

Psykiatriens klinik

Rapport från grupparbete vid det nordiska psykiatriiska symposiet i Helsingfors av Sven Munch-Petersen, Roskilde.

Gruppens eget emne gav anledning til omfattande diskussioner på grund af ret divergerende synspunkter.

Mens man ret hurtigt enedes om at drage aldersgrænsen ved 65 år, i lighed med den internationalt gældende, voldte afgrænsningen af den psykiatriiske kliniks område lidt større vanskelighed. Man enedes dog om at undgå en vid indikationsstilling, idet man foretrak at henføre funktionelle psykoser, schizofrenier etc. til den generelle psykiatri, fordi disse sindslidelser mere præges af deres specifikke natur end af alderen.

Herefter skulle den psykiatriiske klinik udelukkende omfatte de involutive psykoser, "den nukleære gruppe".

Den ivrigste diskussion med ret store meningsforskelle drejede sig om hensigtsmæssigheden af at oprette et psykiatriisk speciale med den nævnte afgrænsning.

Argumenter for et psykiatriisk speciale

Diskussionen koncentrede sig om gruppeleders oplæg, der i hovedpunkterne gik ud på:

Det må anbefales at oprette et sådant speciale omfattende de involutive psykoser — "den nukleære gruppe" — i alderdommen fordi:

For det første kræves der på dette område: Et særskilt behov for vård og behandling.

For det andet er der på dette område brug for en speciel uddannelse, for at patienterne kan opnå den bedst mulige behandling.

For det tredje er det talmæssige omfang af patienterne så stort, at dette begrundet et speciale.

Det finns en rad skäl såväl för som mot upp-
rättandet av en psykiatriisk sub-speciali-
tet. På längre sikt torde dock en ny speci-
alitet "geriatrik" med krav på utbildning i så-
väl psykiatri som invärtesmedicin bli en nöd-
vändighet. Tidigdiagnos är angelägen beträffande
åldriga psykiatriiska patienter. Fall med
begynnande tecken på psykisk insufficiens i
ålderdomen bör bli föremål för undersökning
från både psykiatrisk, psykologisk, medicinsk
och sociologisk sida samt dessutom följas
upp med regelbundna undersökningar på oli-
ka områden. En bättre kontakt mellan alla
instanser som vårdar de äldre är en nödvän-
dighet. Behandlingen av de gamla måste be-
fri från auktoritära attityder och genomföras
i linje med de gamlas egna önskemål. En
ökad studentundervisning i psykiatri är
önskvärd.

Som yderligere grunde til subspecialiets oprettelse tilføjede gruppelederen, at subspecialisering fandt sted på alle områder, idet udviklingen fremmede en sådan, og at dette efter hans opfattelse kun kunne medvirke til at få øget vor viden på området.

Desuden kunne oprettelsen af subspecialiet fremme den anseelse, som fagområdet fik, således at kvalificerede specialister søgte det og også yngre læger, specielt "hvis det kom til at tælle" i uddannelsen.

Formanden mente, at der var psykiatere, der ville søge et sådant subspecialie.

Argumenter mod et psykiatriisk speciale

Som modargument mod oprettelsen af et psykiatriisk subspecialie med den anførte afgrænsning fremførtes, at det var vanskeligt at få afgrænset et sådant speciale i uddannelsesmæssig henseende, da psykiatrien i høj grad ville filtrere ind i den interne medicin. Disse patienter bliver snart behandlet på psykiatriske afdelinger, snart på medicinske afdelinger, oftest ret tilfæl-

digt og efter hvilke symptomer, der i øjeblikket er de overvejende. Et nært samarbejde mellem psykiatere og internister er derfor meget nødvendigt, nok bedst ved, at den psykiatriske og medicinske afdeling ligger ved siden af hinanden.

Gruppen foreslog derfor at benævne et eventuelt nyt subspecialt "Geriatrici" i stedet for psykogeriatrici og hertil at kræve uddannelse i såvel psykiatri som i intern medicin.

Imidlertid anførtes mod oprettelsen af subspecialtet, at man i øjeblikket havde så lille kendskab til dets nosologi og diagnostik, at man endnu ikke var i stand til at afgrænse det på tilstrækkelig hensigtsmæssig vis.

Desuden nævntes faren for, at man ved en for snæver afgrænsning snarere risikerede at isolere området fra hensigtsmæssig befrugtning og gavnlige fremmede impulser.

Området havde så stor betydning, at man heller ikke kunne se bort fra ulemperne ved, at det ved subspecialisering i nogen grad blev unddraget den generelle psykiatri, hvorved det almene psykiatriske kendskab til det kunne blive formindsket.

Specielt fra islandsk side fremførtes frygt for, at et subspecialt med et så begrænset område ikke ville tiltrække tilstrækkeligt mange læger.

Til en vis grad som modargument mod oprettelsen af subspecialtet anførtes også, at det næsten overalt var nødvendigt at indrette sig efter de lokale forhold, da disse kun i ringe grad lod sig ændre. Disse forhold var forskellige ikke blot i de forskellige nordiske lande, men også inden for landegrænserne, idet der blandt andet ofte var betydelig forskel mellem by- og landsamfund.

