

TERAPEUTISK FÄRDIGHET VIKTIG I PRIMÄRVÅRDEN

Jagstärkande eller kognitiv terapi – valet av metod är inte det mest betydelsefulla. Det viktiga är att personal i primärvården intresserar sig för och får någon form av utbildning i psykoterapi.



BENGT MATTSSON, professor i allmänmedicin, avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa/allmänmedicin, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, distriktsläkare Kungshöjds vårdcentral
bengt.mattsson@allmed.gu.se

grenska akademien, Göteborgs universitet, distriktsläkare Kungshöjds vårdcentral
bengt.mattsson@allmed.gu.se

De flesta personer som söker kontakt med primärvården presenterar kroppsliga symtom. Men det är långt ifrån alla som har entydiga sjukdomar. Många söker för rädsla för sjukdom, och symtomdiagnoser med låg grad av biomedicinsk exakthet är vanligt förekommande. Symtom kan inte entydigt knytas till särskilda sjukdomar och många besvär är självläkande och av övergående karaktär [1].

Epidemiologiska data visar på stor variation i förekomsten av psykiska besvär i primärvården. Siffror mellan 20 och 60 procent har presenterats som den andel patienter som söker för psykiska problem [2-4].

Spridningen sammanhänger med två förhållanden. Dels finns reell variation i psykisk sjuklighet mellan olika områden, dels uppfattas patienters besvär olika av olika läkare, vilket är den viktigaste förklaringen till spridningen. Två läkare i rummen intill varandra har begränsad samstämmighet när det gäller diagnostisk etikettering av samma patient. Om tydliga biomedicinska besvär dominerar är diagnostisk överensstämmelse mellan läkare stor. Är bilden mångbottnad och flera typer av problem skall omfattas är emellertid konsensus i bedömningen låg.

Patienters besvär är ofta inledningsvis i en »oorganiserad fas«; varken behandlare eller patient är klar över vad »felet« är. Läkaren har då nära till en »biomedicinsk reflex« (kroppsliga fel eftersöks). I den fortsatta diagnostiska processen vidgas och omvärderas ofta tolkningen, och bakom ett presenterat kroppsligt symtom framträder då ibland psykiska problem som drivande kraft [2, 5]. Värk och domningar kan vara inlednings temat och huvudfrågan blir senare ångest eller depression.

Men – och det glöms ibland bort – smärtan och domningarna är ofta kvar över tid och nya kroppsliga symtom kan tillkomma. De kroppsliga besvären behöver lindras samtidigt som man inriktar sig på psykiska svårigheter. En patient med värk kan behöva både somatiska undersökningar, analgetika och eventuellt psykofarmaka *samtidigt* med en psykoterapeutisk kontakt som fokuserar på nedstämdheten och oron.

I primärvården är det framför allt allmänläkaren och di-

striks-/mottagningsköterskan som har en ren allmänmedicinsk inriktning i sitt arbete och som tar ställning till den oorganiserade patientberättelsen. Deras utgångspunkt skiljer sig från psykiaterns, psykologens och kuratorns, vilka har en mer renodlad psykiatrisk/psykologisk kontakt.

Terapeutiskt förhållningssätt

Med psykoterapi avses vanligtvis en mer preciserad behandlingsform; en terapi med regelbundna samtal hos en utbildad psykoterapeut under längre eller kortare tid, allt ifrån några veckor till flera år. Behandlingen sker inom fastställda ramar vad gäller metod, tid och frekvens. Denna definition innebär att en avgränsning i relationen görs. Den utgår från frivillighet och att det är psykiska besvär som skall avhandlas.

I denna framställning ges psykoterapibegreppet en bredare innebörd; här riktas fokus på terapeutiska inslag som är av betydelse i de flesta samtalskontakter. Ett basalt terapeutiskt förhållningssätt bör all personal kunna tillämpa och det skall ingå som en integrerad del i ett dagligt yrkesutövande. Oro, ångslan eller spänning finns kortare eller längre tid hos de flesta patienter.

Att ha ett terapeutiskt förhållningssätt innebär att ha en förmåga att se bortom egna behov och känslor. Relationen skall inte grumlans av egen längtan efter makt eller behov av att vara till lags eller att bli bekräftad eller vara omtyckt. Med alltför stora egna blinda fläckar blir den terapeutiska potentialen avsevärt reducerad.

