

Bilder av psykiatrin

Det är alltid lika spännande att möta en ny grupp när man ska föreläsa. Man vet aldrig vad som väntar en eller vilka föreställningar och förväntningar som gruppen har. Om man föreläser om exempelvis ögonsjukdomar har åhörarna inte så många åsikter när de kommer. Men alla i vårt samhälle verkar ha en uppfattning om psykiatrin; vad den är och inte är, att den är fel, hur den borde vara. En del av dessa uppfattningar är inte så nyanserade och välgrundade som man skulle önska. Däremot är en del av dem vid det här laget nästintill en del av vår kultur. Men att gemene man har en uppfattning om psykiatrin innebär att även de psykiatriska patienterna har det.

Några bilder man kan möta:

1. Det finns inga psykiska sjukdomar, bara friska reaktioner på ett sjukt samhälle (vanligare på 1960-talet än nu, som tur är).
2. Den universelle normalneurotikern. Vi är alla neurotiska och småprilliga och borde gå till en "shrink" för att gå till botten med våra problem. Typ Woody Allen.
3. Pillerpsykiatrin. Alla inom psykiatrin, åtminstone alla läkare, är medicinfanatiker. Ingen förstår, tror eller bryr sig om att patienten har ett inre psykologiskt liv utan den sjuke ses som en trasig maskin med biokemiska avvikelser som ska korrigeras med psykofarmaka. Samtalshjälp är meningslös.
4. Fängelset. De stora sinnessjukhusen – numera nerlagda, men detta har inte nått alla - är ett uttryck för ett intolerant och förtryckande samhälle som låser in alla avvikande personer på livstid för att slippa se dem. För att hålla dem i schack använder man tvångsinjektioner, elchocker, tvångströja och lobotomi.

Dessa bilder saknar dessvärre inte historiskt underlag, men psykiatrin har förändrats mer än vad många förstått. Så t ex har vi gått från 35 000 till 5 000 sjukhusvårdplatser på några årtionden, och många hospitaliserade patienter har kunnat flytta till humanare boendeformer och ett mer aktivt deltagande i samhället.

Det finns fortfarande en och annan som är rabiatt motståndare till alla mediciner inom psykiatrin, lyckligt okunniga i sin historielösa värld. I början av femtiotalet fick vi de första medicinerna mot både depressioner och psykoser. Antipsykotisk medicinering har revolutionerat behandlingen av många av våra svårast sjuka patienter. Medicinerna utgör ofta en förutsättning för att annan behandling ska vara meningsfull. Dessförinnan kunde svårt sjuka patienter behandlas som djur i bur - vansinniga, skräckslagna, ibland våldsamma. Att läsa om psykiatrins behandlingsmetoder för patienter med psykosjukdomar är som att läsa en bok om tortyrens utveckling och fulländning genom tiderna. Burar, heta och kalla bad, piskning, åderlåtning, centrifugering, insulinchocker, lobotomi, inlåsta i mörka skrubbar, fastkedjade i väggen, visades mot betalning för allmänheten som på cirkus. Så till den som säger att det är illa idag säger jag att det var betydligt värre förr!

Varför tar jag upp detta med de olika bilderna av psykiatrin i vårt samhälle?

Det är viktigt att vara medveten om att patienten kan ha med sig alla tänkbara föreställningar, förväntningar och farhågor till mötet med psykiatrin, och att dessa föreställningar påverkar våra möjligheter att hjälpa personen. Vi måste förstå patientens bild av psykiatrin för att kunna möta hen så bra som möjligt. Därtill är det nödvändigt att vi som arbetar i vården själva har en adekvat,

uppdaterad och nyanserad bild av psykiatrin och dess möjligheter, för att kunna möta patienternas föreställningar och ge dem bästa möjliga vård.

Sanningen är att psykiatrin idag är en etablerad och respekterad del av medicinen, där det gjorts stora framsteg vad gäller både diagnostik och behandling av psykisk ohälsa. Vi tvistar numera sällan internt om huruvida medicinering eller psykoterapi är bäst. Så gott som alla vet idag att både medicinering och psykoterapi är värdefulla behandlingsmetoder. Utmaningen idag gäller att skraddarsy ett så bra behandlingsprogram som möjligt för varje patient. För att kunna göra det måste vi bedöma inte bara vilken psykisk sjukdom patienten lider av, utan också hur hans personlighet ser ut, vilken social situation han har, och var i sjukdomsprocessen patienten befinner sig. Så till exempel kan en psykodynamiskt grundad psykoterapi ibland vara helt verkningslös, kanske t o m skadlig, i ett akut skede av en depression, men mycket värdefull litet längre fram när patienten mår bättre.

Problemet idag är delvis ett annat än dåtidens brist på likvärdighet och delaktighet och okänt syn på patienterna. Vi vet oftast ganska väl vad patienten behöver, men vi har inte alltid de resurser vi skulle behöva för att ge denna behandling. Resursbrist, snarare än ideologiska misshälligheter - piller eller prat - är det stora problemet idag. Allt fler, särskilt unga och unga vuxna, synes enligt många studier må dåligt. Vad det beror på tvistas det om. Det är ont om patienter i psykiatrin som inte *egentligen* skulle ha glädje av en tids psykologhjälp om det bara stod att uppåda. Resursbristen leder till stor tidsåtgång för prioritering av dessa resurser, tär på personalen och bryter ned patienterna.

Det närmast största problemet är bristande medverkan från många patienter, särskilt de svårast sjuka. De uppfattar sig kanske inte som sjuka, eller har på mer eller mindre goda grunder tappat förtroendet för psykiatrin efter något mindre lyckat behandlingsförsök.

Det tredje stora problemet är att många behandlingar har en halvdan effekt, även om företrädare för psykiatrin ibland vill göra gällande annat. Det är med andra ord inte så sällan svårt att hjälpa alla patienter att må bra även om/när vi faktiskt gör allt rätt. Å andra sidan kan vi göra åtminstone *något* för så gott som alla patienter som medverkar till vård. Och vårt allra bästa kan vi alltid göra! Lagarna bjuder att vi ger en god och säker sjukvård på jämlika villkor, och att vi arbetar i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Våra etiska riktlinjer kompletteras med att vi aldrig får skada - *primere non nocere* - men understundom bota, ofta lindra och alltid trösta.

Michael Rangne, 2004