär ofta förr att förpassas till en passiv och lite undanskymd tillvaro. I dag har de flesta äldre undgått allvarligare krämpor och kan leva ett rikt och aktivt liv. Ett gott åldrande är en realitet för många. Men alla åldras inte utan komplikationer. Med åldrande följer ökade risker att drabbas av kroppslig och psykisk sjukdom. I dag har 25–30 procent av våra drygt 1,6 miljoner äldre någon behandlingskrävande psykiatrisk sjukdom. Depression är vanligast och drabbar mellan 10 och 15 procent av äldre. Inom en 15-årsperiod kommer var fjärde invånare att tillhöra gruppen äldre (65 år och däröver). Antalet äldre med psykiatrisk sjukdom kan därför förväntas växa

KÄNNETECKEN FÖR PSYKIATRISK SJUKDOM HOS ÄLDRE

I jämförelse med psykiatrisk sjukdom hos vuxna är orsakerna ofta av en mer kroppslig natur, exempelvis kärlsjukdomar som påverkar hjärnan. Demens, den näst vanligaste psykiatriska sjukdomen, är inte en avgränsad sjukdomsgrupp när det gäller orsaker. Vid depressioner och psykossjukdomar hos äldre kan liknande förändringar som vid demens förekomma. Symtomen hos äldre avviker ofta från kriterierna i de gängse diagnostiska

systemen för psykiatriska sjukdomar. Symtomen kan vara vaga och atypiska.

Gemensamt för många äldre med psykiatrisk sjukdom är kognitiva svårigheter, exempelvis svårigheter med övergripande styrning och kontroll av beteendet, s.k. exekutiva funktioner, samt ångest och oro. Äldre är den grupp som använder mest psykofarmaka, medan mycket få läkemedelsstudier görs på äldre. Farmakologisk behandling av äldre måste ske enligt principer som utgår från förändringar hos äldre i kroppens sätt att omsätta läkemedel och i hjärnans känslighet för läkemedel. I dag är det ofta långt ifrån fallet.

Psykiatrisk sjukdom hos äldre har en kronisk karaktär. Depressioner medför en ökad risk att drabbas av kroppslig sjukdom, exempelvis stroke, och ökar risken att dö i en kroppslig sjukdom. Det är ändå viktigt att påpeka att psykiatriska sjukdomar hos äldre är fullt behandlingsbara. Antidepressiva läkemedel har signifikant effekt hos omkring 60 procent av äldre med depression. Vid depression med samtidig kroppslig sjukdom kan dödligheten minskas med antidepressiv medicinering. Även psykoterapeutisk behandling har visat sig framgångsrik hos äldre med depression eller ångest. Tyvärr är tillgången till sådana behandlingsmetoder sparsam för äldre.

GERIATRISK DEPRESSIONSSKALA, GDS-20

1.	Är du i grund och botten nöjd med ditt liv?	Ja	NEJ
2.	Har du gett upp många aktiviteter och intressen?	JA	Nej
3.	Tycker du att ditt liv är tomt?	JA	Nej
4.	Blir du ofta uttråkad?	JA	Nej
5.	Är du oftast på gott humör?	Ja	NEJ
6.	Är du rädd att något skall hända dig?	JA	Nej
7.	Känner du dig oftast glad och nöjd?	Ja	NEJ
8.	Känner du dig ofta hjälplös?	JA	Nej
9.	Vill du hellre stanna hemma än gå ut och prova nya sysselsättningar?	JA	Nej
10.	Tycker du att du har fler problem med ditt minne än de flesta andra?	JA	Nej
11.	Tycker du att det känns bra att leva?	Ja	NEJ
12.	Känner du dig tämligen värdelös som du är nu?	JA	Nej
13.	Känner du dig full av energi?	Ja	NEJ
14.	Tycker du att din situation är hopplös?	JA	Nej
15.	Tycker du att de flesta andra har det bättre än du?	JA	Nej
16.	Har du svårt att somna och/eller vaknar du tidigt på morgonen?	JA	Nej
17.	Är du ofta orolig och ängslig?	JA	Nej
18.	Kan du ibland känna så kraftig oro att det känns outhärdligt?	JA	Nej
19.	Har du ofta smärtor och/eller värk i kroppen?	JA	Nej
20.	Oroar du dig ofta för att du har en kroppslig sjukdom?	JA	Nej

POÄNGSÄTTNING

Ge 1 poäng för varje svar med stora bokstäver (versaler). Tolkning: 0–5 Depression osannolik
6–20 Misstanke om depression

GDS – Geriatric depression scale [12]. Skalan modifierad av C-G Gottfries och I Karlsson, psykiatriska kliniken, Mölndals sjukhus, Göteborgs universitet, 1995.

PROBLEM I DAGENS PSYKIATRISKA BEHANDLING AV ÄLDRE

Psykiatrisk sjuklighet hos äldre uppträcks inte alltid. Många depressioner förblir oupptäckta trots att patienterna besökt sjukvården. Följden blir att behandling uteblir. Det motsatta förekommer också. I en studie av personer i 80-årsåldern i sjukhemsmiljö visades att nästan hälften var ordinerade antidepressiva läkemedel. Endast en mindre andel av dessa hade en depressionsdiagnos. Många patienter behandlades således i onödan. Det är desto mer allvarligt eftersom äldre är känsliga för biverkningar, även av moderna antidepressiva läkemedel som annars anses ha skonsamma biverkningar.

Enligt flera studier är antidepressiva läkemedel förenade med den största risken för fall i jäm-

förelse med andra vanliga läkemedel till äldre. Behandling med olämpliga läkemedel är ytterligare ett problem. De tre preparatgrupper som är mest riskabla för äldre är läkemedel med s.k. antikolinerg verkningsmekanism, bensodiazepiner och neuroleptika. Överförskrivning av sådana preparat till äldre är vanligt. Den antikolinerga verkningsmekanismen medför ofta en försämring av kognitiva funktioner, exempelvis minne, och kan leda till förvirring. Antikolinerg effekt finns bland annat hos äldre antidepressiva läkemedel, s.k. tricykliska, äldre neuroleptika, många lugnande läkemedel som Atarax® och Lergigan® och sömnmedel som Propavan®.

Även biverkningsmedicinering vid neuroleptikabehandling har antikolinerg effekt. Speciellt olyckliga

kombinationer av läkemedel har rapporterats förekomma bland dementa på sjukhem som samtidigt är ordinerade s.k. kolinesterashämmare och antikolinergt verkande preparat. Kombinationen kan liknas med att gasa och bromsa samtidigt. Riskerna hos äldre med bensodiazepiner är förutom missbruk i första hand fall och kognitiv påverkan. Neuroleptika skall användas enbart på indikationen psykosjukdom eller som underhållsbehandling vid bipolär sjukdom. Preparaten har kraftfulla effekter på tankar och känslor och kan även medföra motoriska störningar av den typ som finns vid Parkinsons sjukdom. Äldre är speciellt känsliga för sådana biverkningar.

Det är inte ovanligt med förskrivning av neuroleptika till äldre på felaktiga indikationer som oro och sömnsvårigheter. Om neuroleptikabehandling bedöms indicerad finns idag ett starkt konsensus för att ordinera ett preparat som tillhör andra generationens neuroleptika eftersom de har en lägre risk för motoriska biverkningar. Ett ytterligare argument för sådana preparat är att de i regel medför att en antikolinergt verkande biverkningsmedicinering inte behövs. Farmakologisk behandling som surrogat för god omvårdnad är ett ytterligare problem. SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) har konstaterat att underbemanning vid äldreboenden kan medföra att personalen inte har tid att ge den omvårdnad de boende behöver. Följden kan bli att de mest oroliga och stökiga patienterna i stället behandlas med psykofarmaka.

DIAGNOSTIK OCH ANVÄNDNING AV SYMTOMSKATTNINGSSKALOR

Många av de problem som beskrivs är relaterade till brister i behandling av äldre och går att avhjälpa med ökade resurser och ökad kompetens i vården. Men det finns svårigheter som inte kategoriskt kan skyllas på brister i vården utan som har att göra med

att psykiatrisk sjukdom hos äldre har komplexa orsaker och yttringar. En grundläggande förutsättning för all behandling är att den sker på rätt indikation. Exemplet ovan med antidepressiv behandling på sjukhem visar att så inte alltid är fallet.

Depressioner hos äldre kan ha en svårtolkad symtombild. Symtombilderna består ofta av en kombination av välkända och etablerade symtom på depression samt ångest, minnespåverkan och kanske värk eller andra kroppsliga obehag. Det är inte alldeles enkelt att i en sådan sammansatt symtombild identifiera en depression. Psykiatrisk diagnostik baseras på kriterier, exempelvis DSM-systemet. En begränsad del av äldres depressiva symtom täcks av dessa kriterier, medan andra symtom faller utanför. Den depressiva symtomatologin hos äldre är ofta flerdimensionell och heterogen, vilket försvårar framtagandet av tillförlitliga och generell användbara kriterier. För att en symtomskattningsskala för depression ska vara tillförlitlig måste den mäta det vi menar med depression. Eftersom detta inte är alldeles enkelt och entydigt hos äldre finns det svagheter i de tillgängliga diagnostiska instrumenten.

En vanlig symtomskattningsskala för äldre är självbedömningsformuläret Geriatric Depression Scale. Instrumentet används för att upptäcka depression. Originalversionen, GDS-30, har 30 frågor. Det finns andra versioner med färre frågor. Den vanligaste versionen utöver GDS-30 är GDS-15. I Sverige förekommer även GDS-20. I en aktuell litteraturoversikt av SBU framkommer enligt ett nätbaserat preliminärt utdrag (februari 2012) att både GDS-30 och GDS-15 har acceptabel förmåga att upptäcka depression hos äldre och att identifiera äldre som inte är deprimerade, men att det vetenskapliga underlaget för dessa instrument har begränsningar.

Det finns andra symtomskattningsskalor för depression hos äldre som har sämre vetenskapligt stöd. HAD-skalan och Cornell-skalan vid de-

mens är några, liksom MADRS-skalan som mäter depressionsdjup. Ett problem vid bedömning av skattningsskalors vetenskapliga kvalitet är att för få studier är utförda för att få ett brett och tillförlitligt vetenskapligt underlag. Trots detta och de svårigheter som finns i diagnostiken av depression hos äldre så finns det ändå goda skäl att använda symtomskattningsskalor som stöd i den diagnostiska processen. Många av de problem som beskrivs ovan i form av underdiagnostik och överbehandling skulle sannolikt ha undvikits om större vikt hade lagts vid noggrannhet och systematik i den diagnostiska processen.

DEN ÄLDREPSYKIATRISKA VÅR DEN MÅSTE FÖRBÄTTRAS

Äldrepsykiatri är ett kliniskt och vetenskapligt område som handlar om åldrande och åldrandets psykiska sjukdomar. Gerontologi, geriatrik, psykiatri, neurobiologi, farmakologi, psykologi och socialpsykologi möts i denna disciplin. Den äldrepsykiatriska kompetensen måste bli högre i svensk sjukvård. Många av de problem och brister som redovisats går att rätta till. En förutsättning för att problem som fallolyckor, slentrianmässig behandling med psykofarmaka, behandling med farliga kombinationer, underdiagnostik och överbehandling ska kunna undvikas är att vården sker enligt principer som är anpassade för äldre. Denna kunskap finns, men den måste spridas och fler måste vara intresserade och motiverade att ta den till sig.

Enligt min erfarenhet finns det gott om ambitioner och kompetens i den omvårdande verksamheten för äldre. De brister som finns ligger på annan nivå och gäller basala medicinska åtgärder som utredning, diagnos, behandling, uppföljning och kontinuitet. Många av problemen har uppmärksammats av bl a Socialstyrelsen med studier

av läkemedelsanvändning hos äldre, framtagande av kvalitetsindikatorer och andra stödjande åtgärder samt av SBU i form av flera systematiska litteraturöversikter där äldrepsykiatri ingår. Läkemedelsgenomgångar och speciella läkemedelsmottagningar bidrar också till en förbättrad vård. De nämnda initiativen och åtgärderna är av stort värde, men de goda intentionerna måste få bättre genomslag i all patientnära verksamhet.

DYSTRA FRAMTIDSPERSPEKTIV?

Svensk förening för äldrepsykiatri har under de senaste tretton åren gjort två inventeringar av svensk äldrepsykiatrisk organisation och resurser. Med äldrepsykiatri avsågs alla psykiatriska diagnoser inklusive demens. All landstingsägd psykiatrisk och geriatrisk verksamhet i landet omfattades. Den första inventeringen gjordes 1999–2000. Eftersom stora brister konstaterades gjordes en uppföljning i slutet av 00-talet. Inventeringarna var enkät- och intervju baserade, med i stort sett identiska frågor båda gångerna.

Vid den senare inventeringen framkom att situationen försämrats ytterligare. Enheter för äldrepsykiatrisk verksamhet för psykiatriska sjukdomar utöver demens fanns endast i 9 av landets 21 landstingsområden. Antalet slutenvårdsplatser för äldre med psykiatriska sjukdomar hade minskat från ca 750 till ca 400, dvs nästan en halvering. Andelen specialister inom geriatrik och psykiatri som arbetade inom äldrepsykiatri hade minskat från 5 procent till 3 procent. Antalet psykologer hade också minskat. Steg-1 utbildad personal för psykoterapi fanns endast i fyra landstingsområden. Några citat från uppgiftslämnarna är talande: ”vi har ingen verksamhet för äldre”; ”äldrepsykiatri finns i en organisatorisk gråzon där patienterna varken hör hemma inom medicinkliniken eller inom den psykiatriska verksamheten”.

Inventeringarna visade alltså att i en majoritet av Sveriges landstingsområden saknas specialiserad kompetens för utredning av vanliga psykiatriska sjukdomar hos äldre som depression, ångest och psykos. Avsaknad av en specialiserad äldrepsykiatrisk verksamhet behöver inte med automatik innebära att patienterna lämnas utan vård. Men den vård som kan ges vid en specialiserad äldrepsykiatrisk enhet är bättre anpassad till patienternas behov och förutsättningar. Dessutom kan en sådan klinik tjäna som kompetenscentrum i sitt landsting för utbildning och FoU. Den gränsdragning som finns i många landsting mellan verksamhet för demens och verksamhet för andra äldrepsykiatriska sjukdomar kan ifrågasättas. Dementstillstånd och andra psykiatriska sjukdomar hos äldre har många beröringspunkter när det gäller orsaker, symptom och behandling. Den råkäng i vården som finns mellan dessa sjukdomsområden är konstlad och motverkar utvecklingen av en äldrepsykiatri som tillgodoser alla patienters behov av sjukvård utformad enligt aktuella vetenskapliga och kliniska rön. I ett internationellt perspektiv finns många goda exempel på en gemensam vårdorganisation. I bl a Storbritannien, andra samväldesländer och USA är äldrepsykiatri en medicinsk specialitet som inrymmer hela sjukdomsspektret.

De brister som påvisades vid inventeringarna av äldrepsykiatri har presenterats på flera sätt; via möten med berörda myndigheter och tjänstemän samt i media. Den nationella psykiatrisamordnaren bedömde i sitt slutdokument *...att landsting och kommuner bör utveckla sina verksamheter så att man har kompetens och kapacitet att identifiera, utreda och behandla äldres psykiska ohälsa. Landstingen bör tillhandahålla äldrepsykiatrisk specialistkompetens som kan ge vård till patienter och konsultationer och handledning till andra vård- och stödgivare...*

Tyvärr har dessa intentioner inte fått genomslag i den dagliga vården av äldre. Svensk förening för äldrepsykiatri har föreslagit att minst en äldrepsykiatrisk enhet per landstingsområde inrättas. Enheten bör ha resurser för såväl öppen- som slutenvård, ha ett nära och formaliserat samarbete med primärvård, andra näraliggande specialiteter och socialtjänst samt bedriva undervisning och FoU-verksamhet. Inom demensområdet finns nationella och regionala riktlinjer för utredning och behandling. En motsvarande utveckling måste ske för övriga psykiatriska sjukdomar hos äldre.

Det finns idag inga tydliga tecken på förbättring, snarare tvärtom. På några orter har ytterligare äldrepsykiatriska slutenvårdsplatser lagts ner. Några nya större strukturella utvecklingsinitiativ har inte låtit höra om sig. Liknande konstateranden som citatet ovan om avsaknad av verksamhet för äldre hörs fortfarande från många håll i landet.

ÄLDREPSYKIATRI – EN VERKSAMHET FÖR FRAMTIDEN

Trots de många problemen så får inte tron på en bättre framtid för vården av äldre överges. Det finns idag ändå ett ökat intresse för äldrepsykiatri, exempelvis utbildningssatsningar i kommunala verksamheter med ambitioner att organisera och tillhandahålla en god och värdig vård för äldre. METIS kurser i äldrepsykiatri för läkare i specialistutbildning har nyligen startats. Inom tongivande myndigheter som Socialstyrelsen och SBU finns sedan länge ett tydligt äldreperspektiv. Det finns tecken på att intresset för psykoterapeutisk behandling av äldre ökar. Med tanke på att antalet äldre ökar är det en nödvändighet att expandera och utveckla vården av äldre med sviktande psykisk hälsa. Sist men inte minst finns en stark inneboende utvecklingspotential i äldrepsykiatri som platsen för det fascinerande mötet mellan kropp och själ.

Depression & åldrande

*”Nej, Elsa är väl inte
deprimerad – hon är ju
bara gammal”*



Alexandra Pantzar är doktorand i medicinsk vetenskap vid Karolinska Institutet, Aging Research Center (ARC). Hennes forskningsprojekt handlar om depression och kognitivt åldrande.

Många äldres vardag påverkas ofta av multisjuklighet och funktionsnedsättningar. Adderandet av depressiva symptom leder till ytterligare försämrad livskvalitet. Att normalisera depressiva symptom hos äldre, det vill säga att påstå att depressiva symptom skulle vara oundvikliga och höra till åldrandets process, kan medföra allvarliga konsekvenser för individen, anhöriga och samhället. Depressiva symptom är mycket vanliga hos äldre. Dessa bör uppmärksammas så att adekvat behandling kan påbörjas, vilket på sikt ger ökat välmående för den äldre befolkningen och i samhället generellt.

INLEDNING

Depression är en folksjukdom med en livstidsrisk på 10–25 procent för kvinnor och 5–12 procent för män. Alla åldersgrupper drabbas och idag är 121 miljoner deprimerade världen över enligt WHO. Det är inte enbart den stora risken att någon gång i livet drabbas som gör depression till ett betydande hälsoproblem, utan också det faktum att många riskerar att drabbas flera gånger under livet, med andra ord ha flera episoder av depression. Förekomsten av mild depression med depressiva symptom såsom nedstämdhet, minskat

intresse och/eller glädje av aktiviteter, sömnstörningar och koncentrationssvårigheter kan vara så pass hög som 14 procent hos äldre. Vår förväntade livslängd blir allt längre, om ett par decennier kommer var fjärde svensk att vara över 65 år. En signifikant ökning av andelen äldre med depressiva symptom är därför att vänta, speciellt för kvinnor.

KANSKE ÄR ELSA DEPRIMERAD?

Elsa, 75, bor ensam i ett radhus sedan maken Svante dog för 2 år sedan. Tidigare var hon mycket intresserad av att odla och sköta om sin trädgård. Trädgården prunkade av blommor, bär och grönsaker som Elsa brukade använda i sin mat och bakning. Numera undviker Elsa trädgården eftersom hon får skuld känslor när hon ser hur den har förfallit.

Hennes 53-årige son, Ingvar, har hjälpt henne med underhåll på radhuset och betalning av räkningar de senaste åren. Elsa tycker att han hjälper till så gott han kan och vill inte besvära honom i onödan. Ingvar har dessutom högt blodtryck och blir snabbt irriterad, vilket gör Elsa ledsen. De två barnbarnen, Sara 15 och Niklas 18, ser hon inte så ofta, de har ju fullt upp med att vara tonåringar.

Elsa har alltid oroat sig, så länge hon kan minnas, för smått som stort. Svante var alltid bra på att få henne att känna sig lugn och trygg. Elsas bror Torbjörn har alkoholproblem vilket lett till att de inte har någon kontakt.

Sedan maken dog har Elsa i stort sett slutat med att laga mat och baka, dessutom har det hänt att hon

glömt maten på spisen vilket har gjort henne rädd, så numera värms färdiglagade portionsrätter i mikrovågsugnen. Lördagar går Elsa med rullatorn (hon bröt lärbenshalsen

för ett par år sedan) till en närliggande affär. Hon handlar inte så mycket, men det behövs ju heller inte så mycket säger hon. Hon tycker dock inte att det smakar gott, den där förpackade maten, så hon äter allt mindre och mindre. Eftersom kläderna börjat hänga använder Elsa säkerhetsnålar, som hon ibland sticker sig på. Nya kläder anser Elsa inte att hon behöver, det är en onödig utgift, precis som att ljuset bara är tänt i det rum hon vistas i för stunden.

Vid 11-tiden brukar hon känna sig trött och sätter sig Svantes fåtölj med en kopp kaffe och bläddrar igenom posten. Hon brukar sitta där och tänka på åren som gått. Hur hon var osäker i skolan, hur hon kände att hon inte dög, hur hennes mamma brukade bli arg på henne, hur hennes mamma inte lyssnade, att hennes pappa sällan var hemma, hur hennes bror ofta råkade ut för olyckor, hur mycket hon saknar Svante och labradoren Wilma som alltid var glad. Ibland går

det flera timmar då Elsa sitter i fåtöljen och det händer att hon glömmet bort att äta lunch.

