



## Problematisk psykiatri

Omhändertagandet av psykiskt sjuka var länge bara en förvaring under säkra förhållanden för att skydda omvärlden mot »dårarnas« förehavanden. Philippe Pinel (1745–1826) löste visserligen deras bojar och förespråkade en mera human vård, men någon terapi hade han inte att erbjuda. Olika fantasifulla förslag med gungor och rotationsmaskiner prövades, bromsalter och långbad mot oro hade väl en viss effekt, och ännu på 1950-talet fanns långtidsbadkaren kvar på Ulleråkers sjukhus. Ett framsteg var arbetsterapi med enkla hantverksysslor, som lugnade många rastlösa. Dr Nils-Gustaf Kjellberg vid Ulleråker var här en av pionjärerna.

Medan »dårarna« tidigare betraktats som en diffus mängd förvirrade individer gjorde Emil Kraepelin (1856–1926) i München det första försöket att särskilja olika psykosor: manodepressivitet respektive dementia praecox, så kallad därför att den drabbade unga. Den sistnämnda uppdelade han i fyra typer: enkel, hebefren, kataton och paranoid, och ansåg den vara en progressiv och obotlig sjukdom, som berodde på ett organiskt fel i hjärnan. Många neurologer anslöt sig till den uppfattningen. Den schweiziske psykiatern Eugen Bleuler gav 1911 sjukdomen namnet schizofreni (kluven själ), därför att patienternas verklighetsuppfattning var kluven. Gentemot

denna uppfattning hävdade några psykiatrer att sjukdomen berodde på svåra psykiska upplevelser i tidig barndom. Det ansåg t ex Sigmund Freud (1856–1939), som från början var neurolog och lärjunge till bl a Jean Martin Charcot men som senare utvecklade psykoanalysen, från början en behandling mot hysteri som sedan, via bl a drömtydning, kom att appliceras i ett vidare fält med koncentration på sexuella upplevelser och fantasier.

Fortfarande var den gängse åtgärden vid psykisk sjukdom inlåsning på obestämd tid, ofta livstid, i Sverige på något av det tjugotal asylor eller hospital med vardera tusentals vårdplatser som fanns runt om i landet. De sjuka fick en omtänksam och vänlig omvårdnad, arbetsterapi, ibland också musik- eller konstterapi. För många blev musiken en tröst, andra hade konstnärlig begåvning och tolkade sina hallucinationer med penselns hjälp. Långbad kombinerat med olika duschmodeller och elektroterapi med elektroder på armarna prövades framför allt mot neuroser. Man prövade en tid att operativt avlägsna olika endokrina organ, såsom tyreoida eller hypofysen, för att dämpa agiterade psykosor, men fann att det inte hjälpte.

Den första effektiva terapin gavs mot den sensyfilitiska dementia paralytica, när Julius Wagner-Jauregg 1883 fann att en sådan patient, som sjuknat

**RICHARD BERG**  
»Hypnotisk scenans«, 1887. Hypnos är en inte helt vetenskapligt klarlagd behandlingsform för att ta bort minnesblockeringar, fobier och manier.

Foto: Nationalmuseum, Stockholm.

med erysipelas och hög feber, blev psykiskt förbättrad. Han prövade med olika feberframkallande medel och stannade för att ympa in malaria med god effekt. Man ympade malaria med blodprov från en patient till nästa under noggrann isolering, så att inte myggor skulle komma åt att sticka vederbörande och sedan sprida malarian i samhället. Man prövade sedan andra sätt att framkalla feber, t ex med intravenös injektion av svavelpreparat eller med hjälp av en s k hyperterm, en bår med inbyggda värmelampor över.

