

Varför känner jag som jag känner?



7

Acceptance and comittment therapy, ACT, i ett nötskal

De flesta komplexa mänskliga problem är olösbara.

Saker händer hela tiden.

Hur jag FÖRHÅLLER MIG till det som händer mig i livet är den avgörande faktorn för vilket liv jag får.

Förväntan på ett smärtfritt liv skapar problem och ytterligare lidande.

Vad VILL JAG GÖRA MED MITT LIV, trots mitt lidande och mina problem?

8

"Discrepancy-based thinking"

Nedstämdhet

Detta är inte vad jag vill

Ältande - vad har jag gjort för fel, hur ska det sluta?

9

Ask for what you want -
but don't demand it!

Ken Keyes



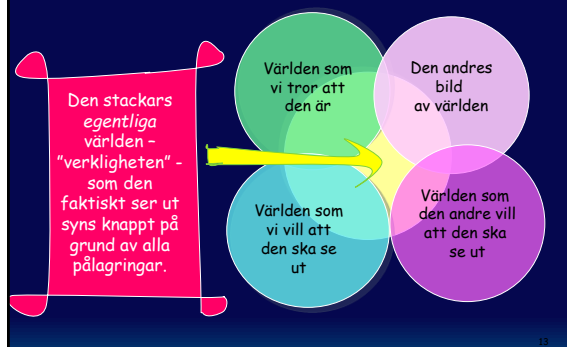
10

The deepest hunger of
the human soul is to be
understood.

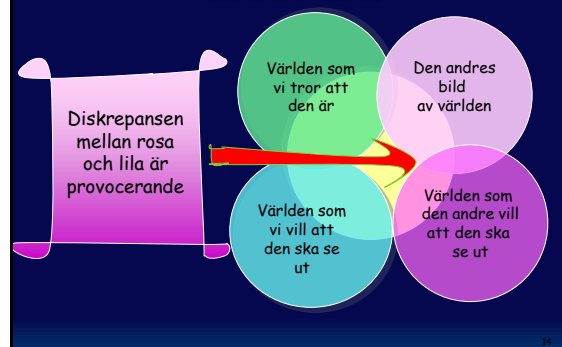
Stephen R Covey

Men vi försöker också
förstå - även där inget
finns att förstå!

Vad menar vi med att "förstå"?



Hur klarar personen att världen inte är som han skulle önska?



Onyttig stress

En känsla av att ha bristande kontroll över en situation

Ett test på en människas personlighet

Hur reagerar hon när hon inte får som hon vill?

Hur blir vi av för mycket stress?

- Tunnelseende
- Försvarsinställda
- Rigida
- Irritabla
- Lättkränkta
- Aggressiva
- Intoleranta
- Trötta
- Cyniska
- Uppgivna
- Sömnpromblem
- Ökad ljudkänslighet
- Minnesproblem
- Koncentrationssvårigheter
- Nedstämdhet
- Ångest
- Kroppsliga besvär
 - Värk
 - Tryck över bröstet
 - Orolig mage/tarm
 - Yrsel

17

"Grön och röd zon"; "neuronal kidnappning"



Neocortex, "grön zon":
Intellekt, empati, humor,
vädja, be, resonera...



Limbiska systemet, "röd zon":
Känslor, drifter,
självkänsla, religion,
värderingar...

Reptilhjärnan:
Flykt, anfall,
spela död...

Tack till Lennart Lindén, UGIL konsult, för pedagogiken!

18

"Röd och grön zon"

Låg stress

- Nya hjärnan handlägger
- Känslorna står till vår tjänst
- Fakta eller fly efter rationellt övervägande

Måttlig stress

- "Vuxen chimpansnivå"
- Avtagande intellekt, tankeförmåga, humor, distans, sinne för proportioner
- Tunnelseende

Hög stress

- Reptilhjärnan tar över
- Dom och vi: utdefiniering och indefiniering
- Tankarnas kontroll över känslorna nu helt borta

Tack till Lennart Lindén, UGIL konsult, för pedagogiken! 19

Och hur reagerar JAG när det inte blir som jag vill?

