

Ensidigt om ångest

Biologiskt och psykodynamiskt måste – för patienternas skull – kunna samsas i det psykiatriska arbetet. Men de två synsätten blir lätt polariserade. Till exempel har Socialstyrelsen givit ut riktlinjer för behandling av depressioner och ångesttillstånd som mött stark kritik för ensidighet, och i Läkartidningen blossar ofta ofruktbara debatter. Detta för inte psykiatrin framåt [1].

Mot den bakgrunden finner vi det anmärkningsvärt att Läkartidningen i nr 14/2011 utan kommentar publicerar en hel temaavdelning, som ger ett snävt medikaliserat perspektiv på ett av psykiatriens viktiga arbetsområden, och med jäv hos tre av författarna genom anställning i läkemedelsindustrin.

Påfallande är den vuxenpsykiatriska utgångspunkten och frånvaron av ett utvecklingsperspektiv på ångest. Ändå utgör ångesttoleransens utveckling, i samspelet med anknytningspersonerna, en röd tråd i individens livshistoria alltifrån födelsen.

Inledningsvis hänvisas till Pär Lagerkvists poetiska ord om ångest som vår arvedel: »Det poetiska uttrycket kan på ett enastående och medryckande sätt visualisera de fasor och demoner som hem söker den som drabbas av ångestsyndrom.« Men Lagerkvist skrev inte medikaliserande om »ångestsyndrom« utan om ångest som hör till livet och vår existens, till de bortträngda känslor, inre konflikter och oroande passioner som ingen undkommer.

Från ett »medicinskt perspektiv« hävdas i artiklarna att det finns en helt »evidensbaserad behandlingsarsenal«, nämligen antidepressiva. Detta återkommande mantra – evidensbaserad – blir som ett VDN-begrepp

som implikerar att allt som inte ännu hunnit eller kunnat evidensbaseras är humbug. Ändå har denna inskränkning ifrågasatts många gånger; andra metoder än randomiserade kontrollerade studier (RCT) och beteendebeskrivningar fångar behandlingsaspekter som inte ryms i evidensstänkandet [2-4]. I artiklarna saknas också hänvisning till behandlingsmetoder som är värdefulla men svåra att evidenspröva med gängse metodik [5-7].

Vidare sägs att det inte finns några kända biologiska markörer för att ställa diagnos. Men ingenting sägs om ett av psykiaterns viktigaste redskap för diagnostik och behandling, nämligen det empatiska samtalet. I fråga om ångestens etiologi framgår visserligen att genernas betydelse sannolikt mest ligger i att göra individer känsliga för miljöfaktorer och att epigenetiken har visat att miljöns och genernas betydelse knappast kan skiljas åt. Vi saknar den uppenbara slutsatsen att psykiatrin framför allt ska bry sig om det man kan göra något åt, nämligen miljöfaktorerna.

I denna psykologiskt torftiga människobeskrivning blir »personlighet« en mystifikation. Den sägs »förklara« (ordet används antagligen i snävt statistisk betydelse) största delen av ärftligheten – men man nämner inte att personligheten till stor del och från tidigaste ålder byggs upp av identifikationer, av inlärd strategier för att relate-

ra till känslomässigt viktiga personer och av försvar mot ångest.



Läkartidningens temanummer om ångest ger »ett snävt medikaliserat perspektiv«, anser skribenterna.

ra till känslomässigt viktiga personer och av försvar mot ångest.

Farmakologi och ominläring (KBT och liknande metoder) – även på Internet – har sin plats i bemötandet av ångest hos patienter. Men huvudbehandlingen måste fortfarande vara den mellanmännsliga kontakten, försöket att utforska de bakomliggande konflikterna och att förmedla empatisk förståelse för patientens försök att lösa sin situation.