Egentligen tänker Elsa att hon borde flytta från radhuset, men hon vill inte be sin son om hjälp med detta också. Hon vill gärna kunna ta hand om sitt, och nu när hon inte längre orkar eller kan (det var ju Svantes område), känner hon att

hon egentligen inte duger till någonting. Inte ens blommor kan hon ju ta hand om. Men sådant pratar Elsa inte om med andra, inte heller när hennes läkare frågar hur hon har det. "Att klaga leder ingen vart". När hon berättade för sin läkare att hon sov dåligt fick

hon piller för detta. Men hon hade fortfarande svårt att somna när hon tog pillren och ännu svårare att gå upp på morgonen. Dessutom kände sig Elsa groggy, vilket gjorde henne orolig. Så hon har slutat att ta dem.

ELSA ÄR VÄL "BARA" GAMMAL?

Nej, Elsa är inte "bara" gammal, hon är deprimerad. Elsa uppvisar de depressiva symptom vi inledde med: nedstämdhet, minskat intresse och/eller glädje av aktiviteter, sömnstörning, och koncentrationssvårigheter och obeslutsamhet. Dessutom har hon ännu fler depressiva symptom; viktne dgång, känslor av värdelöshet, överdrivna skuldkänslor och brist på energi. När en depression ska diagnostiseras finns det tio symptom att tillgå (utöver de redan nämnda är resterande symptom: psykomotorisk agitation eller hämning, det vill säga en förändring i motorik som

Sedan maken dog har Elsa i stort sett slutat med att laga mat och baka ... Ibland går det flera timmar då Elsa sitter i fåtöljen och det händer att hon glömmet bort att äta lunch.

antingen blir snabbare eller långsammare beroende på psykiskt tillstånd, och återkommande tankar på döden, självmordstankar).

Elsa uppvisar åtta av dessa tio vilket enligt ICD-10 (International Classification of Disease, ges ut av WHO) klassificeras som svår depression, och enligt DSM-IV (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, ges ut av American Psychiatric Association) klassificeras som egentlig depression (5 symptom eller fler).

Men när Elsa är på läkarbesök, skulle alla dessa symptom upptäckas? Eftersom Elsa anser att det inte leder någon vart att klaga så nämner hon förmodligen inte sin nedstämdhet, koncentrationssvårigheter, sömnsvårigheter, känslor av värdelöshet eller obefogade skuldkänslor. Vid omräkning av symptomen blir summan fyra. Om läkaren går efter ICD-10 blir Elsas diagnos mild depression, men enligt DSM-IV som kräver fem symptom för diagnos av depression, ja då är kanske Elsa inte deprimerad?

Anledningen till läkarbesöket enligt Elsa själv var att hon ville ha hjälp med sin smärta i höften. En vaksam läkare som har gott om tid vet att äldre mindre sannolikt rapporterar nedstämdhet eller skam, utan med större sannolikhet rapporterar fysiska eller psykosomatiska besvär, som att de gått ned i vikt och är mycket trötta. Nedstämdhet är ett kardinalsymptom i depression och detta tillsammans med ytterligare ett kardinalsymptom (enligt ICD-10 finns totalt tre kardinalsymptom, varav resterande är minskat intresse eller glädje av

aktiviteter eller minskad energi/ökad uttrötthet) ska föreligga vid en klinisk depression. Har läkaren tillräckligt med tid för att gå vidare med fler frågor som inte berör Elsas smärta i höften? Kanske tänker läkaren, precis som Elsa själv, ”det är väl normalt när man är gammal att det är så här”. Faran med detta sätt att tänka är att vi normaliserar depressiva symptom som kan och bör behandlas.

VARFÖR ÄR ELSA DEPRIMERAD?

De biologiska mekanismer som ligger bakom depression är ännu inte helt kartlagda. Depression är komplext och flerfaktoriellt, där biologiska, psykologiska och sociala faktorer bidrar och samverkar till utvecklandet av depression.

Om vi går tillbaka till Elsa kan vi anta att hennes mor var neurotisk. Neuroticism är ett personlighetsdrag som bl. a. kännetecknas av känslomässig instabilitet. Detta personlighetsdrag kan Elsa vara genetiskt predisponerad för, och dessutom lärt in via sin mors beteende. Barn imiterar beteende automatiskt, och vad för slags beteende föräldrar (eller primära vårdnadshavare) uppvisar påverkar barnets beteende och framtida utveckling. Det finns ingen specifik gen som har identifierats vara en riskfaktor för depression, men neuroticism och depression påverkas av samma gener.

Risken att utveckla depression är även högre om någon av föräldrarna har en historia av psykiatrisk sjukdom. Det mest troliga är att

Depression är komplext och flerfaktoriellt, där biologiska, psykologiska och sociala faktorer bidrar och samverkar till utvecklandet av depression

multipla gener samverkar, där var och en bidrar med en liten effekt som varken är nödvändig eller tillräcklig för att utveckla depression. En slags biologisk sårbarhet ärvs, och denna sårbarhet behöver inte nödvändigtvis visa sig förrän något allvarligt inträffar i personens liv, såsom förlust av nära anhörig eller arbete. Denna modell av depression kallas för stress-sårbarhetsmodellen. Ur detta perspektiv förklaras depressionens uppkomst av en samverkan mellan arv och miljö.

Miljöfaktorerna kan vara många och skilja sig från en person till en annan, men det gemensamma är att de upplevs som en akut stressor. Elsa verkar, liksom hennes bror ha haft en otrygg anknytning till sina föräldrar. De verkade båda ha saknat känslomässigt stöd och en trygg famn att komma till när de kände sig oroliga. Elsas far vet vi inte mer om än att han sällan var hemma, så sannolikheten att de har haft en trygg anknytning till honom verkar liten. Vi vet dock inte om det fanns någon annan vuxen i deras barndom som skulle kunnat ha agerat och upplevts som den trygga famnen. Men det verkar inte så. Via neuroticism och otrygg anknytning vet vi även att Elsas självkänsla och självförtroende troligtvis är låga. Hon har inga direkt verktyg (har inte fått lära sig) att hantera sin oro och stress eller reglera känslomässig intensitet och varaktighet.

Aktiviteten i hjärnan hos en deprimerad persons hjärna skiljer sig från aktivitet hos en icke deprimerad persons hjärna. Man har visat att det är mindre aktivitet i pannloberna (frontalloberna), som vi behöver för uppmärksamhet, korttidsminne och arbetsminne

Man brukar säga att Elsa saknar adekvata coping strategier.

Någon gång under livet har hennes ångest debuterat, förmodligen kanske redan i tonåren. Förekomsten av andra sjukdomar och syndrom är mycket vanlig vid depression, och just ångest-syndrom föranleder ofta depression, speciellt hos kvinnor. Elsas bror verkar självmedicinera sin

ångest med alkohol.

I Elsas fall kan vi anta att hon har generaliserat ångestsyndrom (GAD), då hon oroar sig så länge hon kan minnas, för stort som smått. Vi kan även anta att Elsa kände en stor trygghet och kärlek till sin numera avlidne make, och att han gav henne det sociala och emotionella stöd som hon saknade som barn och tonåring.

Eftersom Svante skötte mycket av det praktiska i hushållet saknar Elsa i dag dessa kunskaper. Vid Svantes död försvann då denna externa trygghet, och en inre trygghet i sig själv verkar Elsa aldrig ha utvecklat.

Elsa oroar sig dagligen och ålтар negativa minnen. Detta åltande bidrar till att nedstämdheten bibehålls, stresshormoner utsöndras och kan även vara en bidragande faktor till Elsas sömnproblem. Vi vet inte om depressionen debuterade efter makens död, eller om hon har haft tidigare episoder av depression. Hennes relation till sitt enda barn är idag komplicerad och Elsa känner sig ensam. Förmodligen kände Elsa sig behövd som mamma

och maka, men nu har båda dessa roller försvunnit. På grund av höftoperationen är hon även begränsad i sin rörlighet och vilka slags aktiviteter hon numera kan göra, oavsett om motivation och lust för dessa har avtagit. Elsas historia och livssituation är en av många tänkbara, en annan individs historia och livssituation kan se annorlunda ut men även den leda till depression.

EN DEPRIMERADS HJÄRNA

Aktiviteten i hjärnan hos en deprimerad persons hjärna skiljer sig från aktivitet hos en icke deprimerad persons hjärna. Man har visat att det är mindre aktivitet i pannloberna (frontalloberna), som vi behöver för uppmärksamhet, korttidsminne och arbetsminne. Att komma ihåg ett telefonnummer (t.ex. 08 367896) under en begränsad tid, exempelvis den tid det tar att slå numret är ett exempel på korttidsminne. Att däremot försöka upprepa samma telefonnummer baklänges (69876308) är något svårare, och ett exempel på arbetsminne.

Samtidigt som personen har minskad aktivitet i pannloberna har den ökad aktivitet i tinningloberna (temporalloberna), speciellt i en struktur som heter amygdala. Denna struktur hjälper oss att känna igen ett hot eller en fara. Men när denna struktur, och andra i den så kallade HPA-axeln (hypotalamus, hypofys och binjure) är hyperaktiva utsöndras stresshormonet kortisol som på sikt kan skada en annan struktur i pannloberna, hippocampus. Denna struktur är viktig för vårt långtidsminne, speciellt det episodiska minnet. Ett exempel på episodiskt minne är när vi minns hur och var vi spenderade julen.

Även halter av signalsubstanser i hjärnan är rubbade vid depression, vilket kan förklara en del av symptomen. En deprimerad person har lägre halter av serotonin, dopamin och noradrenalin i

jämförelse med en person som inte är deprimerad. Serotonin reglerar humör, aptit, socialt och målinriktat beteende. Dopamin i sin tur reglerar motivation och underlättar inläring. När denna signalsubstans utsöndras upplever vi det som en "belöning", så som när vi löst en svår uppgift. Vi "belönar" ofta oss själva genom olika beteenden, exempelvis genom att dricka en kopp kaffe, vi känner oss lite mer vakna och alerta när kaffet påverkar dopaminutsöndringen. Noradrenalin är viktigt för uppmärksamhet, koncentration och minne.

DEPRESSION MEDFÖR KOGNITIVA NEDSÄTTNINGAR

Deprimerade personer påverkas ofta av en så kallad negativ minnespreferens, som är vanlig både vid ångest och depression. Detta innebär att deprimerade lättare och mer automatiskt än en icke deprimerad person uppmärksammar negativ information och även lättare minns negativa händelser. Konsekvensen blir en ökad aktivitet i amygdala, HPA-axeln, och utsöndring av stresshormon. Denna negativa minnespreferens påverkar personens tankar, dess innehåll och personens beteende. Vad vi istället önskar är det motsatta, aktiv kontroll över tankar, dess innehåll och beteende. Med andra ord, ökad aktivitet i frontalloberna och minskad aktivitet i temporalloberna. Därigenom kan uppmärksamheten åter styras till den för stunden relevanta informationen och därmed bort från irrelevant information (exempelvis åltande).

Forskningen har också visat att deprimerade personer presterar sämre på en rad kognitiva test.

Kognition kan något förenklat förklaras som informationsprocessande, d.v.s. på vilket sätt information uppmärksammas, bearbetas och minns. Depression medför kognitiva nedsätt-

ningar i mental hastighet, uppmärksamhet, arbetsminne och episodiskt minne. För den deprimerade är det svårare att koncentrera sig och att aktivt rikta sin uppmärksamhet till den relevanta informationen och därmed ignorera irrelevant information. Detta bidrar till att den deprimerade löser olika uppgifter långsammare. Det innebär också att han eller hon har svårare att lära in ny information, och därmed presterar sämre på test som mäter episodiskt minne.

Alla har vi någon gång känt oss nedstämda, slutkörda, haft svårt att koncentrera oss och glömt saker. Det kan vara svårt att hitta lust och motivation till att promenera, laga mat eller träffa vänner. Sådana reaktioner är normala vid separation i ett förhållande, misslyckande i arbetslivet eller någon annan situation som de flesta människor ställs inför i livet som upplevs påfrestande. Förlust och smärta är oundvikliga delar av livet. De ledsna känslorna och det passiva beteendet bleknar oftast när vi kommit till rätta med situationen. Men när det gäller depression är frekvensen, intensiteten och längden på dessa känslor och beteenden inte proportionella till personens livssituation. Depressionen har helt enkelt tagit över livssituationen.

BEHANDLING AV DEPRESSION

För att betraktas som deprimerad ska de depressiva symptomen kännas av under större delen av

dagen, så gott som dagligen, under en sammanhängande tvåveckorsperiod. Symptomen ska orsaka ett uppenbart lidande som försämrar den deprimerades arbetsprestation och sociala förmåga. Symptomen ska vidare inte ha orsakats som en följd av droger eller medicinskt tillstånd (exempelvis sköldkörtel-rubbning), eller som en följd av förlust av nära anhörig (diagnostiska

kriterier tillåter en sorgperiod på två månader, därefter kan depression beaktas).

Om vi återvänder till Elsa vars depressiva symptom varat i flera år. Elsa är pensionär, därmed påverkar detta inte hennes arbetsprestation? Inte heller har Elsa något större socialt umgänge, så hennes sociala förmåga verkar inte ha förändrats? Om Elsas läkare föreslår antidepressivt läkemedel, vad är sannolikheten att Elsa både vill och kommer att ta tableterna? Kommer hon att vägra medicinering? Kan Elsa tänka sig att gå i psykoterapi? Dessutom har Elsa förmodligen även ett långvarigt obehandlat ångestsyndrom. Hur ser Elsas prognos ut nu? Sanningen är den att de flesta med depression inte får behandling i rätt tid. Elsa själv vet inte vilka symptom som kännetecknar depression (eller ångest för den delen) och har själv inte tänkt att hon skulle kunna vara deprimerad.

De flesta antidepressiva läkemedel ökar serotoninhalten, vilket gör att den deprimerades nedstämdhet kan lätta: Studier på antidepressiva läkemedel har även visat att aktivitet i limbiska systemet (inklusive aktivitet i amygdala) mins-

kar. Psykoterapi, exempelvis kognitiv beteendeterapi (KBT) arbetar med att ifrågasätta tankar, tankeinnehåll och att lära sig nya sätt att tolka information och hantera situationer. Studier på KBT behandling har visat att aktiviteten i pannloberna och serotoninhalten ökar efter KBT behandling. Vi har alltså adekvata behandlingsmetoder, varför är det då så få som erbjuds dessa behandlingar?

VAD KAN VI GÖRA?

Många gånger är det svårt att själv känna igen de depressiva symptomen, som i fallet med Elsa. Det kan därför gå lång tid innan den deprimerade själv förstår att det faktiskt handlar om depres-

sion. Utöver detta så blir inte alla hjälpta av antidepressiva läkemedel, inte heller av KBT. Men då får den deprimerade tillsammans med sin läkare diskutera alternativ till vidare behandling. Eftersom depression kan se olika ut för olika personer (beroende på livssituation, debutålder, antal episoder och vilka depressiva symptom som uppvisas) så kan även olika behandlingar uppvisa olika effektivitet. Vad vi tillsammans kan göra är att uppmärksamma

Vad vi tillsammans kan göra är att uppmärksamma de depressiva symptomen så att vi lättare känner igen dem, hos oss själva och andra, vilket i sin tur ökar sannolikheten för att depression upptäcks och därmed kan behandlas

de depressiva symptomen så att vi lättare känner igen dem, hos oss själva och andra, vilket i sin tur ökar sannolikheten för att depression upptäcks och därmed kan behandlas. Därmed kan vi bidra till ökad livskvalitet hos den äldre befolkningen och i samhället generellt.

Våra teman 2012

Varje nummer av Psykisk Hälsa har ett tema. Under 2012 belyser vi följande:

- Nr 1: Åldrande
- Nr 2: Suicidprevention
- Nr 3: Psykisk Hälsa på arbetsplatsen
- Nr 4: Genus och psykisk hälsa

Från och med i år finns tidskriften till salu i väl-sorterade pressbyråer och Press Stop-butiker. För en komplett förteckning över återförsäljare se www.psykiskhalsa.se

Det går bra att beställa följande äldre temanummer via www.psykiskhalsa.se

- 2010-3/4: HBT-frågor
- 2011-1: Flyktingskap
- 2011-2: Psykoterapi
- 2011-3/4: Förskola och skola (dubbelnummer 152 s)

Priset för äldre nummer är 120 kr/st plus porto.

PSYKISK HÄLSA

Sekularise- ringens betydelse för synen på åldrande och död



P C Jersild är författare och leg läkare.

Sekularisering betyder att religionens roll i ett samhället minskar. I Sverige har begreppet närmast varit synonymt med ”avkristning”, men kristendomen är inte längre den enda större religionen i vårt land. Rubriken rymmer också en fråga, nämligen om det är bra eller dåligt om religionens inflytande minskar.

Stämmer det, att religionens roll i det svenska samhället har minskat och fortsätter att minska? Beträffande Svenska kyrkan är det möjligen sant: allt färre går i kyrkan, antalet medlemmar minskar, även om Kyrkan fortfarande har 6,6 miljoner medlemmar. Också de kristna frikyrkorna tappar medlemmar. Men på flera andra områden tycks religionen behålla sitt inflytande. Sverige har fått fler katoliker och muslimer. Många människor tycks också numera ha sin egen privatreligion som kan omfatta ungefär vad som helst, från självavdring till kristallterapi.

I den så kallade kulturvärlden har intresset för religionen snarare ökat. När jag började som författare på 1960-talet var så gott som alla ateister. Den som trodde på Gud betraktades med en blandning av medlidande och overseende. Nu är det tvärtom. Många kulturskribenter och akademimedlemmar säger sig vara ”troende”, ofta

utan närmare specifikation, medan vi humanister kritiserar som okunniga, fyrkantiga och okänsliga.

Vilka krav bör man då ställa på en livsåskådning för att den ska kallas religion? Det vill säga vad är det vi kan tänkas gå miste om med sekulariseringen? Förslagsvis bör en religion uppfylla minst tre krav: att religionen innehåller en mening eller världsförklaring; att den svarar på frågor av typ ”vadan och varthän”. Jag vill här påpeka att ”mening” och ”meningsfull” inte är riktigt samma sak. När vi talar om livets mening är det en övergripande frågeställning som närmar sig begreppet världsförklaring. Meningsfull är något annat. Det är för mig meningsfullt att hämta mina barnbarn på dagis – men det räcker knappast som en övergripande beskrivning av livets mening. För det andra bör religionen föreskriva en moral som till exempel Tio Guds bud – och, för det tredje, bör religionen inge hopp eller tröst. Alla kan vi ställa existentiella frågor om livets mening. Men det utmärkande för religionen – men inte för sekularismen – är att religionen också har existentiella svar.

Det är närmast omöjligt att besvara rubrikens fråga med ja eller nej, dvs om det är bra eller dåligt att religionens inflytande minskar. Man tvingas konkretisera: mellan vilka antas mötet äga rum, vem är den gamla människan och vilken är reli-

gionen? Är det en religion som uppfattar sjukdom som straff för syndigt leverne? Är det katolicismen med en väntande skärseld? Är det ett Islam som föreskriver att du vallfärdar till Mekka innan du dör? Är det Jehovas vittnen som förbjuder blodtransfusion? Är det pastor Åke Greens religion som ser homosexuella som en cancersvulst på samhället? Eller är det Svenska kyrkans religion som kanske inte längre uppfyller de konkreta förväntningar man rimligen kan ställa på en religion?

Inte heller ålderdomen är entydig. Kanske kan det underläta om man delar in ålderdomen i tre faser: Då man är ”bara” gammal; då man är gammal och sjuk, och när man är gammal och döende. Kan man vara ”bara gammal”, det vill säga gammal och frisk? Är hälsa något mer än bara frånvaron av sjukdom? När WHO bildades antog man en hälsodefinition som kräver fullständig kroppslig, psykisk och social tillfredställelse; senare har man lagt till begreppet ekologisk. Man kan också laborera med inte mindre än åtta variabler vari ingår begrepp som ”existentiell hälsa”.

En hälsodefinition kan vara både inneslutande och uteslutande; ju fler variabler desto färre blir vi som får kalla oss friska. För egen del vill jag hålla mig till en något kärvare definition av hälsa, formulerad av en finsk läkare: hälsa är samma sak som fördragbart lidande. Ty vi har alla, särskilt vi äldre, en rad smärre åkommor och funktionsnedsättningar. Jag kan säkert ge mig själv ett tiotal diagnoser utan att anstränga mig. Men ingen av

dessa inskränkningar rubbar min identitet, jag upplever mig trots vissa rispor i lackeringen som frisk och inte som sjuk.

Någon har sagt att det tragiska med att bli gammal är att man inte blir gammal. Att man inte upplever sig som gammal – medan omgivningen envisas med att se en som gammal. Så länge vi

befinner oss i fasen ”bara gammal” menar jag att det inte finns någon avgörande skillnad annat än en rent kronologisk mellan oss och de som är tio, tjugo år yngre. Sant är nog att ju äldre man blir desto aktuella blir frågor om döden. Men människor ändrar sällan livsåskådning sent i livet. De religiösa kommer att

fortsätta vara troende, de icke-troende kommer att framhärda i sin ateism. Och vilket är vårt hopp som bara gamla? Att det skall så förbli. Vi vill slippa bli allvarligt sjuka, mista vår partner eller råka på ekonomiskt obestånd.

