

Modeller för samverkan

Psykiaterkonsultens uppgifter inom psykoterapevtiskt team

Erfarenheter från S:t Lukasstiftelsen

Georg Punell

Det finns basala psykiatriska uppgifter som inte förutsätter särskild psykoteraپیutbildning, framhåller i nedanstående artikel doktor Georg Punell, bitr. överläkare vid Lillhagens sjukhus och psykiaterkonsult vid Lukasstiftelsen i Göteborg sedan ett 10-tal år. Han skisserar i sitt inlägg de olika uppgifter som psykiaterkonsulter med och utan utbildning i psykoteraپی kan ha i ett psykoteraپیiskt team.

De synpunkter som utvecklas i det följande har vuxit fram i samarbete med S:t Lukasstiftelsens mottagning i Göteborg. De utgör således i första hand en illustration av ett arbetssätt som vi av praktiska skäl kommit överens om. Andra modeller är tänkbara. Under den snart 10-åriga verksamheten har det likväl utkristalliserat sig en grundlinje med viss grad av allmängiltighet.

Inledningsvis kan påpekas att det inte är av primär betydelse för verksamheten om psykiaterkonsulten har egen erfarenhet i psykoteraپی. Det finns väsentliga uppgifter som inte förutsätter sådan utbildning, bl a. att bevaka den medicinsksykiatriska referensram som behövs för att rätt värdera psykologiskt svårtydda tillstånd med organisk etiologi. Denna hjälp kan teamet inte undvara. Har konsulten egen psykoteraپیisk utbildning vidgas naturligtvis basen för samarbetet, och han kan åtaga sig uppgifter av mera speciell karaktär.

Konsult utan särskild psykoteraپیutbildning

Diagnostik

En av konsultens främsta uppgifter är att ge bidrag till differentialdiagnosen. Han får avvåga huruvida ett förekommande symtom, t. ex. depression eller irritabilitet, skall uppfattas som en psykoreaktiv störning (orsakad t. ex. av relationsproblematik) eller som tecken på primärt organisk rubbning (som t. ex. vid en endogen depression eller cerebral anfallssjukdom). Först efter klarläggande av detta kan teamet ta ställning till frågan: vilka åtgärder är konfidenten/patienten mest i behov av just nu? Konsekvensen kan bli att patienten först hänvisas till somatisk behandling eller psykiatrisk vård i trängre mening för att ev. återkomma senare för genomgång av samtidigt förekommande (men etiologiskt sekundär) relationsproblematik.

Utredning

Diagnosen kan understundom ej ställas utan en mera ingående utredning. Konsulten har ansvaret för att alla led i utredningskedjan är pålitliga och

Efter ett inledningsanförande vid Svenska Psykiatriska Föreningens vårmöte i Göteborg, maj 1971.

Liksom i somatoterapin finns det kontraindikationer även inom psykoterapin, olika för de olika metoderna.

att utredningen kan fullföljas upp till den nivå som tillståndet kräver. Medicinska data som framläggs vid team-sammanträdena och som konsulten tar del av kan i vissa fall vara för knapphändiga eller svårtydda. Konsulten bör också vara uppmärksam på tillförlitligheten av den anamnes som tema-medlemmarna inhämtat och i svårbedömda fall företa en egen undersökning. För den händelse utredningen kräver speciella resurser (psykiatrisk observation, psykologiska eller nuerofysiologiska specialundersökningar) bör kanalerna för en fördjupad penetration, t. ex. på psykiatrisk klinik eller motsvarande, hållas öppna.

Behandling

Konsulten kan knappast undgå att själv ta emot en del av klientelet för behandling. Det rör sig i stora drag om två grupper:

- 1) patienter med lättare neuro-psykiatriska störningar av typ vegetativ dysregulation, endogen depression el. dyl., där sluten vård anses ej indicerad och där psykoterapeutisk behandling bedöms som nödvändig efter den inledande psykiatriska behandlingen;
- 2) patienter som återremitterats för psykoterapi efter en psykiatrisk utredning, alt. blivit nyremitterade för simultan psykoterapi under pågående somatisk/psykiatrisk behandling. Det innebär självfallet en fördel för patienten om den totala (medicinsk-psykoterapeutiska) behandlingen är samordnad och ansvaret koncentrerat hos medlemmar av ett och samma team.

Konsult med psykoterapiutbildning

Samordning av medicinsk och psykoterapeutisk behandling

Det psykoterapeutiska arbetsfältet är redan nu så stort att en och samma terapeut även i bästa fall

endast kan behärska en bråkdel av området. Tio-talet psykoterapeutiska system (t. ex. djuppsykologi, beteendepsykologi, existensanalys, suggestionsterapi m. fl., jfr Wyss, 1959; Ford & Urban, 1963) har presenterat en mängd specialmetoder och kombinationer, av vilka även den engagerade psykoterapeuten endast förmår assimilera en del. I ett psykoterapeutiskt team finner man således med stor sannolikhet terapeuter med varierande utbildning, olika intresseinriktning och förtrogenhet med metodik av skilda slag. Detta är självfallet en fördel för teamet, det ger arbetet en bredare bas och ger möjligheter att finna fler infallsvinklar. Det verkar dessutom stimulerande på team-medlemmarna själva och vidgar efter hand deras egen repertoar. På det teoretiska planet bör man emellertid ställa sådana krav på utbildningen att den ger en möjlighet till självständig bedömning av indikationerna och kontraindikationerna för psykoterapeutisk behandling över hela fältet. Det gäller i särskilt hög grad psykiaterkonsulten vars uppgift blir att integrera medicinska åtgärder med planerad psykoterapeutisk behandling (t. ex. vid psykosomatiska syndrom m. m.). Den totala behandlingssituationen blir ofta flerdimensionell och patienten har ett starkt intresse av att den igångsatta behandlingen, förutom att den motsvarar hans exakta behov, är så riskfri som möjligt och genomförs med så liten tidsåtgång som möjligt. Medicinska och psykoterapeutiska behandlingsalternativ bör m. a. o. förutsättningslöst vägas mot varandra för att kunna erbjuda patienten en adekvat, säker och rationell terapi.

