

Kapsulotomi vid tvångssyndrom:

Medicinska sakargument eller tvångsmässigt neglekt av verkligheten?

Vad har Bejerot att erbjuda patienter med »extremt severe and unremitting OCD»? Det frågar Marwan I Hariz med anledning av Susanne Bejerots kritik av kapsulotomi som behandling vid terapiresistent, invalidiserande tvångssyndrom. Han efterlyser också långtidsstudier som visar patienternas öde om de inte hade opererats, och långtidsstudier som visar resultat och biverkningar av icke kirurgisk behandling av dessa patienter.

MARWAN I HARIZ
professor i funktionell neurokirurgi,
Institute of Neurology and National
Hospital for Neurology and
Neurosurgery, London
m.hariz@ion.ucl.ac.uk

II Susanne Bejerot presenterar i Läkartidningen 32–33/2003 ett kritiskt inlägg om kapsulotomi vid behandling av tvångssyndrom [1]. Sammanfattningsvis hävdar hon att denna metod, som har använts i 50 år, är behäftad med svåra biverkningar som har negligerats i tidigare studier, att metoden saknar långtidsuppföljning, samt att när en uppföljning överhuvudtaget har publicerats har detta skett av en person som hade ansvaret att bedöma vilka patienter som skulle kapsulotomeras och som ensam utvärderade behandlingseffekten.

Hon fortsätter: »Samma person var dessutom forskningsansvarig, författare till Svenska psykiatriska föreningens riktlinjer i frågan och karismatisk marknadsförare av metoden.« Bejerot syftar uppenbarligen på professor Per Mindus som avled i december 1998. Bortsett från detta ovetenskapliga och måhända nedvärderande ordval (»karismatisk marknadsförare av metoden») om en i förtid avliden kollega och pionjär inom området, som hade vikt sitt yrkesliv till patienter med tvångssyndrom, innehåller Bejerots inlägg motsägelser och felicitat som bör uppmärksammas.

Märkligt om elektrodimplantering

1. Bejerot skriver: »Kapsulotomi har bedömts vara en etablerad behandling för kroniska ångesttillstånd, och följaktligen förelåg inte heller rapporterings-skyldighet till Socialstyrelsen. Förhoppningsvis lär vi oss något av detta.« I samma artikel skriver hon: »På senare år har elektrodimplantering etablerats som en

’reversibel’ metod för att behandla tvångssyndrom.«

Detta är ett märkligt påstående: Vad menas med »etablerats»? Det finns endast en enda publicerad artikel om längre tids uppföljning av patienter med tvångssyndrom (obsessive compulsive disorders, OCD) som har behandlats med elektrodimplantation [2]. Denna artikel, som publicerades för ett par månader sedan (och som följer på en tidigare preliminär rapport i Lancet 1999 [3] av samma grupp på samma patienter), beskriver endast tre av de ursprungliga fyra patienterna. Av de aktuella tre patienterna fick en patient ingen effekt och elektroderna har måst tas bort, och han genomgick sedermera en – just det – kapsulotomi, som för övrigt förbättrade honom [2].

Hur kan Bejerot skriva att elektrodimplantering för OCD har »etablerats«, baserat på denna mycket begränsade pilotstudie, medan kapsulotomi av henne bedöms vara ej etablerad trots tiotals publicerade arbeten världen över samt två svenska avhandlingar från 1961 [4] samt 1991 [5].