- Vi söker en känsla av att göra gott för patienten, att vara en bra behandlare.
- Risk att vi fastnar i behovet av uppskattning.
- Vi reagerar då lätt med irritation/aggression.
- Helt naturlig reaktion, men vi måste vara medvetna om vad som sker...
- ...samt ta ansvar för reaktionen. Vi får inte skylla reaktionen på den andre.

20

Att vara anhörig eller hjälpare

Man känner sig

- Avvisad
- Ratad
- Anklagad
- Otillräcklig
- Skyldig
- Rädd
- Dum
- Osäker
- Förtvivlad
- Hjäplös
- Trött



Inget av allt detta är ditt fel eller har med dig att göra över huvud taget!

21

Personlighet och stress

I situationer där individen känner sig särskilt utsatt

- ↑ ex i sjukvården -

förstärks ofta aggressivt, utagerande och besynnerligt beteende.

22

Exempel på förvrängt tänkande

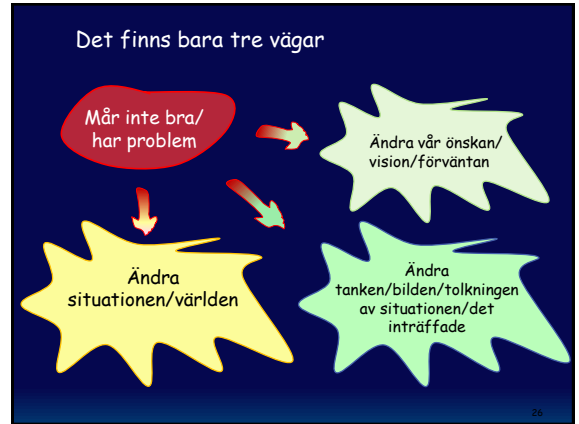
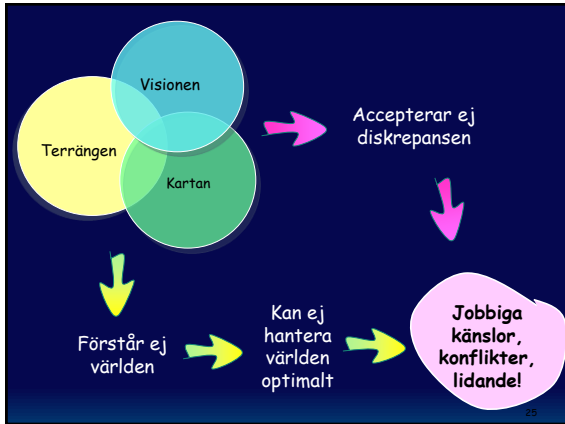
Depression	→	Svartsyn, pessimism, självhat, hopplöshet
Ångestsjukdom	→	Ångslan, oro, uppförstoring
Psykos	→	Vanföreställningar
Autismspektrum	→	Svårigheter att ta andras perspektiv
ADHD	→	Adekvat, men dålig impuls kontroll, koncentrationssvårigheter

23

Att fråga "varför" fungerar sällan.
Pröva i stället:

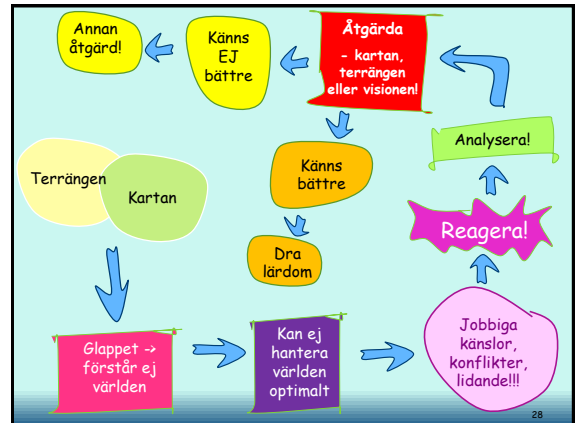
Hur tänker du nu?
Hur tänkte du då?

24



Hjälp patienten orientera sig

1. Överblicka terrängen, dvs skaffa sig en korrekt karta.
2. Ändra det som går att ändra av terrängen.
3. Ha rimliga förväntningar, dvs att önska vad som är uppnåbart.
4. Acceptera att kartan aldrig helt kommer att överensstämma med visionen och att detta inte nödvändigtvis måste leda till negativa känslor.



