

Replik till Lisbet Palmgren:

Hur man hanterar livet har betydelse för den psykiska hälsan

Sorgeprocesser ska inte medikaliseras – då gör vi patienten en otjänst. I stället måste vi ge våra patienter kunskap om och redskap för att hantera livet – en tillvaro som innebär både glädje och förluster.

När vi läser Lisbet Palmgrens debattinlägg i Läkartidningen 43/2006 (sidorna 3298-9) »Livet har sin betydelse vid psykisk sjukdom« om Försäkringskassans och Migrationsverkets förhållningssätt till människor blir det tydligt för oss varför den psykiska ohälsan i Sverige »galopperar« eller sprider sig som en löpeld. Det förhållningssätt som förespråkas i artikeln handlar inte om läkekonst utan om »att tycka synd om människor som har drabbats«.

När man som behandlare obalanserat tycker synd om människor finns det risk för att man påverkas av sina känslor och börja agera för att kompensera dem. Exempel på sådana beteenden är att sjukskriva, ge extra tider och ta bort lidandet snabbast möjligt med mediciner (t ex bensodiazepiner vid ångest).

Detta kan tolkas som goda gärningar, men om man utvärderar insatserna över tid kan de leda till att individen tappar tron på sin egen förmåga och lämnar över ansvaret för sitt liv till sjukvården. Vi ska stötta varandra när det blåser snålt, men om individen ska utvecklas måste den själv ta sig igenom sin kris. Detta är i själva verket den goda gärningen, även om det för oss behand-

lare kan kännas tufft i stunden. Försök förstå människan bakom symtomen, hur hon hamnat där, och hjälp henne sedan att hantera situationen så att kontakten behålls med meningen i livet. På så sätt kan hon återfå hoppet om att livet kan vara värdefullt trots smärtan.

Medikalisera inte sorgprocesser! Försäkringskassan och Migrationsverket är myndigheter som ska och måste följa lagar för att ge någon form av garanti för rättssäkerheten. När det gäller Försäkringskassan har det blivit allt svårare, då sjukdomsbegreppet har glidit allt mer [1]. Parallellt med det har sjukskrivningslängden för samtliga diagnoser (även benbrottsläkning) fördubblats. Det är numera vetenskapligt bevisat att det till stora delar handlar om attityder och förväntningar [2].

Handläggarna tar beslut om huruvida rätten till sjukpenning är styrkt och tar ibland hjälp av en försäkringsläkare för att tolka de medicinska underlagen. Sjukförsäkringen är en försäkring precis som hemförsäkringen. Den faller ut om man är arbetsoförmögen beroende på sjukdom.

Hur länge är man sjuk när man förlorat ett barn? Varför patologiserar vi sorgprocessen över huvud taget? Man kommer alltid att få leva med förlusten av ett barn. Det går aldrig över. Men det är inte samma sak som att man själv måste gå vidare med sorgen och ta ansvar för sitt eget liv inklusive försörjning.

Om det på ett medicinskt underlag står att »patienten är förtvivlad, gråter, undviker sociala kontakter och inte kan arbeta« så styrker inte det pågående sjukdom med arbetsoförmåga. Intyg utfärdande läkare har inte beskrivit ett status som är att jämföra med sjukdom. Där emot är det en anpassning till rådande system att sjukskriva förtvivlad människor då de kan störa på arbetsplatsen och vara obehagliga för medarbetarna. Var finns toleransen för att vi får reagera

när vi mår dåligt och trots detta vara kvar i vårt sammanhang (vilket vi vet ökar hälsan) [3]?

Om vi som behandlande läkare möjliggör att människor slipper utvecklas får vi en allt känsligare och osjälvständigare befolkning. Det som vi trodde skulle göra oss trygga har i stället gjort oss alltmer sårbara för livet – livet som innebär såväl glädje som förluster. Om man inte

kan lita på sig själv blir man otrygg. Trygg blir man när man klarar av att vara rädd. Utan förmågan till rädsla skulle man inte kunna överleva ett yttre hot.

Om vi inte tål att höra patienterna berätta om sina lidanden utan måste agera för att hantera vår egen ångest inför livets svårigheter, då skadar vi i stället för att trösta och lindra.

Vår övertygelse är att vi förlorar mycket på lång sikt om vi medikaliseras och patologiserar livet och dess reella förutsättningar. Vi lever i ett samhälle som har föreställningar om livet som gör oss mer sårbara och handlingsfattiga. Det måste vi ändra på om svenskarna ska uppnå ökad känsla av välmående och hälsa.

»Försök förstå människan bakom symtomen, hur hon hamnat där, och hjälp henne sedan att hantera situationen så att kontakten behålls med meningen i livet. På så sätt kan hon återfå hoppet om att livet kan vara värdefullt trots smärtan.«

Nedanstående »vidmakthållandeprogram« har utformats under en patients pågående kris efter intrauterin förlust av ett väntat första barn. Patienten hade ett halvår före förlusten gått i beteendeterapeutisk gruppterapi med fokus på att hantera ångest. Den viktigaste »färdigheten« är att stå kvar i stället för att agera, att lära sig acceptera negativa känslor och göra det som är viktigast på lång sikt (återges med tillstånd från patienten, f d långtidssjukskriven, i akut kris):

»Jag levde tidigare ett liv där jag lät min egen rädsla och andras åsikter styra vad jag skulle göra och hur jag skulle bete mig.

