

SLUTREPLIK:

# Psykiatri är en specialitet om sjukdomar i människans psyke

■ Ingemar Engström frågar om psykiatri är en specialitet om hjärnan eller om människan [1]. Även om frågan är retoriskt menad är den märklig. Är det inte självklart att medicinsk vetenskap och praxis handlar om människan?

Engström finner det tragiskt att jag inte kan inse att psykiatri också är »något annat« än »tillämpad neurovetenskap«. Ja, det vore tragiskt om det var sant. Vad jag har hävdat är emellertid inte vad Engström påstår, utan att psykiatri måste baseras på medicinsk vetenskap [2], och jag har definierat denna såsom vetenskap syftande till att ge läkaren en vetenskaplig grund för sin verksamhet (»läkarvetenskapen«) [3].

Psykologisk vetenskap inryms självklart inom medicinsk vetenskap när den har detta medicinska syfte. Karolinska institutet, »ett medicinskt universitet«, har därför en psykologlinje. Doktorsavhandlingar inom psykiatri från samtliga medicinska fakulteter handlar om mycket mer än tillämpad neurovetenskap – t ex min egen som handlade om självmord och användning av antidepressiva läkemedel i befolkningsperspektiv (epidemiologi) [4]. Men jag tror inte att Engströms polemik härrör från ett enkelt semantiskt missförstånd.

**Både jag och Engström** är emot »välmenande eklekticism ... [som] ... givit legitimitet till att var och en fått definiera sitt arbetsätt«, vilket medför att psykiatriska resurser förslösas på verksamheter som inte har visats vara till nytta för våra patienter. Bakgrunden till att detta fått pågå så länge tror jag är att psykiatri till för inte så länge sedan inte hade några effektiva behandlingar. Bil-

den av psykiatri blev därför att den endast är en omvårdnadsverksamhet, som kan vara human eller inhuman. Denna uppgivenhet kan också ha gynnat den dualistiska uppfattningen om en »själ« oåtkomlig för läkekonsten.

Uppgivenhet och dualism har däremot ingen plats i dagens vetenskapsbaserade psykiatri som har både ambitionen och förmågan att hjälpa de psykiskt sjuka. Jag tror att det är till fördel för dessa psykiskt sjuka att de ses och behandlas på samma sätt och med samma rätt som alla andra sjuka. Därför anser jag det vara viktigt att stå fast vid att psykiatri är en medicinsk specialitet baserad på medicinsk vetenskap och inget annat.

**Engström skapar**, med sina argument för att psykiatri är »något mer«, ett skyddat område inom psykiatri, oåtkomligt för de krav som normalt ställs på en medicinsk specialitet. Han menar att »neurovetenskapen« aldrig kommer åt den »existentiella dimensionen«. Han använder också begreppen »subjektperspektiv« och »livsvärld« för att uttrycka samma sak.

Men detta är ju just det vi kallar psyke, och det är störningar i dessa psykiska funktioner (upplevande, tänkande, kännande, beteende etc) som är psykiatrins ansvarsområde. Följden av Engströms dualism blir därför att psykiatri som helhet blir en skyddad verkstad.

Ingen ifrågasätter att människan har ett psyke som bara kan upplevas av individen själv. Denna vår subjektiva medvetenhet är hjärnans metod att integrera och bearbeta våra perceptioner på ett sätt som gynnar vår (arts) överlevnad. Vi varseblir emellertid

aldrig hjärnans arbete, lika lite när vi tänker och känner som t ex när vi betraktar något.

Retinas, synnervens, primära och sekundära synbarkens och högre centras arbete kan vi inte förnimma. Vi varseblir endast resultatet, synupplevelsen av att vi betraktar något utanför oss själva, trots att den bild vi ser är en skapelse av hjärnan. Vi är fast i ett funktionellt »subjektperspektiv«: jag tänker, jag känner, jag minns – trots att »jag« är det som produceras av hjärnan med hjälp av perceptioner, minnen, känslor och tankar.

**När vi som läkare** träffar en patient med psykisk sjukdom kan varken jag eller Engström uppleva hur den personen upplever sig själv, sin sjukdom och sin omvärld. Detta vore inte heller önskvärt, då det inte skulle gagna vår förmåga att hjälpa patienten. Intellektuellt kan vi dock förstå en hel del med hjälp av vår kunskap i psykiatri och vår förmåga till inlevelse.