Min händelsekedja

Extrajobbiga saker idag:

Vad hände nu:

Då tänkte jag:

Då kände jag:

Då gjorde jag:

Resultatet just då blev:

Efteråt kändes det så här:

Så här tror jag att det kändes för.....

Om det händer ofta är det risk att:

Nästa gång kan jag prova att istället göra så här:

Händelsekedja idag	Händelsekedja nästa gång
Extrajobbiga saker idag: <input type="text"/>	Extrajobbiga saker idag: <input type="text"/>
Vad hände nu: <input type="text"/>	Vad hände nu: <input type="text"/>
Då tänkte jag: <input type="text"/>	Då tänkte jag: <input type="text"/>
Då kände jag: <input type="text"/>	Då kände jag: <input type="text"/>
Då gjorde jag: <input type="text"/>	Då gjorde jag: <input type="text"/>
Resultatet just då blev: <input type="text"/>	Resultatet just då blev: <input type="text"/>

Efteråt kändes det så här:

Så här tror jag att det kändes för kompisnen / fröken /...:

Om det här händer ofta är det risk att:

Om jag ändrar mitt beteende vinner jag det här:

Nästa gång är det allra viktigaste det här:

31



Vi har minst tre uppgifter

- Bedöma
- Råda
- Hjälpa

33

Hur kan jag hjälpa patienten

1. med hans lidande?
2. att hjälpa sig själv?

34

Vad är syftet med bedömningen?

1. Avgöra om patienten behöver vård, och i så fall hur snabbt och på vilken nivå. Fordrar *alltid* suicidriskbedömning.
 - Psykiatrisk akutmottagning
 - Psykiatrisk öppenvårdsmottagning
 - Husläkarmottagning
 - Psykolog "på stan" (växa som vuxen, förstå sig själv)
2. Behövs ambulanstransport, polishämtning eller vårdintygsbedömning?
3. Hjälpa av socialtjänsten?
4. Ge tröst och stöd för stunden.
5. Ge råd om självhjälp om så är lämpligt
 - Lästips?
 - "Internetterapi"?
 - Patient- och anhörigförening
6. Motivera patienten till den insats som bedöms lämplig.

35

Vad vill vi veta?

1. Vem är patienten?
2. Har hon kontakt med vården nu, någon att vända sig till?
3. Har hon fått någon diagnos? Tidigare sjukhistoria?
4. Hur mår hon just nu?
5. Vad är det som gör att hon kommer just nu? Har något hänt?
6. Vad är det värsta som skulle kunna hända nu? Vilken är hennes största rädsla/farhåga?

Vad vill vi veta?

7. Vad har hon **själv försökt göra** för att må bättre?
8. **Vad vill hon själv ha nu** - förståelse och tröst, någon att samtala med, goda råd, hembesök, kontakt med akutmottagning eller öppenvård, inläggning?
9. **Vilket stöd har hon runt omkring sig?** Anhöriga, vänner, nätverk?
10. **Finns det en suicidrisk?** Hur stor?
11. **Anhöriga/närståendes uppfattning** om situationen.
12. **Är patienten positiv till tidigare vård och det du föreslår?**

Det viktigaste

1. Samtalet är ibland patientens **första kontakt** med psykiatrin och formar hennes bild av denna.
2. Samtalet är en **del av behandlingen**.
3. **"Play it safe"!**
 - Vi ska inte gissa vad patienten troligast lider av utan se till att patienten får rätt omhändertagande utan risk.
 - **Låt inte uttalade eller uttalade förväntningar påverka dig** (många samtal, snabba samtal, "effektivitet", undvika inläggningar).
 - **Glöm aldrig att värdera suicidrisken** (även om patienten inget säger).
4. **Får du inte hyggligt god kontakt med patienten faller hela bedömningen**
 - En patient som inte upplever att du bryr dig - på riktigt - kommer inte att få ut eller göra något av samtalet.
 - **Ilska och otrevliga patienter har högre självmordsrisk.**

Det viktigaste

5. Vid osäkerhet - **fråga om det finns någon mer du kan få prata med.**
6. **Involvra patienten!**
 - Summera det som framkommit och förmedla din bedömning till patienten.
 - Fråga om du förstått rätt.
 - **Fråga vad patienten själv tycker vore det bästa att göra nu och vilken hjälp han skulle vilja ha.**
7. **Föreslå**, utifrån utfallet av punkt 6, vad du tycker vore den bästa hanteringen och **fråga** patienten vad hon tycker om detta förslag.
8. Om patienten inte är nöjd, **fråga ånyo** vad patienten föreslår och försök hitta den bästa möjliga **kompromiss** som patienten samtycker till.
9. **Gör en överenskommelse med patienten.**
10. **Tacka för besöket och hälsa välkommen åter** (om patienten går hem).