Det finns andra studier

2. Bejerot hävdar vidare att även den icke destruktiva metoden med kronisk elektrisk stimulering via implanterad elektrod har »åstadkommit psykologiska förändringar av frontallobstyp efter 9–12 månader på patienter behandlade för Parkinsons sjukdom«. Hon refererar här till ett arbete av Saint-Cyr och medarbetare från Toronto, Kanada (6). Om Bejerot noga läser detta arbete finner hon att det var hos vissa patienter med Parkinson, 69 år eller äldre, som dessa biverkningar noterades. Dessutom visade samma Torontogrupp i ett annat arbete att Parkinsonpatienter som hade fått

tex en pallidotomi (destruktiv lesion i pallidum) till och med kunde uppvisa förbättring på vissa kognitiva skattningsskalor [7]. Inte nog med det, det finns flera andra arbeten, som Bejerot helt bortser ifrån, om elektrodimplantation för Parkinson från andra ledande centra (Salpêtrière i Paris, Institute of Neurology i London etc), med betydligt fler patienter som har visat motsatsen vad gäller psykiska biverkningar jämfört med vad Saint-Cyr och medarbetare rapporterat om hos ett fåtal patienter [8, 9].

Långtidsuppföljning av kapsulotomi

3. Susanne Bejerot kritiserar med rätta »bristen på långtidsuppföljning och oberoende bedömare«. Detta är en stor nackdel i många kirurgiska studier, inte bara vid kapsulotomi. Evidensbaserade studier är svåra att genomföra och ibland till och med oetiska när det gäller operationer, i synnerhet operationer i hjärnan.

I samma nummer av Läkartidningen (sidan 2506) refereras Christian Rück och medarbetares arbete som publicerats i American Journal of Psychiatry [10]. Denna studie, som Bejerot bedömer vara »vetenskapligt invändningsfri«, har bedömt patienter med icke OCD-diagnos som opererats med kapsulotomi, i medeltal 13 år efter ingreppet. Detta är förvisso en unik studie vad gäller längden på uppföljningen och de mätinstrument som använts.

Rück och medarbetare visar att metoden var effektiv i att dämpa ångest i 67

Var är de långtidsstudier som visar resultat (och biverkningar!) av långvarig medikamentell och annan icke kirurgisk behandling av patienter med svårt, refraktärt tvångssyndrom?

procent av fallen, men det skedde till en kostnad av olika mentala och beteendemässiga biverkningar hos 7 av de 26 patienterna. Såsom författarna själva påpekar saknar denna studie en kontrollgrupp och man kan undra, givet utgångsläget för dessa patienter som var så refraktära för icke-kirurgisk behandling att de ju remitterades till kirurgi, hur de skulle ha varit 13 år senare utan operation?

Dessutom hade dessa patienter inte diagnosen OCD, vilket Bejerot noterar i förbifarten när hon skriver att de »genomgått kapsulotomi, visserligen på andra ångestindikationer än tvångssyndrom«. Rück och medarbetare poängterar själva i sin enligt Bejerot »vetenskapligt invändningsfria« artikel: »In most cases no preoperative neuropsychological data were available and ratings or measurements of frontal lobe functioning had not been performed preoperatively. Our results must therefore be interpreted with caution.«

Änvänt på andra indikationer

4. Det faktum att kapsulotomi har använts på andra indikationer än tvångssyndrom borde också ha noterats av Bejerot när hon citerar Torstens HERNERS avhandling från 1961 [4] som rapporterade »initiala förändringar av frontallobstyp i 30 procent av de fall som genomgått kapsulotomi«. De 116 patienter som HERNERS avhandling studerade bestod inte bara av OCD-patienter. Det var patienter med schizofreni, depression, icke OCD-syndrom med mera. Det var just HERNERS pionjärarbete som ledde till att refraktär OCD var den diagnos som främst ansågs lämpad för kapsulotomi, men icke de andra diagnoserna.

Självklart upplysa om riskerna

5. Bejerot påpekar med rätta riskerna med kapsulotomiingreppet och varnar för att förbise dessa eller negligera långtidsbiverkningarna. Detta är ju självklart. Alla patienter som genomgår kirurgi måste upplysas om riskerna, i synnerhet om ingreppet är ett så kallat funktionellt neurokirurgiskt ingrepp, dvs syftande till att lindra symtom som beror på rubbad funktion av delar av hjärnan; detta må gälla malfunktioner som leder till Parkinson, annan tremor, dystoni, vissa epilepsier, kronisk smärta eller OCD.