Endelig omtaltes det, at forskningen inden for det eventuelle subspecialt overvejende måtte blive biokemisk-patologisk betonet og mindre egentlig psykiatrisk præget. Det blev dog ikke nævnt, at det samme i høj grad er tilfældet inden for psykiatrien iøvrigt, f. eks. inden for schizofrenien og den manio-depressive psykose.

Subspecialtet Geriatrici

Til slut drog gruppen den konklusion, at en subspecialisering i faget "Geriatrici" måtte blive en

fremtidig nødvendighed, således at ansættelse inden for fagområdet skulle "tælle", såvel hvad uddannelsen i psykiatri som i intern medicin angår (måske også for andre specialer — eventuelt også for praktiserende læger —), men at man endnu ikke fandt tiden moden til at oprette subspecialtet.

Kommentar til foredrag om patologisk-anatomiske hjerneforandringer i senile

Som kommentar og spørgsmål til doktor Hakon Sjögren's foredrag fremførtes tvivl om, hvordan man kunne skelne mellem senil demens på den ene side og præsenil og senil hjerneatrofi på den anden side, og om man kunne slutte, at den iagttagne hjerneatrofi var årsag til demensen.

Desuden var man i gruppen interesseret i at få at vide, om en enkelt encephalografisk undersøgelse var tilstrækkelig i pathognomonisk henseende til at stille diagnosen demens, men dette spørgsmål fik jeg desværre ikke fremført.

Endelig var man inde på spørgsmålet, om diagnostisering af senil demens måske i nogen grad er afhængig af det materiale, man har til rådighed, og der fremsattes tvivl om, hvorvidt den atrofi, man konstaterer ved luftencephalografi, er et udtryk for en reel anatomisk atrofi.

Regelmæssig kontrol af det psyko-geriatricke klientel

I forbindelse med de 2 sidste foredrag med sociologisk prægede problemer fremhævedes det, at man i fremtiden burde følge patienterne nøjere fra de tidligste stadier, således at man blandt andet kunne opnå at få en diagnose så tidligt som muligt.

Det foresloges, at man straks, når de første tegn på psykisk svækkelse i alderdommen viste sig, foretog en omfattende undersøgelse, således at tilstanden blev belyst fra så mange forskellige sider som muligt (psykiatrisk, psykologisk, medicinsk i videste forstand og sociologisk).

Herefter burde patienten nøje følges med regelmæssige undersøgelser indtil døden, idet det af praktiske grunde nok var bedst, at samtlige undersøgelser blev iværksat af en central organisation, repræsenterende de forskellige områder.

Det fremhævedes specielt, at en regelmæssig

omfattende undersøgelse — helst foretaget af samme person — af det totale funktionssvigt var af største betydning.

Det svigtende samarbejde mellem de instanser, der varetog de ældres interesser fremførtes også, og nødvendigheden af i fremtiden at udbygge kontakten mellem alle instanserne.

Det anførtes endvidere, at man næsten overalt havde undladt at lade de ældre patienter være medbestemmende i de forholdsregler, der gennemførtes for dem. Det var således fortsat en udpræget tendens til, at autoriteterne på utilbørlig måde myndiggjorde de ældre.

Man må i fremtiden indstille sig på at høre de ældre patienters egne ønsker, blandt andet ved at kontakte de ældres egne organisationer.

Endelig udtrykte gruppen ønsket om, at studenterne skulle få en grundigere uddannelse i de ældres psykogeriatriske problemer end nu, for at deres interesse for dette område kunne øges.

Ordførende professor Jan Otto Ottosson, Umeå, sekreterare överläkare Sven Munch-Petersen, Roskilde.

Affektiva reaktioner på kriser och förluster

Det är en grupp av psykiska ålderssjukdomar som inte har blivit tillräckligt klart definierad i de föredrag som hittills har hållits. Doc. Sjögren tangerade problemet och prof. Roth hade det uppe när han talade om affektiva psykoser. Också dr Magnussen räknar med affektiva psykoser. Men samtliga har nämnt de affektiva psykoserna såsom reaktioner på somatiska sjukdomstillstånd hos åldringar. Det som jag tycker är angeläget att framhålla är, att vi också ser affektiva reaktioner såsom svar på upplevelser av olika slag. Dessa affektiva reaktioner hör till gruppen psykogena psykoser och kan liksom sjukdomstillstånd i den gruppen i andra åldrar indelas i depressioner, paranoïda tillstånd och konfusioner. Orsakerna till dessa affektiva reaktioner är upplevelser av traumatiserande slag. Det kan vara fråga om dödsfall och andra betydelsefulla objekt-förluster, det kan vara fråga om bostadsbyte och flyttning till annan ort och det kan vara fråga om förlust av arbete, vilket regelmässigt sker i anslutning till pensioneringen. Ofta rör det sig om sådana förhållanden, som har gett mening och innehåll åt livet, och ofta är det frågan om avbrott i emotionella förbindelser av betydelsefullt slag.

Behandlingen kan bestå i åtgärder som syftar till att undanröja orsakerna men också i stödjande psykoterapi, som avser att etablera en förståelse för situationen eller i att genom miljöåtgärder inom en institution åstadkomma ersättningar för det som man har förlorat. Behandlingsåtgärder av detta slag är psykiatern expert på. Det gäller innehållet i de individuella behandlingsåtgärderna men också i den institutionella vården.

Överläkare Curt Amark
i diskussionen vid psykogeriatriska
symposiet i Helsingfors okt. 1967