Några svårigheter och risker vid telefonbedömningar

1. Psykiatri och **psykiatrisk bedömning är svårt och vanskligt** även vid optimala omständigheter, dvs fysiskt möte på lämplig plats. Det är inte utan anledning som ett fysiskt besök är normen.
2. **Kontakten med patienten - och vår förmåga att värdera den rätt - är A & O** vid all psykiatrisk bedömning och behandling.
3. **Talar patienten sanning?** Vi behöver alla icke-verbala ledtrådar vi kan få!
4. Vi får vanligen **inget "facit"** som vi kan lära oss av.
5. **Krävande** att göra många bedömningar och skapa kontakt med många människor var dag.
6. **Risk att vi blir emotionellt avtrubbade och "utbrända"** i längden, om vi inte hittar ett sätt att själva få näring av samtalen.

Svårare att värdera patientens uppgifter vid telefonkontakt

- Att bedöma hur en människa mår och hur stor självmordsrisken är kan vara mycket svårt även när man träffar patienten fysiskt. Telefonsituationen gör det än svårare.
- En viktig del av bedömningen är att avgöra huruvida patienten talar **sanning**, eller om hon - kanske inte helt medvetet - förvränger, dissimulerar eller aggraverar.
- Att **värdera** patientens uppgifter är alltså det viktigaste och samtidigt svåraste momentet i bedömningen, och för det behöver vi alla ledtrådar vi kan få - visuella, auditiva, känslomässiga, intuitiva.

42

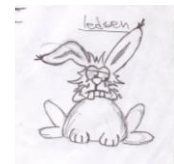
Fler svårigheter och risker

Patienter med depression

- Uppgivna
- Trötta
- Fåordiga
- Ger nedsatt kontakt
- Tror inte att någon bryr sig
- Svårt ta emot hjälp

Patienter med ångest

- Kan prata på
- Svårt att höra hur mycket de lider
- Ofta missförstådda



Ytterligare svårigheter och risker

Patienter med depression eller ångest

- **Koncentrationsproblem**
- **Skäms** och känner sig som en belastning
- Kan vara taggiga, griniga, **aggressiva och otrevliga**
- Har vanligen **negativa vårderfarenheter** i bagaget
- Kan bli **suicidala** som följd av sitt tillstånd, **och vid negativa vårdupplevelser!**
- Vi kan inte "objektivt" registrera hur en annan människa mår utan att samtidigt påverka detta mående på något vis. **Vår bedömningsprocess är en del av behandlingen (liksom bemötandet).**

Hur blir man av att ha en depression?

- Irritabel, arg, arg, arg, lättstött och allmänt överkänslig...
- ...eller likgiltig, uppgiven och självförsunken.
- Självupptagen, krävande och anklagande.
- Okoncentrerad.
- Trött och oföretagsam.
- Skäms och tycker att det vore bäst för alla att man inte fanns eller försvann.

45

"Manlig depression"

- Sänkt stresstolerans
- Utagerande
- Aggressivitet med bristande impuls kontroll
- Antisocialt beteende
- Missbruksbenägenhet
- Depressivt tankeinnehåll
- Oftare suicid
- Sämre insikt om sitt hjälpbehov
- Mer sällan kontakt med sjukvården
- Sämre compliance beträffande olika behandlingsstrategier

46

Situationen i ett nötskal

Patientens utgångsläge

- Plågad
- Olycklig
- Sårbar
- Utlämnad
- Rädd
- Belastning
- "Fel"
- Skam
- Skuld

Vår uppgift

- Hjälpa patienten känna att han är okay ändå
- Minska skuld- och skamkänslorna
- Minska lidandet

Inse själv att det **INTE** handlar om:

Rätt eller fel
Gott eller ont
Moral eller skuld
Svaghet eller styrka
Vilken sorts människa man är

Det handlar om en sjukdom!