Eftersom dessa sjukdomar är kroniska och i princip inte direkt och omedelbart livshotande (såsom hjärtumörer och hjärnblödningar) är det synnerligen viktigt att noga selektera de patienter som inte längre svarar på all annan tillgänglig icke-kirurgisk behandling samt att informera patient och anhöriga om eventuell nytta samt alla risker med ingreppet. I det avseendet skiljer sig inte kirurgi för

refraktär OCD från t ex kirurgi för refraktär Parkinson.

På samma sätt skiljer sig inte urvalet av dessa patientgrupper för kirurgi: bägge har vanligtvis försökt med all annan tillgänglig behandling, och bägge grupperna har bedömts refraktära till denna behandling. Det är i ljuset av detta som man bör analysera och värdera risker och nytta av ett ingrepp, och självfallet följa patienten resten av livet, helst så vetenskapligt som möjligt.

Rück och medarbetare påtalar i sitt ovan citerade arbete [10] att man inte kan vara säker på att en del av de långtidsproblem som de noterade hos de opererade patienterna nödvändigtvis alltid beror på operationen. Var är de långtidsstudier som visar dessa svårt sjuka patienters öde om de inte hade opererats? Var är de långtidsstudier som visar resultat (och biverkningar!) av långvarig medikamentell och annan icke kirurgisk behandling av patienter med svårt, refraktärt tvångssyndrom?

Utvecklades ursprungligen i Frankrike

6. Bejerot skriver: »Kapsulotomimetoden har utvecklats i Sverige och har på senare år exporterats till USA ...«. Bortsett från, återigen, ett tämligen ovetenskapligt för att inte säga vulgärt ordval, i stil med »karismatisk marknadsförare av metoden« (är kapsulotomi ett Elektrolux kylskåp eller en Volvobil, eller måhända ett Pharmacia/Astra-läkemedel som marknadsförs och går på export?), har kapsulotomi faktiskt utvecklats i Frankrike av professor Jean Talairach vid Saint Anne-sjukhuset i slutet på 1940-talet. Metoden förfinades vidare av Lars Leksell i Lund under 1950-talet, sedermera av Meyerson, Laitinen med flera.

Vad är alternativet?

»Exporten« från Frankrike till USA – och övriga världen – via Sverige har förvisso varit så framgångsrik att det återspeglas i de riktlinjer som den amerikanska psykiaterföreningen antog 1997. Jag uppmanar Bejerot att läsa vad den amerikanska psykiatrföreningen publicerade 1997 i ett supplement till tidskriften *Journal of Clinical Psychiatry* som helt handlade om handläggning av OCD [11]. Detta supplement innehöll riktlinjer där man kunde läsa: »In the adult with extremely severe and unremitting OCD, neurosurgical treatment to interrupt specific brain circuits that are malfunctioning can be very helpful« [11, sidan 70]. – Vad har Bejerot att erbjuda patienter med »extremely severe and unremitting OCD«?