Men förr eller senare blir vi – om vi inte dör knall och fall – gamla och allvarligt sjuka. Vi får infarkt, stroke, cancer, depression eller demens. Mer eller mindre plötsligt välter det vanliga livet över ända.; jag brukar tala om ”den våldsamma ålderdomen”. Man kan inte säga att vi får en sjukdom – utan att sjukdomen får oss. Som alla kriser kan också insjuknandet förstås aktualisera ”existentiella” frågor. Men för många överflyglas detta av att i stort sett all energi kan gå åt att hantera sjukdomen. Förutom ångest och smärta reser sig en rad praktiska hinder: att nå doktorn, att sitta i telefonkö, få färdtjänsten att fungera, och så vidare.

**Jag anser att
sekulariseringen i det
stora hela är en positiv
utveckling, som en
kollektiv mognadsprocess.
Med sekulariseringen
”avförtrollas” livet – för
att tala med filosofen
Habermas**

Man ställs också inför ibland omöjliga val: ska jag välja strålningen eller operation. Vilken är den sanna icke-idylliserande prognosen på min sjukdom? Kanske bör jag avstå helt och hållet från plågsamma behandlingar. Är sjukdomen vi drabbas av depression eller demens kan vi också tappa vår beslutsförmåga och bli totalt beroende av andra.

Att vara svårt sjuk är en heltidssysselsättning. Kanske hinner man inte fundera så mycket över de existentiella frågorna. Jag brevväxlade med min kollega författaren Sven Delblanc under hans sista sjukdomstid. Han avfärdade de spekulationer han tidigare ägnat en hel del tid åt om livets mening och liknande. Han hade, skrev han, fullt upp med att vara sjuk.

Den sista fasen är att vara gammal och döende. Numera har alla rätt att få del av sin prognos också när den är dålig. Men många döende ger aldrig upp hoppet, så lät dem behålla det. Kanske kommer existentiella frågor i fokus, kanske inte. Enligt en av överläkarna på Stockholms sjukhem är det inte särskilt vanligt att patienterna där vill ha kontakt med sjukhusprästen.

De som orkar förstå att de närmar sig slutet måste kunna försäkras, att vården gör allt för att minska deras psykiska och kroppsliga lidande. Jag tillhör dem som vill gå så långt att en döende människa bör ha rätt att avsluta sitt liv i förtid om situationen är olidlig och fullständigt hopplös. Något som de flesta religioner med kraft motsätter sig.

Jag anser att sekulariseringen i det stora hela är en positiv utveckling, som en kollektiv mognadsprocess. Med sekulariseringen ”avförtrollas” livet – för att tala med filosofen Habermas. Sagor och myter får vara just det de är, fantasier. Men kanske är frågan mer komplicerad när vi blir gamla, sjuka och döende. Vi måste ha rätt att gripa efter ett halmstrå även om det bara är ett inbillat

halmstrå. Det går, som jag förutskickade, därför inte att ha någon övergripande åsikt om religionens eller sekulariseringens roll för åldrandet. Den som vill söka tröst i religionen ska självklart kunna göra det. Det finns undersökningar som tyder på att det är bra i en krisituation att vara fundamentalist. Blott fundamentalismen kan leverera tydliga och konkreta svar på existentiella frågor: att det finns ett liv efter detta, att det finns en himmel, eller att du kommer att få träffa dina döda anhöriga.

Det som skrämmer mig är religioner som lägger till en extra plåga och en stegrad ångest inför döden: att man som människa inte duger, att man inte uppfyller kraven, eller att man nu på dödsbädden måste bikta sig, underkasta sig Guds vilja eller lämna sig åt Jesus. Kristendomen – tidigare också Svenska kyrkan – har ett långt syndaregister när det gäller att stegra ångesten inför döden och att utnyttja de allra svagaste, de döende.

Om vi håller oss till Svenska kyrkan kan man väl säga att ju mindre fundamentalistisk och mer liberal kyrkan blivit med åren – vilket är positivt – desto mindre har man kvar av förmågan att ge raka svar. Den som svävar för mycket på de existentiella svaren har inte mycket att erbjuda och närmar sig en sekulär inställning till sjukdom och död. Nämligen den att vi aldrig kommer att få några slutgiltiga svar och att vi får försöka förlika oss med den ovissheten. Det vore ju konstigt om vi just här och nu skulle ha svar på frågor som människan förgäves ställt sig i 200 000 år eller mer.

I stället måste vi ägna energi åt att få vården att fungera – vilket Caremaskandalen visat. Tryggheten ligger i god vård och nära sociala relationer. Det är en medmänniska vi vill hålla i handen då vi dör, inte Bibeln. Och för min del vill jag så länge som möjligt få behålla min identitet och integritet. Något som jag unnar alla andra, också de religiösa.

Existentiell hälsa – viktig vid åldrandet



Cecilia Melder är religionspsykolog och präst och disputerade 2011 med avhandlingen *Vilsenhetens epidemiologi. En religionspsykologisk studie i existentiell folkhälsa*. Utifrån sin avhandling har hon utarbetat en existentiell hälsointervention.

ÅLDRANDE OCH PSYKISK HÄLSA – FRÅN ÅLDERSTRAPPAN MOT SVINDLANDE HÖJDER?

På väggen hemma i mitt föräldrahem hänger en gammal käpp med silverklyka. Den fick min farmors far Göran 1911 i present. Då fyllde han 50 år och hade nått den ålder då kroppen började bli sliten och trött, man kunde helt enkelt behöva en käpp. Då, för hundra år sedan, hade man som 50-åring redan överlevt medelåldern i sin ålderkull. I dag är bilden en helt annan. Vi är friska allt längre upp i åldrarna, men mår vi allt bättre? Den existentiella hälsodimensionen kan lämna värdefulla bidrag för hur vi förlänger inte bara åren utan fyller dem med mål och mening.

ÄLDRE – EN GRUPP MED HETEROGEN SOCIOKULTURELL BAKGRUND

Det har kanske alltid varit svårt att tala om äldre som en homogen grupp, bestående av människor med likadana behov och förutsättningar, och än svårare är det i dag. Gruppen äldre innefattar människor som är mellan 65 och långt över 100. Idag är det inte bara en och annan som får fira sin 100-års dag och bli uppvaktad med kungligt telegram. Under 2010 var det 702 personer som fyllde 100 år, varav 119 män och 583 kvinnor,

enligt SCB, och det var 1659 svenskar som var 100 år eller äldre.

Äldre i dag är inte äldre med en gemensam bakgrund. Utifrån den förändring som skett i det sociokulturella landskapet under de senaste hundra åren är det stor skillnad mellan hur vi alla, även äldre, förhåller oss till de existentiella frågorna, de grundläggande frågorna om livets mål och mening.

Under detta århundrade har vi upplevt hur människor blivit bemyndigade att själva skapa sin bild av hur världen och verkligheten är beskaffad. Vi har fått nya insikter och upptäckter om hur världen kan vara beskaffad. Det är inte längre kyrkan som dikterar sanningar, utan vi erbjuds många bitar i vårt eget världsbildspussel från olika håll. Inte heller har kyrkan något företräde i att skapa sociala arenor. Många är de föreningar, klubbar och sammanhang där människor kan komma samman och diskutera livsfrågor.

Att kyrkan har tappat makt innebär inte att människors andlighet eller intresse för existentiella frågor minskat, utvecklingen går snarare åt andra hållet. Denna dubbla utveckling, att de religiösa institutionerna och det religiösa engagemanget minskat medan det andliga intresset ökat brukar kallas sekularisering, eller sekularise-

ringsparadigm som professorn i sociologi Thorleif Pettersson kallar det i en artikel i *Comparative Sociology* 2006. Han har beskrivit situationen som att det finns en bred enighet om att religionen har förlorat sitt inflytande på det offentliga livet vilket har lett till en privatisering av religionen.

Religionen upplevs fortfarande som relevant, skriver Pettersson, för de privata och personliga frågorna men inte för det offentliga och politiska livet. Detta är en viktig faktor i den samhällsutveckling som dagens äldre har upplevt. Men det är skillnad mellan den vardag dagens *äldre-äldre* föddes i då det inte fanns någon radio, och efterkrigstidens samhälle som de *yngre-äldre* föddes in i. Vi ska inte förledas att betrakta dessa som en grupp, lika lite som vi ska betrakta alla i *yrkesverksam ålder* som en grupp.

EXISTENTIELL HÄLSA I EN SEKULARISERAD TID

I spannet mellan den nyblivna pensionären och den som fyllt 100, ryms en tidsålders fall och en annan tidsålders uppgång. 100-åringen har upplevt två världskrig, utedass och husförhör, medan de nyblivna pensionärerna har växt upp med fred, frigörelse och ifrågasättande av auktoriteter. De förstnämnda har växt upp i en tid när många var trångbodda och saknade rinnande vatten.

Dagens unga pensionärer har sedan barnsben lärt sig att äta vettigt, motionera och fluorskölja ränderna. Trots denna välfärdsutveckling ser vi att alla äldre inte mår så bra. Vi läser idag att 30 procent av alla över 65 år lider av ångslan, oro och ångest i Stockholms stads *Folkhälsorapport*

2011. Socialstyrelsens sista *Lägesrapport 2012* visar att andelen män och kvinnor i åldern 60-75 som vårdats för alkoholdiagnoser i slutenvård ökat med 45 procent mellan åren 2000-2010.

Påverkar då denna nya livssituation vår hälsa och i sådana fall hur? Den existentiella hälsodimensionens betydelse för fysisk, psykisk, social och livsmiljörelaterad hälsa uppmärksammas allt oftare i internationella vetenskapliga studier, bland annat av professorerna Kathryn O'Connell och Suzann Skevington vid Världshälsoorganisationens (WHO:s) center för studier av livskvalitet vid universitetet i Bath i England. De skrev 2010 artikeln "Spiritual, religious, and personal beliefs are important and

distinctive to assessing quality of life in health" i tidskriften *British Journal of Health Psychology*. Denna dimension i folkhälsovetenskapen har även efterlysts av andra erkända forskare som professor Wolfgang Rutz i *The Lancet*, 2004, då verksam vid WHO:s Europakontor, och professor John-Paul Vader i *European Journal of Public Health* 2006.

För att kunna mäta denna dimensions påverkan på hälsan och välbefinnandet utvecklade WHO år 2002 ett transkulturellt och icke konfessionellt mätinstrument, en enkät som kallas WHOQOL-SRPB. Förutom att mäta självskattad fysisk, psykisk, social och livsmiljörelaterad hälsa mätte man den existentiella hälsodimensionen med hjälp av åtta olika kluster av frågor. Dessa frågor avsåg att mäta, oberoende av personens eventuella religiösa, filosofiska eller politiska bakgrund, individernas känsla av **Meningen i livet, Helhet och integration, Harmoni och**

Att kyrkan har tappat makt innebär inte att människors andlighet eller intresse för existentiella frågor minskat

inre frid, Hoppfullhet och optimism, Andlig styrka, Andlig kontakt, Förundran över omgivningen och Personlig tro som resurs. Dessa dimensioner visar sig var centrala i den existentiella hälsodimensionen och därmed i självskattad hälsa. Dimensionerna aktualiseras alla på olika sätt i livets övergångsskeden som t. ex i övergången från yrkesverksam till pensionär, från frisk till sjuk eller från social till ensam. Låt oss närmare titta på dessa dimensioner och hur de på olika sätt kan relatera till åldrande och psykisk hälsa.

Meningen i livet

Nobelpristagaren i medicin år 2000, Arvid Carlsson, har i en intervju 2010 sagt att ”Inget är så bra för hälsan som att känna att livet är meningsfullt och att varje dag innebär något nytt”. Det är en bra sammanfattning på kategorierna ”Meningen i livet” och ”Förundran över omgivningen”. Att vakna upp och veta att man spelar roll och att man är efterfrågad är viktigt.

I grunden handlar känslan av mening i livet både om en känsla och en övertygelse. Som så många av dessa åtta existentiella dimensioner handlar det om att vi behöver ett samspel mellan det vi känner och det vi tänker. När känslan av att leva ett meningsfullt liv får sig en törn, och kanske försvinner, är det centralt att ändå ha en grundövertygelse att alla människor har ett värde och att varje liv är meningsfullt. Vi behöver motarbeta tanken och talet om att den ökande andelen äldre är en ”utmaning för hälso- och sjukvården”. Vi bör i stället se dessa äldre som en resurs i hälso- och sjukvården, inte minst pga den erfarenhet och klokskap som de äldre besitter. Idag har vi dessutom tekniken: de äldre skulle kunna vara en resurs i att stärka den existentiella hälsodimensionen, inte minst för de unga i kampen mot deras växande psykiska ohälsa - en ”existentiell hälsojour” som bemannas via nätet av äldre.

Helhet och integration

Helhet och integration avser känslan av att man är hel som människa. Upplevelsen av att ens olika delar fysiskt, mentalt och existentiellt åtminstone inte motarbetas av varandra, men även att ens tanke, känsla och handling inte spretar åt olika håll. Som nybliven pensionär förlorar man ofta en viktig komponent i sitt sociala kontaktnät och en viktig del av sin yrkesidentitet. Om yrkesidentiteten varit en viktig del i ens självbild krävs att man omformulerar sin självbild så att det inte ligger en nedvärdering eller ett självförakt i frasen, ”Numera är jag ju bara pensionär”.

Det handlar också om att man behöver uppleva att man har en bra balans mellan sitt fysiska, mentala och existentiella jag. Åldrandet kan sätta människan på prov, när man inte längre orkar dansa natten lång eller inte följer med i debatterna på samma sätt som tidigare.

Harmoni och inre frid

Att lära sig vara närvarande i nuet är en svår konst. På ett sätt kan den förmågan tillta med åldern, man har med åren lärt sig en fördragsamhet med att livet inte kan förutsägas och bemästras. Samtidigt ökar utmaningarna i takt med att kroppen allt oftare utsätter en för provningar och människor i ens omgivning också blir äldre och avlider. Att behålla känslan av inre frid när man befinner sig i en otrygg tillvaro aktualiserar de existentiella frågorna. Här vet vi, som tidigare referats, att en tredjedel av de över 65-år inte känner frid. Återigen så måste både de yttre och inre förutsättningarna stärkas för att uppnå dimensionen av inre frid. När yttre stressmoment som oron för att ramla och bli liggande, ekonomi och hemtjänst kombineras av inre stress för att bli äldre, så behöver vi få ta vår oro på allvar och möta andra som vi kan dela denna oro med på ett konstruktivt sätt.

Hoppfullhet och optimism

Att hoppas på en ljusnande framtid när man nys pensionerats är i högsta grad relevant. Man kan förvänta sig många år då man kan ta tillvara på tiden utifrån egna intressen och sin egen kalender. Även om tillvaron naturligtvis inte för alla är ljus och hälsosam så finns mycket att hoppas på och i takt med att åren går och kroppen börjar ta ut sin rätt så kanske det blir angeläget att omformulera vad hoppet är just för mig. Det kanske inte är att leva i all evighet utan att dö med värdighet som är ens hopp eller att efterlämna så bra relationer som möjligt till de som lever vidare. Vissa kanske även med nyfikenhet funderar på vad som händer när kroppen dör, om det kanske ligger något i alla Nära-Döden-Upplevelser.

Andlig styrka och andlig kontakt

Andligheten, i vid bemärkelse och utan nödvändiga gudomliga förtecken, är också centrala perspektiv när WHO undersöker den existentiella hälsodimensionen. Andlighet är känslan av att ingå i ett sammanhang som är större än en själv. Det kanske är en politisk, filosofisk eller ideologisk övertygelse, en tro på en gud eller tro på människans inneboende goda vilja. Det kan vara positivismen, Muhammed, Förbundet Humanisternas lära, Jesus och/eller Naturvetenskapen. Att tro på något större än en själv ger en tillgång till en kraft som är större än en själv,

att vara en del och representant för något större än bara den egna individen ger en känsla av sammanhang.

Förundran inför tillvaron

Tänk de människor i alla åldrar, och inte minst de med stigande ålder som fortfarande behållit sin nyfikenhet och fascination, de som säger att de får uppleva livet på nytt eller som på ålderns höst med öppet sinne går på utbildningar, utvecklar nya intressen och engagerar sig i nya frågor. Många är de som omfamnat den nya tekniken och ser datorns möjligheter.

Det är viktigt att upmuntra nyfikenhet och förundran, och det kräver ibland assistans från omgivningen. Var och en som arbetar i vården och haft förmånen att hjälpa

en annan människa till lite förundran vet värdet i denna dimension, som när en patient i rullstol barfota får sätta ner fötterna i det daggvåta gräset, eller den demenssjuka damen som en vårdag får plocka blommor längs vägkanten. Vi som fått uppleva det vet hur väl det är för välbefinnandet.

Personlig tro som resurs

Vid första anblicken kan man anta att personlig tro ligger nära "andlig styrka" och "andlig kontakt", men det är också mer än så. Vi kan likna denna dimension vid vår livskarta, den som vi använder för att navigera utifrån i våra dagliga bestyr och livsval. Det är det system av tankar, känslor och handlingar som vi använder för att skapa mening i tillvaron. Hur vi tänker och

I dag får vi själva skapa vår verklighetsuppfattning, dag för dag. Det är en ganska krävande process ... Problemet uppstår när vi i en kritisk situation måste damma av vår livskarta för att hitta vägledning i livet.

känner om frågor som om livet är gott eller ont, morgondagen ljus eller mörk och om vårt fysiska liv övergår i liv eller död. Den här kartan har genomgått stora förändringar under de senaste hundra åren. Min farmors far, han med silverkappen, växte upp i ett liv där han fick en färdig karta med sig. En plan som stakade ut en rad möjliga levnadsmöjligheter, med liten flexibilitet men stor möjlighet att luta sig mot människors tidigare livserfarenhet.

I dag får vi själva skapa vår verklighetsuppfattning, dag för dag. Det är en ganska krävande process där vi gärna lägger arbetet med livskartan på hyllan, när livet går sin gilla gång. Problemet uppstår när vi i en kritisk situation måste damma av vår livskarta för att hitta vägledning i livet. Då kanske det visar sig att vi bara travat på och gått vilse, livskartan kanske inte håller för våra nya insikter eller så har vi hämtat influenser från olika håll som egentligen är motstridiga. Då börjar ett sökande efter svar på de existentiella frågorna, ofta i ett ganska sårbart läge, när en stabil grund skulle vara en stor resurs för att hantera livet.

DEN EXISTENTIELLA OMVÅRDNADEN ÄR LIKA VIKTIG SOM ANNAN VÅRD

Idag framhålls ofta vikten av att inte bara se hälsa som ett fysiskt fenomen utan att anamma en helhetssyn på hälsan. Trots detta har den existentiella dimensionen av hälsa inte uppmärksammats nämnvärt. Det är dags att ta den existentiella hälsodimensionen på allvar.

I dag finns intresse för att utveckla existentiella hälsointerventioner att användas både fristående i förebyggande hälsoarbete och som komplement till andra sjukvårdsinsatser. Dessa existentiella interventioner måste genomgå samma professionella hantering som annan vård, de måste vara vetenskapligt förankrade och evidensbaserade.

Den modell för intervention som jag arbetar med är utvecklad utifrån den existentiella hälsohypotesen och erfarenheterna från mina empiriska studier, som ligger till grund för min avhandling. Det teoretiska resonemanget är inspirerat av psykoanalytikern och barnläkaren Donald W. Winnicott och slutsatsen är att en funktionell intervention bör uppfylla följande principer:

- Den utgår ifrån individens inre existentiella behov.
- Den innefattar existentiell tolkning
- Den skapar en process mellan dessa behov och tolkningar, som integreras till en funktionell existentiell hälsosfär
- Den är anpassad till deltagarens kontext

Under den 8 veckor långa interventionen arbetar vi med fyra pedagogiska nivåer: fakta, förståelse, förtrolighet och förnimmelse (tyst kunskap). Varje vecka träffas vi en till två gånger beroende på målgruppen. Interventionen utgår från de 8 existentiella perspektiven i WHO:s mätinstrument.

Varje pass fokuserar på något av de existentiella perspektiven och omfattar en kombination av fyra olika delar: 1) olika avslappningsövningar och tekniker, 2) input utifrån ett teoretiskt perspektiv, 3) reflektioner och diskussioner, samt 4) kreativa och skapande övningar, utifrån ett speciellt koncept. Om grundtankarna för denna existentiella hälsointervention kan man läsa om i min avhandling, *Vilsenhetens epidemiologi. En religionspsykologisk studie i existentiell folkhälsa*, som kan laddas ner på nätet.

Att lyfta in denna dimension i vården och omsorgen av en åldrande befolkning skulle vara en naturlig utveckling, eftersom vi sett att de existentiella hälsodimensionerna som WHO lyfter fram berör den psykiska hälsan i åldrandet.

Kontakt- familj – den glömda insatsen

*– resultat av en enkät
bland landets kommuner*



Carl von Essen är generalsekreterare för Föreningen Psykisk Hälsa. Han har tidigare arbetat som journalist och på bl a Rädda Barnen, Mentor Sverige och Global Utmaning.

INLEDNING

Under åren 2011–2013 genomför Föreningen Psykisk Hälsa ett projekt för att utveckla insatsen kontaktfamilj. Anledningen är dels att insatsen berör många barn (ca 10.000 per år sedan 30 år) av vilka många kommer från utsatta miljöer, dels att kunskapen om hur insatsen bör utformas är bristfällig. Situationen tillspetsas av att det nyligen kom en omfattande registerstudie som antyder att den långsiktiga effekten av insatsen är obefintlig (Vinnerljung m fl 2011).