**S**ådan terapi förekom ännu på 1950-talet, då penicillinet definitivt tog över som effektiv behandling mot lues. Wagner-Jauregg fick Nobelpriset 1927. Nästa försök till effektiv terapi rörde schizofreni och lanserades av Wien-läkaren Manfred Sakel 1934. Det var insulinkoma. Den ursprungliga iakttagelsen var, liksom vid feberterapi, en slump. Sakel behandlade morfinister och trodde att insulin och hypoglykemi skulle dämpa deras agitation. Han fann då påtagliga förändringar av deras psykiska status, vilket föranledde honom att också pröva hypoglykemi vid schizofreni. Han såg sådan effekt att han fortsatte att utveckla terapin och försökte ge en vetenskaplig förklaring till resultaten. Han ansåg att hypoglykemi suddade ut nervcellernas senast förvärvade kontakter och reaktioner, och att de då återgick till sitt tidigare, friskare mönster. Han gav insulin i dagliga stigande doser tills en dag patienten föll i koma och väcktes efter 4–5 timmar genom att socker tillfördes, i regel genom magsond. Behandlingen genomfördes 3–6 gånger i veckan beroende på patientens reaktion. Efter max 50 injektioner trappades insulindosen ibland successivt ner. Redan under de tidiga hypoglykemiperioderna visade patienten ändrade reaktioner. Hallucinationerna försvann under några timmar. Patienterna blev kontaktbara och svarade adekvat, men gled snart åter in i sitt psykotiska tillstånd. Vid varje hypoglykemitillfälle förlängdes de friska perioderna för att slutligen fortsätta fram till nästa behandling.

Sakel redovisade sina första 300 fall och kunde notera 80 procent tillfrisknade och arbetsföra om psykos behandlades inom 6 månader. I kroniska fall med över 1,5 års duration visade 40 procent god remission, vilket kan jämföras med de spontana remissionerna, som i Sakels rapport uppges till 5–25 procent. Insulinbehandlingen togs emot med entusiasm runt om i världen, och resultat med tusentals patienter rapporterades med ungefär 40 procents läkning. Sakel emigrerade till New York där han grundade en stiftelse. Han avled i en hjärtattack 1957.

En intressant iakttagelse gjorde filologen Roman Jakobson under en vistelse i Uppsala 1941: När patienten väcks ur insulinkoma är hon en kort stund afatisk, men språkbehärsknigen återvänder inom någon halvtimme och då i samma ordning som den utvecklas hos det lilla barnet.

När Hiberna kom 1953 minskade insulinbehandlingen successivt, men 1957, när jag kom till Ulleråker, såg jag stora insulinsalar med rader av komatösa patienter, som ansvarig sköterska väckte med sondmatning.

**N**ästa somatiska psykosbehandling kom när Joseph Ladislas von Meduna i Budapest 1935 publicerade sin behandling med inducerad chock. Han hade tyckt sig finna en antagonism mellan epilepsi och schizofreni och ville



**PHILIPPE PINEL**  
1745–1826.



**EMIL KRAEPELIN**  
1856–1926.



**PAUL EUGEN BLEULER**  
1857–1939.



**JULIUS WAGNER-JAUREGG**  
1857–1940.



**MANFRED SAKEL**  
1900–1957.



**UGO CERLETTI**  
1877–1963.

därför framkalla epileptiska anfall hos sina schizofrena patienter. Han prövade först med kamfer men övergick sen till cardiazol (pentametylentetrazol), ett medel som använts vid akut hjärtsvikt »för att stimulera hjärt- och andningscentra« men som i högre dos utlöser epileptiforma kramper. Även Meduna emigrerade till USA, och hans terapimetod spreds snabbt till tusentals patienter. Man fann snart att chockmetoden var mest effektiv mot depression.

Ugo Cerletti introducerade i Rom 1938 elektrochock med elektroder applicerade mot tinningarna – mera lättstyrd än behandlingen med cardiazol. Varför chockbehandlingen hjälpte kunde man inte förklara. Cerletti ansåg att den frigjorde en substans kallad acroamin, men kunde aldrig belägga det. Elektrokonvulsiv behandling (ECT) blev snabbt en gängse metod över hela världen, men den hade nackdelen att många patienter ådrog sig frakturer under sina krampanfall.