Vi kan delvis även känna patientens känsloupplevelser, på grund av vår hjärnas förmåga till medkännande. Hjärnforskningen har påvisat så kallade spegelneuron. Det är neuron som aktiveras när

vi ser en annan människa utföra en viss rörelse, och när vi själva utför samma rörelse. Vidare har hjärnforskningen visat att våra egna smärtcentra aktiveras när vi iakttar en annan människas lidande, och att olika emotioner skapas i hjärnan genom att centra för olika kroppsliga perceptioner aktiveras.

Det vill säga: då vi känner »fjärilar i magen« aktiveras magens representationer i hjärnan, så att vi rent av kan få ont i magen, må illa och kräkas eller få diarré om känslan blir tillräckligt stark. När vi känner en varm känsla aktiveras hjärnans centra för att uppleva fysisk värme etc. Vårt språk har en stor uppsättning metaforiska ord för känslor som hämtats från fysiska kroppsupplevelser, ord som kanske visar sig vara realistiska snarare än metaforiska.

**Med denna kunskap** framstår det som inte särskilt märkligt att de behandlingar som revolutionerat situationen för psykiskt sjuka – psykofarmaka och ECT – verkar direkt på hjärnan. Kognitiva och beteendearterierade terapier påverkar hjärnan via patientens egna perceptioner och har visats ha effekt såväl vid klinisk

## Ytterligare tre inlägg på [www.lakartidningen.se](http://www.lakartidningen.se)

- På [www.lakartidningen.se](http://www.lakartidningen.se) publicerar vi ytterligare tre inlägg i detta ämne:
- **Göran Göstas:** Om Eric Kandel, hjärnan, psyket och reduktionism
- **Magnus Kihlbom:** Oreda i det psykiatriska tänkandet?
- **Imre Szecsydy:** Belysa och upplysa om psykiatrins situation

I och med detta sätter vi punkt för denna debatt, som inleddes av Göran Isacson i LT 15/2008 (sidan 1120). Frågor rörande psykiatri lär fortsätta att göra sig gällande, och då blir det anledning att återkomma.

red

ka provningar som vid hjärn-  
avbildning. Man inser dock  
svårigheterna för patient och  
terapeut, då det ju är percep-  
tionerna och deras bearbet-  
ning som är själva problemet  
som ska lösas. Detta tydliggör  
fördelen, ofta nödvändighe-  
ten, med att kombinera dessa  
terapi med farmakoterapi.

Jag lämnar utan kommentar  
Engströms sista förslag på  
vad »något mer« skulle vara –  
»värdebaserad psykiatri« till  
skillnad från »kunskapsbase-  
rad« – då jag inte förstår vad  
han menar.

**Göran Isacsson**

docent, överläkare,  
Affektiva mottagningen,  
Psykiatri Sydväst,  
Stockholms läns landsting  
goran.isacsson@sll.se

**REFERENSER**

1. Engström I. Psykiatri – en specialitet om hjärnan eller om människan? Läkartidningen. 2008;105:3057.
2. Isacsson G. Psykiatri är en medicinsk specialitet – punkt! Läkartidningen. 2008;105:1120.
3. Isacsson G. Först läkare, sedan psykiater. Tidskriften Svensk Psykiatri. 2008;(3):32-3.
4. Isacsson G. Depression, antidepressants and suicide. A study of the role of antidepressants in the prevention of suicide [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet; 1994.

## Mb Schnitzler i Sverige – ytterligare ett fall

■ Jag läste med stort intresse den utmärkta fallbeskrivningen om Schnitzlers syndrom i Läkartidningen 46/2008 (sidorna 3348-5100). Det finns emellertid åtminstone ytterligare ett svenskt fall.

**1985 kom en då 47-årig man** till hematologisektionen på Östra sjukhuset i Göteborg med ett halvårs anamnes på återkommande episoder av feber, urtikariella utslag och ledvärk. Han hade ett inflammatoriskt pådrag och en M-komponent av IgM kappa-typ på 5 g/l. Utslag, feber och svettningar debuterade tidig morgon, förvärrades under följande dag då värk och trötthet tillstötte för att efter 2-3 dagar successivt klinga av. Symtomatologin fluktuerade, men periodvis återkom den upp till 2 gånger/vecka.

Omfattande utredningar kunde inte påvisa bakomliggande kollagenos eller hematologisk benmärgssjukdom. PAD på hudförändringarna visade »urticariavasculit«. Behandling med kortison 10-30 mg/dag lindrade, och ett stort antal terapier prövades

utan bestående effekt (azatioprim, kolchicin, klorambucil, nifedipin, avlosulfon, NSAID, antihistaminika, plasmaferes m m).