Från föreningens sida tror vi att insatsen kontaktfamilj skulle kunna vara betydelsefull för barnen på både kort och lång sikt, något som bl.a har framkommit vid intervjuer med enskilda barn (se Berg Eklundh 2010). För att nå påvisbara effekter behöver dock insatsen sannolikt styras mer. I dagsläget lämnas barnen, kontaktfamiljerna, klientfamiljerna och övriga involverade praktiskt taget åt sitt öde, ofta utan utbildning och handledning och utan ett tydligt innehåll i insatsen. Föreliggande enkät bekräftar i stor utsträckning denna bild.

Första delen i projektet är en enkät som genomfördes november – december 2011 bland landets socialtjänster. Syftet med enkäten var att utröna hur socialsekreterarna såg på flera centrala

aspekter av insatsen: syftet och orsakerna till att kontaktfamilj beviljades, hur insatsen genomfördes, utbildning av kontaktfamiljer, uppföljning, framtida utveckling, osv. I slutet av denna artikel ger vi förslag på hur insatsen skulle kunna utvecklas för att nå en större effekt.

BAKGRUND

Insatsen kontaktfamilj är den vanligaste behovsprövade åtgärden som beviljas barn hos Socialtjänsten. Kontaktfamilj är ett bistånd som en klient söker på frivillig basis. Enligt Socialstyrelsen hade cirka 20700 barn (upp till 18 år) kontaktperson/ kontaktfamilj 2010. Uppskattningsvis var det cirka hälften av barnen som hade kontaktfamilj och hälften som hade kontaktperson. Det exakta antalet är okänt då det inte sker någon uppdelning av statistiken, trots att insatsen kontaktfamilj respektive kontaktperson är mycket olika till syfte och upplägg.

Socialtjänstlagen (SoL) reglerar socialtjänstens insatser för barn, medan socialnämnden ska verka för att de ska växa upp under goda och trygga förhållanden. Barn har rätt till skäligen levnadsnivå, och bistånd ska beviljas om inte vårdnadshavare kan tillgodose detta. Om barn riskerar att utveck-

las ogynnsamt ska nämnden sörja för nödvändigt skydd och stöd genom nära samarbete med hemmen. Insatsen kontaktfamilj är tänkt att användas förebyggande, dvs innan allvarligare problem tvingar fram åtgärder som kanske måste grunda sig på tvångslagstiftning. Föräldrarna ansöker, antingen på eget initiativ eller på förslag från annan part, t.ex skola/dagis.

Ett av huvudsyftena med kontaktfamiljen är att ge barn trygghet, stöd och stimulans som saknas i den biologiska familjen. Kontaktfamiljen ska *komplettera* klientfamiljens barnomsorg där föräldrarna behöver stöd i sin föräldraroll. Det kan bero på behov av avlastning (privat nätverk saknas) eller social problematik som missbruk, psykisk ohälsa, dålig ekonomi pga arbetslöshet eller skilsmässa. De flesta familjer som är i behov av denna insats består av ensamstående förälder, oftast mammor (se t ex Regner 2006)). Deras nätverk är otillräckligt för vardagsbehoven.

Socialtjänsten har ansvaret, men det är vanliga lekmän som är kontaktföräldrar. Det krävs ingen utbildning. Däremot kontrolleras kontaktfamiljerna gentemot polisens belastningsregister och intervjuas för att lämplig *matchning* ska kunna ske. Matchning kan innebära sociokulturella preferenser eller bonussyskon i lämplig ålder. Eftersom klientbarnen ska delta i kontaktfamiljens vardagsliv och ordinarie aktiviteter som en familjemedlem, är god matchning viktigt. Vanligast är att barn bor hos sin kontaktfamilj några helger i månaden. Barnen får vanligtvis vara med och påverka gällande besöksfrekvens

när de har blivit etablerade i sin kontaktfamilj. Det kan tex handla om spontanbesök när det är jobbigt hemma. Besöksfrekvensen beror ofta på hur allvarlig problematiken är.

Insatsen kontaktfamilj infördes 1982 i Socialtjänstlagen. I SoL 2002 regleras den i 3 kap 6§:

”Nämnden kan utse en särskild person (kontaktperson) eller en familj med uppgift att hjälpa den enskilde och hans eller hennes närmaste i personliga angelägenheter, om den enskilde begär eller samtycker till det. För barn som inte

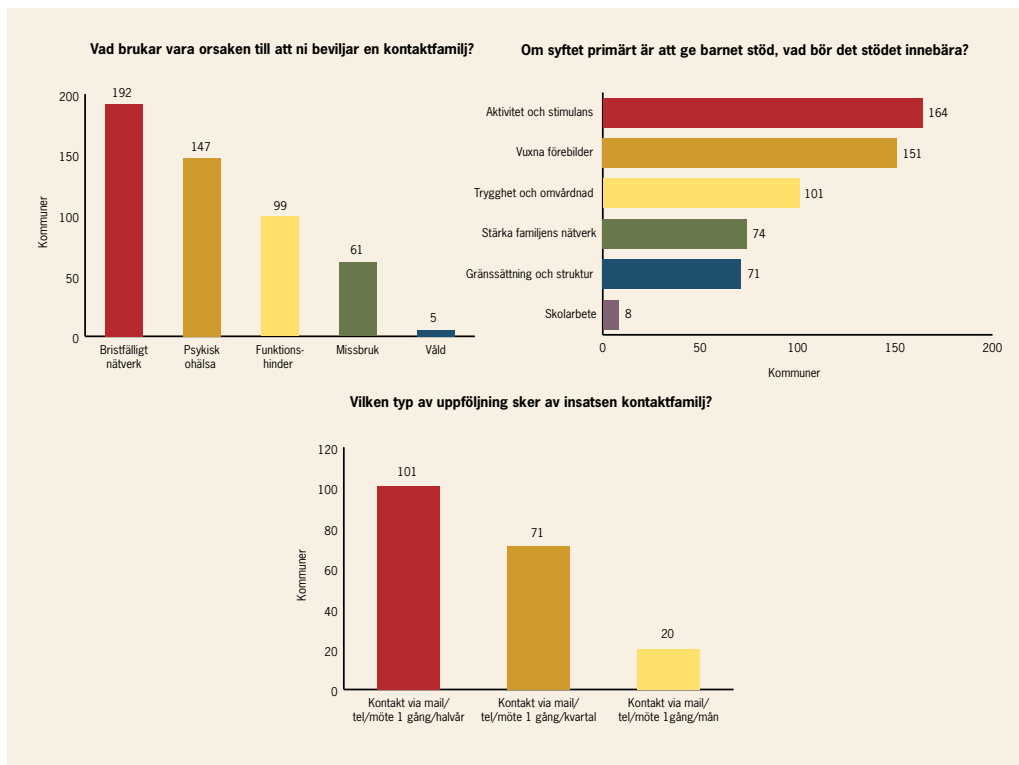
har fyllt 15 år får kontaktperson utses endast om barnets vårdnadshavare begär eller samtycker till det. Har barnet fyllt 15 år får kontaktperson utses endast om barnet självt begär eller samtycker till det.”

Kontaktfamilj definieras så här av Socialstyrelsen:

”Familj som utses av socialnämnd med uppgift att ta emot barn för regelbunden vistelse och att finnas till hands i övrigt för barnet och dess närstående. Kontaktfamiljen avser bl a att stärka barnets kontaktnät”(SoS 2008:8 s.16).

Det finns inga nationella riktlinjer eller rekommendationer från t ex Socialstyrelsen eller SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) för hur handläggarnas arbete med insatsen ska genomföras. Vissa kommuner har utfärdat lokala riktlinjer och även genomfört utvärderingar.

Vi tror att insatsen skulle kunna vara betydelsefull för barnen ... För att nå påvisbara effekter behöver dock insatsen sannolikt styras mer.



REDOVISNING AV ENKÄTRESULTAT

Föreningen Psykisk Hälsa skickade ut en elektronisk enkät bestående av 28 frågor till socialkontoren i landets 327 kommuner och kommundelar i oktober 2011. Respondenterna hade november och december på sig att besvara enkäten. Den besvarades i sin helhet av 203 kommuner/kommundelar, dvs svarsfrekvensen var 62 procent. Därutöver svarade vissa socialkontor på vissa frågor i enkäten. En uppdelning av de insatsen kontaktfamilj respektive kontaktperson ingick i enkäten och denna statistik kommer att redovisas i en kommande artikel av Lotta Berg Eklundh. I redovisningen nedan är svaren grupperade i en handfull kategorier.

a) Orsak till och syfte med kontaktfamilj

Fyra frågor i enkäten tog upp orsakerna till, samt syftena med att erbjuda kontaktfamilj. Den vanligaste orsaken till att handläggare hos socialtjänsten beviljar insatsen kontaktfamilj är att klientfamiljen har ett bristfälligt nätverk; 91 procent av kommunerna markerade detta svarsalternativ. Den näst vanligaste orsaken är psykisk ohälsa hos en förälder, följt av funktionshinder (inkl neuropsykiatriska) hos barn i klientfamiljen, samt missbruk hos klientfamiljen. Våld hos klientfamiljen är en betydligt mindre vanlig anledning; 5 kommuner avgav detta svar (se tex. Berg Eklundh 2010 där 30 av de 50 barnen hade upplevt någon form av våld i sina familjer).

Kommunerna fick i fråga 10 besvara vilket syfte som man brukade ange i genomförandeplanerna för insatsen. De svarande fick välja mellan tre alternativ. Nästan samtliga kommuner (95 procent) angav att det vanligaste syftet är stöd till barn. 43 procent angav att syftet i genomförandeplanen är avlastning för vårdnadshavaren, och cirka en tredjedel angav som syfte att stärka familjens nätverk.

Även om stöd till barnet är ett huvudskäl för de flesta kommuner, är det tydligt att avlastning för den ordinarie vårdnadshavaren också är ett mycket vanligt skäl. I fråga 3 uppgav hälften av alla kommuner (53 procent) att stöd till barnet och avlastning är lika vanliga skäl.

I fråga 4 fick kommunerna svara vilket stöd till barn som insatsen kontaktfamilj bör innebära. Kommunerna fick välja mellan sex alternativ och flera val var tillåtna. De flesta ansåg att stödet främst bör innehålla stimulans/aktivitet (82 procent) och fler vuxna förebilder (75 procent) än vad hemmet erbjuder. Hälften av kommunerna angav alternativet trygghet/omvårdnad. Ungefär en tredjedel av kommunerna ansåg att kontaktfamiljen ska stärka familjens nätverk samt erbjuda gränssättning/struktur. Påfallande få kommuner (4 procent) valde alternativet stöd i skolarbetet.

b) Kontroll och matchning av kontaktfamiljen

Den övervägande majoriteten av kommunerna kontrollerar alla föräldrar i kontaktfamiljerna gentemot polisens belastningsregister (200 av 206 svarande). 6 av kommunerna svarade att de gör det vid behov.

Majoriteten av kommunerna, 84 procent, försöker alltid matcha kontaktfamiljen mot klientfamiljen för att uppnå likheter i familjesystemen kring språk, etnicitet, religion, normer osv. 17 procent av kommunerna säger att de gör det ibland, och endast 1,5 procent säger att de inte gör det.

c) Tillgång och framtida användning av insatsen kontaktfamilj

Två frågor, nr 7 och 8, försökte pejla tillgången och behovet av kontaktfamiljer. I fråga 7 svarade 66 procent av kommunerna att tillgången var ”medelgod, vi får jobba för att hitta kontaktfamiljer men brukar lyckas”. 31 procent svarade att det var svårt att hitta kontaktfamiljer, och en liten grupp, 3 procent av kommunerna, sa att det var lätt att hitta kontaktfamiljer.

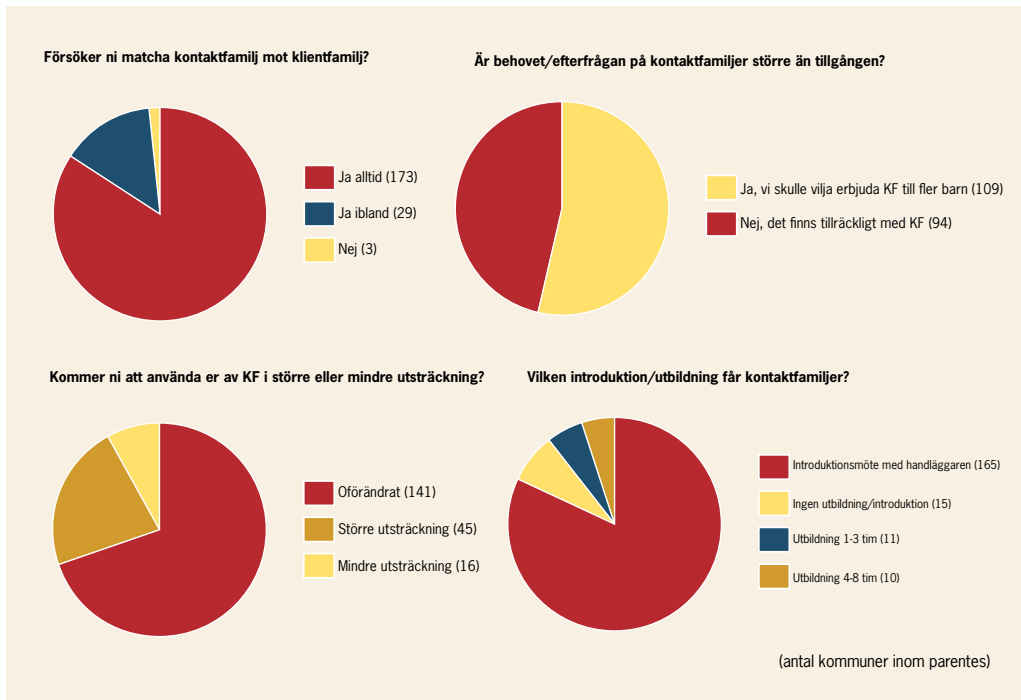
I fråga 8 svarade 53 procent av kommunerna att ”efterfrågan är större än tillgången, vi skulle vilja erbjuda kontaktfamiljer till fler barn.” 46 procent svarade ”nej, det finns tillräckligt med kontaktfamiljer.

I en annan fråga, nr 22, fick kommunerna ta ställning till om de trodde att de skulle använda sig av insatsen kontaktfamilj i större eller mindre utsträckning framöver. Flertalet, 70 procent svarade ”oförändrat”. 22 procent trodde att de skulle använda insatsen i större utsträckning och en mindre grupp, 8 procent trodde att de skulle använda insatsen i mindre utsträckning.

d) Planering, genomförande, uppföljning och utvärdering

Majoriteten av kommunerna, 66 procent, svarade att de upprättar en genomförandeplan vid besluten om kontaktfamilj. 22 procent svarar att de gör det oftast och 2 procent svarar att de inte gör det.

Barnen blir i varierande utsträckning involverade i utredningen och besluten om genomförandet. Det var bara 2 procent av kommunerna som svarade att barnen inte blir involverade. Majoriteten, 86 procent svarade att barnen blir involverade genom samtal/observation. Cirka 2/3 av kommunerna, 64 procent, preciserade att barnet alltid får information om att det ska få en kontaktfamilj och syftet med detta, och 67 pro-



cent angav att barnet blir tillfrågat efter en viss tidsperiod om det är nöjt med sin kontaktfamilj.

Det är relativt vanligt att barnen får byta kontaktfamilj. Drygt hälften av kommunerna (107) uppgav att 25 procent av barnen brukar byta kontaktfamilj. Cirka 40 procent av kommunerna svarade att inga barn behöver byta kontaktfamilj.

e) Utbildning och uppföljning

Enkäten visar att det är ovanligt att blivande kontaktfamiljer får någon utbildning. 5 procent av kommunerna säger att kontaktfamiljerna får en utbildning på 1–3 timmar och 5 procent uppgav att de får 4–8 timmars utbildning. Det stora flertalet, 82 procent, anger att kontaktfamiljernas introduktion/utbildning består av ett introduk-

tionsmöte med ansvarig handläggare på socialförvaltningen. Det är också ont om utbildningsmaterial. Hälften av kommunerna, 51 procent uppgav att de inte har något utbildningsmaterial för kontaktfamiljerna. Knappt hälften uppgav att de har en enklare informationsfolder om insatsen, och en enda kommun anger att de har en genomarbetad manual med information och råd.

Uppföljningen av insatsen tycks också ske sällan. I fråga 17 fick kommunerna svara hur ofta uppföljningen skedde (i form av e-post, telefon eller möte). Hälften av kommunerna svarade att uppföljningen skedde en gång i halvåret. 35 procent svarade att det skedde en gång i kvartalet och en minoritet, 10 procent, svarade att uppföljningen skedde en gång i månaden.

I fråga 15 och 16 fick kommunerna ange hur ofta och i vilken form handledning erbjöds kontaktfamiljerna. En minoritet av kommunerna, 8 procent erbjuder handledning en gång i månaden och 31 procent erbjuder handledning en gång i kvartalet. 17 procent uppger att de inte alls erbjuder handledning. Hälften av kommunerna svarade ”annan insats”, och kunde specificera vad denna insats handlade om. I allmänhet innebar det att stöd och handledning ges utifrån behov.

Utvärdering av insatsen är ovanlig. 88 procent av kommunerna svarade att de aldrig har gjort en samlad utvärdering av insatsen kontaktfamilj. 12 procent uppgav att de har gjort det.

f) Behov av stöd

Det är tydligt att kommunerna efterlyser stöd och riktlinjer för att genomföra insatsen kontaktfamilj. En majoritet av kommunerna, 76 procent, anser att Socialstyrelsen eller annan myndighet borde utforma riktlinjer eller rekommendationer för hur insatsen kontaktfamilj ska genomföras. 24 procent anser att det inte behövs riktlinjer/rekommendationer.

På frågan om vilket annat stöd kommunerna skulle vilja ha svarar cirka 75 procent att de skulle behöva utbildnings- och informationsmaterial för kontaktfamiljerna och barnen. Ungefär en tredjedel av kommunerna efterlyser seminarier/utbildningar för kontaktsekreterare, samt en manual för kontaktsekreterare. En liten andel av kommunerna, 8 procent, uppger att de inte behöver något stöd.

Det är tydligt att kommunerna efterlyser stöd och riktlinjer för att genomföra insatsen kontaktfamilj

SAMMANFATTNING OCH FÖRSLAG TILL ÅTGÄRDER

Enkäten bekräftar mycket av vad som tidigare är känt beträffande orsakerna och syftet med att bevilja insatsen kontaktfamilj. Stöd till barnet anges oftast som syftet med insatsen, men för många kommuner är avlastning av klientfamiljerna (oftast en ensamstående mamma) ett lika vanligt

syfte. Dessa två syften behöver inte nödvändigtvis stå i motsats med varandra, men de kan naturligtvis ha betydelse för hur insatsen utformas.

Det verkar råda olika uppfattningar om vad insatsen bör innehålla (förutsatt att stöd till barnet är det primära syftet). Kommunerna

kunde välja mellan sex svarsalternativ på denna fråga, två av svaren fick överlägset flest röster (aktivitet och stimulans samt vuxna förebilder), men även tre av de andra alternativen valdes av många kommuner trygghet och omvårdnad, stärka familjens nätverk samt gränssättning och struktur). Det var bara ett alternativ som valdes bort av nästan samtliga kommuner: stöd i skolarbetet. Den stora bredden i svarsalternativen kan tolkas som om det råder många olika uppfattningar om vad insatsen kontaktfamilj egentligen syftar till.

Kommunerna tycks vara noggranna med registerkontrollen och matchningen av klient och kontaktfamiljerna. Däremot är det påfallande vad lite utbildning, information och uppföljning som barnen och kontaktfamiljerna får. Det är bara cirka 10 procent av alla kommuner som erbjuder någon egentlig utbildning av kontaktfamiljerna.

Insatsen kontaktfamilj förefaller att behålla sin popularitet bland kommunerna. Det är fler kom-

muner som tror att de kommer att använda insatsen i större utsträckning framöver, än i mindre utsträckning, och drygt hälften av kommunerna skulle vilja erbjuda kontaktfamiljer till fler barn.

Kommunerna förefaller medvetna om bristen på utbildning och riktlinjer. Det stora flertalet efterfrågar stöd i form av utbildnings- och informationsmaterial, och efterlyser också rekommendationer/riktlinjer från Socialstyrelsen eller annan myndighet.

Föreningen Psykisk Hälsa har en positiv grundinställning till insatsen kontaktfamilj. Vi tror att insatser av denna typ kan ha positiva effekter på både kort och lång sikt. Vi anser dock att insatsen borde styras mot ett tydligare syfte och att alla involverade i insatsen – barnen, kontaktfamiljerna, klientfamiljerna och deras anhöriga – borde få en gedigen utbildning och handledning.

En väg framåt skulle kunna vara att utforma ett utbildningsmaterial som bygger på att barnen i kontaktfamiljen får åldersanpassat läs- och skolstöd. Det skulle kunna bidra till att förbättra barnens skolprestationer och därmed deras psykiska hälsa. Ett material av denna karaktär skulle också kunna utgöra ett naturligt tillfälle för samarbete mellan kontaktfamiljerna och barnen, och därmed något som ytterligare skulle kunna stärka relationen dem emellan.

