

noiskt. Eller tänker sig Pählman/Raab att en cancertumörs biologiska aktivitet ökar när buksnittet blir mindre?

Dessutom är vi empiriskt arbetande Erstakirurger mycket intresserade av att få referensangivelse till den randomiserade studie som påvisat signifikant mindre postoperativ smärta vid horisontella än vid vertikala snitt vid kirurgi på högerkolon. För rekommendationen att använda tvärsnitt kan väl inte

bara vara ett rent tyckande från Uppsala-lakliniken?

Johannes Järhult
docent, klinikchef,
Stefan Fürstenberg
överläkare,
Sven Goldman
docent, överläkare,
Mikael Machado
bitr överläkare,
samtliga Mag-tarmcentrum,
Ersta sjukhus, Stockholm

Replik:

Randomiserade försök ultimata målet

Innan polemiken rörande vår medicinska kommentar »Minilaparotomi vid kolonkirurgi» blir alltför oöverskådlig vill vi först klargöra följande. Redaktionen för Läkartidningen bad oss att skriva en medicinsk kommentar med titeln »Minimalinvasiv kirurgi vid koloncancer» med anledning av Erstakirurgernas artikel. Därav vår diskussion om laparoskopisk kirurgi. Någon direkt jämförelse mellan laparoskopisk kirurgi och minilaparotomi har vi ej gjort och har ej heller haft för avsikt att göra.

Vår huvudsakliga kritik mot Erstakirurgernas artikel är den man alltid måste ha vid dylik rapportering. Vid jämförelser av olika material, oavsett om de är insamlade prospektivt eller retrospektivt, kommer man aldrig ifrån faktorer som selektion m m. Följaktligen kan bara valida data hämtas från randomiserade försök när två olika behandlingsmodeller skall jämföras. Effektivitetsvariabeln i en sådan studie måste vara överlevnaden i cancersjukdomen. Vi har noterat att det förefaller som om de onkologiska principerna kan vidmakthållas vid minilaparotomier, vilket också har hävdats efter laparoskopisk kirurgi för cancer, om hänsyn enbart tas till antalet resecerade lymfkörtlar samt möjligheterna till mikroskopisk och makroskopisk radikalitet. Vår kritik kvarstår dock att detta bara kan visas i randomiserade studier där den viktigaste parametern att studera är canceröverlevnad. Trots allt kan ju inte snittets

längd och tidig hemgång vara eftersträvarsvårt om man inte botas från sin cancer.

Avslutningsvis några kommentarer till de två sista styckena i Erstakirurgernas genmäle. Varför görs jämförelsen 15–25 cm långa snitt mot 5–10 cm? Det måste väl gå att utföra samma ingrepp med lika långt snitt oavsett hur det läggs i bukväggen?

Beträffande kommentaren om »rent tyckande» från vår sida rörande snittföring kan vi meddela att vi ej stöder oss på randomiserade studier utan snarast på kirurgisk empiri men framför allt anatomisk kunskap. Medellinjensnitt läker sämre och har därmed högre risk för ärrbräck. Att smärtan ökar vid vertikala snitt beror på att flera nerver måste delas, eftersom snittet ej följer dermatomen vilket horisontella snitt gör. Baserat på dessa antaganden får patienter opererade med ett horisontellt snitt nedom naveln, ovanför linea semilunaris, mindre smärta och läkningsbetingelserna är bättre. Trots allt måste man ibland förlita sig på empirin, vilket vi förstått att våra Erstakollegor gör, även om det randomiserade försöket är det ultimata målet för att nå sanningar inom klinisk forskning.