Hjälp patienten se att det **INTE** handlar om:

Rätt eller fel
Gott eller ont
Moral eller skuld
Svaghet eller styrka
Vilken sorts människa man är

Det handlar om en sjukdom!

När behöver patienten läggas in?

1. Svårt lidande, **omänsklig situation** att befinna sig i.
2. **Hög självmordsrisk** (hur hög?).
3. **Svårbedömd självmordsrisk?** (Hur stort är "spannet"?)
4. Risk för våld mot annan, dvs "farlighet".
5. Funktionssvikt, **klarar sig inte i boendet**.
 - Får ställas i relation till det stöd patienten har från familj, anhöriga, psykiatri, hemtjänsten och socialtjänsten.
 - Får inte i sig mat.
 - Sover knappt på nätterna.
 - Klarar inte att sköta sin hygien.
 - Klarar inte skötseln av hemmet, betala räkningar etc.
 - Kommer inte ut från bostaden.
 - Super ner sig.

51

När behöver patienten läggas in?

6. Beter sig socialt olämpligt, terroriserar grannar, **riskerar vräkning**.
7. **Utmattade anhöriga**.
8. **Svåra konflikter** med anhöriga.
9. **Uppenbart behov av vård som inte kan ges i hemmet** (ECT, medicinering som patienten vägrar ta etc).
10. Depression
 - Med **depressiva vanföreställningar** eller andra psykotiska inslag.
 - Postpartum.
 - Blandepisod (mixed state).
 - Hopplöshetskänslor.
 - Suicidrisk.
11. **Vissa allvarliga tillstånd** - mani, postpartumpsykos, allvarlig psykos.

52

När behöver patienten läggas in?

- Man behöver alltså klarlägga såväl **symtom** och **lidande** som patientens **funktionsnivå** och **tillgång till stöd och hjälp**.
- "Hur går det för dig hemma nu när du har det så svårt?"
 - "Finns det någon som bryr sig om dig när du mår så här?"
 - "Har du någon som hjälper dig?"
 - "Är det någon som ringer dig ibland?"
 - "Någon du kan ringa?"
 - "Blir dina räkningar betalda?"
 - "Sover du på nätterna?"
 - "Får du i dig mat på dagarna?"

53

Hur bråttom är det?

- Akut inläggning vid**
- **Självmordsrisk**.
 - **Depressiva vanföreställningar** eller andra allvarliga psykotiska inslag som gör att **patienten inte tänker och handlar rationellt**.
 - **Intoxikation**, medicinpåverkad, sluddrar.
 - **Risk för skada på andra**.
 - **Katastrofal social situation**, är i färd med att förstöra sitt liv.
 - **Outhärdlig situation**, **svår hopplöshet**, nattsvart (självmordsrisken är sannolikt hög även om patienten förnekar det).

54

In akut? Några frågor:

1. "Vilken hjälp behöver du **just nu**?"
2. "Skulle du behöva **träffa en läkare** och eventuellt **läggas in på sjukhus just nu**?"
3. "Vilken hjälp behöver du **på litet sikt**?"
4. "Om du väljer att försöka klara dig hemma ikväll, **vad är det värsta som skulle kunna hända om det inte går bra**?"
5. "Har du **människor hemma** som du kan få hjälp av om det blir jobbigt för dig?"

55

In akut? Några frågor:

6. "Nu vill jag ställa min kanske allra viktigaste fråga, och det är jätteviktigt att du verkligen svarar mig precis som du känner det: **Tror du själv att det finns någon risk för att du försöker ta ditt liv om du åker hem just nu**?"
7. "Nu har vi gjort en liten handlingsplan tillsammans, du och jag. **Känns den helt okay med dig**?"
8. "Jag skulle vilja att du lovar mig att ringa eller åka in akut om det blir sämre eller du får mer påträngande självmordstankar. **Kan du lova det**?"

56

Psykiatri eller primärvård?

Hur **brukar** det vara, hur brukar patienten må?