Mot bakgrund av det stora antalet barn som är involverade, och det faktum att barnen ofta kommer från socialt utsatta miljöer, är det anmärkningsvärt att insatserna kontaktfamilj/kontaktperson inte ägnas större uppmärksamhet av aktörer såsom Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Det är också anmärkningsvärt att regeringen inte har fullföljt de förslag som Barnskyddsutredningen (SOU 2009:68) lade 2009 om att socialnämnderna regelbundet ska följa upp insatsen,

samt att nämnden ska inhämta uppgifter ur polisens belastningsregister och misstankeregister för att kontrollera en persons lämplighet som kontaktfamilj. Enkäten visar att det stora flertalet kommuner gör kontroller i polisregistren, men vissa kommuner gör det bara vid behov, och enkäten visar att uppföljningen av insatsen varierar mycket mellan kommunerna.

Vi rekommenderar följande:

- Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla kunskapen kring insatsen kontaktfamilj, genom att bl a stödja utvecklingen av anpassade, utvärderade metoder för att främja barns utbildning och hälsa som kan appliceras i kontaktfamiljer. Utvecklingsarbetet bör ta tillvara barnens och familjernas egna erfarenheter av insatsen.
- Regeringen bör genomföra de förslag till ändringar i Socialtjänstlagen som Barnskyddsutredningen (SOU 2009:68) lade 2009 om uppföljning av insatsen och registerkontroll.
- Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) bör stödja kommunerna i sitt arbete med insatsen genom att uppmuntra till kunskaps- och erfarenhetsutbyten, och ge stöd i arbetet med att rekrytera och utbilda kontaktfamiljer.

REFERENSER:

1. L Berg Eklundh: *Kontaktfamilj – En förebyggande stödsinsats eller mellanvård*, Licentiatsavhandling, Stockholms universitet 2010
2. B Vinnerljung, L Brännström och A Hjern: *Kontaktperson/familj för barn, Uppföljning och utvärdering med registerdata*, Rapport för Stockholms stad, 2011).
3. M Regnér: *Familjebilder. Om klientfamiljer, kontaktfamiljer och idealfamiljer*, Doktorshandling, Göteborgs Universitet 2006.

Nyckeln ut

*– hur vi bättre kan
samverka kring hemmasittare*



Marie Gladh är fil. mag i specialpedagogik, **Krusmyantha Sjödin** är beteendevetare och kurator, båda verksamma inom Stockholms stad.

En växande skara unga väljer att avstå sin plats i samhället. Denna tysta grupp har en alarmrande problematik som varken skola, socialtjänst eller psykiatri har beredskap att lösa var för sig. De är inga vanliga skolbarn utan så kallade hemmasittare som inte går i skolan över huvudet taget. För att stoppa denna negativa utveckling och för att kunna möta ungdomen där denne befinner sig, krävs en utökad samverkan mellan olika myndigheter, menar specialpedagog Marie Gladh och kurator Krusmyantha Sjödin.

Hemmasittare som grupp har vuxit det senaste decenniet och utvecklingen ser inte ut att mattas av.

Alla barn och unga måste under uppväxten lära sig att interagera med andra människor. En ung människa som isolerar sig under lång tid och inte får hjälp att bryta detta går miste om en viktig period av samspel med andra, en tid då förberedelser görs för att klara vuxenlivet och en egen identitet skapas (Askland & Saraøen 2003, Wrangsjö & Winberg Salomonsson 2007). Detta ger svåra konsekvenser både socialt, utvecklingspsykologiskt och kunskapsmässigt. Dessa hemmasittares passivitet och psykiska ohälsa leder ovillkorligen till ett socialt handikapp som kommer att kosta samhället enorma summor.

Det är svårt att beräkna antalet hemmasittare i Sverige, men Skolverkets rapport (2010) visar en procentuell ökning mellan år 2007 och 2009 som indikerar att det nu skulle röra sig om cirka 2000 i hela landet.

Gruppen hemmasittare hamnar mellan stolar och förbises av de professionella från flera instanser och på flera nivåer, inte av slarv eller flathet utan snarare på grund av brist på en metod eller ett arbetsätt som fungerar. De ungdomar som isolerar sig i hemmet hamnar till slut, efter missad skolgång och social isolering, hos socialtjänsten. Där görs ofta bedömningen att det inte finns grund för exempelvis tvångsvård, eftersom ungdomen varken skadar andra eller sig själv fysiskt. I bästa fall blir den unge föremål för någon form av "hemma-hos-insats", men inte sällan står socialtjänst och skola handfallna och konstaterar att de inget kan göra.

Missad skolgång betraktas inte som en tillräckligt stor psykosocial och pedagogisk fråga i Sverige. Problemet är att ingen äger problemet. Vi menar dock att problemet är verkligt, nära – och akut. Den unge som inte vågar gå ut och vara delaktig i samhället missar en utvecklingsfas som är svår, för att inte säga omöjlig, att ta igen. För vårt gemensamma samhälle innebär de ungas pas-

sivitet och okunnighet ett framtida utanförskap som kommer att vara ”tärande” i både ekonomisk och humanitär mening (Flakerska-Praguin, Lindström, & Gillberg, 1997).

Varför har det blivit så och varför växer denna grupp? Det behövs mer kartläggande forskning som kan fördjupa bilden av orsakerna och av det inre måendet hos dessa unga, men också en större utvärdering av vilka metoder som fungerar bäst för att bryta isoleringen. Naturligtvis är det så att varje tidsperiod äger sina speciella problem. 2000 – talets sätt för unga att uttrycka att ”jag orkar/vill inte vara med i samhället” tycks vara att bli hemmasittare.

Utifrån väl beprövad erfarenhet menar vi, att det trots allt finns metoder och arbetssätt som gör skillnad och kan förändra tillvaron för ”hemmasittarna”. Men att vara överens i sammanträdesrummet räcker inte! Vad som krävs är en engagerad samverkan ”på golvet”, det vill säga på basplanet, mellan de yrkesgrupper som i sina respektive professioner möter dessa barn och ungdomar. Vi har goda erfarenheter av att det går att möta de unga i hemmet, i direktkontakt men också via sociala medier och digitala hjälpmedel och därifrån varsamt leda dem tillbaka till skolan.

För att uppnå resultat i form av varaktig förändring behöver vägen tydligt stakas ut för den som kanske suttit hemma under flera års tid. Motivationsarbetet måste vara tvärprofessionellt och inkludera både pedagogik och behandling. Kunskaper och erfarenheter från både (special) pedagogiskt, psykosocialt och psykiatriskt fält

behöver kombineras och korsbefrukta varandra samtidigt.

Vårt gemensamma arbete med denna grupp unga har lett oss till utvecklandet av Nyckelmetoden. Denna metod tar avstamp i det faktum att det psykosociala behöver det pedagogiska för att överhuvudtaget få till ett utrymme för samtal och att det pedagogiska behöver det psykosociala för att hitta rätt timing och möjlighet att koncentrera sig på skolarbetet.

För att uppnå resultat i form av varaktig förändring behöver vägen tydligt stakas ut för den som kanske suttit hemma under flera års tid

Skolarbete som ger självförtroende och som väcker intresse ska, från första början, startas i hemmet utifrån den nivå där eleven befinner sig samtidigt som ett psykosocialt behandlingsinriktat arbete sker. Det behövs en hög kompetens och trygghet hos de professionella för att kunna navigera i den komplexa problematik denna ofta skygga målgrupp har. En kvalificerad kartläggning av kunskapsnivåer, en tydlig beskrivning av arbetsgången och en stadig tro på och övertygelse om förändring är nödvändig för att orka fortsätta vid motgång. Detta gäller för de vuxna, men inte minst för eleven som behöver veta vad han eller hon ska få och vad som krävs. Täta uppföljningar med fokus på vad vi kan förändra för att anpassa upplägget på bästa sätt, uppmuntra deras ansträngningar och mana till att våga ännu mer är viktigt för att inte ”tappa” dem igen.

Denna grupp elever har alltför ofta inte kunnat anpassa sig efter skolan och skolan har svikit i sin förmåga att anpassa sig efter dem. Det krävs ibland lite extra energi för att lyssna in denna

målgrupps vilja och önskemål, men att från början göra dem delaktiga i beslut är nödvändigt för en fortsatt aktiv kontakt.

Scheman bör upprättas för kortare perioder och inbegripa samtal, möten, eget arbete och mentorstid, men inte pressa på att orka en termin utan snarare en vecka i taget. En psykodynamisk och specialpedagogisk grundsyn med tydlighet, transparens och ett kunnande om alternativa inlärningsmetoder är av största vikt. Av de sju hemmasittande elever som vi arbetade med under ett år följde sex sina respektive planeringar och det delades ut totalt sjutton betyg! Det var här alltså inte fråga om en brist på begåvning, utan snarare en brist på vuxna som hade kunnat hjälpa till att våga visa den.

Fler uppsökande verksamheter med representanter från olika professioner behöver således skapas, verksamheter som måste genomsyras av ett samverkande elevhälsoperspektiv.

Initiativet till samverkan ska inte nödvändigtvis behöva komma från de sociala myndigheterna och här kan lagändringar behöva göras. Samverkansteamerna måste i större utsträckning kunna möta den unge där han eller hon är – i sitt hem. Nya sociala medier och digitala hjälpmedel möjliggör flexibla kontaktytor mellan hem, skola och behandling och bör användas i mycket högre utsträckning.

Utvecklingen måste alltid ta avstamp där ungdomen är. Genom att träna respekt och ansvar ges den unga människan en möjlighet att växa i sig själv och ta sig ut mot en allt större delaktighet i samhället. Respekt och ansvar behöver även de yrkesverksamma visa – för de unga som inte vågar sig ut, för sina respektive uppdrag och för varandra.

Vi menar att alla involverade myndigheter nu måste ta sitt ansvar.

Därför föreslår vi att:

- Skola, socialtjänst och psykiatri skapar gemensamma uppsökande verksamheter med representation från olika yrkesgrupper som i sin tur ges möjlighet att utveckla adekvata metoder och arbetssätt
- Skolan ges ett samordningsansvar för dessa uppsökande verksamheter
- Regeringen tillsätter resurser för en djupare och mer specifikt inriktad forskning på området

REFERENSER:

1. Askland, I., & Sataøen, S. O. (2003). *Utvecklingspsykologiska perspektiv på barns uppväxt*. Stockholm: Liber AB.
2. Flakierska-Praguin, N., Lindström, M., & Gillberg, C. (den No. 1 vol. 38 1997). School Phobia With Separation Anxiety disorder: A comparative 20- to 29- Year Follow-up Study of 35 School Refusers. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 38, No. 1, pp.17–22.
3. Gladh, M. (2010). *Vändpunkter. Berättelser om förändring i en pedagogisk verksamhet*. Stockholm: Stockholms Universitet. /www.uppsatser.se/Marie Gladh/
4. Skolinspektionen (2011). *Skolpliktsbevakning. Om rätten till utbildning för skolpliktiga barn*. Riktad tillsyn rapport. 2011-06-28. Dnr 40-2010:268.
5. Skolverket (2010). *Skolfrånvaro och vägen tillbaka*. Rapport nr 341.
6. Skolverket (2011). *Kunskapsbedömning i skolan – praxis, begrepp, problem och möjligheter*.
7. Wrangsjö, B., & Winberg Salomonsson, M. (2007). *Tonårstid- utveckling, problem och psykoterapeutisk behandling*. Falkenberg: Natur och Kultur.

Se även www.hemmasittare.se

Den anti- depressiva mediciner- ringens psykologi



Daniel Sykes är leg psykolog och psykoterapeut, verksam inom psykiatrisk öppenvård vid Sahlgrenska universitetssjukhuset

I Sverige förskrevs 2009 antidepressiva läkemedel till cirka 10 procent av landets kvinnor och cirka 5 procent av männen (Socialstyrelsen, 2010). Som klinisk psykolog inom primärvård och psykiatri är det därför inte förvånande att jag ofta mött och arbetat psykoterapeutiskt med personer som samtidigt stått under behandling med antidepressiva mediciner. I vår tid är denna kombination av psykofarmakologisk och psykoterapeutisk behandling mycket vanligt förekommande inom både den offentliga och den privata psykiska hälsovården i Sverige (Schubert, 2007). De tankar och upplevelser som för mina patienter varit förknippade med att stå under antidepressiv medicinering har ibland blivit ett tema under våra samtal.

Vad som då framkommit är att ”effekten” av att stå under sådan medicinering – på det upplevelsemässiga planet – sträcker sig långt över den symptompåverkan som denna läkemedelsbehandling rent medicinskt syftar till. Vad mina patienter exempelvis reflekterat kring är hur deras känsloliv, syn på sig själva och relationer

till andra människor påverkas av att stå under psykofarmakologisk behandling. Dessa frågor blir på detta sätt ofta centrala även i ett psykoterapeutiskt arbete och därigenom inte något som man som psykolog kan förbise eller överlämna åt läkarprofessionen.

När man vänder sig till den forskning som gjorts rörande behandling med antidepressiva läkemedel så finner man att inte många studier ägnats åt denna typ av psykologiska och existentiella frågor (Carlberg, 2008). Majoriteten av de studier kring behandling med antidepressiva läkemedel som publicerats är istället inriktade på att undersöka vilken effekt medicineringen har på specifika symptom förknippade med psykiatriska tillstånd som exempelvis depression och ångestsyndrom (SBU, 2004, 2005).

Utifrån dessa iakttagelser väcktes mitt intresse att mer systematiskt undersöka den psykologiska och upplevelsemässiga erfarenheten av att stå under antidepressiv medicinering och jag genomförde därför under hösten 2010 en kvalitativ intervjustudie rörande detta område (Sykes, 2011).

TIDIGARE FORSKNING MED FENOMENOLOGISKT OCH PSYKOLOGISKT PERSPEKTIV PÅ ANTIDEPRESSIV LÄKEMEDELSBEHANDLING

I artikeln ”Nothing personal: An empirical phenomenological study of the experience of being on-an-SSRI” (2009) redovisar och diskuterar

Teal fyra personers erfarenhet av att medicinera med SSRI-preparat. Den övergripande slutsatsen

i denna artikel är att behandling med SSRI har den grundläggande effekten att dämpa eller minska en människas känslomässiga närvaro i hans eller hennes upplevelsevärld och att detta på olika sätt visar sig inom den fysiska, emotionella, sociala respektive existentiella sfären.

Samtliga deltagare i studien påbörjar sin medicinering utifrån upplevelsen att vara fastlåst och fångad i en övermäktig, fientlig och/eller invaderande livssituation. Den initiala effekten av att påbörja medicinering med SSRI är en befrielse från denna negativa och kravfyllda tillvaro som istället ersätts av en känsla av avslappning, lugn och distans. De situationer som före den påbörjade behandlingen med SSRI skulle ha varit övermäktiga tycks i och med den antidepressiva medicineringen inte längre kunna beröra eller påverka personen på samma negativa sätt. Medicineringen erbjuder på så vis ett visst avstånd till de svårigheter personen plågats av och hittills inte kunnat värja sig ifrån och han eller hon får genom detta en ökad förmåga att fungera i, och hantera, sin vardagliga tillvaro.

Till en början upplever samtliga deltagare i studien därför den känslomässigt dämpande och

distansnerande effekten som något positivt, men denna ensidigt positiva erfarenhet ersätts med tiden av en successivt ökande negativ upplevelse. Inom det fysiska området upplever deltagarna i studien att den antidepressiva medicineringen medför en viss befrielse från, och en ökad distans till, de symptom man plågats av, men att detta

sker till priset av en minskad kroppslig närvaro och möjlighet till fysisk njutning. De tydligaste uttrycken för detta är upplevelsen av fysisk kraftlöshet och minskat sexuellt intresse. Att SSRI-preparaten på olika sätt kan påverka den sexuella funktionen negativt finns belagt i en mängd studier. I artikeln ”Sexuell dysfunktion vanlig vid antidepressiv behandling” (1998) fastslår

docent Owe Bodlund att det finns vetenskapligt stöd för att sexuella biverkningar, främst i form av minskad lust och hämrad ejakulations- eller orgasmförmåga, står att finna hos mellan 30–58 procent av de patienter som använder SSRI-preparat.

Inom den emotionella sfären visar sig effekten av medicineringen genom en försvagning och försening av samtliga affektiva reaktioner hos deltagarna, vilket medför att den känslomässiga ton som vanligtvis ackompanjerar och ger mening åt våra upplevelser i varierande grad går förlorad. Medicineringen verkar alltså genom att minska den affektiva reaktionen snarare än att lägga till någon känslomässig reaktion, vilket det missvisande uttrycket ”lyckopiller” ger sken av. En konsekvens av detta är att inget – varken personer eller ting – längre berör, engagerar eller

Samtliga deltagare i studien påbörjar sin medicinering utifrån upplevelsen att vara fastlåst och fångad i en övermäktig, fientlig och/eller invaderande livssituation

får personlig mening på samma sätt som före den antidepressiva medicineringen.

Inom det sociala och interpersonella fältet så medför detta ett ökat avstånd till och minskat engagemang i andra människor vilket till en början innebär en viss befrielse från den upplevelse av att vara invaderad av andras krav som präglar tillvaron innan personen påbörjat sin antidepressiva medicinering. Effekten av medicineringen sträcker sig dock mycket längre än till att erbjuda en möjlighet att etablera rimliga gränser gentemot andra. Vad som istället framträder är en generell minskning av det grundläggande behovet av sociala relationer och en upplevelse av att människor i personens närhet inte längre har samma känslomässiga betydelse.

Teal (2009) drar utifrån sitt empiriska material alltså slutsatsen att behandling med SSRI-preparat leder till en existentiell situation där tillvaron inte längre berör oss på det sätt som den vanligtvis brukar göra och där individen som en konsekvens av detta inte längre engagerar sig i sin omvärld. Genom detta går gradvis en människas upplevelse av att styra sitt liv och att ha ansvar för sina val och handlingar förlorad, vilket enligt Teal måste ses som ett högt existentiellt pris.

Ett resonemang som har vissa beröringspunkter med de slutsatser som Teal här drar förs av Gherovici (2000) i en studie som utgår från en teoretisk reflektion kring några kliniska erfarenheter som denne forskare själv har av psykoanalytisk behandling med personer som stått under

antidepressiv medicinering. Huvudtesen i denna studie är att medicinering med Prozac (Prozac är ett antidepressivt läkemedel av typen SSRI) för med sig stora negativa konsekvenser eftersom denna typ av behandling inte innebär någon egentlig lösning på de bakomliggande problem som, enligt ett psykoanalytiskt synsätt, finns dolda i en människas psykiska symptom.

Enligt psykoanalysen så betraktas psykiska symptom nämligen inte som sjukliga processer som man bör avlägsna utan istället som betydelsebärande produkter som, genom det lidande de ger upphov till, bär med sig budskap om de existentiella dilemman – exempelvis i form av sorger, förluster och konfliktfyllda val – som ett meningsfullt mänskligt liv med nödvändighet innehåller. Vad antidepressiv läkemedelsbehand-

ling enligt Gherovici psykoanalytiska betraktelsesätt gör är att minska en människas affektiva känslighet och upplevelse av lidande. Detta medför visserligen ofta ett bättre fungerande i arbete eller sociala sammanhang – som tidigare kan ha varit konfliktfyllda eller väckt känslor av otillräcklighet – men till priset av att individen inte längre be-

rörs av och bryr sig om de existentiella konflikter som ligger bakom de manifesta problemen. På så vis försätts individen i ett känslomässigt avtrubbat och passivt tillstånd där livet ytligt sett tycks fungera, men där meningsfullhet och kreativitet går förlorad, tillsammans med en verklig förmåga att beröras av, sörja och finna hållbara vägar att stå ut med livets alla förluster och problem.

Fredrik Svenaeus gör i detta sammanhang en teoretisk distinktion mellan två skilda nivåer av personligheten, som han ger beteckningarna läggning respektive karaktär

En svensk forskare som intresserat sig för anti-depressiv medicinering ur ett fenomenologiskt perspektiv är Fredrik Svenaeus (2008) som bland annat undersökt den personlighetsförändrande effekt han uppfattar att de antidepressiva läkemedlen har. Hans slutsats är att de antidepressiva läkemedlen huvudsakligen verkar genom att "slipa ner" den affektiva känsligheten hos personer vars läggning gör dem särskilt sårbara för att låsas fast i negativa känslomässiga reaktionsmönster. Han gör i detta sammanhang en teoretisk distinktion mellan

två skilda nivåer av personligheten, som han ger beteckningarna *läggning* respektive *karaktär*. En människas läggning utgörs främst av de grundläggande känslomässiga reaktionssätt hon har som utgångspunkt för sin varseblivning och tolkning av tillvaron, medan karaktären är uppbyggd av de inlärda personlighetsdrag hon har som utgångspunkt för de handlingar och val hon gör.

För att exemplifiera och därmed förtydliga denna distinktion så skulle ett uttryck för en människas läggning kunna vara en tendens att bli irriterad eller att fastna i negativa känslor, medan ett fenomen som hänsynslöshet har sin grund i karaktären. Våra karaktärsdrag är i viss utsträckning flexibla och möjliga att påverka exempelvis i ett psykoterapeutiskt arbete, medan vår läggning, som troligen står under stark inverkan av konstitutionella faktorer, är svår att påverka med psykoterapeutiska medel. En påverkan av läggningen är dock enligt Svenaeus (2008) möjlig med hjälp av antidepressiva läkemedel som verkar just på en persons läggning genom att göra henne mindre

känslig för de påfrestningar som tidigare försatt henne i ett smärtsamt och handlingsförlamande stämningsläge. Medicineringen hjälper genom denna "läggningsmodifierande" effekt till att bryta handlingsförlamningen och genom detta kan en människa återvinna, eller kanske t o m för

första gången utveckla, förmågan att klara av basala företeelser som exempelvis att komma upp ur sängen, få i sig mat, ta sig till arbetet eller att träffa några vänner.

