

"Förödande att skilja på beroendevård och psykiatri"

Kopplingen mellan missbruk och psykisk ohälsa är tydlig. Ändå är skotten mellan psykiatri och beroendevård i det närmaste vattentäta. Psykologkåren måste ta sitt ansvar och se till att vi kan erbjuda vård som tar hänsyn till hela människan. Enligt *Statens Missbruksutredning 2011* har mellan 30 och 50 procent av de som söker vård för missbruk eller beroende prevalens för psykiskt sjukdom.

Omvänt har mellan 20 och 30 procent av dem som söker vård för psykisk ohälsa missbruks- och beroendeproblematik. Ofta handlar det om en samsjuklighet där det skadliga bruket är ett symptom på en underliggande diagnos som ångest eller depression.

"Psykologkåren måste ta sitt ansvar och erbjuda vård som tar hänsyn till hela människan"

Som psykolog och klinisk chef på Alna märker jag dagligen i kontakten med andra psykologer och psykoterapeuter att motståndet mot att jobba med beroendefrågor är stort. Beroendeproblematik kräver förvisso kunskap och specifika ar-

betsmetoder, men jag befarar att mycket hänger samman med en förhärskande attityd bland psykologer. Man vill inte jobba med beroendefrågor för att det är svårt, har dålig behandlingsprognos och låg status.

Denna inställning gör i sin tur att personer med beroendeproblematik inte får vård förrän deras missbruk drivit dem till total misär och blivit svårbehandlat. Självklart blir chanserna för tillfrisknande då betydligt sämre än om de fått vård i ett tidigt skede.

Hur har vi hamnat i detta läge? Självklart har politikererna ett stort ansvar eftersom de ritar upp själva organisationen av vården. Det handlar också om brister i psykologutbildningen, där inslagen av missbruksproblematik är försvinnande få, vilket grundar för inställningen att missbruksproblematik inte hör hemma inom psykiatrin. Beroende, skadligt bruk och behandling av dessa diagnoser behöver alltså flytta in i psykologutbildningen och inte bara figurera som gästinslag.

Samtidigt behövs en attitydförändring bland oss psykologer och psykoterapeuter som redan är utbildade och inne i arbetslivet. Förutom att hantera frågor om ångest



och depression, där de flesta kliniska psykologer känner sig hemma, måste det vara vårt ansvar att känna igen tidiga tecken på skadligt bruk. Med all sannolikhet har 20 till 30 procent av klienterna en missbruksproblematik som inte kommer fram i dag.

Vi måste våga ställa frågor om klientens riskbruksbeteende, förstå hur vi ska tolka svaren och vilka behandlingsmetoder som ger bäst utfall. Med tanke på den höga samsjukligheten är det nedslående att tänka

på hur många klienter som behandlas för ångest eller depression som idag får lämna terapirummet utan att man över huvud taget har berört frågor om eventuella beroendebeteenden som hindrar tillfrisknandet.

När vi psykologer duckar för beroendeproblematiken hänvisar vi i stället drabbade personer till socialarbetare, alkohol- och drogterapeuter, som inte rimligen har utbildning att ställa diagnos om den underliggande orsaken till missbruket. Följden blir att patienterna bollas fram



FOTO: COLOURBOX

och tillbaka mellan beroendevården och psykiatrin.

Vi kan inte längre fortsätta att skilja på psykiatri och beroendevård då det är uppenbart att de två intimt hör samman. Det får inte vara så att man som psykolog kan blunda för varningssignaler hos sina klienter eller välja bort personer med beroendeproblematik bara för att det verkar krångligt och svårt.



MOA MINISCHETTI
Psykolog och klinisk chef på Alna