Lars Pählman
universitetsläkare, överläkare,
Yngve Raab
med dr, tf överläkare,
kirurgiska kliniken,
Akademiska sjukhuset,
Uppsala

Nyare terapiformer måste respekteras

I artikeln »Psykiatris tre kärlekar. Alla behövs för att möta mänskligt psykiskt lidande» (Läkartidningen 14/98) framhåller författarna Clarence Crafoord, Lars Jacobsson och Marie Åsberg med rätta psykiatris behov av ett integrerat synsätt. De »kärlekar» som skulle behöva ligga till grund för en integrerad psykiatri anges vara en grundsyn utifrån biomedicinsk, socialpsykiatrisk och psykodynamisk synvinkel – inte psykologisk eller mer generell psykoterapeutisk.

Sigmund Freud upptäckte som den förste att systematiska samtal kan ha en läkande inverkan på psykiskt lidande. Som ett försök att förklara denna effekt formulerade han en lång rad tankegångar, vilka han sammanfattade som »metapsykologi» eller »psykoanalysens spekulativa överbyggnad» (S Freud, *Selbstdarstellung*).

I sin artikel avstår författarna från att befatta sig med andra terapiformer än den psykodynamiska. Dennas särställning som den första av mer genomtänkta terapiformer ger dock knappast rätten att förtiga att även andra terapiinriktningar sett dagens ljus, vilka också kan fungera som en psykologisk grundval i en integrerad psykiatri. Detta gäller t ex kognitiv terapi och beteendeterapi. Dessa bygger inte alls på psykodynamiska teorier. Den kognitiva terapin uppstod rent av som en konkret följd av att psykodynamiskt välutbildade terapeuter vänt de psykodynamiska teorierna och metoderna ryggen. De hade funnit att bl a depressionspatienter inte alls tycktes ha någon avgörande nytta av den tidigare terapin.

Effektforskarna

Beträffande effektutvärdering vid psykoterapi hävdade den psykodynamiska inriktningen länge att effektforskning var både omöjlig och onödig. Både kognitiv terapi och beteendeterapi har dock redan från början lyckats utmärkt med att visa hur pass effektiva vissa terapiformer är vid skilda störningar. Detta har kunnat visas i kontrollerade studier, bl a jämfört med farmakoterapi.

I en problematisk passus gör författarna gällande att en speciell etisk dimension skulle vara särskilt kännetecknande för ett psykodynamiskt synsätt.

Under historiens lopp har företrädare för skilda ideologier, såväl religiösa som politiska, hävdad den egna åskådningens etiska överlägsenhet. Dessa ideologier har inte sällan utmynnat både i en allmän oförsonlighet och i allvarliga kränkningar av humanistiska värderingar och individers integritet.

Beträffande psykoterapi har under större delen av vårt århundrade USA le-

gat något decennium före utvecklingen i Sverige.

I USA har kognitiv terapi och beteendeterapi alltmer vunnit terräng på den psykodynamiska terapins bekostnad. Inget talar emot en likartad utveckling även i Sverige.

Företrädarna för psykodynamisk terapi måste rimligtvis ge upp sitt anspråk på monopol på det psykologiska eller

psykoterapeutiska fundamentet i modern psykiatri. Man måste vara beredd att visa respekt för och ge plats åt nyare terapiformer. Om inte annat så för att bevara trovärdigheten hos den egna inriktningen.

Bengt Artén

överläkare, specialist i psykiatri,
leg psykoterapeut,
Mölnal

Psykoterapi kan påverka reumatoid artrit

I Läkartidningen 11/98 skriver Ralph Nisell och medarbetare [1] att psykosociala faktorer kan ha betydelse vid reumatoid artrit. Vi vill här tillägga att nyare studier indikerar att även sjukdomsförloppet kan påverkas.

Modern experimentell psykoneuroimmunologi beskriver psykosomatiska samband vid reumatoid artrit och andra sjukdomar med åtminstone delvis autoimmun genes [2]. Härigenom öppnas intressanta möjligheter till forskning om psykoneuroimmunologins kliniska signifikans [3]. Ett försök att påvisa sådan effekt har gjorts i avhandlingsarbetet »Psychological processes in somatic disease» [4]. Forskningshypotesen var att om psykoterapi till bl a patienter med reumatoid artrit kan leda till att patienterna kan förstå och bättre hantera sin livssituation så att deras psykiska stress avtar kan detta leda till att även den reumatiska sjukdomsaktiviteten avtar. Den viktigaste studien omfattar 15 konsekutiva patienter med reumatoid artrit. De fick psykodynamiskt orienterad insiktsterapi en gång (60–90 minuter) i veckan, som regel under 3–4 år.