Kotkompressioner uppgavs förekomma i 50 procent. Det var därför ett stort framsteg när Bennett 1941 införde metoden att injicera det sydamerikanska indianpilgiftet kurare, som blockerar acetylkolin i nervändsluten, och som nu hade renframställt så att det kunde injiceras intravenöst. Senare har ju detta blivit narkosrutin, men psykiatererna var först. Initialt gavs ECT med en elektrod vid vardera tinningen, men numera ges det unilateralt med båda elektroderna över samma hjärnhalva, vilket ger mindre efterverkningar.

**E**n olycklig form av somatisk behandling av psykos introducerade Egas Moniz (1874–1955), professor i neurologi i Lissabon sedan 1911. 1927 införde han cerebral angiografi genom injektion av natriumjodid i karotis. Moniz sökte efter handgripliga metoder för att behandla de psykoser han mötte i sin praktik. Från sin utbildning hos Charcot på La Salpêtrière i Paris kände han Georges Gilles de la Tourette, som hade använt »skakhjälmarna« mot parkinsonstremor och vertigo.

Moniz ansåg att frontalloberna var säte för människans psykiska aktivitet och att patologiska fixa idéer uppstår där. Om man kunde avbryta dessa impulser och deras vidare spridning i hjärnan skulle friska impulser ta överhand. Från dessa utgångspunkter beslöt Moniz 1935 att avbryta nervförbindelserna från frontalloben bakåt, först genom att injicera alkohol i centrum ovale, där det inte finns några blodkärl som kan skadas. Efter en tid övergick han till att genom ett par trepanerade hål i skallbenet ovanför pannan föra in en sond med en införd metalltråd, och med hjälp av denna knipsa av en bit vävnad »som man avlägsnar kärnhuset ur ett äpple«.

Hans första 20 patienter hade kroniska psykoser med ångestagitation och vanföreställningar. Av dem rapporterade han sju tillfrisknade, sju förbättrade och sex oförändrade efter ett par dagars observation. Han nämnde aldrig de svåra konsekvenserna: att patienterna tappade aktivitet och reducerades till apatiska vegetativa varelser. Förvisso blev många mera lätt-skötta och lugna men till priset av sin personlighet. De förvandlades till zombier.

De stora asylerna runt om i världen var vid denna tid fyllda av tusentals patienter, oroliga, agiterade och ur stånd att vistas ute i samhället. Asylerna, sjuhusen, hade lika många vårdplatser som kroppssjukhusen, men omsättningen var obetydlig, många vårdades från ungdomen och hela livet ut. Även om inredning och bemanning var torftiga blev ändå kostna-



**EGAS MONIZ**  
1874–1955.

dena betydande, vilket bidrog till att alla förslag till terapier som kunde leda till utskrivning från asylerna togs emot med entusiasm även av de myndigheter som stod för kostnaderna.

Moniz lobotomi eller leukotomi, som det också kallades eftersom man skar i den vita substansen, blev snabbt en populär behandling, och tiotusentals patienter fick genomgå olika varianter av denna terapi runt om i världen. Amerikanen Walter Freeman, som var en av de ivrigaste förespråkarna, utarbetade en metod där man stack in en stilet (ispik, kallad) genom orbitaket och rörde om i frontallobens mediala parti. Ibland harpunerade man ett blodkärl med letalt resultat, men flertalet överlevde, och många kunde skrivas ut från asylerna och vårdas i hemmet av sina anhöriga, ofta tack vare stora uppoffringar i form av tid och möda.



**GEORGES GILLES DE LA TOURETTE**  
1857–1904.

Olika varianter av psykiatri provades på olika håll. Man injicerade egenblod i frontalloben eller i cingulumregionen. Man extirperade små bitar av frontalbarken, toppektomi, eller av talamus. Med stereotaktiskt införda elektroder provade man med att koagulera olika cen-

trala kärnor. Alla metoder dämpade några alarmerande symtom, men lämnade ofta invalider som följd. I dags- och veckopress skrevs ofta sensationsartiklar om nya behandlingsmetoder som botade, vilket ökade pressen på läkarna att använda även dåligt utprovade metoder.