Den funktionshöjande och normaliserande effekt som Svenaeus (2008) här menar att de antidepressiva läkemed-

len har är huvudtemat i en studie av Knudsen, Holme Hansen och Eskildsen (2003). I denna studie intervjuas 12 unga kvinnor med olika former av psykiska besvär kring sina upplevelser av hur antidepressiv läkemedelsbehandling påverkar dem i deras vardagliga liv och göromål. Före påbörjad medicinering så beskriver samtliga informanter i studien sig som helt uppslukade av sina psykiska svårigheter och att detta medfört att de inte kunnat fungera i vardagliga aktiviteter – t ex i arbete eller sociala sammanhang – på ett tillfredsställande sätt.

Den huvudsakliga effekten som informanterna i studien upplever att den antidepressiva läkemedelsbehandlingen har, är att återskapa förmågan att fungera i det vardagliga livet genom att öppna en väg till en tillvaro som inte helt domineras av psykiskt lidande. Informanternas huvudsakliga upplevelse är alltså inte att den antidepressiva medicineringen tar bort deras psykiska svårigheter, men att den återger dem förmågan att fungera i vardagliga aktiviteter eftersom man

Det handlar här om en oförmåga att klara av basala saker som att sova, ta sig upp ur sängen, få i sig mat eller att alls stå ut i samvaro med andra människor

inte längre behöver ägna all kraft åt det psykiska måendet.

Som slutpunkt på detta avsnitt kan det vara av värde att helt kort beröra studien ”Changes in self-concept while using SSRI antidepressants” (Knudsen, Holme Hansen, Morgall Traulsen & Eskildsen, 2002) eftersom denna fokuserar på några mer övergripande aspekter av den upplevda erfarenheten av antidepressiv läkemedelsbehandling. Vad man bland annat tar upp i denna studie är vilken konfliktfylld och värdeladdad företeelse det är att stå under antidepressiv läkemedelsbehandling. Det framkommer att steget att påbörja sådan behandling ofta är förknippat med en rädsla för att bli betecknad som psykiskt sjuk och en oro för att detta i sin tur skall verka hindrande i det sociala samspelet med andra människor. Samma rädsla ligger dessutom inte sällan bakom en vilja att avsluta en period av antidepressiv medicinering, men detta val innehåller även det ett stort mått av ambivalens. Eftersom många upplever en positiv effekt av den antidepressiva medicineringen så innebär tanken på att avsluta behandlingen en oro för vilka konsekvenser detta ska föra med sig och denna farhåga måste därför ställas mot de ovan nämnda negativt laddade föreställningarna kring den antidepressiva läkemedelsbehandlingen.

DEN UPPLEVDA ERFARENHETEN AV ANTIDEPRESSIV LÄKEMEDELSBEHANDLING – FYND OCH SLUTSATSER I STUDIEN

Det huvudsakliga syftet i den intervjustudie jag genomfört är att beskriva och utifrån ett fenomenologiskt och psykologiskt perspektiv förstå den upplevda erfarenheten av att stå under antidepressiv medicinering. Låt oss därför titta lite närmare på vilka föreställningar och erfarenheter som är förknippade med att påbörja, stå under

respektive avsluta behandling med antidepressivt läkemedel.

Bakgrunden till att påbörja antidepressiv läkemedelsbehandling är något som kan skilja sig mycket åt mellan olika individer och därför knappast en sak som på ett rättvisande sätt går att reducera till psykiatriska diagnostiska termer. För några informanter i min studie handlar denna bakgrund om att man i sitt aktuella liv drabbats av en yttre händelse eller hamnat i en övermäktig livssituation, medan det för andra mer tycks röra sig om ett lidande som funnits med en stor del av livet. Vad gäller aktuella erfarenheter som kan sammankopplas med påbörjandet av antidepressiv medicinering så tycks händelser som är förknippade med separation eller förlust – som ett dödsfall, en skilsmässa eller en nära anhörigs livshotande sjukdom – vara av särskild betydelse.

Det mest centrala skälet till att påbörja en antidepressiv läkemedelsbehandling som går att utläsa ur materialet i min studie tycks vara att den grundläggande förmågan att fungera i det vardagliga livet i olika grad gått förlorad. Det handlar här om en oförmåga att klara av basala saker som att sova, ta sig upp ur sängen, få i sig mat eller att alls stå ut i samvaro med andra människor. Utifrån detta är det inte förvånande att en pragmatisk syn på antidepressiv läkemedelsbehandling – där medicineringen uppfattas som en form av stöd för att åter kunna fungera i det vardagliga – intar en framträdande plats i materialet, en slutsats som har stora likheter med de idéer som förs fram av Knudsen et al (2003) och även av Svenaeus (2008).

Kanske är denna pragmatiska syn – där frågan om bakomliggande orsaker till problemen blir underordnad den antidepressiva medicineringens funktionsstödjande potential – också det huvudsakliga skälet till att den i den mediala debatten så vanligt förekommande polarise-

ringen mellan biologiska respektive psykologiska förklaringsmodeller kring psykiska besvär, nästan helt lyser med sin frånvaro i det som framkommer hos mina informanter. De visar istället i flera fall prov på komplexa och nyanserade resonemang kring det sätt som ärftliga och miljömässiga faktorer spelat in vid uppkomsten av deras aktuella svårigheter.

Samtliga informanter i studien betonar att antidepressiv läkemedelsbehandling inte leder till en lösning på det man skulle kunna beteckna som livsomsständigheter, t ex svårigheter gällande arbets- och familjeliv, och att samtalsbehandling troligen är ett rimligare alternativ för att komma till rätta med sådana problem. I detta sammanhang lyfts betydelsen av att lära sig att tackla motgångar och svårigheter utan medicineringens hjälp fram och att man bör tänka på vilken funktion medicineringen har i varje enskilt fall, för att avgöra om den är hindrande eller befrämjande för individens utveckling.

Samtliga informanter i min studie beskriver att den antidepressiva läkemedelsbehandlingen medfört en minskad kroppslig anspänning eller oro. Denna minskade kroppsliga anspänning framställs som en primär påverkan som den antidepressiva medicineringen har, som i sin tur kan kopplas samman med ett antal andra effekter. Den mest centrala och betydelsefulla av dessa är den upplevda erfarenheten att den antidepressiva läkemedelsbehandlingen har en dämpande effekt på känslolivet och sättet att reagera affektivt. Konsekvenserna av denna effekt är dock något som tolkas och värderas mycket olika av infor-

manterna som i detta sammanhang ger uttryck för både positiva och negativa erfarenheter.

Att de affektiva reaktionerna dämpas kan i det positiva fallet t ex ge upphov till en bättre förmåga att särskilja och uppleva olika känslotillstånd eller en ökad förmåga att agera förnuftigt i situationer där man tidigare låtit starka känslor styra. Det grundläggande i de positiva erfarenheterna tycks vara att medicineringen hjälper personen att få kontroll över ett känsloliv som är alltför kaotiskt eller intensivt och att den affektivt dämpande effekten i

dessa fall medför en ökad känslomässig närvaro och/eller ett bättre fungerande i vardagen. Den upplevda erfarenheten av den känslomässigt dämpande effekt som den antidepressiva läkemedelsbehandlingen har är dock inte entydigt positiv. Hos somliga informanter i min studie tycks denna effekt istället bidra till en känsla av likgiltighet och passivitet, där personen inte längre upplever sig närvarande eller engagerad i sitt liv. I ytterlighetsfallet finner vi här att den affektivt dämpande effekten ger upphov till en känsla av överklighet och den skrämmande erfarenheten av att uppleva sig som en främling inför sig själv och sin omgivning.

Den betydande påverkan som den antidepressiva medicineringen tycks ha på mina informanters känsloliv ger även upphov till andra effekter. Samtliga informanter delar erfarenheten att medicineringen medfört en ökad förmåga att stå ut med psykiskt belastande situationer och att finna mer konstruktiva lösningar på de problem man brottas med. Man är dessutom överens om att detta sker genom att den negativa känslol-

Den grundläggande effekten av antidepressiv läkemedelsbehandling tycks vara att minska en människas affektiva känslighet

mässiga reaktionen som är förknippad med den belastande situationen dämpas något, vilket i sin tur medför en ökad distans till lidandet. Vad som däremot skiljer sig åt mellan informanterna är återigen hur denna påverkan värderas. Hos flera informanter är detta en i grunden positiv erfarenhet som tycks föra med sig en ökad möjlighet att utvecklas och på ett konkret sätt påverka de svårigheter eller livsomständigheter man befinner sig i. I andra fall finner man att medicineringen visserligen medfört att personen kan leva i en mindre smärtfylld vardag, men att vägen dit snarare handlar om att undvika problem än om att förändra eller påverka dem.

En annan gemensam erfarenhet hos informanterna, som har tydliga beröringspunkter med det resonemang vi nu för, handlar om upplevelsen att den antidepressiva läkemedelsbehandlingen stödjer förmågan att klara av att delta i och hantera sociala situationer. Hos flertalet är denna erfarenhet kombinerad med upplevelsen av ett i olika grad minskat känslomässigt engagemang i dessa situationer. Det minskade känslomässiga engagemanget i andra människor står dock oftast inte i kontrast till en förbättrad förmåga att hantera sociala situationer, utan ska nog snarast tolkas som en förutsättning för denna förbättrade förmåga. I något fall tycks den känslomässiga avskärmningen dock ha gått så långt att den inte längre är till stöd för, utan istället verkar negativt på, hela det sociala fungerandet.

De slutsatser som framkommer i min studie har många likheter med de synpunkter som Teal

(2009) och Svenaeus (2008) för fram angående den verkan som antidepressiva läkemedel kan ha. Den grundläggande effekten av antidepressiv läkemedelsbehandling tycks vara att minska en människas affektiva känslighet. Detta medför en ökad möjlighet att distansera sig från de svårigheter eller den övermäktiga livssituation som en person befinner sig i, vilket i sin tur leder till en förbättrad förmåga att fungera i det vardagliga livet. I sitt resonemang drar dock Teal slutsatsen att den minskade affektiva känsligheten leder till en existentiell situation där inget i tillvaron berör en människa längre och där hon som en konsekvens av detta slutar att engagera sig i sitt liv och sin omvärld. Denna slutsats får bara delvis stöd i min studie vars empiri snarast antyder att konsekvensen av antidepressiv läkemedelsbehandling är komplex och svår att värdera i renodlat positiva eller negativa termer och där det istället tycks som att den känslomässigt dämpande effekt som de antidepressiva medicinerna har kan tolkas och värderas mycket olika.

Låt oss till sist säga några ord om det som i min studie framkommit kring den upplevda erfarenheten av att avsluta antidepressiv läkemedelsbehandling. Inom den medicinska forskningen avseende depressionsbehandling förs det en diskussion kring

hur lång tidsperiod en antidepressiv läkemedelsbehandling bör pågå för att uppnå ett tillfredsställande resultat (SBU, 2004). I denna forskning ligger fokus på den mätbara reduktionen av symptom samt möjligheten att påverka risken för att en person återfaller i ny depression. Detta är naturligtvis viktiga områden i den kliniska

Flertalet informanter i min studie uppfattar att det har inverkat eller skulle inverka menligt på deras sociala liv att öppret berätta om sin medicinering

vardagen, men inte de enda av betydelse när frågan om att avsluta en antidepressiv läkemedelsbehandling blir aktuell. Det som framkommer i min studie angående frågan kring att sluta med antidepressiva läkemedel är i stort sett samstämmigt med de slutsatser som dras av Knudsen, et al (2002). Att använda antidepressiva läkemedel ses av flertalet informanter som ett tecken på att man är avvikande eller svag och den antidepressiva medicineringen är därför förknippad med skam och något man i varierande grad försöker att dölja för sin omgivning. Flertalet informanter i min studie uppfattar att det har inverkat eller skulle inverka menligt på deras sociala liv att öppet berätta om sin medicinering. Med detta som utgångspunkt så finner man hos informanterna en uttalad inre konflikt mellan upplevelsen av att behöva medicinera för att klara basala saker i livet, samtidigt som detta behov av medicinering uppfattas som ett misslyckande. Den mest centrala orsaken till att vilja avsluta sin läkemedelsbehandling är med detta som bakgrund en önskan att slippa den stigmatisering som det innebär att uppfatta sig själv, och av andra bli betraktad, som psykiskt sjuk.

Ett bakomliggande syfte i mitt val att belysa antidepressiv läkemedelsbehandling ur ett fenomenologiskt och psykologiskt perspektiv är att komplettera och skapa en möjlig mötespunkt med det traditionella medicinska forskningsperspektivet. Min förhoppning är att detta kan bidra till en nyansering av den ofta polariserade debatten kring effekter, konsekvenser och värdet av farmakologisk behandling vid olika former av psykisk ohälsa. Komplexiteten i mina informanternas erfarenheter är kanske ett bevis på att olika frågor kring antidepressiv läkemedelsbehandling inte bör förenklas utan hanteras med ödmjukhet och försiktighet av alla som i sin kliniska vardag möter personer som står under psykofarmakologisk behandling.

REFERENSER

1. Bodlund, O. (1998). Sexuell dysfunktion vanlig vid antidepressiv behandling. *Läkartidningen*, 95 (26–27), 3061–3063.
2. Carlberg, I. (2008). *Pillret. En berättelse om depressioner och doktore, forskare och Freud, människor och marknader*. Stockholm: Norstedts.
3. Gherovici, P. (2000). Why do people take Prozac? Anxiety, symptom and the inhibition of responsibility. I Malone, K.R & Friedlander, S.R. (red:er). *The Subject of Lacan. A Lacanian Reader for Psychologists* (ss 279–295). Albany: Suny Press.
4. Knudsen, P., Holme Hansen, E. & Eskildsen, K. (2003). Leading ordinary lives: a qualitative study of younger women's perceived functions of antidepressants. *Pharmacy World & Science*, 25(4), 162–167.
5. Knudsen, P., Holme Hansen, E., Morgall Traulsen, J. & Eskildsen, K. (2002). Changes in self-concept while using SSRI antidepressants. *Qualitative Health Research*, 12(7), 932–944.
6. SBU (2004). *Behandling av depressionssjukdomar: En systematisk litteraturoversikt* (166/vol 1–3). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
7. SBU (2005). *Behandling av ångestsyndrom: En systematisk litteraturoversikt* (171/vol 1–2). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
8. Schubert, J. (2007). Psychotherapy and antidepressant medication: Scope, procedure and interaction: A survey of psychotherapists' experience. *European Journal of Psychotherapy and Counseling*, 9 (2), 191–207.
9. Socialstyrelsen. (2010). *Läkemedel – statistik för år 2009*. Artikelnummer 2010-3-28.
10. Svenaeus, F. (2008). *Tabletter för känsliga själar. Den antidepressiva revolutionen*. Nora: Bokförlaget Nya Doxa.
11. Sykes, D. (2011). *Den antidepressiva medicineringens psykologi. En kvalitativ studie över den upplevda erfarenheten av antidepressiv läkemedelsbehandling*. [Oplicerad examensuppsats] Göteborgs universitet: Psykologiska institutionen.
12. Teal, J. (2009). Nothing personal: An empirical phenomenological study of the experience of being-on-an-SSRI. *Journal of Phenomenological Psychology*, 40, 19–50.

BÖCKER OCH SKRIFTER FÖR DIG SOM ARBETAR MED MÄNNISKOR

GOTHIA FÖRLAG



NYHET

Mellan äldreomsorg och psykiatri

- om vård och bemötande av äldre med psykisk ohälsa

Äldre med psykisk ohälsa hamnar ofta mitt emellan äldreomsorgen och psykiatrin, och får därför inte den hjälp de behöver och har rätt till. Vilken roll spelar våra föreställningar och fördomar om äldre och psykiskt sjuka i detta? Och vad kan man göra för att förbättra vården och bemötandet av dessa personer? Boken innehåller många fallbeskrivningar och ger såväl kunskap som konkreta råd. Den är lättillgänglig och lämpar sig väl i utbildningssammanhang och som underlag för diskussion i arbetsgrupper.

Författaren *Susanne Rolfner Suvanto* är fil. mag. i vårdpedagogik och leg. sjuksköterska specialiserad inom psykiatri.

Pris 200:-



Äldre och åldrande

- grundbok i gerontologi

Denna antologi tar upp hur olika faktorer – biologiska, psykologiska, sociala och funktionella – påverkar åldrandet och hur olika individer hanterar åldrandet på olika sätt. Den tar också upp hur behovet av vård och omsorg ser ut, vilka krav man kan ställa på äldreomsorgen när det gäller bemötande och rättigheter samt forskningsämnet gerontologi – läran om åldrandet.

Författarna är alla verksamma inom forskning eller praktik och har gedigen kunskap inom sina områden.

Pris 360:-

Läs mer och beställ på www.gothiaforlag.se

Kundservice 08-462 26 70 • Moms och porto tillkommer

Gemen- samma faktorer och allians ur ett evidens- perspektiv



Kristina Bernal, student på nionde terminen på psykologprogrammet vid Göteborgs Universitet, har inom ramarna för psykoterapikursen skrivit följande fördjupningsarbete. Har tidigare arbetat som arbetsterapeut med tyngdpunkt inom psykiatrisk verksamhet.

Syftet med denna text är att klargöra begreppet allians ur ett metaterapeutiskt perspektiv, som en del av gemensamma faktorer som i evidensforskning visat sig vara centrala för att nå framgång i psykoterapi. Till en början redovisas alliansbegreppet såsom det omnämns i ett urval av litteratur med specifik teoribakgrund, sedan ur ett ”gemensamma faktorer”-perspektiv, vilket också kopplas till evidensforskning. Målet är också att förmedla praktiska råd om hur en god allians kan uppnås i behandling utifrån de senaste forskningsrönen. Avslutningsvis sker en diskussion kring de presenterade forskningsresultaten och perspektiven.

DEFINITION

Inledningsvis kommer ett försök till definition. Vad innebär allians? Horvath, Del Re, Flückiger och Symonds (2011), som skriver om allians i individuell psykoterapi har gjort ett grundligt arbete kring begreppet. Allians, terapeutisk allians, arbetsallians, hjälpande allians m.fl. omfattar alla ett antal liknande beståndsdelar, där *samarbete* och *konsensus* är de mest framträdande. Alliansbegreppet har utvecklats över tid. Från början var terapeutens bidrag till alliansen mest i fokus,

eller beskrivet som omedvetna processer mellan terapeut och patient. I den senare forskningen kring allians betonas det aktiva samarbetet mellan de två parterna. Alliansen är inte ett resultat av en enskild intervention, utan dess utveckling kan ta olika former. Antingen kan den uppstå med en gång, eller så är det något som successivt byggs upp eller fluktuerar över tid, beroende på t.ex. terapiform eller behandlingsfas. Allians är inte samma sak som terapeutisk relation, även om de är nära besläktade. I den terapeutiska relationen ingår t ex empati, skapa en trygg miljö, bekräftelse. I den terapeutiska alliansen har dessa element använts på ett riktat sätt, för att uppnå behandlingsmålen (Horvath et al, 2011).

ALLIANS I TEORISPECIFIK LITTERATUR

Inom den psykoanalytiska teoribildningen ges det exempel på allians som ett samarbetsprojekt mellan terapeuten och den mogna, medvetna delen av patientens personlighetsstruktur. Mc-Williams (1994) definierar begreppet terapeutisk allians som en samarbetsaspekt av den terapeutiska relationen som består trots de känslomässiga påfrestningar som terapiarbetet innebär. Det finns skillnader i hur alliansen kan se ut

beroende på djup i problematiken. För en person med symtomneuros är det inga svårigheter att alliera sig med terapeuten för att behandla en del av sig själva, inte hela personligheten. För personer med svårare problematik, som i behandlingen behöver revidera stora delar av sig själv, är det högre grad av misstro och känslor av att bli övergiven eller angripen av terapeuten. Misstron behöver uthärdas av båda parter och det kan ta tid. Att nå en form av samarbete blir i sig en viktig del av behandlingen, upplägget blir helt annorlunda jämfört med om det redan finns ett samarbete från början (McWilliams, 1994). Sigrell (2000) skriver om allians i relation till överföring. Alliansen innebär samarbete, där en del av patienten samarbetar för att åstadkomma förändring genom terapi medan en annan del motsätter sig förändring. Att som terapeut samarbeta med patientens ”observerande jag” är nödvändigt, vilket kan ske genom att patienten stannar upp och tillsammans med terapeuten utforskar omedvetna överföringsreaktioner vid stunder av en medveten rationell hållning. Det ska dock inte uppmuntras för mycket av terapeuten, då det snarare är för mycket fokus på det rationella jämfört med mer omedvetna aspekter av personen. Den rationella delen av arbetsalliansen riskerar dock att bli dominerande om terapeuten och patienten försöker förstå för mycket. Det är inte alltid så lätt att skilja överföringen från alliansen, då överföring kan ske i form av att lyda terapeuten (jämfört

med den stränga föräldern), eller mer infantila varianter av att tillfredsställa terapeuten behov (Sigrell, 2000).

Litteratur inom den kognitiva beteendeteoriskolan tar också upp begreppet allians. Kåver (2006) beskriver att alliansen byggs upp i terapi genom olika tekniker som terapeuten kan använda sig av. Det är beteenden som går att beskriva och lära sig, även om det kan variera mellan olika terapeuter vilken fallenhet som finns för att omsätta det i terapi. Olika nivåer av validering är ett exempel. Dessa nivåer

är explicit formulerade och tänkta att kunna tillämpas som medvetna interventioner i terapi. Alliansbyggandet ses dock inte som en enbart ensidig process, det är viktigt för terapeuten att få något tillbaka från patienten i form av bekräftelse eller gensvar. För att skapa en god allians krävs samarbete, respekt och god vilja.