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Bejerot S. Psykokirurgi idag – en kritisk betraktelse. Svåra biverkningar av kapsulotomi visar sig efter 50 års användning. *Läkartidningen* 2003;100:2502-4.
2. Gabriëls L, Cosyns P, Nuttin B, Demeulemeester H, Gybels J. Deep brain stimulation for treatment-refractory obsessive-compulsive disorder: psychopathological and neuropsychological outcome in three cases. *Acta Psychiatr Scand* 2003;107:275-82.
3. Nuttin B, Cosyns P, Demeulemeester H, Gybels J, Meyerson B. Electrical stimulation in anterior limbs of internal capsules in patients with obsessive-compulsive disorder. *Lancet* 1999;354:1526.
4. Herner T. Treatment of mental disorders with frontal stereotaxic thermo-lesions. A follow-up study of 116 cases. *Acta Psychiatr Neurol Scand* 1961;36 (suppl 158).
5. Mindus P. Capsulotomy in anxiety disorders. A multidisciplinary study [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet; 1991.
6. Saint-Cyr JA, Trépanier LL, Kumar R, Lozano AM, Lang AE. Neuropsychological consequences of chronic bilateral stimulation of the subthalamic nucleus in Parkinson's disease. *Brain* 2000;123:2091-108.
7. Trépanier LL, Kumar R, Lozano AM, Lang AE, Saint-Cyr JA. Neuropsychological outcome of Gpi pallidotomy and Gpi or STN deep brain stimulation in Parkinson's disease. *Brain Cogn* 2000;42:324-47.
8. Ardouin C, Pillon B, Peiffer E et al. Bilateral subthalamic or pallidal stimulation for Parkinson's disease affects neither memory nor executive functions: a consecutive series of 62 patients. *Ann Neurol* 1999;46:217-23.
9. Jahanshahi M, Ardouin CM, Brown RG, Rothwell JC, Obeso J, Albanese A, et al. The impact of deep brain stimulation on executive function in Parkinson's disease. *Brain* 2000;123:1142-54.
10. Rück C, Andréewitch S, Flyckt K, Edman G, Nyman H, Meyerson BA, et al. Capsulotomy for refractory anxiety disorders: long-term follow-up of 26 patients. *Am J Psychiatry* 2003;160:513-21.
11. March JS, Frances A, Carpenter D, Kahn DA, editors. Treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1997;58 (suppl 4):3-72.

Replik

Susanne Bejerot svarar på nästa sida.

Replik:

Risk att kroniskt sjuka patienter försätts i sämre sits efter kapsulotomi

Om kapsulotomi skall genomföras bör patienterna informeras om metodens risker. Kanske en självklarhet, men ännu in på 1990-talet var det inte så. En risk är att man försätter kroniskt sjuka patienter i en sämre sits efter ett neurokirurgiskt ingrepp, om de utöver eller i stället för ett ångestillstånd utvecklar en frontallobsbild.

SUSANNE BEJEROT

med dr, överläkare, psykiatriska kliniken, S:t Görans sjukhus, Stockholm
susanne.bejerot@chello.se

■ Att många människor upplever en kraftig ångestminskning efter ett psyko-kirurgiskt ingrepp, även lobotomi, är otvivelaktigt. Problemet är när vi inte känner till nytta-risk-förhållanden och vi invaggas att tro att en metod är säkrare än den faktiskt är. Många behandlingsmetoder, verksamma såväl som överksamma, kan få genomslag med hjälp av marknadsföring; Sigmund Freuds marknadsföring av psykoanalysen, Walter Freemans av lobotomin och Arthur Janovs av primalterapi är exempel på det. Det är naivt att tro att kollegor och patienter inte påverkas av en karismatisk person som tror på sin metod.

Professor Hariz har en rad invändningar som jag i tur och ordning ska försöka besvara:

DBS håller på att etableras

1. Deep Brain Stimulation (DBS) är ännu inte en etablerad behandling av tvångssyndrom (OCD); jag borde ha skrivit »håller på att etableras«. Inom ett par år kommer dock metoden med all säkerhet att vara etablerad. Sedan Hariz gjort sin sökning har ytterligare två artiklar i ämnet publicerats [1, 2].

2. Hur riskfyllt DBS är debatteras för närvarande. Det är riktigt att det framförallt är äldre patienter med Parkinsons sjukdom som far illa. I år har en uppföljningsstudie på 109 patienter publicerats. Allvarliga kirurgiska komplikationer förekom i 13 procent av fallen, och även perioperativa dödsfall rapporterades [3].