Nu är psykiatri i stort sett ett minne blott, men det finns skäl att påminna om hur kort tid det är sedan sådana nu helt förkastade metoder var gängse. Hur många av dagens behandlingsmetoder kommer framtiden att fördöma?

**Nils Brage Nordlander**  
med dr, Uppsala

Läs mer Referenslista <http://ltarkiv.lakartidningen.se>

## MEDICINENS SPRÅK

# Badsårsfeber! Vibrios?

I somras väckte det stor medial uppmärksamhet att det inträffade svåra fall av sårinfektion/sepsis med icke-toxinbildande *Vibrio cholerae*. Det hela uppmärksammades i Blekinge [1], men fall inträffade också på andra ställen i Skandinavien [2, 3].

För både lekmän och fackfolk finns två förväxlingsrisker. En av de mikroorganismer som orsakat sommaruppsättelsen heter alltså *Vibrio cholerae*, och i samma andetag som man säger detta tolkas det som sjukdomen »kolera«, vilket det ju inte är. Kolera är som bekant för de flesta namnet på en svår diarrésjukdom som förekommer endemiskt och ibland epidemiskt i tropikerna nuförtiden och som en mandråpare i vårt land förr. Vidare har en del av sommarens fall orsakats av *Vibrio vulnificus* med en liknande klinisk bild [2, 3], men i medierapporteringen blev ibland även dessa »kolera«.

Det är uppenbart att det behövs en benämning på denna/dessa sjukdomar/infektioner. Vi bör då få bort det laddade »kolera«.

Behovet av ett namn på svenska är mest trängande, och då föreslår jag »badsårsfeber«. Sår och bad är nästan en förutsättning för att insjukna. Namnet kan ju också sägas innehålla upplysningen att om man badar när man har sår kan man bli sjuk, dvs ett hälsobudskap!

Eftersom badsårsfeber orsakas av en infektion med en bakterie av *Vibrio*-släktet kan man också använda den latinska, övergripande benämningen »vibriosis«, försvenskat »vibrios«. Dock är vibrios i Sverige ett verdtaget namn på en fisksjukdom orsakad av en bakterie som tidigare tillhörde *Vibrio*-släktet [4]. Vid

sökning på »vibriosis« i PubMed får man många träffar. Det gäller då humana infektioner med alla typer av *Vibrio*-bakterier, inte bara de här aktuella sårinfektionerna, då det oftast gäller *V. vulnificus*, utan även kolera av klassiskt slag, orsakad av *V. cholerae*. I vardagligt humanmedicinskt språk har vibrios(is) dock knappast använts alls i vårt land, men namnet har kanske sin plats för de infektioner som uppmärksamats i sommar? Allt för att undvika »kolera«!

**Rickard Eitrem**

smittskyddsläkare, docent,  
Landstinget Blekinge  
rickard.eitrem@ltblekinge.se

### REFERENSER

1. Granhall C, Eitrem R. *Vibrio cholerae* i Blekinge. EPI-aktuellt 2006;5(28-30):2-3. [http://www.smittskyddsinstytutet.se/SMItemplates/BigArticle\\_\\_\\_\\_6237.aspx](http://www.smittskyddsinstytutet.se/SMItemplates/BigArticle____6237.aspx)
2. Blaxhult A. Nya infektionssjukdomar i Europa vid varmare klimat. EPI-aktuellt 2006;5(36):1. [http://www.smittskyddsinstytutet.se/SMItemplates/BigArticle\\_\\_\\_\\_6256.aspx](http://www.smittskyddsinstytutet.se/SMItemplates/BigArticle____6256.aspx)
3. Anker C, de Jong B, Svenungsson B. Allvarlig infektion orsakad av vibriobakterier. EPI-aktuellt 2006;5(37):1. [http://www.smittskyddsinstytutet.se/SMItemplates/BigArticle\\_\\_\\_\\_6330.aspx](http://www.smittskyddsinstytutet.se/SMItemplates/BigArticle____6330.aspx)
4. Statens veterinärmedicinska anstalt. Vibrios. <http://www.sva.se/static/71.html>