I en professionell hållning ingår att vara medmänsklig, ha empati och att erbjuda tillräckligt mått av patientorientering [6]. Att vara *medmänsklig* innebär att visa respekt, att sträva mot patientens oberoende, att se ett »växande« och en stärkt självbild hos patienten som något eftersträvansvärt. En hjälpande attityd till patienten skall vara en grundhållning; vi skall tjäna, men inte betjäna den hjälpsökande. *Empati* utgör förmågan att fånga upp och förstå en annan människas känsla och att vägledas av den i kontakten. Att i ett patientmöte balansera mellan närhet och distans, mellan känsla och intellekt, mellan att vara försiktig och modig är några grundförutsättningar. Empati kommer också till uttryck i graden av person- eller patientorientering. Den hållningen innebär att patienten *inbjuds* att berätta om anledningen till besöket, *tillåts* att berätta om alla sina symtom och att det *underlättas* för patienten att berätta om vad som oroar [7].

Jagstärkande psykoterapi

En form av psykoterapi är jagstödande eller jagstärkande terapi [8]. Den kan sägas innehålla ett antal olika tekniker och den är inte direkt kopplad till någon teoretisk skolbildning även om den har en psykodynamisk förståelsegrund.

Det är en heterogen behandling som kan tillämpas vid olika

SAMMANFATTAT

I alla patientkontakter bör ett psykoterapeutiskt förhållningssätt finnas med, då oro och ångslan ofta är en del i patienters symtompresentation.

I primärvården är behovet av generalistkompetens stort och psykoterapeutisk färdighet blir viktig att tillägna sig. **Artikeln tar upp** grunderna för den terapeutiska hållningen

och beskriver karakteristiska drag i den vanligaste formen av »vardagspsykoterapi«, jagstärkande psykoterapi. Även grunddragen i den kognitiva psykoterapiinriktning som använts mycket på senare år tecknas översiktligt.

Vikten för primärvårdspersonal av att delta i någon form av psykoterapeutisk skolning understryks.



typer av tillstånd; både svårt störda patienter och mindre funktionshindrade personer kan dra nytta av den. Det är inte omedvetna konflikter som skall lösas utan det är mer personens självkänsla och resurser som skall stödjas. Den syftar till en pedagogisk påverkan, och många anser att jagstärkande terapi är den kanske mest använda formen av psykoterapi, som ibland fått den litet förklenande beteckningen fattigmanspsykoterapi. Den kastar emellertid ljus över vad som är aktiva beståndsdelar i kontakten behandlare–patient över tid, och den har en stor terapeutisk potential.

Några verksamma moment i denna terapiform är:

Kontinuitet/regelbundenhet. Att möta samma person varje gång man kommer till en mottagning är ett positivt värde i sig. För många sårade personer har mänskliga kontakter sällan varit förutsägbara och en del avvisar återkommande kontakter och föredrar byten av behandlare. Men på sikt ger regelbundenhet och stabilitet förutsättningar för mindre misstroende och större trygghet. »Bevara ordningen, så skall ordningen bevara dig.«

Verbalisering. Att ge ord och benämningar för vad man känner har ett värde i sig. Genom att formulera obehagliga upplevelser kan man få distans till det inträffade, det blir mindre hotande om man kan benämna det. Själva sökandet efter ord och att finna uttryck som hyggligt motsvarar det man känner är en helande process i sig. »Man vet inte vad man tycker förrän man har sagt det.«

Att hårbärgera berättelsen. Som lyssnare/terapeut är man den som tar emot, och för en stund tar man hand om det som patienten berättar. Det kan liknas vid att man tar emot patientens berättelse i en skål med tillräckligt höga kanter som man lägger

» ... många anser att jagstärkande terapi är den kanske mest använda formen av psykoterapi, som ibland fått den litet förklenande beteckningen fattigmanspsykoterapi. Den kastar emellertid ljus över vad som är aktiva beståndsdelar i kontakten behandlare–patient över tid, och den har en stor terapeutisk potential.«

mellan sig och patienten. Där ligger berättelsen för gemensam betraktelse och man kan vrida på »skålen« och betrakta det som sagts i olika perspektiv. Det är viktigt att ha en tillräckligt hög kant så att innehållet stannar kvar och inte rinner av. Ett fat utan kanter rymmer föga och terapeuten kan utan hinder lätt »sopa bort« det sagda med orden »det är inget farligt« eller »det är inget att bry sig om«. Och historien som berättats stannar inte kvar i skålen, den rinner bort.

Identifikationsobjekt. Behandlaren blir genom sitt sätt att ta hand om de problem som presenteras ett identifikationsobjekt. Terapeuten visar hur man kan resonera, hur man kan fatta beslut, hur man kan våga göra nya saker. Terapeuten kan ibland behöva gå in och vara ett slags vikarierande beslutsfattare (ett »hjälpjag«). Patienten kan genom sina besvär ha sådan begränsad beslutsförmåga att terapeuten får ta över i viktiga frågor. Denna roll bör vara så kortvarig och begränsad som möjligt.