Det som behövs är en konstruktiv diskussion om motsättningen mellan de två psykiatriska perspektiven. Klyftan mellan den strikt naturvetenskapliga och orsakssökande respektive den psykologiska och förståelse-sökande modellen rymmer knepiga begreppsliga problem som kräver tålmodigt tankeutbyte. Fortfarande spökar Cartesius på Stockholms slott, och kanske på Östermalmsgatan. Med klar-

het och upplysning kunde vi kanske få honom att äntligen lägga sig till vila.

Tomas Böhm

leg läkare, psykiater, psykoanalytiker, leg psykoterapeut, författare, Stockholm

Magnus Kihlbom

barnpsykiater, psykoanalytiker, f ö överläkare vid Ericastiftelsen i Stockholm

REFERENSER

- Ottosson JO. Uppblossande skolstrider i medierna gagnar inte psykiatrin. Dags att sluta leden. Läkartidningen. 2008;105:2185-7.
- Nordemar R, Bullington J, Hægrestam G. Evidensbaserad medicin räcker inte! Läkartidningen. 2008; 105:797-8.
- Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. Am Psychol. 2010;65:98-109.
- Levine R, Fink M. The case against evidence-based principles in psychiatry. Med Hypotheses. 2006;67: 401-10.
- Cullberg J, Sandell R, Schubert J, Werbart A. Nya riktlinjer raderar ut den dynamiska psykoterapin.

Läs mer Fullständig referenslista Lakartidningen.se

replik:

Är inte ert inlägg ett exempel på det ni säger er vara emot?

Vi läser med stort intresse inlägget från Kihlbom och Böhm. Det glädjer oss att vårt bidrag till Läkartidningen leder till reaktioner samtidigt som vi ställer oss lite undrande inför delar av kritiken. Vi har kanske olika syn på både diagnostik och behandling? Vi skiljer oss säkert åt även vad gäller syn på vetenskap av vad som går att mäta och falsifiera? Men i en sak tror vi inte att vi skiljer oss från författarna.

Vi vill med bestämdhet hävda att vi inte alls är emot det empatiska samtalet, personlighetsbegreppet eller betydelsen av anknytning och utveckling. Att vi inte tar upp detta mer explicit i artiklarna må vara en brist men är inte en utsaga om att vi skulle vara emot dessa perspektiv.

Det som författarna dock väljer att bortse från är att vi avsiktligt såg till att få både medicinska och psykologiska empiriskt belagda perspektiv belysta. Detta märks inte minst genom att författarskan har representanter från både läkar- och psykologkåren.

Sedan har vi varit noga med att ta upp den moderna psykodynamiska forskningen som

»Vår erfarenhet är att moderna, psykodynamiskt orienterade forskare och kliniker inte alls är emot evidensbasering ...«

genomförts inom det evidensbaserade perspektivet, som författarna inte tycks uppskatta. Vår erfarenhet är att moderna, psykodynamiskt orienterade forskare och kliniker inte alls är emot evidensbasering eller hävdar att deras terapiform inte går att utvärdera med gängse metoder i form av kontrollerade studier.

Så trots att författarna inledningsvis säger sig vara emot ofruktbara debatter i Läkartidningen undrar vi om inte deras inlägg är just ett exempel på detta och något som gör mer skada än nytta om strävan är att utveckla säkra och effektiva behandlingsmetoder för en stor grupp personer som lider svårt på grund av sin ångest.

Gerhard Andersson

professor, leg psykolog, psykoterapeut, institutionen för beteendevetenskap och lärande, Linköpings universitet; institutionen för klinisk neurovetenskap, avdelning psykiatri, Karolinska institutet

Nils Lindfors

professor, överläkare, institutionen för klinisk neurovetenskap, avdelning psykiatri, Karolinska institutet; båda Stockholm
nils.lindfors@ki.se

Valet vid HP-baserad ulkusbehandling: Metronidazol eller amoxicillin – inget annat!

■ Läkemedelsfrågan och svaret på sidan 546 i Läkartidningen 10/2011 föranleder en kommentar.

För en patient med avancerad perifer polyneuropati övervägs tydligen antingen klaritromycin eller metronidazol att ingå i en tänkt kombinationsbehandling mot *Helicobacter pylori* för att, som jag förmodar, behandla en HP-associerad ulkussjukdom.