- Om patienten i **vanliga fall** brukar må bra och vara nöjd med livet och sig själv kan hon i normalfallet omhändertas i primärvården. Förutsatt att det inte föreligger suicidrisk eller annan inläggningsindikation.
"Skulle du vara nöjd om du kunde må som du brukar må igen?"
- En patient som säger att det har aldrig varit bra, hon vet inte vem hon är, hela livet har varit ett h-e, hon måste få psykoterapi etc behöver förmodligen psykiatrisk specialhjälp.
"Har du alltid haft det så här svårt?"

57

Den självmordsnära patienten

- om att bedöma och hjälpa patienten

Varje psykiatrisk patient...

...skall betraktas som en potentiell självmordsrisk innan undersökning och bedömning skett!

59

En patient med självmordsrisk...

...skall betraktas som ett akutfall av samma dignitet som kirurgins akuta buk och medicinens hjärtpatient, och är alltså i behov av akut omhändertagande!

60

Två "typer" av självmord

Rationella/"filosofiska"

- ovanliga
- svårbedömt - även suicid hos t ex svårt cancersjuk patient ter sig ofta irrationellt
- ibland politiskt motiv

Kaotiska

- nästan alla suicid sker under inflytande av psykisk störning, ffa depression, missbruk, personlighetsstörning och krisreaktioner
- nedstämdhet, förtvivlan och hopplöshet föreligger nästan alltid

61

Grad av suicidal intention

Ingen dödsönskan,
rop på hjälp,
kommunikationsmetod

Absolut dödsönskan,
ser ingen utväg, vill
bara dö



Ambivalens!

Var i processen?

Grad av suicidal avsikt?

Syfte? Kommunikation? Apell? Aggressivitet?

Vilka alternativ finns?

62

Suicidtankar blir till slut en dålig vana

- Depressionen efterlämnar ett "ärr". En associationstendens mellan de psykiska processerna - tänkande, kännande, minne, hopplöshet - är upparbetad och **aktiveras vid påfrestningar**.
- Samma sak med de **suicidala tankarna/processerna** som reaktiveras vid humörsvängningar eller nya depressionsepisoder.

63

75-90 % av alla suicid har sin bakgrund i depression, alkoholism eller stress/ krisreaktioner

64

Självordsrisk vid depression

De flesta med depression har suicidtankar och ökad suicidrisk



Utgå från att en deprimerad patient är suicidbenägen tills han/hon övertygat dig om att så inte är fallet



Fråga alltid!

Våga fråga

- Var inte rädd för att fråga om dödsönskan och självmordstankar.
- Patienten vill oftast skona oss från att höra.
- Gör det möjligt för patienten att svara ärligt.

66

The deepest hunger of the human soul is to be understood.

Stephen R Covey

En "suicidriskbedömning" är aldrig bara en bedömning!



Varje samtal inverkar ofrånkomligen på patientens grad av suicidalitet. Frågan är inte OM du ska påverka denna risk, utan I VILKEN RIKTNING!

68

Patienten som "suicidhotar"...

... är kanske suicidal!

- Att patienten har misslyckats med ett antal suicidförsök tidigare är inte anledning att ta dagens suicidtankar på mindre allvar.
- Det är ju tänkbart att patienten kommit fram till att självmordshot är enda gångbara valutan i vissa vårdkontakter...
- ... men du är inte Gud och kan inte läsa andras tankar!
- Om patienten säger sig ha suicidavsikter så utgå från att det stämmer, om du inte på mycket goda grunder är övertygad om att patienten inte är suicidnära.
- Handlägg därför patienten efter den "högsta" suicidrisken som synes kunna föreligga. I dessa situationer får patienten "stå sitt kast".

69

"Hon är bara ensam"

Att vara ensam är inte så "bara". Snarare är ensam det jävligaste en människa kan vara.



Ta ensamheten på allvar och försök *hjälpa* patienten med den.



70

"Hon är bara ensam"

- Att vara ensam är inte så "bara"!
 - Snarare är ensam det jävligaste en människa kan vara.
 - En deprimerad människa känner sig ensam t o m när hon inte är det. Det ligger i sjukdomens natur.
 - Att få höra att man "bara är ensam" när man är deprimerad är extremt invaliderande.
 - Man kan inte säga att patienten å ena sidan har sin depression och å andra sidan sin ensamhet. De upplevs som samma sak.
 - Ensamhet försämrar tillståndet och prognosen.
 - Ensamhet ökar faktiskt behovet av professionellt omhändertagande.
 - Ensamhet dödar.
- Ta ensamheten på allvar och försök *hjälpa* patienten med den.