Pedagogiskt förhållningssätt. Symtom kan behöva klagöras och det kan vara jagstärkande att få förklarat sådant som ter sig obegripligt och oförståeligt. Det autonoma nervsystemet kan spela en spratt och ge symtomupplevelser som är identiska med tecken på allvarlig sjukdom. Det kan vara lugnande om terapeuten på ett undervisande sätt kan övertyga personen om mekanismen, varför hjärtat slår snabbt och varför man svettas så när samtidigt ångest och spänning råder.

Breda valmöjligheterna. En särskild aspekt av en jagstärkande hållning är att visa på de olika alternativ som finns i »här och nu-situationen«. Det finns som regel många sätt att ändra ett destruktivt beteende eller bli kvitt ett besvärande symtom. Repertoaren är vanligen bredare än den som patienten presenterar. I ett samtal kan man fokusera på att valmöjligheterna är fler än man tror, och vilka för- och nackdelarna är med olika alternativ kan diskuteras tämligen konkret. Dessa diskussioner förtydligar för patienten och det blir en naturlig patientorientering i förhållningssättet. Patienten tvingas att ta aktiv del i lösandet av de problem som föreligger.

Kognitiv terapiinriktning

Under senare år har mycket sjukvård omfördelats från sjukhus till primärvård och professioner med speciell psykologisk/psykiatrisk kompetens har kommit ut i primärvården. Särskilt psykologer har börjat arbeta vid vårdcentraler och deras insatser har lyfts fram [9]. Förutom psykologer har kuratorer (ofta med

»Många allmänläkare har genom kurser tillägnat sig ett kognitivt förhållningssätt och den kognitiva inriktningens teorier och principer har blivit en del i deras arbete.«

specifik psykoterapeutisk kompetens), sjukgymnaster och arbetsterapeuter också kommit att ingå i de nya yrkesgrupper som har fokus på patienter med ångest/spänning/depression som dominerande symtom.

Nya yrkesgrupper i primärvården med psykologisk sakkunskap bidrar också till en allmän höjning av kompetensen på vårdcentralen. Inom ramen för handledning, Balintgruppverksamhet och annan formell och informell kontakt över yrkesgränserna kommer ett psykologiskt kunnande alla till del.

De nya professionernas medverkan i primärvården har bidragit till att nya psykoterapiformer har kommit i bruk. Det gäller särskilt den kognitiva inriktningen som det senaste decenniet fått ett stort genomslag vid behandling av personer med psykologiska/psykiatriska besvär [10, 11].

Kognitiv inriktning är ett centralt element för ett antal terapitekniker, särskilt kognitiv terapi (KT) och kognitiv beteendeterapi (KBT). Terapierna rymmer både psykologiska och pedagogiska inslag, element av social färdighetsträning ingår och tonvikten läggs vid förmågan att tänka realistiskt och analyserande. Personens handlingsmöjligheter och upplevelsernas känslomässiga kvalitet kan ökas.

Teorin utgår ifrån att psykologiska besvär har sina rötter i dysfunktionellt tänkande, och i terapin söker man klarlägga hur dessa icke-ändamålsenliga tankar tar sig in i problemlösa situationer. Man utreder också vilka alternativa tankar, handlingar och känslor som personen har möjlighet att använda och utveckla.

Initialt gör ofta patient och terapeut en probleminventering och ett behandlingsmål formuleras. Behandlaren i KBT använder gärna beteendeterapeutiska tekniker och här fokuseras mer på förändring av beteende genom lärande och träning. I KT är sökandet efter insikt mer centralt, men skillnaden mellan KT och KBT är dock inte stor. KT har också många likheter med den tidigare beskrivna jagstärkande psykoterapin.

Erfarenheterna av de kognitiva terapierna är som regel positiva. Det finns flera studier – även metaanalyser – som visar på symtomlindring vid olika psykologiska/psykiatriska besvär [12]. Det är särskilt lätta till mätliga depressioner som mildrats

med KBT, men också ångesttillstånd och sömnbesvär har förbättrats. Även psykosomatiska symtom har minskat efter KT [13, 14].

Många allmänläkare har genom kurser tillägnat sig ett kognitivt förhållningssätt och den kognitiva inriktningens teorier och principer har blivit en del i deras arbete.

