

60-årig man som kommer till medicinakuten

En 60 årig man kommer till medicinakuten efter intoxication i självmordssyfte. Det som framkommer är att patienten har en ordnad social situation. Arbetar som tandläkare. Gift i gott äktenskap sedan 30 år tillbaka. Har två vuxna söner från ett tidigare förhållande, god kontakt med dessa. I bakgrunden framkommer alkoholöverkonsumtion sedan kanske sex månader tillbaka, vilket hustrun uppfattar som ett problem. Patienten dricker kanske en halv flaska vin 4-5 dagar/vecka men neget medicinska komplikationer, abstinens, merbegär och kontrollförlust.

För två månader sedan ertappades patienten med snatteri på ett varuhus, trots god ekonomi. Han har skämts för det inträffade sedan dess och känt tilltagande nedstämdhet och haft svårt att riktigt glädjas. Han har grubblat och ältat, sovit oroligt, upplevt sänkt självkänsla men intakt aptit.

Dagen före inkomsten till medicinakuten blev patienten åter ertappad med snatteri, denna gång på Systembolaget i alkoholpåverkat tillstånd. Han hade dessutom observerats köra bil till Systembolaget varför han nu tror att han har rättegång att vänta både för snatteri och för rattfylleri. Pat berättar att denna nesa var mer än vad han stod ut med varför han beslöt att ta sitt liv. Han hade dessförinnan inte haft några mer påtagliga självmordstankar. Han skrev ett avskedsbrev och tog sedan ett större antal värktabletter varefter han somnade. Hustrun upptäckte emellertid att han sov längre än han brukar på morgonen, skakade liv i honom, fick veta vad som hade hänt och tog honom till medicinakuten.

Psykiskt status: Ger mycket fin kontakt. Kanske något sänkt grundstämning. Nedsatt mimik. Depressivt präglad tankeinhåll med mycket skamkänslor. Vill fortfarande dö. Ambivalent till psykiatrisk vård på sjukhus, accepterar däremot öppenvårdskontakt.

Föreslå tre i sammanhanget relevanta diagnoser som tillsammans skulle kunna förklara/bidra till händelseutvecklingen

1. *Krisreaktion/maladaptiv stressreaktion*
2. *Depression*
3. *Alkoholmissbruk (uppenbara komplikationer i form av snatteri och rattonykterhet)*

Hur skulle du vilja förstå/förklara patientens plötsliga allvarliga självmordsförsök?

Det är inte alls ovanligt att människor i situationer av upplevd vanära, förnedring eller kränkning reagerar kraftigt på den skam de upplever, och känner att de inte orkar leva vidare med den skammen och de följer i form av t ex rättegång som väntar, och att vederbörande därför inte ser någon annan utväg än självmord. I detta fall synes det vara upplevelsen av vanära som i högre grad än depressionen drivit patienten till hans självmordsförsök.

Föreslå ett lämpligt behandlingsupplägg för denna patient akut och på sikt.

P g a kvarstående självmordsrisk bör patienten läggas in på sjukhus, frivilligt eller om nödvändigt med stöd av LPT. Initialt fördjupad anamnesupptagning även via hustrun samt labprover med avseende på främst alkoholmarkörer. Om uppgifter framkommer som talar för ett allvarligt alkoholproblem kan det vara befogat att avvakta med insättande av antidepressiva ett par veckor för att dels se om det utvecklas någon abstinens men också då en del depressiva syndrom kan avklinga spontant efter 3-4 veckors avhållsamhet även utan behandling med antidepressiva läkemedel. Om det visar sig att alkoholproblemet inte är särskilt stort eller dominerande kan tänkas att man redan inom ett par dagar insätter antidepressivt läkemedel. Redan vid inläggningen ställningstagande till behovet av ångestdämpande och sömngivande läkemedel. Patienten bör erhålla information om sitt tillstånd och om den behandling han får. Han behöver också samtalsstöd med initial fokusering på att hantera och tona ner den skam och vanära han upplever. När patienten är så pass förbättrad att suicidrisken är överstånden bör han skrivas ut till psykiatrisk öppenvårdsmottagning, alternativt specialiserad beroendemottagning, för fortsatt uppföljning med läkemedel och stödsamtal.

Michael Ragne, 1998