Kritik har riktats mot att de kognitiva och emotionella aspekterna av DBS inte redovisas vilket leder till en missvisande bild [4]. Således, i analogi med många psykokirurgiska studier, evalueras målsymtomen i positiv dager – vid Parkinsons sjukdom motoriken, vid ångest-

syndrom ångestnivån – medan kognitiva, emotionella och personlighetsmässiga biverkningar bortses från och sällan redovisas. Att drabbas av nedsatt minne efter en hjärnoperation kan vara lättare för patient och anhöriga att fördras som en acceptabel biverkan än dysexekutivitet, avhämning och apati.

Rücks och medarbetares studie

3. Rücks och medarbetares studie [5] var metodologiskt optimal utifrån de förhållanden som rädde, dvs avsaknad av preoperativa neuropsykologiska test i flertalet fall. Kanske ansågs kapsulotomi så pass biverkningsfritt att testning syntes överflödigt. Men man kan utgå från att patienterna inte led av ett frontallobsyndrom innan de opererades, eftersom Mindus i sin avhandling anger personlighetsstörning som ett exklusionskriterium [6]. Personer med uttalat impulsivt eller aggressivt beteende eller med andra tydliga personlighetsavvikelser opererades således inte. I Rücks och medarbetares studie uppvisade 7/18 patienter hypofrontala symtom vid uppföljningen, inte 7/26 som Hariz påstår. En långtidsuppföljning av personer med OCD som genomgått kapsulotomi kommer förhoppningsvis att besvara frågan om denna grupp också drabbas av hypofrontala symtom i 39 procent av fallen.

4. Jag har noterat att HERNERS avhandling inte endast gällde patienter med tvångssyndrom. Men de frontala biverkningar som många patienter uppvisade skilde sig inte åt mellan de olika diagnosgrupperna. Att schizofreni och depression inte blev operationsindikationer berodde på bristande effekt, inte på att dessa patienter drabbades av fler frontala symtom.

Långtidsstudier finns

5. Det finns långtidsstudier av personer med tvångssyndrom. I Sverige har docent Gunnar Skoog följt sina patienter under 40 år och kunnat visa att fler-

talet är tvångssyndrom en kronisk sjukdom, men många levde ett bra liv trots detta [7]. I en originell studie av Tan och medarbetare [8] matchades en grupp som genomgått psykokirurgi för sitt tvångssyndrom med en obehandlad grupp om 13 patienter som hade motsvarande svårighetsgrad av sin sjukdom. 23 procent av dessa blev mycket förbättrade vid en femårsuppföljning, trots avsaknad av all behandling, i jämförelse med 50 procent av dem som genomgått kirurgi. Denna studie visade således att närmare var fjärde patient fick en påtaglig förbättring över tid utan någon som helst behandling.

Även opererade tar läkemedel livslångt

Vad gäller kronisk läkemedelsbehandling bör noteras att även de som behandlats med psykokirurgi vanligen fortsätter med livslång läkemedelsbehandling eftersom operationen sällan »botar« OCD. Emellertid finns inte mycket till larmrapporter vad avser läkemedelsbehandlingen. Klomipramin har varit i bruk sedan ett trettiotal år men inget tyder på att behandlingen leder till frontallobsyndrom eller ens terapivikt. Dessutom kan man förvänta att patienter som bedöms vara »behandlingsrefraktära« idag mycket väl kan förbättras av morgondagens behandlingsutbud.

6. Om en tidigare variant av kapsulotomi uppfanns i Frankrike så motsäger inte detta att metoden vidareutvecklades i Sverige. Däremot kan det vara av intresse att man från amerikanskt håll betraktat cingulotomi som en säkrare metod. I flertalet länder är det svårt att genomföra långtidsuppföljningar, inte minst i USA. Därför är det viktigt att ta Rücks och medarbetares fynd på allvar, vilka antyder att den lilla frontallobskada som kapsulotomi förorsakar möjligen kan progrediera flera år efter ingreppet.

Vilken behandling kan vi erbjuda?