Alliansen innebär samarbete, där en del av patienten samarbetar för att åstadkomma förändring genom terapi medan en annan del motsätter sig förändring

För terapeuten del handlar det om att vara flexibel, öppen, icke-värderande och lyhörd samt kunna visa äkthet, värme, humor och våga konfrontera (Kåver, 2006). d’Elia (2000) har skrivit om kognitiv psykoterapi, där hela terapi definieras som ett samarbetsprojekt med patienten. Arbetsalliansen byggs upp genom ett antal principer: att göra terapi begriplig (via konceptualisering, schemateori), patienten som medarbetare (tydliggörs via metaforer som patienten som vetenskapsman, terapeuten som guide), det lyssnande samtalet (relationsskapande, empati), det sokratiska samtalet (terapeutisk metod, sokratiska frågor) (d’Elia, 2000).

GEMENSAMMA FAKTORER OCH ALLIANS

Ovanstående exempel kan jämföras med ett annat perspektiv, som menar att det finns gemensamma, terapiöverskridande gemensamma faktorer som har större betydelse för utfallet än vad som vanligtvis erkänns eller uppmärksammas inom olika terapiformer. Enligt Duncan, Miller, Wampold och Hubble (2010) finns det starka empiriska belägg för att gemensamma faktorer, vilket finns i alla former av psykoterapi, skapar förändring hos patienten. De menar att specifik psykologisk behandling, som då sägs ge differentierad effekt för en specifik sjukdom/störning, lite tillspetsat, är en myt. Framgång i terapi anses bero på faktorer som finns i alla behandlingar.

Norcross och Wampold (2011) har sammanställt en serie metaanalyser och låtit *The Task Force on Evidence-Based Therapy Relationships* uttala sig kring effektiviteten av relationsfaktorer utifrån ett evidensperspektiv. De kommer fram till att terapirelationen har minst lika stor del i om klienten förbättras, eller misslyckas, som terapimetoden i sig. De anser också att riktlinjer/manualer för behandling ska beskriva terapeutbeteenden och kvaliteter som bidrar till och underlättar terapirelationen. Om utvärdering av terapiformer i forsknings-sammanhang görs utan att ta terapirelationen under beaktande innebär det en allvarlig brist, med risk att bli missledande. Att anpassa eller skraddarsy terapirelationen utifrån specifika patientkaraktäristika (utöver diagnosen) ökar chansen till effektiv behandling. Terapirelationen samspelar med terapimetod, patientkaraktäristika

**Forskning visar att
behandlingar där
patienten kontinuerligt
utvärderar, samt får
återkoppling från
terapeuten, uppnår
generellt goda resultat.**

och behandlarens kompetens, vilka alla påverkar utfallet av behandlingen. De går att kombinera så utfallet blir optimalt. Dessa slutsatser ger inte direkta behandlingsriktlinjer, utan kan tillämpas och förstås i kontexten för forskning och beprövad erfarenhet inom respektive behandlingsområde. Evidensforskning visar att allians i individuell psykoterapi, allians i familjeterapi, allians i ungdomsterapi, klientfeedback, samstämmighet i gruppterapi och empati är effektiva element. Följande kategoriseras som troligen effektiva: överensstämmelse kring mål, positiv uppmärksamhet och samarbete. Elementen äkthet/genuinitet, stå ut med motöverföringar samt reparera alliansbrott bedömdes som lovande men med bristande evidens vad gäller deras effektivitet (Norcross & Wampold, 2011).

Hur går det då till? De gemensamma faktorerna är dynamiska, oberoende, flytande, i en ständig interaktiv process mellan behandlare och patient. Vilken faktor som påverkar, och hur mycket, är kontextberoende. Enligt Duncan et al. (2010) kan de gemensamma faktorerna delas in

i fyra delar, även om de påverkar varandra.

Klient- och utomterapeutiska faktorer innebär exempelvis huruvida patienten är redo för förändring, vilka styrkor, resurser, existerande stödjande socialt nätverk, motivation, livshändelser, funktionsnivå före behandling och

socioekonomisk status patienten har. Att anpassa behandlingen till där patienten befinner sig är kritiskt. Patientens bedömning om vad som är framgångsrik behandling är viktig. Forskning visar att behandlingar där patienten kontinuerligt

utvärderar, samt får återkoppling från terapeuten, uppnår generellt goda resultat.

Modeller och tekniker, där en modell eller teknik erbjuder en trovärdig förklaring till patientens svårigheter, och ger verktyg för att hantera dem. Behandlingen eller tekniken kan ses som en helande ritual; en teknisk, kraftfull, organiserad metod för att ingjuta förhoppningar om förbättring, liknande placebo-effekt. Det betyder inte att modellen eller tekniken i sig saknar betydelse, som att vad som helst fungerar i terapi, utan tvärtom. Studier visar att behandlingar utan struktur eller fokus ger sämre resultat. Det är dock inte vad som sker i behandlingen som är avgörande för resultatet (alltså vilken metod i sig som kan anses vara bäst), utan det viktiga är att behandlingen ligger i linje med terapeutens förhoppningar och värderingar, vilka kan ge patienten hopp om förbättring. Det är två sidor av samma mynt, tron hos både behandlaren och patienten på att metoden och dess ritualer fungerar. Modeller och tekniker fungerar bäst när de inspirerar och engagerar både terapeut och patient.

Terapeutfaktorer: Det finns studier som visar att terapeutens är den mest robusta prediktorn för terapiutfall, oavsett vilken faktor som studeras. Somliga terapeuter är mer effektiva och framgångsrika än andra. Däremot kan forskningen inte ge exakt svar på vad som gör skillnad (t ex erfarenhet, ålder, kön, utbildningsnivå, teoretisk inriktning, egenterapi, specifik eller bred kompetens, tillämpning av evidensstöd i arbetet), men vissa fynd pekar på att de mer framgångsrika terapeuterna använder sig av gemensamma faktorer. Förmåga att kunna skapa goda terapeutiska

allianser med en bredd av patienter anses vara en framgångsfaktor. Systematisk patientfeedback kan förbättra terapeutens kompetens.

Terapeutisk allians: Oavsett terapimetod visar forskningen att alliansens betydelse inte kan underskattas. En positiv allians är en av de bästa prediktorerna för framgångsrik behandling. Studier visar att patientens skattning av den terapeutiska alliansen väger tyngre för utfallet än terapeutens skattning. Det finns ingen korrelation mellan terapilängd och terapeutisk allians. Alliansen är en framgångsfaktor för terapieresultat oavsett metod/teoretisk inriktning, till och med för psykofarmakologisk behandling. Tidig formation av terapeutisk allians i terapirelationen har också visat sig vara betydande för utfallet.

Från första början i kontakten med patienten är det alltså av vikt att skapa förutsättningar för att klienten upplever relationen som meningsfull och positiv. Den terapeutiska alliansen är dock inte oberoende av andra faktorer. Patienter har olika förmågor att själva bidra till att forma den terapeutiska alliansen, men det är terapeutens förmåga att kunna hitta en samarbetsform med patienten som är av störst betydelse för utfallet. Eftersom den terapeutiska alliansen uppstår inom kontexten av behandlingen, det vill säga överenskommelse om mål och hur de ska uppnås, är det svårt att uppnå en god allians utan tydlig behandlingsstrategi. Det krävs att terapeuten kan presentera en behandlingsplan, ge en trovärdig förklaring för de aktuella problemen och implementera interventioner i enlighet med behandlingsplanen för att en god terapeutisk allians ska kunna uppstå (Duncan et al. 2010).

Det finns ingen korrelation mellan terapilängd och terapeutisk allians

Även Horvath et al. (2011) bekräftar och till och med förstärker det redan starka stödet för att alliansens betydelse, genom en stor meta-studie kring individuell psykoterapi. Följande punkter följer ur studien, riktat till praktiserande terapeuter:

- Alliansbyggandet är inte frångått metoden eller interventionerna, utan en oskiljaktig del av allt som händer i terapin. Det går alltså inte att skapa en fristående allians, själva behandlingen i sig skapar alliansen med patienten.
- Att utveckla en "good enough"-allians är viktigt för ett lyckat behandlingsresultat. Känslan av samarbete skapar ett arbetsutrymme, där nya sätt att angripa patientens problem skapas.
- Alliansen har betydelse i alla terapiformer, inklusive behandling via andra media (exempelvis internet, telefon). Olika terapiformer bygger på olika relationsnivåer, grader av intensitet och intimitet. Det gäller för terapeuten och patienten att hitta rätt nivå av samarbete anpassat för terapiformen, även om det inte sker ansikte mot ansikte.
- I början av terapikontakten är det viktigt att anpassa metoden och dess olika delar till patientens förväntningar, behov och förmåga. Det händer att patienten har en naiv inställning till vad terapi innebär, hur de själva behöver arbeta för att uppnå målen och att förstå vad som sker i terapin kopplat till önskade förändringar. Att överbygga eventuella skillnader mellan patientens förväntningar och terapeutens bedömning av vad som är den mest passande interventionen kan vara en känslig och viktig uppgift. En god allians byggs på smidigheten mellan dessa element.
- Terapeuten behöver noggrant övervaka hur patienten uppfattar alliansen genom hela behandlingen. Det är inte alltid uppfattningen om hur alliansen fungerar stämmer överens. Genom att missbedöma patientens uppfattning om alliansen (d v s att tro att den fungerar bättre än patienten anser), kan det leda till att interventionerna blir mindre effektiva.
- Alliansens styrka kan variera beroende av vad som sker i terapin, om t.ex. terapeuten utmanar patienten att uppmärksamma svåra konflikter, överföringar och missförstånd. Dessa "normala" variationer kopplas samman med goda behandlingsresultat, så länge de uppmärksammas och blir lösta.
- Terapeutens icke-kritiska eller icke-defensiva förhållningssätt till klientens motstånd eller fientlighet är viktigt för att behålla en god allians. Terapeuten bör varken ignorera eller "personligen ta åt sig" patientens negativa respons.
- Patienter med en hög interpersonell ångestnivå ("high interpersonal anxiety") eller personlighetsstörningar verkar vara särskilt utmanande när det gäller att utveckla och behålla en god terapeutisk allians (Horvath, Del Re et al, 2011).

AVSLUTANDE DISKUSSION

Två viktiga poänger framkommer utifrån den senaste forskningen; dels att alliansen har en stor betydelse för framgång i alla typer av terapier, dels att alliansen i sig inte är möjlig utan en strukturerad och sammanhållen behandling.

I viss litteratur nämns det i en bisats att det är viktigt att bygga en bra allians med patienten, men inte mer problematiserat eller definierat än så. Det kan ha sin förklaring i att alliansen känns så

självklar, och därigenom ”glöms bort”. Konsekvensen kan bli att metoden eller teorin får för stort förklaringsutrymme till vad som är verksamt eller inte verksamt i behandlingen, vilket kan göra att behandlaren går miste om en viktig aspekt av resultatet. Ett exempel på det är avhopp från terapin. Om alliansperspektivet inte finns med i behandlaren analys av avhoppet kan tolkningen bli att det var fel metod för patienten, trots att det egentligen kanske handlade om en dåligt fungerande allians. Genom att reflektera kring hur alliansen ser ut i relation till sina patienter kan terapeuten utvecklas och bli skickligare. Det är viktigt att kunna sin metod/teori, men också att kunna förmedla den på ett bra sätt till patienten och vara lyhörd för feedback. Om inte överenskommelsen finns mellan terapeut och patient kring vad det är som ska ske i behandlingen, vilka mål som ska nås och hur vägen dit kan se ut, spelar det inte så stor roll hur tekniskt duktig terapeuten är.

Det kan också bli obalans om relationsskapandet får för mycket utrymme frånkopplat teorin/metoden som används. Fokus blir istället på att skapa en god stämning och att ha trevligt tillsammans, utan att komma till en diskussion kring mål eller vägen dit. Att skapa en trevlig miljö, mer oriktat, ingår i den terapeutiska relationen, men behöver riktas utifrån behandlingens mål för att ingå i alliansbygget. Risken för avhopp minskar kanske initialt, men det är tveksamt om behandlingen blir så effektiv. Det kan leda till att patienten efter ett tag frågar sig vad poängen är med att fortsätta komma, eller så fortsätter patienten väldigt mycket längre än vad som egentligen hade varit nödvändigt. Ostrukturerade behandlingar ger sämre resultat utifrån evidensperspektiv, de kanske till och med kan orsaka större lidande i värsta fall. Om inte annat genom att *inte* ge en behandling som skulle kunna vara mer verksamt, vilket riskerar att frånta patienten hoppet om att kunna bli hjälpt.

Den specifikt riktade litteraturen kring olika teorier och metoder har inte fel när de pratar om alliansbyggande utifrån sina begreppsramar om man tittar på det utifrån ett ”gemensamma faktorer”-perspektiv, då forskningsresultaten i sig visar på metodens betydelse. Däremot kan det bli fel om teorin menar att de själva äger alliansskapandet, utan att ta hänsyn till att det är något som kan göras på olika sätt, eller om teorin ignorerar alliansskapandet som en framgångsfaktor för den egna terapimetoden.

Som metaforen ”the dodo-bird” vill säga, som är hämtad från ”Alice i underlandet”: alla vinner, alla får pris. Det vill säga att de terapeuter som arbetar med tydliga mål i överensstämmelse med patientens förväntningar, som kan erbjuda en rimlig förklaring till patientens problem, som kan inge hopp om förändring och en tydlig väg dit genom olika interventioner, skapar goda chanser till att nå bra behandlingsresultat.

REFERENSER

1. d'Elia, G. (2000). *Kognitiv psykoterapi, ett samarbetsprojekt med patienten*. Stockholm: Norstedts Tryckeri AB.
2. Duncan B. L., Miller S. D., Wampold B. E., & Hubble M. A. (2010). *The Heart and Soul of Change* (2:a upplagan). Washington DC: American Psychological Association.
3. Horvath A. O., Del Re A. C., Flückiger C., & Symonds D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. I J. C. Norcross. *Psychotherapy Relationships that Works* (ss. 25–69). New York: Oxford University Press.
4. Käver, A. (2006). *KBT i utveckling*. Stockholm: Natur & Kultur.
5. McWilliams, N. (1994). *Psykoanalytisk diagnostik*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
6. Norcross J. C., & Wampold B. E. (2011). Evidence-Based Therapy Relationships: Research Conclusions and Clinical Practices. *Psychotherapy*, 48, 98–102.
7. Sigrell, B. (2000). *Psykoanalytiskt orienterad psykoterapi*. Stockholm: Natur & Kultur.

VIDGA VYERNA!

PSYKOTERAPIMÄSSAN 10-12 MAJ 2012
Stockholmsmässan Älvsjö

Trehundra programpunkter! Ett hundratal utställare. Mässpub där du kan mingla med kollegor och Louis Castonguay • Kulturaktiviteter • Studentsatsning • Boktorg med tidningshörna • Scen med författarintervjuer, musikframträdande och andra överraskningar • Medverkande politiker • Festkväll med middag, underhållning och dans till DJ Zazanitas häftiga musikval.

Ett omfattande allmänhetsprogram lördagen den 12 maj, då bl.a. Russ Harris föreläser, avsnitt ur TV-serien "In Treatment" visas och diskuteras och Psykologförbundet erbjuder konsument-upplysning i terapidjungeln: "Vem är vem och vem får egentligen behandla?"

PsykoterapiMässan är platsen för psykoterapi på bred basis. Här träffar man kollegor från när och fjärran. Här är det möjligt att få en introduktion till en psykoterapiinriktning eller att ta tillfället till en fördjupning tillsammans med erfarna kollegor. Här kan man ta del av den senaste psykoterapiforskningen, lyssna till och diskutera med intressanta författare och debattera med politiker. Nya böcker presenteras och paneler inbjuder till dialog mellan företrädare för olika terapiformer.

Internationella gästföreläsare Louis Castonguay, Russ Harris, Kristin Osborn och Scott D Miller m.fl. Film med nestorn Otto Kernberg.



Anmäl dig nu!

Tillsammans skapar vi ett forum där vi gemensamt diskuterar, utvecklar, stärker och sätter psykoterapin i centrum med vidgade vyer!

Program, anmälan och info:

www.psykoterapimassan.se

PSYKO
TERAPI 2012
MÄSSAN
10-12 maj

Aktuell litteratur

SOM ATT LÄGGA ETT PUSSEL – UPPFÖLJNING TIO ÅR EFTER BACKABRANDEN

A Hanbert, L Å Lundberg, L Rönmark; Göteborgs stad, 2011. Recension av Minna Forsell.



Den våldsamma branden i ett diskotek i Göteborg 1998 skakade hela Sverige – 63 unga människor miste livet, och tragedin var ett faktum. Många berördes starkt av denna katastrof och medierapporteringen

var intensiv, men i takt med att nyheterna från Backa sinade gick livet vidare för de flesta. För dem som drabbades direkt av branden har förstås återhämtningen sett helt annorlunda ut, och om detta handlar boken *Som att lägga ett pussel – uppföljning tio år efter Backabranden*.

Socionomerna Ann Hanbert, LarsÅke Lundberg och Lars Rönmark har på olika sätt varit engagerade i det krisarbete som följde efter att banden ägt rum; de två förstnämnda på ett direkt sätt genom Stödcentrum, och den sistnämnde genom sitt arbete med att utvärdera Stödcentrums arbete. Tillsammans har de i denna bok dokumenterat och reflekterat över arbetet med en grupp överlevare efter branden. Boken bygger på intervjuer och fokuserar framför allt på hur man på bästa sätt kan stödja svårt traumatiserade brottsutsatta ungdomar. ”Det har varit ett tidskrävande arbete” skriver författarna i inledningen, och detta är inte svårt att förstå när man läser boken; texten visar tydligt på hur trauma kräver tålmod. Att arbetet har varit starkt för både ungdomarna och socionomerna råder det heller ej tvivel om – ett djupt engagemang och en känslomässigt krävande process genomsyrar varje ord av *Som att lägga ett pussel*.

I sju kapitel blandas redovisningar av arbetets art och upplägg, teoretiska tankegångar, reflektioner, råd, samt betydelsen av att berätta. Särskilt intressant är det att läsa en av gruppdeltagarnas,

kallad Elia, berättelse om branden, samt hans tankar om den tolv år senare; det är nästintill omöjligt att inte drabbas av omedelbarheten i de bilder han skapar. Bokens författare diskuterar sedan coping och återhämtning i ljuset av hans berättelse.

I *Som att lägga ett pussel* diskuteras inte bara trauma på en personlig nivå, utan även på samhällsnivå – hur hanterar vi traumatiska händelser tillsammans, i det mer offentliga? Detta tema är ett av de mest tankeväckande i boken, och med tanke på författarnas ovanliga inblick i sådana processer skulle det vara intressant att höra ännu mer om detta – vad vi som samhälle gör med sådana här ovanligt svåra och tragiska händelser, alla vi som inte är direkt drabbade av händelsen. Det är uppenbart att den lilla gruppen i Göteborg som arbetat med författarna har blivit sammansvetsade, men texten sträcker sig aldrig riktigt utanför detta sammanhang. Man har förmodligen velat låta läsaren komma nära den process som gruppen haft, men detta sker ibland på bekostnad av det allmän-giltiga. Redogörelsen blir mer privat än personlig.

För den som arbetar på samma område som författarna kan jag inte tänka mig annat än att denna bok är en sällsynt inblick i den tuffa och många gånger röriga uppgift som traumabearbetning innebär. I baksidertexten rekommenderas boken för personal i yrken som kommer i kontakt med svåra livshändelser; jag skulle vilja tillägga att boken även kan läsas som ett vittnesmål om överlevnad och kampen för återhämtning, i ordets djupaste bemärkelse. Det är svårt att efter läsningen inte undra hur resten av de drabbade har haft det under sin resa tillbaka efter katastrofen. Att tänka sig hur många Elia det finns är både skrämmande och stärkande, men också viktigt; i vårt samhälle lever idag många människor med riktigt svåra trauman bakom sig, och trots att detta kan vara svårt att närma sig är det en ofrånkomlig del av våra kollektiva upplevelser.

DET FRÄMMANDE, DET KUSLIGA OCH TANKENS BRIST

Det analoga, det digitala och Homo psychicus
Symposion, 2011. Recension av **Staffan Stålfors**.



Ännu en gång har denne intressanta författare Alf Nilsson försett oss läsare med en bok om Homo Psychicus, den psykiska människan. Det är den tredje i en svit. De två tidigare är "Om Homo psychicus uppkomst" (2005), där författaren tar en systemteoretisk utgångspunkt för härledningen av människan som psykisk varelse och "Det omedvetna i nya perspektiv" (2009), där utgångspunkten är ett utvecklingsperspektiv, psykologiskt, neurobiologiskt och evolutionärt.

I nu föreliggande bok om Homo Psychicus, utgår författaren från "det främmande" som det framträder i olika skepnader under barnets utveckling till vuxen. Det är en spännande läsning och för oss psykologer och psykoterapeuter blir det som en fördjupning av vår kunskap om barnets kognitiva och emotionella utveckling, som vi en gång läste under vår utbildning. Det evolutionära perspektivet finns även med i denna bok.