**Många kollegor funderade**

över exakt diagnos, men först 1989 hittade sektionens hudkonsult Håkan Mobacken rätt efter att ha läst två då aktuella fallbeskrivningar i Journal of the American Academy of Dermatology [1]. 1990 hade undertecknad, Ragnar Lindblad, Sven Wallerstedt och Stig Rödger en poster på det 21:a Nordiska hematologiska vårmötet i Göteborg betitlad »M-komponenter med aktivitet – TTP och Schnitzlers syndrom« där två udda fall med vidhängande M-komponent beskrevs, varav ett var det aktuella. Utkast för publicering utarbetades men resulterade inte i inskick till tidskrift.

**Hur det sedan gick för vår**

Schnitzler-patient? Han behandlades symtomatiskt med kortison under 16 års tid allt medan M-komponenten gradvis ökade till 30 g/l. År 2001 försvann alla Schnitzler-

symtom!! Kortisonet kunde avvecklas. Men två år därefter, när M-komponenten stigit till 51 g/l och klinisk misstanke om hyperviskositet förelåg, ställdes diagnos lymfoplasmocytärt lymfom/Mb Waldenström på benmärgsbiopsi. Behandling med klorambucil gav övergående effekt, men vid relaps 2005 beslöt man sig för att ge sex omgångar med immunocyto-terapi (R-COP = Rituximab + Cyklofosamid + Oncovin + Prednisolon). Därefter har vår f d Schnitzler-patient befunnit sig i god partiell remission. Han kontrolleras kvartalsvis och mår väl.

**Göran Nilsson**

överläkare,  
sektionen för hematologi,  
medicinkliniken, Sahlgrenska  
Universitetssjukhuset/Östra,  
Göteborg

**REFERENS**

1. Janier M, Bonvalet D, Blanc MF, Lemarchand F, Cavelier B, Ribrioux A, et al. Chronic urticaria and macroglobulinemia (Schnitzler's syndrome): report of two cases. J Am Acad Dermatol. 1989;20:206-11.

## Anestesiläkarens försvagade yrkesroll

■ Jag skriver detta övertygad om att god hantering av anestesijournaler i pappersformat är avgörande för en god och säker anestesisjukvård.

**Den manuella** anestesijournalen före, under och efter operation kvarstår i pappersformat och glöms tyvärr ofta bort i de dagliga rutiner som formateras i och med införande av journalinformation i dataformat. Reaktionen som »Skrattretande, ingen behöver se på papper av gamla anestesijournaler!« är felaktiga. För en god och patient-säker anestesisjukvård måste anestesijournalen oavsett kliniktillhörighet rutinmässigt

tas fram i nya anesthesisammanhang.

**I dagens sjukvård** händer det alltför ofta att ansvarig anestesiläkare får klara anestesiplaneringen för preoperativa patienter utan nödvändig information för bedömningen; avgörande detaljtrogna anteckningar från tidigare anestesier saknas. Avsaknad av dokumenterad information om tidigare anestesikomplikationer har medfört allvarliga tillbud.

Dessa tillbud kunde lätt ha undvikits om gamla anestesijournaler varit tillgängliga i samband med den preoperativa bedömningen. Dagens si-

tuation är oacceptabel då den äventyrar patientsäkerheten.

**På grund av den oundvikliga** datajournalutvecklingen på sjukhusen är det därför brådskande att åtgärda denna situation som drabbar både oss anestesiläkare och patienter. I det fallet att ingenting annat hjälper, måste en diskussion initieras om att etablera en ny organisation av sjukhusgemensamma anestesijournalarkiv där alla anestesijournaler i pappers- eller fotokopierad form samlas.

Till detta måste strikta rutiner formuleras som innebär att regelmässigt inför en patients anesthesiinsatser hämta dessa

anestesijournaler från anestesijournalarkivet och preoperativt bifoga dem till hem-kliniken övriga journalhandlingar.

**Här är ett initiativ** och en vädjan till anestesiklinikernas chefer som har den organisatoriska befogenheten på sjukhusen. Att titta på en pågående försämring av patienters anestesisäkerhet, utan att stå emot, försvagar beklagligt anestesiläkarens yrkesroll i operationsteam.

**Seppo Saloheimo**

överläkare, anestesikliniken,  
Sundsvalls sjukhus  
seppo.saloheimo@lvn.se