Övrig psykoterapi

Det finns många olika psykoterapeutiska skolor förutom de tidigare nämnda. Par- och gruppterapi, gestaltterapi och analys i olika former samt konst-, musik- och dramaterapi är också psykoterapiformer. För närvarande tillämpas dock inte dessa behandlingar systematiskt i primärvården, men i en framtid borde de kunna prövas.

Inom sjukgymnastiken har dock några »nya« psykoterapiformer utvecklats under senare år, och de tillämpas av många primärvårds- och psykiatrisjukgymnaster, ibland i samarbete med arbetsterapeuter. Basal kroppskänedom och psykomotorisk behandling är exempel där arbetsprinciperna utgår från förutsättningen att kroppen är bärare av vår historia och att kroppen är både ett stycke fysik och ett »jag«. Vi inte bara har en kropp – vi också är vår kropp [15]. Det sjukgymnastiska behandlingsarbetet syftar till att hjälpa patienten att återfinna basala grundläggande rörelser, att bli varse och uppmärksamma kroppsliga spänningar och hinder i rörelse och i vila. Meditation och spänningsreglering används och andningens roll i hälsa och sjukdom betonas [16].

Det är viktigt att poängtera att psykoterapi i alla dess former inte enbart är teoretisk kunskap utan också praktisk färdighet. Man kan inte tillägna sig en färdighet genom att gå kurser eller genom att läsa sig till den. Det är genom den direkta erfarenheten, genom att försätta sig i den aktuella situationen, som kunskapen kan utvecklas.

För personal i primärvården är det viktigt att ha ett intresse för psykoterapi och ibland delta i någon form av psykoterapiutbildning. Egentligen är det inte av så stor betydelse vilken form av terapi man väljer att fördjupa sig i. Forskning har visat att den viktigaste faktorn för psykoterapieffekt är samarbetsalliansen och relationen mellan patient och behandlare [17], och att det som kännetecknar den goda terapeuten är personliga egenskaper som äkthet, lyhördhet, inlevelseförmåga och prestigelöshet, oberoende av vilken terapiform som studerats [8].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Rudebeck CE. Allmänmedicin. Primärvårdsboken. Lund: Studentlitteratur; 1986. p. 67-73.
- Balint M. Läkaren, patienten och sjukdomen. Lund: Studentlitteratur; 1964.
- Kebbon L, Swartling P, Smedby B. Psychiatric symptoms and psychosocial problems in primary health care as seen by doctors. Scand J Prim Health Care. 1985;3:23-30.
- Verhaak PF, van den Brink-Muinen A, Bensing JM, Gask L. Demand and supply for psychological help in general practice in different European countries: access to primary mental health care in six European countries. Eur J Publ Health. 2004;14:134-40.
- Rudebeck CE. Kan man mäta allmänmedicinsk kompetens? AllmänMedicin. 2001;Suppl 2.
- Ottosson JO (red). Patient-läkarrelationen. Läkekunst på vetenskaplig grund. Stockholm: Natur och Kultur; 1999. SBU rapport 144.
- Dock J, Mattsson B. Patient-läkarrelationens betydelse för behandlingen. Läkemedelsboken 2005/2006. Stockholm: Apoteket, 2005.
- Levander S. Jag-stärkande psykoterapi – det kanske mest använda och minst definierade förhållningssättet i psykiatrin. Läkartidningen. 1979;76:299-301.
- Carlsson SG. Psykologi i primärvården [rapport]. Göteborg: Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet; 2001.
- d'Elia G. Det kognitiva samtalet i vården. Stockholm: Natur och Kultur; 2004.
- Palm Beskow A, Beskow J, Miró MT. Kognitiv psykoterapi och medvetandeutveckling. Göteborg: Center för Kognitiv Psykoterapi och Utbildning; 2001.
- Butler AC, Chapan JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. Clin Psychol Rev. 2006;26:17-31.
- Rupke SJ, Blecke D, Renfrow M. Cognitive therapy for depression. Am Fam Physician. 2006;73:34-7.
- van Boeijen CA, van Oppen P, van Balkom AJ, Visser S, Kempe PT, Blankenstein N, et al. Treatment of anxiety disorders in primary care practice: a randomised controlled trial. Br J Gen Pract. 2005;55:763-9.
- Meurle-Hallberg K, Gunnérius Å. Kroppen som fysik – kroppen som jag. Tankar om psykosomatik. Falun: Dalarnas Forskningsråd; 1990. Dfr rapport 1990:1.
- Roxendal G, Winberg A. Levande människa, basal kroppskänedom för rörelse och vila. Stockholm: Natur och Kultur; 2002.
- Sandell R. Teknik eller relation? Kritiska faktorer i psykoterapi. Läkartidningen. 2004;101:1418-22.