Barnets utveckling till vuxen följer två utvecklingslinjer i en och samma, säger författaren. I en schematiserad illustration kan vi följa det kognitiva opererandet, som startar i reflexerna och når det formala kognitiva opererandet eller den reflekterande abstraheringen. Parallellt löper de medfödda affekterna med sin första yttring i sökandet efter blickkontakt hos modern och utvecklas till avancerade åskådningar i skepnad av känslor, de medvetna affekterna. Författaren är mycket grundlig i genomgången av dessa två utvecklingslinjer, vi känner igen det från de två tidigare böckerna.

Med hänvisning till citat från de stora namnen

i psykologin; Piaget, Tomkins, Freud m.fl., får vi följa en integrerad affekt-kognitiv utvecklingslinje, som består av nedslag i olika övergångsfenomen. Författarens gedigna hantverk i att förankra sina hypoteser om barnets kognitiva och emotionella utveckling i en och samma linje, gör boken till värdefull kurslitteratur.

Bokens fokus, är "det främmande" som det dyker upp på olika sätt under barnets utveckling. Hur ser yttringarna ut? Om spädbarnets hela värld till en början är moderlighetsvärlden, så blir utsträckningen mot alla människors gemensamma värld, yttervärlden, det första främmande som barnet möter. Med hänvisning till Tomkins och de medfödda affekterna, benämner författaren det som "främlingskam".

Åttamånadersbarnet reagerar inför det främmande ansiktet med affekten skam: sänkt muskeltonus, nedböjt huvud och sänkt blick. Här lurar också livets första trauma; främlingsreaktionen kan dra barnet djupare ned mot affekten kval-pina, allt avhängigt på hur barnets anknytningserfarenheter ser ut. Vilken är förklaringen till denna reaktion? Författaren tar upp intressanta ledtrådar: Barnet måste på det inre planet ha utvecklat en mental föreställningsreferens för att kunna skilja det främmande från det välbekanta, i det här fallet moderns ansikte, men samtidigt ännu sakna förmågan till delad uppmärksamhet. Är då förmågan till delad uppmärksamhet, en fråga om kognition eller affektion? Författaren lutar åt det senare och vill därför benämna företeelsen som "*delat intresse*".

I det evolutionära perspektivet hänvisar författaren till Tomkins, som menar att skamreaktionen har sitt ursprung i människans tidigaste utveckling till att bli flockvarelse, stamvarelse, dvs "civilisationsprocessen". I ett mikroperspektiv är det frågan om att socialiseras.

"Det kusliga" (se bokens titel) är något utöver

”det främmande”, menar författaren. I ”kuslighet” finns en intellektuell osäkerhet, där finns rester av infantilitetens flytande gräns mellan levande väsen och icke levande. Ska vi hänvisa till en klassiker, så talar Freud om kastrationsångesten som ett exempel på kuslighet. I min egen erfarenhet som kliniker, så framstår känslan av övergivenhet, den tvingande konfrontationen med det icke välkända, det absolut frånvarande, med sina rötter i bristande anknytning som ett exempel på det kusliga. I det perspektivet blir det inte så långsökt att tänka sig att det kusliga vittnar om vår egen död. Den kan vi aldrig göra någonting åt, den ingår inte i en logisk struktur.

I slutet av boken uppfattar jag att författaren skapar en affektiv modell för den friska respektive patologiska personligheten. Den hälsosamma personligheten regleras av affekterna intresse – skam – ledsnad respektive intresse – förnöjsamhet. Så här kan det gå till: Barnet är intresserad av den heta spisplattan. Pappa stoppar barnet och intresset för den heta plattan släcks ut av affekten skam. Barnet gråter. Pappa tröstar och barnet är redo till intresse för något annat. Barnet blir intresserad av sin leksaksbil och fyller intresset till affekten förnöjsamhet.

Den patologiska personligheten, barnet som inte får tröst, barnet som förnedrades, återhämtar inte affekten intresse. Här utvecklas istället försvar och distansering med hjälp av de negativa affekterna vrede och avsky/avsmak.

Om författares diskussion av begreppet ”tankens brist” tänker jag att psykoterapidebatten alltid svajar mellan kognitionens dominans eller psykodynamikens. Sanningen brukar ligga någonstans mitt emellan, som det heter. Författarens tre böcker om Homo psychicus är ett stort bidrag till att förstå hur det förhåller sig: Människans evokerade känslor tillsammans med kognitionen, som laborerar med operationer i konkret och abstrakt karaktär, förutsätter varandra. Hos människan kan förstånd och sinnlighet bestämma föremål endast i förening, säger författaren.

Sedan jag läst denna bok känner jag stor uppskattning för hur författaren lyfter fram den värdefulla uppgiften, som de biologiskt givna affekterna har i människans liv. Evolutionärt har affekterna stått för ”tänkandet”, innan kognitionen tog över den uppgiften mer och mer. För dagens människa har affekterna den viktiga rollen att motivera människan till sina handlingar. För det är ju ändå så att människan bryr sig om vad hon gör.

Bli medlem och få vårt veckobrev!

Vårt elektroniska veckobrev ger dig snabb översiktlig information om forskning, litteratur, politiska beslut, konferenser m m inom området psykisk hälsa. Veckobrevet är en exklusiv förmån för våra medlemmar. Medlemskap kostar 400 kr för privatpersoner, 750 kr för organisationer och 250 kr för pensionärer, studenter. Medlemskapet inkluderar både det elektroniska veckobrevet samt tidskriften Psykisk Hälsa med 4 nr/år.

Läs mer på:
www.psykiskhalsa.se

PSYKISK HÄLSA

Debatt

*Maktens mekanismer
– från Play till Lundsberg*

*Nytt förslag till
Psykioterapeututbildning*



Foto: Marius Dybwad Brandrud © 2011 Plattform Produktion

MAKTENS MEKANISMER – FRÅN PLAY TILL LUNDSBERG

Under förra årets sista månad pågick två parallella debatter som handlade om barn och makt. Märkvärdigt nog utan att de kopplades samman. Jag tänker på å ena sidan debatten om Ruben Östlunds film *Play* som bygger på verkliga händelser där äldre barn rånar yngre. Å andra sidan avslöjanden om systematisk pennialism vid Lundsbergs internatskola liksom på flera andra internatskolor.

Debatterna pågick just som skolorna förberedde sig för julen. "Oh helga natt" dånade i skolornas högtalarsystem. Några av barnen begrundade kanske innebörden i raderna "Folk fall nu neder och hälsa glatt din frihet". Ett obegripligt motsägelsefullt budskap kan man tycka. Men i det kristna kulturarvets gamla skola var det självklart. Frihet genom underkastelse. Ett lydigt barn blir en god vuxen.

Men så blev lydnaden ifrågasatt under efterkrigsdebatten om barnuppfostran på 1940-talet. Inte en generation till, sa man, som är beredd att

lydigt utföra bestialiska handlingar för att någon med makt och auktoritet säger åt dem att göra det. Mycket i skolan blev annorlunda. Men inte allt. På skolgårdarna följer barnen alltjämt lydigt sina befäl i handlingar som de vet är avskyvärda. Inga barn anser att mobbing är rätt. Nästan alla barn deltar i det som förövare eller tysta vittnen.

Och i skyddade reservat överlevde den gamla lydnadsskolan. Det är ett sinnrikt system som man har byggt upp på Lundsberg: Uthärda tyst förtrycket från dem som är äldre så får du själv bli förtryckare när din tid är inne. Du ska få din hämnd – inte på dem som förtrycker dig utan på dem som är svagare än du. Och när du slutar skolan har du blivit en del av systemet och kan uppträda till försvar för din gamla fina skola när angreppen utifrån kommer.

Systemet är urgammalt och väl beprövat. När juntan i Grekland behövde snabbutbilda en kår av torterare, samlade de ihop ett gäng unga män utan bestämda åsikter om någonting och torterade dem systematiskt en tid. Sen var de redo för sina uppdrag.

Vad är det de får lära sig på Lundsberg utöver

att be bordsbön och tilltala vuxna med ni? Jo att vara rädda om sin makt och sina privilegier. För utan den är de ju bara små skräckslagna tarmar.

Många anser ju numera att det är dags att mera allmänt återgå till en skola där lydnad och disciplin råder. Debatten har pågått i några år och belystes bland annat i ett program om nygamla uppfostringsmetoder i TV-programmet Dokument inifrån. Där fick man tex insyn i en skola som hade bestämt sig för ”nolltolerans” mot regelbrott från elever. En pojke som inte hade tagit av sig skorna på det ställe som reglerna angav, möttes på morgonen av en armé av lärare som stod uppställda på led och beslutsamt avvisade honom från skolan. Ingen enda av dem visade någon tvekan.

Krigsförbrytare och pedofiler har rätt till försvarare. Men inte skolbarn. Jag kom att tänka på den här scenen ur Dokument inifrån när jag såg Ruben Östlunds film Play. Fanns där inte ett eko från vuxenvärlden i replikerna från de där skickligt manipulativa unga rånarna? ”Nu måste vi reda ut det här” säger de till sina offer. Vi? Som om offren skulle ha någon talan. Som om inte makten var lomhörd och obevklig. Är det förtryckets rabies vi ser på Lundsberg liksom bland unga rånare i Göteborg?

Så vad göra nu? Jag tror att vi måste tala med barnen om makt. Jag tror vi måste lära dem att genomskåda maktens mekanismer. Jag tror vi måste ge dem mod och redskap att göra det de tycker är rätt och att inte göra det de tycker är fel. Jag tror att vi måste upphöra att lära dem förakt för svaghet. Jag tror, nej jag vet, att detta är viktigare än att de lär sig att inte ha mössan på sig inomhus.

Cecilia Modig är socionom och författare, ledamot i Psykisk Hälsas styrelse. Texten ovan sändes i SR P1:s OBS! Kulturkvarten i januari 2012.

NYTT FÖRSLAG TILL PSYKOTERAPEUTUTBILDNING

Högskoleverket har i dagarna kommit med ett nytt förslag till psykoterapeututbildning: *En ny psykoterapeutexamen*, HSV, Rapport 2011:20 R. Förslaget är på många sätt radikalt annorlunda än rådande utbildningsordning, som utarbetats och utprovats under de senaste 35 åren. Förslaget är också näst intill det rakt motsatta till de förändringar som så sent som i maj 2010 presenterades av HSV:s expertutredning (*Ökad kvalitet i psykoterapeututbildningen*, HSV, Rapport 2010:9 R).

Där föreslogs:

- att utbildningen till psykoterapeut skall vara en specialistutbildning som bygger på utbildning till psykolog, psykiatriker, psykiatrisjuksköterska eller socionom
- att grundläggande psykoterapiutbildning skall integreras i dessa utbildningar
- att psykoterapeututbildningen skall omfatta både teori och praktik och att den kliniska delen integreras i psykoterapeututbildningen som utvidgas från 90 till 180 hp.
- att egenterapi bibehålls i utbildningen men med flexibel omfattning och form

Regeringen var dock inte nöjd med detta förslag utan ville se en annan ordning. Man uppdrog därför åt HSV att direkt (inom 9 månader) ta fram ett nytt förslag. Till skillnad från tidigare psykoterapiutredningar, som alla utarbetats av en bred expertgrupp med sakkunskap inom utbildning, forskning och kliniska verksamhet, gavs det nya uppdraget till en ensam tjänsteman på HSV.

I det nya förslaget presenteras en helt annorlunda psykoterapeututbildning. Tidigare ordning, att utbildning i psykoterapi utgör en specialistutbildning för vissa yrkesutövare med

människovårdande yrken, är i detta förslag helt borta. Utbildningen gäller överhuvudtaget inte yrkeskategorier som psykologer, psykiatriker, socionomer m.fl. Istället föreslås utbildningen vara riktad mot personer med en högskoleexamen på grundnivå, utan annan specifik angivelse. Den kliniska erfarenheten, både som ett behörighetskrav till utbildningen och som en del i utbildningens betoning på växling mellan teori och praktik, är också borttaget i detta nya förslag.

Flertalet av nuvarande förkunskapskrav föreslås utgå, så som:

- Kravet på psykologexamen, läkarexamen med specialistutbildning i psykiatri, socionomexamen eller annan motsvarande examen
- Kravet på grundläggande psykoterapiutbildning (90 hp)
- Kravet på människovårdande yrke
- Kravet på efterföljande minst 2 års klinisk erfarenhet med psykoterapeutiskt arbete under handledning
- Kravet på egenterapi
- Kravet på halvtidstjänstgöring med psykoterapeutiskt arbete under utbildningen

Enbart högskoleexamen med 120 hp krävs. Inget annat. Varken grundkunskaper i psykoterapi, psykologi, psykiatri eller sociologi krävs, inte heller någon klinisk eller psykoterapeutisk erfarenhet eller någon klinisk anknytning överhuvudtaget.

Omfattningen av hela utbildningen föreslås vara 120 hp (2 år heltid alt. 4 år halvtid). Detta innebär en radikal minskad omfattning, då nuvarande psykoterapeututbildning omfattar en högskoleexamen på avancerad nivå om 4–6 år + 2 års klinisk erfarenhet + 3 år psykoterapeututbildning (halvtid teori, halvtid kliniskt arbete), totalt cirka 10 år. Detta att jämföra med nu föreslagna 2 år.

Det tänkta innehållet i denna nya psykoterapi-

peututbildning berörs i stort inte alls i förslaget. I dessa frågor, liksom avseende vilka som skall vara behöriga till utbildningen, ges den enskilde utbildningsanordnaren fria händer att utforma utbildningen. Utifrån dessa nya utbildningar, med nya kursplaner, skall nya examenstillstånd utfärdas.

Att förslaget saknar all förankring inom det psykoterapeutiska kunskapsområdet är uppenbart. Frågan är om man överhuvudtaget kan se detta förslag till psykoterapeututbildningen som fullvärdigt inför uppgiften att arbeta som leg. psykoterapeut – eller om den tvärt om minskar dessa möjligheter.

Gunnar Bohman är Leg. psykolog, leg psykoterapeut Med. Dr. i psykoterapi, Univ. lektor, Stockholms universitet.

HÖGSKOLEVERKET TROR PÅ DEN NYA PSYKOTERAPEUTEXAMEN

Gunnar Bohman kritiserar Högskoleverkets rapport från att vara knapphändig i fråga om utbildningens innehåll. Men Aija Sadurskis, utredare på Högskoleverket, menar att rapportens syfte inte är att styra hur psykoterapeutexamens innehåll ska se ut.

- Uppdraget från regeringen var att utreda några aspekter av utbildningen. Innehållet i psykoterapeututbildningen var inte en av dessa aspekter. Dessutom är det de som ger utbildningen som avgör vad den ska innehålla, det gör inte regeringen. Därför innehåller vårt förslag inte några mer specifika detaljer kring hur denna nya examen ska utformas rent innehållsmässigt. Eftersom vi inte föreslår någon ändring av målen, är det inte alls självklart att utbildningen ändras över huvudtaget. Det är utbildningssamordnaren som ansvarar för att

målen uppfylls, och denna roll kommer att bli tydligare med vårt förslag.

Gunnar Bohman är kritisk till förslaget att ta bort flera viktiga förkunskapskrav, bl. a. kravet på klinisk erfarenhet och kravet på egenterapi. Men detta är inget nytt, menas Sadurskis:

- Det finns idag inget centralt krav på tidigare klinisk erfarenhet, utan det är krav som utbildningsanordnarna själva ställer, alltså lokala krav. Det står dem fritt att göra även i fortsättningen. Det är också, liksom nu, utbildningsanordnarna som avgör hur många klienter och av vilket slag som studenten skall ha. Skillnaden är alltså att utbildningsanordnarna nu tydligare får ett ansvar för detta.
- I dag kan den delen av utbildningen i praktiken göras inom den obligatoriska tjänstgöringen, utan att de har tillräcklig insyn eller ansvar för det.

Enligt Högskoleverket är syftet med utredningen varken att ta bort den kliniska delen eller momentet med egenterapi ur utbildningen. Istället vill man nu integrera sådana delar i utbildningen. Hittills har även personer med endast en

grundläggande steg 1 utbildning i psykoterapi, ofta kallat sig ”steg 1-terapeuter”, underförstått psykoterapeuter.

- Genom att integrera både steg 1 och 2 i den nya psykoterapeutexamen kommer vi att nå en högre kompetens bland samtliga psykoterapeuter, menar Sadurskis. Alla psykoterapeuter kommer att ha genomgått båda stegen.

Högskoleverkets förhoppning i och med det nya förslaget är också att de studenter som antas på sikt kommer att vara yngre.

- Idag är det vanligt att man går psykoterapeututbildning först efter många års arbete. Det gör att de som antas är äldre än studenter på andra utbildningar, säger Aija Sadurskis.
- Den största fördelen med att göra om psykoterapeututbildningen är att ansvaret för utbildningen blir tydligare, menar Sadurskis.

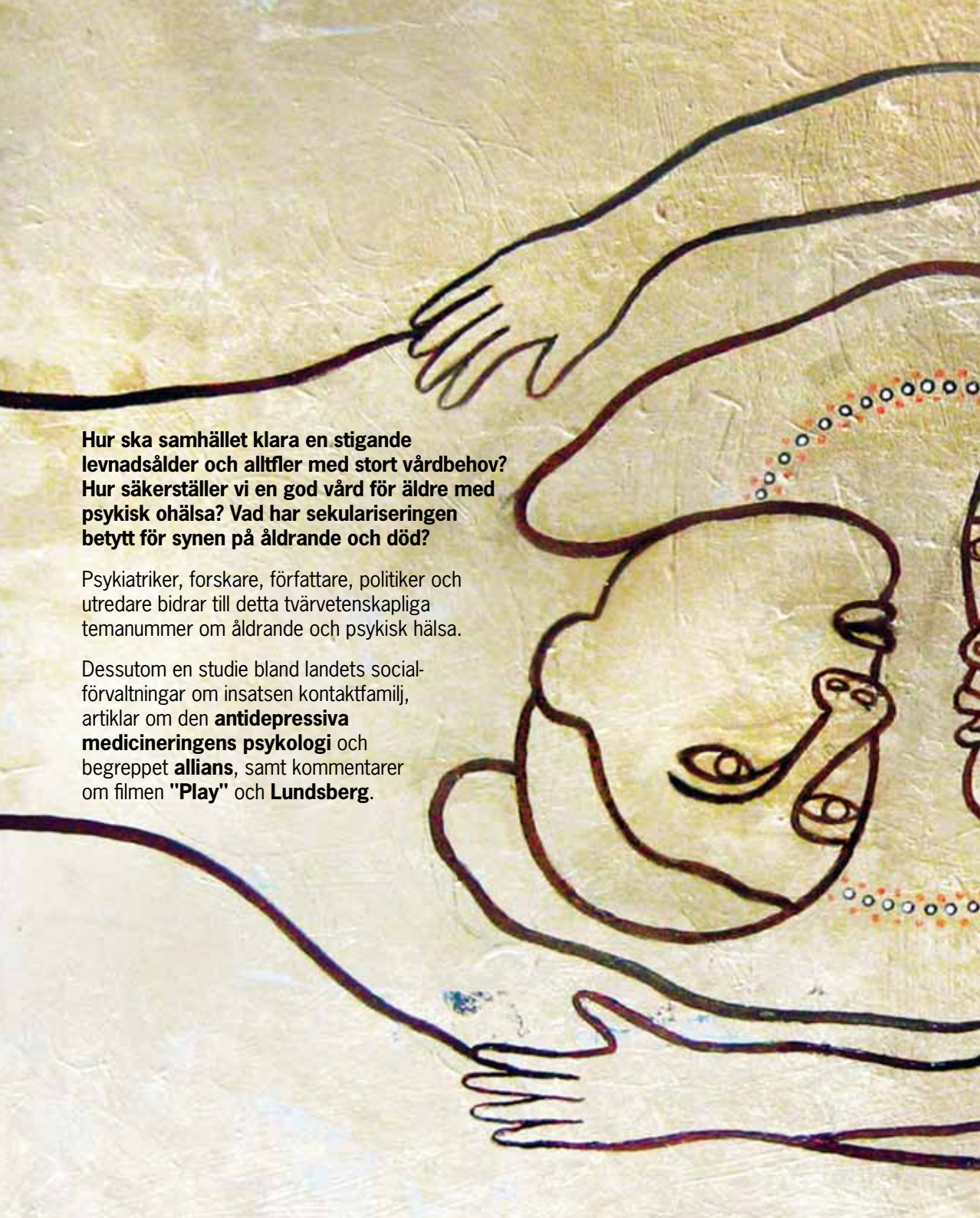
Rapporten *En ny psykoterapeutexamen* är nu inlämnad till regeringen, och det är de som ska ta beslut i frågan.

Hanna Littorin

FÖRENINGEN PSYKISK HÄLSA

Psykisk Hälsa är en ideell förening som främjar den psykiska hälsan i samhället. Vi ger stöd, sprider kunskap och bildar opinion.

Kammakargatan 7 · 111 40 Stockholm
www.psykiskhalsa.se · info@psykiskhalsa.se
Tel 08-34 70 65



**Hur ska samhället klara en stigande
levnadsålder och alltfler med stort vårdbehov?
Hur säkerställer vi en god vård för äldre med
psykisk ohälsa? Vad har sekulariseringen
betytt för synen på åldrande och död?**

Psykiatriker, forskare, författare, politiker och utredare bidrar till detta tvärvetenskapliga temanummer om åldrande och psykisk hälsa.

Dessutom en studie bland landets socialförvaltningar om insatsen kontaktfamilj, artiklar om den **antidepressiva medicineringens psykologi** och begreppet **allians**, samt kommentarer om filmen **"Play"** och **Lundsberg**.