Under en detaljstuderad 4-årsperiod, som innefattade terapiperioden, konstaterades i gruppen signifikant samband mellan förloppet av patienternas psykiska tillstånd och det reumatiska sjukdomsförloppet. Före terapin kunde 8 av 15 patienter förvärvsarbeta, efter terapin arbetade alla 15.

I en annan studie i samma avhandling [4] följde man upp tolv patienter som 20 år tidigare behandlats med fasta och laktovegetarisk kost med flera temporärt goda resultat men de fick snart

recidiv. Alla tolv erbjöds då att på försök delta i psykodynamisk insiktsterapi. Fem var villiga att delta. Var och en av dessa fem kunde parvis matchas för funktion i dagligt liv med en av dem som ej ville delta.

Sänkan hos dem som deltog i terapin var i genomsnitt lika hög som hos deras matchade kontroller (51 respektive 50 mm när de ej tog steroider).

Fyra av de fem fullföljde psykoterapi i ca 3–4 år. En avbröt efter 1 1/2 år. Hennes psykiska trauma var för svårt, hon orkade inte fortsätta.

Samtliga fyra som fullföljt psykoterapin kunde arbeta och förde ett normalt liv efter 20 år. Den som avbröt psykoterapin försämrades och avled 13 år senare vid 51 års ålder. Av de fem som ej deltog i psykoterapin var efter 20 år en helt rullstolsbunden. Två kunde inomhus förflytta sig sakta med kryckkäppar, men utomhus måste de köras i rullstol. En var död. Endast en kunde föra ett normalt liv. Det var en kvinna som led av depressionsperioder. Depression kan ha en immundepressiv effekt och därigenom dämpa den reumatiska sjuk-

domsaktiviteten [5]. Utförliga fallbeskrivningar finns i originalarbetet.

Noomi Elander Lindberg

med dr, leg psykolog, leg psykoterapeut, leg sjuksköterska, praktiserande psykoterapeut,

Erik Lindberg

med dr, fil kand, leg läkare, specialiserad i reumatologi, yrkesmedicin, Stocksund

Referenser

1. Nisell R, Arnér S, Ekblom A, Hansson P, Lindeberg T, Németh T et al. Smärtanalys vid reumatiska sjukdomar. Läkartidningen 1998; 95: 1130-9.
2. Solomon GF. Psychoneuroimmunology: Interactions between central nervous system and immune system. J Neurosci Res 1987; 18: 1-9.
3. Ader R, Cohen N, Felten D. Psychoneuroimmunology. Interactions between the nervous system and the immune system. Lancet 1995; 345: 99-103.
4. Elander Lindberg N. Psychological processes in somatic disease. Stockholm: Karolinska Institutet, 1997.
5. Alexander C, McFarlane MB, Brooks PM. Psychoimmunology and rheumatoid arthritis. In: Salomon W, ed. Psychiatry in medicine. Amityville: Baywood Publishing, 1997: 307-22.

Replik:

Fortsatta studier efterlyses

Att psykologiska och sociala faktorer har betydelse för upplevelse av smärta och för smärtbeteende vid reumatiska sjukdomar, liksom vid andra sjukdomstillstånd, föreligger det förmodligen inget större tvivel om. I vår

artikel om smärta vid reumatiska sjukdomar (Läkartidningen 11/98) tar jag och medarbetare upp olika aspekter av smärtproblemet hos reumatiker.

Att som Noomi Elander Lindberg hävda att sjukdomsförloppet vid reu-