Bedömning av behandlingsindikationerna

Konsulten bör även medverka till att finna rätt behandlingsindikation och adekvat metodik (t. ex. analytisk, beteendeterapeutisk eller annan) och fixera en distinkt terapeutisk målsättning, att upp-

Medicinska och psykoterapeutiska behandlingsalternativ bör förutsättningslöst vägas mot varandra för att kunna erbjuda patienten en adekvat, säker och rationell terapi.

nås inom en bestämd tidsram. Genom uppföljning inom teamet kan justeringar sedan vidtagas både betr. målsättningen, arbetstakten och metoden om så anses nödvändigt.

Bedömning av kontraindikationerna

Inom samma område ligger konsultens uppgift att bedöma kontraindikationerna. "Liksom i somatoterapin finns det kontraindikationer även inom psykoterapin, olika för de olika metoderna. En bedömning av dessa förutsätter en ingående kännedom om patientens personlighetsstruktur liksom en tillräckligt stor praktisk erfarenhet av resp. behandlingsmetod" (cit. fr. *Stockvis: Psychotherapie für den praktischen Arzt*, 1961)

Handläggning av komplikationerna

Den psykoterapeutiskt skolade konsulten bör vara i stånd att även handlägga de komplikationer, som trots beaktande av kontraindikationer och iakttagande av normal försiktighet likväl kan uppstå under behandlingens gång. Dessa kan vara av principiellt två olika slag:

- 1) Psykiska eller psykosomatiska störningar som (tillfälligt) förstärks under bearbetning av patientens problematik. Det kan t. ex. vara fråga om ökade vegetativa symtom, spänning, kanske t. o. m. ökade suicidaltendenser. Inom samma grupp hör de komplikationer vilka kan förekomma vid vissa suggestionsmetoder t. ex. i form av spontanhypnos eller precipitation av psykisk sjukdom (jfr West & Deckert, 1965).
- 2) Komplikationer som involverar den interpersonella patient-terapeutrelationen. I viss mening är många psykoterapeutiska förfaranden en kontrollerad påverkan av beteenden enl. ett på förhand upplagt program och i överensstämmelse med patientens önskan och behov. Som vid all medmänsklig kommunikation är dock även denna påverkan ömsesidig. Även terapeuten löper "risk" att påverkas, att få sina omedvetna behov förstärkta eller frustrationer aktiverade. För patientens del är t. ex. en persisterande fixering vid terapeuten eller vid själva behandlingsproceduren en väl känd komplikation.

Värdering av resultaten

Psykiaterkonsulten har även möjlighet att bidra till resultatvärderingen av teamets psykoterapeutiska arbete. Resultatvärderingen hör till medicinens mest intrikata problem, i all synnerhet på det psykoterapeutiska arbetsfältet. Parametrar som subjektiv symtomfrihet eller förbättrad social anpassning är mjuka variabler som inte säger mycket om behandlingens effektivitet, speciellt vid individuell skattning. Om dessa parametrar kompletteras med beräkning av tidsåtgång och bedömning av symtomreduktion, ställd i relation till den fixerade målsättningen, kan däremot en någorlunda pålitlig totalbedömning uppnås. Konsultens uppgift i sammanhanget är framförallt en värdering av förändringar i den psykiatriska symtomfloran och bedömning av prognosen. Den samfälliga bedömningen styr sedan beslutet om avbrytande, alt. övergång till nästa etapp av behandlingen.

Sammanfattningsvis kan man säga att psykiaterkonsulten har till uppgift att reducera risker för diagnostisk felbedömning, att medverka vid bedömning av indikationer och kontraindikationer, att svara för vissa psykiatriska behandlingsuppgifter och medverka vid resultatbedömningen. Men därutöver måste också sägas, att vid ett optimalt samarbete mellan konsulten och teamet framväxer det snart ett gemensamt medicinskt-psykoterapeutiskt synsätt. Det medför att arbetet sker inom en vidgad och integrerad referensram, vilket skapar den bästa garantin för att patienten kan återvinna sin hälsa och sin anpassningsförmåga den kortaste och den tryggaste vägen.

LITTERATUR:

- Ford, D. H. & Urban, H. B.: *Systems of Psychotherapy*. John Wiley & Sons Inc., New York, 1963.
Stockvis, B.: *Psychotherapie für den praktischen Arzt*. S. Karger, Basel, 1961.
West, L. J. & Deckert, G. H.: *Dangers of Hypnosis*. J. A. M. A. 192: 9—12, 1965.
Wyss, D.: *Die tiefenpsychologischen Schulen von den Anfängen bis zur Gegenwart*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1961.