Slutligen: Ja, vad erbjuder man personer med invalidiserande tvångssyndrom? I första hand ska man se till att läkemedelsbehandling och beteendeterapi har prövats på ett korrekt sätt. Hur detta kan gå till har jag i detalj beskrivit i min bok »Tvangssyndrom/OCD. Nycklar på bordet« (Cura förlag, 2002). Där beskrivs det mesta i behandlingsväg, både

den evidensbaserade och många andra behandlingsalternativ som sällan prövats ens för dem som kommer ifråga för psykokirurgi.

Om kapsulotomi skall genomföras bör patienterna informeras om metodens risker. Kanske en självklarhet, men ännu in på 1990-talet var det inte så. En risk är ju att man försätter kroniskt sjuka patienter i en sämre sits efter ett neurokirurgiskt ingrepp, om de utöver eller istället för ett ångesttillstånd utvecklar en frontlobsbild.

Vidare synes självmordsrisken öka markant efter psykokirurgi [9-11]. Man kan spekulera om orsaken till detta är ett förlorat »sista halmstrå« eller resultatet av den avhämning och ökade impulsivitet som kan följa på ingreppet.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Anderson D, Ahmed A. Case report: Treatment of patients with intractable obsessive-compulsive disorder with anterior capsular stimulation. *J Neurosurg* 2003;98:1104-8.
2. Nuttin BJ, Gabriels LA, Cosyns PR, Meyerson BA, Andreevitch S, Sunaert SG, et al. Long-term electrical capsular stimulation in patients with obsessive-compulsive disorder. *Neurosurgery* 2003;52:1263-72.
3. Umemura A, Jaggi JL, Hurtig HI, Siderowf AD, Colcher A, Stern MB, et al. Deep brain stimulation for movement disorders: morbidity and mortality in 109 patients. *J Neurosurg* 2003;98:779-84.
4. Linazasoro G. Subthalamic deep brain stimulation for advanced Parkinson's disease: all that glitters is not gold [letter]. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003;74:827.
5. Rück C, Andreevitch S, Flyckt K, Edman G, Nyman H, Meyerson BA, et al. Capsulotomy for refractory anxiety disorders: Long-term follow-up of 26 patients. *Am J Psychiatry* 2003;160:513-21.
6. Mindus P. Capsulotomy in anxiety disorders. A multidisciplinary study [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet; 1991. p 24.
7. Skoog G, Skoog I. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:121-7.
8. Tan E, Marks IM, Marset P. Bi-medial leukotomy in obsessive-compulsive neurosis: A controlled serial enquiry. *Br J Psychiatry* 1971;118:155-64.
9. Jenike MA, Baer L, Ballantine T, Martuza RL, Tynes S, Giriunas I, et al. Cingulotomy for refractory obsessive-compulsive disorder. A long-term follow-up of 33 patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:548-55.
10. Hay P, Sachdev P, Cumming S, Smith JS, Lee T, Kitchener P, et al. Treatment of obsessive-compulsive disorder by psychosurgery. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87:197-207.
11. Dougherty DD, Baer L, Cosgrove GR, Cassem EH, Price BH, Nierenberg AA, et al. Prospective long-term follow-up of 44 patients who received cingulotomy for treatment-refractory obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2002;159:269-75.

Slutreplik om snus:

Ökad medvetenhet vårt mål

■ Kjell Asplund undviker i sitt senaste inlägg (LT 32-33/2003, sidan 2535) att diskutera kärnpunkten i våra tidigare inlägg: att forskare bör ha vetskap om det sammanhang som publicerade resultat eller sammanställningar hamnar i – och avvåga framförandet efter detta. I stället går han till motangrepp och antyder att det arbete om metabola effekter av snus med antydna men icke-signifikanta skillnader hos snusare som finns publicerat i Gunilla Bolinders avhandling, medvetet skulle ha undanhållits internationell publicering i syfte att mörka snusets mindre skadliga egenskaper i jämförelse med rökning.