71

En patient med självmordstankar behöver krisintervention

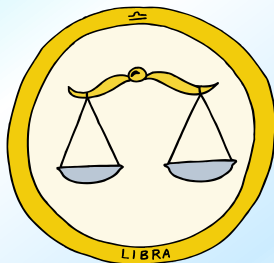
Självmord är patientens lösning på ett "olösligt" problem.

Hjälp honom finna en bättre lösning (eller att acceptera att problemet inte är ett "problem" utan ett villkor han måste lära sig leva med).



72

Att hjälpa den självmordsnära patienten



73

Det suicidala rummet

Överlagt trots
känd bakgrund

När inte andra

"Vill leva,
men inte så här"

kaos
hopplöshet
isolering
ångest
ambivalens

Svartsyn och
tunnelseende

Driver handlandet,
påskyndar

Tack till Bo Runeson för bilden!

74



- ### Några svårigheter
- Dålig kontakt i samtalet
 - Patienten dissimulerar
 - Egen osäkerhet
 - Egen okunskap
 - Psykiatrins resurser och tillgänglighet
- 76



- ### Professionell stödterapi
- **Information** och utbildning om tillståndet.
 - **Empati och stöd.**
 - **Härbärgera** patientens plågsamma känslor.
 - **Avdramatisera** och lugna.
 - **Inge hopp** (men undvik överdriven hurtighet).
 - **Motivera** till att ta emot behandling.
 - **Hjälpa med problemlösning** och hanterande av praktiska problem.
 - Finns **utlösande faktorer** eller försämrande omständigheter som kan åtgärdas?
 - **Hjälpa patienten ta avstånd** från depressiva skuld-känslor och vanföreställningar.
- 78

1. Kunskap
 2. Professionell behandling
 3. Egenvård (= ett klokt liv)
 - Lära om
 - Aktivering
 - Motion
 - Kost
 - Slappna av
 - Gemenskap
 - Kärlek
 - Mening
 - Humor
 - Alkohol
 - Jobbet
 4. Effektivt tänkande
- 79

- Det allra viktigaste du kan göra själv är att **ta emot och fullfölja** föreslagen, vetenskapligt dokumenterad, behandling
- Psykoterapi
 - Antidepressiva läkemedel
 - Elbehandling
- 80

Psykoterapi vid depression

- > Oavsett terapityp uppnås framgång först om patienterna **återupptar aktiviteter** som var normala eller lustfyllda före depressionen.
- > Mest stöd för effekt finns för **beteendeterapi**, **kognitiv terapi** eller en kombination av dessa.

SBU

81

Vad fungerar verkligen?

1. Lära sig att kritiskt granska och ifrågasätta de depressiva tankarna.
2. Planera in trevliga aktiviteter som skingrar tankarna.

82

Vad du kan göra själv - handling

- ❖ **Planera ditt dagliga schema.** Gärna lista med dagliga aktiviteter.
- ❖ Ta itu med svårare uppgifter genom att skriva ned de olika delmomenten och genomför sedan **ett steg i taget**.
- ❖ **Skriv ned** vad du faktiskt gjort och klarat av.

83

Ett gott liv, minikursen: vad får mig att må bra?

Bra saker	Dåliga saker	Bra människor	Dåliga människor

SDRN ©2008 BY GILL ROSSHECHEN

Lathund för dig som mår akut dåligt

1. Aktuell situation.
2. Vad jag behöver för att må bra (sömn, motion, umgänge, struktur osv).
3. Saker jag mår sämre av och därför ska minska på.
4. Kedjeanalys.
5. Andningsövningar.
6. Krisfärdigheter.
7. Medveten närvaro.
8. Rättighetsformulär.
9. Skäl att leva.
10. Livets höjdpunkter.
11. Upptäck och sätt stopp på försämring tidigt.
12. Gör ett veckoschema.



Tack till överläkare Margareta Siden, NSPI

Korreakta principer är som fyror

We shall never cease from striving,
and the end of all our striving will
be to arrive where we began and to
know the place for the first time.

T S Eliot



Tack för intresset!

Michael och Veronica Rangne
Maj 2011