Redaktör: Christina Kjellberg Tel: 08-790 34 82

All heder åt den randomiserade kontrollerade studien!

Tre inlägg avseende neurokirurgi vid extremt svåra tvångssyndrom (Susanne Bejerot, Per Mindus och medarbetare, och Hans Ågren i Läkartidningen 45/98) ger anledning till några mer allmänna kommentarer.

Tvångssyndromens behandlingsbarhet

Såväl klomipramin som flera SSRI-preparat är godkända på denna indikation, och beteendeterapi/kognitiv beteendeterapi har visats effektiva i åtskilliga studier. Likväl torde det inte vara någon tvekan om att många patienter bara får begränsad symtomlindring och en mindre grupp ingen hjälp alls av dessa etablerade behandlingar.

Urvalskriterier för neurokirurgisk behandling

Vad som inte framgått av de olika inläggen är att psykiatrisk kirurgi alltid bygger på frivillighet och ett aktivt önskemål från patienten.

Kriterierna för operation har ändrats över tid. Huruvida patienter med samtidig annan psykisk störning tidigare accepterades för operation förefaller oklart. Har sjukdomsgraden ökat?

Görs kirurgi som tillägg till pågående behandling eller har sådan avslutats på grund av ineffektivitet? Hur ser den postoperativa behandlingen ut?

Såväl Bejerot som gruppen på Karolinska sjukhuset framhåller behovet av en jämförande studie med randomisering och placebogrupp. I en cross-over design får alla strålbehandling men genom randomisering skall hälften först få placebobehandling. Hur lång tid skall förlöpa mellan de båda sessionerna? Hur skall man bevara blindningen med tanke på de vanligen förekommande akuta effekterna av strålning? Hur stora grupper behövs för att man skall kunna dra säkra slutsatser?

Eftersom tvångssyndrom i vissa studier [1, 2], men inte i andra [3], har relaterats till blodflödesabnormiteter i distinkta hjärnregioner, och blodflödet i en studie [4] normaliserats efter behandling, borde blodflödesmätningar med PET eller SPECT inkluderas.

Randomisering är sällan fel!

Med all respekt för klinisk erfarenhet finns det likväl empiriskt stöd för att denna ofta är felaktig. De flesta behandlingar inom sjukvården har endast måttliga effekter.

I många fall uppnås dessa dessutom bara efter en längre tids behandling. British Medical Journal, 31 oktober 1998, ägnades nästan fullständigt åt de kontrollerade kliniska prövningarnas historia och fortsatt centrala roll. Nästan inga av dagens läkemedel skulle varit tillgängliga utan randomiserade studier.

Utan att förringa de svårigheter som finns med att genomföra randomiserade och blinda studier av kirurgiska behandlingar kan man bara konstatera att finns intresset och viljan så går det att genomföra. Kirurgernas skiftande skicklighet och erfarenhet kan utjämnas om tillräckligt stort antal behandlare deltar, eller man betraktar behandlaren eller kliniken som randomiseringsenhet. Blindningen kan lösas med hjälp av oberoende skattare av resultaten.

SBU anser allmänt att kontroversiella eller otillräckligt dokumenterade behandlingar bör studeras i randomiserade, kontrollerade prövningar.

Sten Thelander
psykiater,
projektsamordnare SBU

Referenser

1. Breiter HC, Rauch SL, Kwong KK, Baker JR, Weisskoff RM, Kennedy DN et al. Functional magnetic resonance imaging of symptom provocation in obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry 1996; 53: 596-606.
2. Rauch SL, Savage CR, Alpert NM, Dougherty D, Kendrick A, Curran T et al. Probing striatal function in obsessive-compulsive disorder: a PET study of implicit sequence learning. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1997; 9: 568-73.
3. Aylward EH, Harris GJ, Hoehn-Saric R, Barta PE, Machlin SR, Pearlson GD. Normal caudate nucleus in obsessive-compulsive disorder assessed by quantitative neuroimaging. Arch Gen Psychiatry 1996; 53: 577-84.
4. Perani D, Colombo C, Bressi S, Bonfanti A, Grassi F, Scarone S et al. [18F] FDG PET study in obsessive-compulsive disorder. A clinical/metabolic correlation study after treatment. Br J Psychiatry 1995; 166: 244-50.

Ge psykoterapeutisk behandling i stället för förlamande sjukskrivning

I Läkartidningen 26-27/98 skriver Lars Englund i sin debattartikel »Inget samband mellan sjukdom och sjukskrivning» att sjukskrivning har tappat sin roll som medicinsk ordination och blivit en rättighet som patienten själv kvitterar ut. Det är en utveckling som, handen på hjärtat, vi lite till mans anade.

Vidare ställer sig Lars Englund frågan om sjukskrivning ska ordineras vid t ex emotionell oro, otrygghet, nedstämdhet eller dåligt självförtroende. Vi får inget svar på den frågan i artikeln, men i följande text vill jag ge Lars Englund ett svar, belyst genom synen på förhållandet psykoterapi och sjukskrivning.

