

självständighet härvidlag kan vara fördande [9-11].

Rolland har beskrivit att vid akut sjukdom så mobiliseras sammanhållande/centripetala krafter i familjen; man bilägger gammalt groll och ökar engagemanget för sin familj [12]. Många av de drag som tillskrivs den psykosomatiska familjen kan i själva verket vara adaptativa när ett barn har en kronisk sjukdom, särskilt »insnrjdhet» och »rigiditet» [13].

Man kan undra hur det kommer sig att Minuchins beskrivning utifrån tre patientfall fått en så oerhört stark genomslagskraft. Det tycks vara något mycket förförande i modellen som gör att man fortsätter att lära ut den, trots att det empiriska stödet är så magert.

Den stora förtjänsten med »den psykosomatiska familjen» är att det är den första genomarbetade modellen för samband mellan interpersonella relationer och individuell, fysiologisk reaktivitet. Men kreativa idéer från en begåvad forskargrupp borde prövas och vidareutvecklas, inte behandlas som en absolut sanning.

Ett annat problem med »den psykosomatiska familjen» är också själva termen. Dels utsäger själva begreppet något om etiologin till sjukdomen, dels hör sjukdomssymtom till en individ, inte en grupp individer, annat än i överförd bemärkelse.

Dessutom anses det ju alltmer vara diskriminerande att använda sjukdom som adjektiv. Man är inte sin sjukdom, man har en sjukdom. I analogi med att det inte finns diabetiker eller schizofrena, men väl personer med diabetes eller schizofreni, så borde vi lära oss undvika att använda psykosomatisk som adjektiv för att kategorisera familjer.

Referenser

1. Minuchin S, Baker L, Rosman B, Liebman R, Milman L, Todd T. A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Arch Gen Psychiatr* 1975; 32: 1031-8.
2. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. *Psychosomatic families*. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1978.
3. Olson DH. Circumplex model of marital and family systems I. Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. *Fam Proc* 1979; 18 (1): 3-28.
4. Cederblad M, Gustafsson PA, Lundin B. CRS – clinical rating scale of family interaction developed by David Olson: Evaluation and revision. I rapport No 8, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken Linköping, 1987.
5. Stierlin H, Wirsching M. *När familjen är sjuk*. Stockholm: Natur och Kultur, 1987.
6. Burbeck RW. An empirical investigation of the psychosomatogenic family model. *J Psychosom Res* 1979; 23: 327-37.

7. Meijer AM, Oppenheimer L. The excitation-adaptation model of pediatric chronic illness. *Fam Proc* 1995; 34: 441-54.
8. Garralda ME. Somatisation in children. *J Child Psychol Psychiatr* 1996; 37 (1): 13-33.
9. Follansbee DS. Assuming responsibility for diabetes management: What age? What price? *Diabetes Educ* 1989; 15: 347-53.
10. Fonagy P, Moran GS, Lindsay MKM, Kurtz AB, Brown R. Psychological adjustment and diabetic control. *Arch Dis Child* 1987; 62: 1009-13.
11. Wysocki T, Taylor A, Hough BS, Linscheid TR, Yeates KO, Naglieri JA. Deviations from developmentally appropriate self-care autonomy. *Diabetes Care* 1996; 19 (2): 119-25.
12. Rolland JS. Chronic illness and the life cycle: a conceptual framework. *Fam Proc* 1987; 26: 203-21.
13. Wood BL. Beyond the »psychosomatic family»: a biobehavioral model of pediatric illness. *Fam Proc* 1993; 32 (3): 261-78.

KORTKLIPP



Kan kalciumblockerare öka risken för suicid?

Enligt en ny svensk studie kan behandling med kalciumblockerare möjligen öka risken för suicid, kanske beroende på att medlen har en depressiv effekt (*BMJ* 1998; 316: 741-5). Detta har tidigare antytts av fallrapporter och en epidemiologisk studie.

Forskarna fann samband mellan förbrukningen av sju kardiovaskulära läkemedel och dödligheten i suicid i 152 kommuner, dock inte för ACE-hämmare. Efter korrigering för variationer i hjärt-kärlsjuklighet kvarstod sambandet endast för kalciumblockerare. Detta bekräftades i en undersökning av risken för självmord i en kommun, bland 617 som använt kalciumblockerare och 2 780 som tagit sju andra preparat. Flera felkällor kan ha snedvridit resultaten.

»Kalciumblockerare vid hypertoni – osäkerheten kvarstår», är slutsatsen i en ledare i *New England Journal of Medicine*, som redovisar resultaten av fem års behandling med den långtidsverkande kalciumblockeraren nisoldipin respektive ACE-hämmaren enalapril. I studien ingick 470 patienter med icke insulinberoende diabetes och hypertoni (1998; 338: 645-52, 679-81).

Sedan 25 patienter som behandlats med nisoldipin fått hjärtinfarkt mot 5 i enalaprilgruppen avbröts den jämförande studien. Rönens hållbarhet måste prövas i andra studier, eftersom denna i första hand planerats för att undersöka komplikationer till diabetes vid måttlig respektive intensiv kontroll av blodtrycket.

Idag bör man föredra ACE-hämmare och diuretika i låg dos för att förebygga kardiovaskulära komplikationer hos hypertoniker med diabetes, konkluderar en ledare i *Lancet* (1998; 351: 689-90).

Svaga studier om demens och östrogensubstitution

Det finns plausibla biologiska mekanismer genom vilka östrogen skulle kunna förbättra kognitionen och minska risken för demens. De publicerade studierna av postmenopausal substitution är dock så dåliga och har gett så motsägelsefulla resultat att man idag inte kan rekommendera östrogen för att förebygga eller behandla Alzheimers sjukdom eller andra former av demens. Det är slutsatsen av en metaanalys av de tio bästa studierna på området (*JAMA* 1998; 279: 688-95).

Yngve Karlsson, Läkartidningen