Karin C Söderberg och Ylva Böttiger utvecklar i sitt svar riskerna för interaktion med patientens övriga läkemedel och eventuell negativ effekt på patientens polyneuropati med klaritromycin respektive metronidazol, och de kommer så småningom fram till att klaritromycin är att föredra. Detta är i sig ett värdefullt besked för frågeställaren, som dock har ställt en felaktig fråga.

Beskedet är värdefullt eftersom klaritromycin ingår i båda de vanligen använda läkemedelstrippelkombinationerna vid behandling av HP-associerad ulkussjukdom. I stället står valet mellan metronidazol och amoxicillin, eftersom metronidazol (plus en protonpumpshämmare och klaritromycin) ingår i den trippel som i första hand rekommenderas i t ex Stockholms läns landstings Kloka listan. Amoxicillin (plus en

protonpumpshämmare och klaritromycin) ingår i motsvarande som rekommenderas i andra hand.

Båda trippelbehandlingarna tas under en vecka och ger ett jämförbart resultat med eliminering av HP hos cirka 80 procent av de behandlade. Den metronidazolbaserade trippelbehandlingen rekommenderas i första hand på grund av färre biverkningar än den amoxicillinbaserade, som i sin tur har ekologiska nackdelar (persistens och toxicitet i naturen av amoxicillin).

Sammanfattningsvis stod initialt valet rimligtvis mellan metronidazol och amoxicillin, och i slutändan torde rimligtvis amoxicillin ha förordats eftersom neuropati är en välkänd och inte ovanlig biverkan av behandling med metronidazol – även om behandling under bara en vecka kanske inte hade haft någon större betydelse. Klaritromycin hade, som sagt, behövt ingå under alla omständigheter om en effektiv behandling skulle eftersträvas.

Daniel Schmidt

docent, överläkare, Capio S:t Görans sjukhus; ordförande i Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för gastroenterologiska sjukdomar
Daniel.Schmidt@capio.se

Mer debatt på Lakartidningen.se

I Läkartidningen 12/2011 (sidan 675) ställde distriktsläkaren Kjell Lindström fyra frågor till utredaren Måns Rosén angående översynen av de nationella kvalitetsregistren. Svaren från Måns Rosén publicerades i Läkartidningen 13/2011 (sidan 736), och här får Kjell Lindström komma med sin slutreplik.

Det andra webbinläggets budskap är att kvalitetsregister inte kan ersätta regelrätta studier, däremot användas för uppföljning av compliance.

red

Slutreplik till Måns Rosén: Svar om kvalitetsregister utstrålar förmyndarattityd

Måns! Jag tror att det föreslagna registret någon gång i framtiden kan användas för forskning och kanske i någon liten mån i förbättringsarbete i primärvården. Men det kan inte användas till öppna jämförelser för att betygsätta eller värdera vårdcentraler! — Vi har redan stora rekryteringsproblem. Vem vill jobba i en verksamhet där man är omyndigförklarad?

Kjell Lindström



Omyndigförklarad verksamhet?

Kvalitetsregister är inte EBM

Kvalitetsregister kan alltså absolut inte användas som ersättning för prospektiva, randomiserade, kontrollerade och helst dubbelblindade studier (PRCT). Däremot kan de användas till uppföljning av compliance, dvs hur pass bra vården ansluter sig till vårdprogram och andra riktlinjer. Vi måste absolut göra en tydlig skillnad mellan dessa två användningar och insistera på att det klagas varje gång man tar ett nytt kvalitetsregisterinitiativ. — Vi får helt enkelt inte riskera ett återvändande till anekdotisk medicin igen. Det var inte bra då och blir säkert inte bättre av att datoriseras.

J Martin Wehlou

Sommaradress?

Vill du ta med Läkartidningen på semestern, anmäl då detta senast den 8 juni 2011.

Tel: 08-790 33 41

Fax: 08-20 21 50

E-post: pren@lakartidningen.se