Behöver hjälp akut

Patienter som ofta behandlas med sjukskrivning tillhör en patientgrupp som befinner sig i ett akut hjälpbehov av psykoterapi. I min kliniska erfarenhet har flertalet av dessa personer svårigheter som i facklitteraturen kallas borderlinestrukturerad personlighet. De är människor som i hela sitt vuxna liv burit på en emotionell konflikt av en svårare art men en konflikt som har förträngts och kapslats in under 20–25 år. Vardagslivets många uppgifter samt en kroppslig vitalitet har skyddat dem från den påträngande konflikten. När dessa människor söker hjälp hos sjukvården eller söker hjälp för psykoterapi i 35–40

års ålder ser vi att livsläget är dramatiskt. En yttre kris, som arbetslöshet, skilsmässor eller dödsfall, spräcker försvaret och den inkapslade konflikten blommar ut i destruktivitet och ofta med stor kraft. Om inte omedelbar hjälp kan sättas in i form av psykoterapi, dvs genomgång och belysning av den livslånga konflikten, kan man förvänta sig långvariga sjukskrivningar och inte sällan sjukbidrag. En omedelbar insats med dynamisk psykoterapi gör den »avtäckta» konflikten sårbar och (försvar-)avklädd och därmed behandlingsbar, med god prognos för patienten att nå insikt om en hittills dunkel konflikt under uppväxtåren.

Lars Englund berättar i sin debattartikel att distriktsläkare och psykiater är benägna att sjukskriva patienter. Hans undersökningar visar att en icke medicinsk grund för sjukskrivning lätt leder till förvärrad ohälsa. Alltså är det livsnödvändiga samtalet som psykoterapin erbjuder den behandling som människor i kris och speciellt borderlinekrisens patienter behöver.

Ur en patientgrupp från min mottagning på 60 individer med diagnosen borderline kan man utläsa att endast 20 procent under en tioårsperiod någon gång har behövt använda sjukskrivning under pågående psykoterapibehandling.

En medveten plan från terapeuten att ledsaga sin patient genom krisens känslor skapar i patienten denna revolutionerande känsla att hon/han inte behöver inte vara ensam för att bemästra det svåra i sitt liv. Han/hon behöver inte längre i ensamhet och med skam förhärda sig för att uthärda ångesten.

Denna iakttagelse som så sakteliga går upp för patienten är den stora, stora skillnaden från patientens förflutna. Det är i detta perspektiv jag ser faran med sjukskrivning. Patienten erbjuds sjukskrivning när hon i stället behöver intensiv och strukturerad samtalskontakt.

Den krisdrabbade personen behöver psykoterapeutisk behandling i stället för en sjukskrivning som riskerar att bli förlamande.

Staffan Stålfors
psykolog,
Leksand

Replik:

Vi borde hitta den optimala sjukskrivningen

Jag håller helt med Staffan Stålfors om att psykoterapi kan vara ett mycket bättre alternativ än sjukskrivning för en människa i livskris och att det på intet sätt är självskrivet att det gagnar en sådan process att kopplas bort från de intryck som deltagandet i arbetslivet ger.

Sjukskrivning som en diverseåtgärd för tröst blir den maternalistiskt omhändertagande läkarens fumliga försök att hjälpa där man inte har andra »botande» åtgärder. Detta blir dessutom en tröst som inte är en äkta tröst utan ett försök till kompensation. Den äkta trösten kännetecknas i stället av att våga acceptera sin egen hjälplöshet och att våga vara nära den man vill trösta, något som måhända är lättare för en terapeut än för oss läkare.

Den sjukförklaring som sjukskrivningen innebär blir dessutom inte sällan en individualisering av samhälls- och arbetsplatsproblem. Det är inte arbetet det är fel på – det är du som är sjuk! Detta kan lägga sten på bördan.

Våra patienter ser för det mesta sjukskrivningen som en medicinsk ordination – »Jag är ordinerad sjukskrivning» – medan läkaren använder sjukskrivningen som något han/hon uppfattar som en nödvändig, om än inte alltid önskvärd konsekvens av sjukdomen. Detta blir förvirrande och kan leda till att man bakbinder människan genom att ta ifrån henne de verktyg som kan bringa klarhet i en livskris och konserverar missförhållanden som måhända kan ställas till rätta.

Det är intressant att det är en psykolog som delar min syn på läkares sjukskrivningspraxis. Det är lätt att tro att bara den som har en ensidigt somatisk syn på människors sjuklighet och lidande vill vara restriktiv med sjukskrivning. Den som tror att människor har resurser till förändring kan också vara negativ till långa passiva sjukskrivningar. Vårt mål borde vara att hitta den optimala sjukskrivningen, dvs den som på sikt gagnar patientens hälsa och framtida livskvalitet och arbetsförmåga bäst.

Partiell och tidsbegränsad

Den bör nog oftare än idag vara partiell och tidsbegränsad och gärna kombinerad med snabbt insatt stödterapi av en kompetent utövare. Är det måhända något som försäkringskassan kan bekosta i stället för destruktiva långa sjukskrivningar?

Lars Englund
allmänmedicinare, doktorand vid institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, allmänmedicin, Uppsala universitet

LÄKARTIDNINGEN
www.lakartidningen.se

Aktuella möten i Kalendariet

Möten, kurser, etc, som publiceras sist i Läkartidningen finns kvar på vår webbplats så länge som datumet är aktuellt.

Internationella kongresser finns under, … ja just det, Kongresser!