Tobaksindustrin tar alla chanser

Vi tycker det är synd att det försök vi gjorde i vårt förra inlägg (LT 28-29/2003, sidan 2393) att höja debatten till en något mer filosofisk och etisk nivå, nu bemöts med enkla, konspiratoriska argument.

Vår enda önskan är att forskare och läkare i hälsans tjänst försöker inse hur tacksamt den ständigt manipulerande, vinstmaximerande, negligerande och ohälsobringande tobaksindustrin tar emot all form av marknadsföringshjälp. Att bidra till att upphöja snuset till lämpligt rökavvänjningsmedel, som Asplund och andra gör, är en kapitulation som endast kommer att leda till en ökad total exponering för nikotin i befolkningen.

Rökavvänjning viktigare än snus

Ökad tillgång till professionell rökavvänjning, ibland med användande av farmakologiskt kontrollerade nikotinläkemedel, är vad svenska rökare främst ska erbjudas av hälsovården – inte ytterligare en tobaksprodukt. Det är vår ståndpunkt – utvecklad i LT 26-27/2003 (sidorna 2310-1).

Det vetenskapliga sökandet efter kunskap bör inriktas på hur snus påverkar kropp och beteende jämfört med dem som inte brukar snus, inte på ständiga jämförelser med rökning.

Gunilla Bolinder

med dr, överläkare, utbildningschef,
Karolinska sjukhuset, Stockholm
gunilla.bolinder@ks.se

Göran Boëthius

docent, överläkare,
Jämtlands läns landsting

Slutreplik om AT-examen:

Bättre erkänna sitt misstag

■ I Läkartidningen 30-31/2003 (sidan 2466) kritiserade jag kollegorna Kechagias, Kullman, Ludvigsson, Sjödin, samtliga Linköping, samt Almér, Malmö, för deras »stroppiga« sätt att bemöta en ung kvinnlig AT-läkare, som framfört kritiska synpunkter på utformningen av den skriftliga delen av AT-examinationen. I sitt svar i samma nummer ifrågasätter de inte längre hennes inställning till studier, läkarutbildning eller patienter utan nu beskrivs hon som »en med största sannolikhet högt begåvad läkare« och låter påskina att »hennes inlägg uppskattade vi! Detta kommer kanske som en överraskning, särskilt om man går tillbaka till det ursprungliga svaret i LT 19/2003 (sidan 1739).

Det hade varit fullt möjligt för kollegorna att vidhålla sina synpunkter i sakfrågan, men samtidigt medge att de kanske förivrat sig något i sitt svar till AT-läkaren. Det hade varit hedersamt. I stället försöker de nu sopa igen spåren efter sig och framställer det inträffade som utslag av en normal samtalston akademiker emellan.

Genusperspektivet

De fem har också tagit illa vid sig av min fundering kring genusperspektivet på deras agerande. Den man som låter sig befläckas av genusperspektiv beskrivs som en S:t Göran som vill försvara prinsessan mot drakarna, som ser ner på kvinnors egen förmåga och som behandlar dem som omyndiga och i behov av särskilt beskydd. Enligt de fem är det också genusperspektivets fel »att män inte kan gå i svaromål mot ett tillspetsat inlägg i Läkartidningen utan att detta tolkas som kvinnoförtryck«. Ursäkta, men det var länge sedan någon tordes vädra sådana åsikter i Läkartidningens spalter.

De fyra Linköpingskollegerna känner jag sedan min utbildningstid på sent 1980-tal. Ingen av dem har, vid något tillfälle faktiskt, använt den stil och debatteknik som de tillämpat i LT. De har varit resonabla och hjälpsamma. Inga krumbukter i världen kan dock undanskymma det faktum att de här bemött en yngre kollega oförsäkrat. Förmodligen inser flertalet i gruppen det, men priset för att erkänna det offentligt är för högt.

Tomas Hvittfeldt

leg läkare, Dr Tomas Hvittfeldt,
Psykiatrisk Mottagning AB, Linköping
Info@ungapsyk.nu