Det sättet att leva gjorde att jag valde ett yrke som jag inte trivdes med, vilket i sin tur ledde till att jag mårde dåligt. Jag



ANDRÉAS ROUSSEAU

med dr, överläkare, specialist i psykiatri, Linköping



ÅSA KADOWAKI

specialist i psykiatri, konsultläkare, försäkringsläkare, Linköping; båda i Läkare med gränser www.lakaremedgranser.org asa.kadowaki@lakaremedgranser.org

fick ångest, panikattacker och blev deprimerad.

Ångest och depression kan utlösas av att jag tänker för mycket, att jag ålтар, oroar mig för framtiden, undviker att leva här och nu. Samma beteenden vidmakthåller, likaväl som utlöser symptomen.

När jag accepterar att känna negativa känslor och ändå lever det liv jag vill med mitt mål i sikte så kommer det att motverka sjukdomsutveckling.

Om jag trots detta undviker saker jag egentligen vill göra, t ex vara i stallet, rida, tävla, undervisa, slutar umgås med vänner, undviker vissa situationer (hand-

la, möta människor, arbeta?) och i stället blir passiv och tänker för mycket så ska jag be PO, mamma och vänner om hjälp att stötta och lura/tvinga mig att göra det jag egentligen vill. I sista hand och om inget annat fungerar ska jag be Fredrik (psykolog) eller Åsa (psykiater) om hjälp.»

Vi vill ge våra patienter kunskap om och redskap för att hantera livet. Det ger hälsa, självständighet och självtillit att rida igenom sina kriser.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Replik:

»Den enda vägen« finns inte

Är man som jag rättspsykiater, har i årtal arbetat med missbrukare och andra personer på livets skuggsida samt i tio år drivit en klinik för våldsamma, psykotiska patienter, lär man inte ha svårt för att stå för sin mening och säga ifrån, varken till patienter eller till myndigheter.

Däremot tror jag att min syn på psykiska sjukdomar och på patientbehandling i allmänhet skiljer sig mycket från Rouseaus och Kadowakis. Jag har lärt mig att ha stor respekt för vad livet kan göra med människor, och att man inte bör vänta tills katastrofen är ett faktum. En halvtids eller en kvartstids sjukskrivning i en förtvivlad situation kan till exempel ofta

förhindra ett psykiskt sammanbrott.
Hellre stämma i bäcken än i forsen.

Visst är det nödvändigt med gränser och ramar, men innehållet är ändå det viktigaste. Och innehållet skiftar från person till person. Vi kan inte ha ett färdigt koncept som gäller alla.

Jag är mycket skeptisk till alla dessa förnumstiga och mästrande teorier där man vet hur livet ska levas, och vars företredare är fulla av entusiasm att lära ut sina kunskaper. Min tanke är att vi är gjorda av samma material, men att proportionerna och förutsättningarna är mycket varierande. Den idealistiska föreställningen att vi alla har samma re-

surser är liksom alla färdiga ideologier farlig.

Jag misstror enkla lösningar på komplicerade problem. De är mer bekväma för utövarna än för dem som utsätts för dem. Vi har definitivt olika resurser att möta livets svårigheter.

Vi kan inte lära ut hur livet bör levas.
»Den enda vägen« finns inte, har aldrig
funnits och kommer aldrig att finnas. En
viss ödmjukhet skadar inte.

Lisbet Palmgren

professor, psykiater och psykoterapeut,
Lidingö

kurt.gordan@hem.utfors.se

Replik till Pia Dellson:

Ödla lite ödmjukhet själv!

Det känns förstås trist att inte Pia Dellson uppskattade symposiet på riksstämman »Psykiatri – förföljd specialitet« (se Dellsons inlägg i LT 50–52/2006, sidorna 4051–2). Hon efterfrågar mer förståelse, ödmjukhet och snällhet (som Pippi) och menar att bristen på dessa varor illustrerades i Elias Eriksons föredrag.

Hon angriper inte honom i sak eftersom hon uppfattar att det han säger är faktamässigt rätt och riktigt, utan det är det raljerande tonfallet och argumentationstekniken som ingav henne en »besk eftersmak«. Enligt Dellson är Eriksson en kampanjmakare, som med sin debatteknik får motståndarna att uppfattas som onda, och hon fortsätter:

Antipsykiatri, hämnden och empatin

[illegible]

- *Analysera* om självreflektion. Kan det vara så att det jag säger i något av motståndarna säger? Finns det något i mina självreflektioner? Prövar som hade varit på grund av de ställts på spetsen är till exempel: Förutom det jag uttrycker om det finns attityper till riska lösningar? Har tillräckligt och klarna de människor som använder sig till det? Om jag inte pratar om lösningarna eller har kritiker människor så

Pia Dellsons artikel i Läkartidningen 50-52/2006.

» ... människor är inte onda eller goda. De är lite av varje, och de har ofta goda skäl att vara som de är «

Se där, vips har Dellson själv satt scenen: Hon representerar det nyanserade, sanningssökande, reflekterande, receptiva och empatiska, i kontrast till Eriks-

son. De som emellertid har följt Elias Erikssons oegennyttiga och oförtrutna kamp för att bemöta smutskastningen mot Christopher Gillberg och hans forskargrupp kan nog tycka att Dellson bör odla lite ödmjukhet själv.

Och alla ni som missade tillställningen kan kontakta Svenska Läkaresällskapet, som är inbjudna till konferensen i evenemanget, och därefter egen bedömning.

Susanne Bejerot

överläkare,

Norra Stockholms psykiatri, Stockholm;
moderator för ovannämnda symposium
susanne.bejerot@sll.se