

## Psykotera-pibiverkningar är alltför litet uppmärksammade

I det trevliga temanumret om psykotera-pi (Läkartidningen 42/2006) saknades tyvärr ett avsnitt om biverkningar. Endast mycket kortfattat nämndes denna aspekt på två ställen. Marie Åsberg och medarbetare konstaterar att »mindfulnessmeditation tycks ha få biverkningar«. Roland Berg påpekar angående Interpersonell psykotera-pi att »allvarliga biverkningar har ... inte uppträtt«.

**Psykotera-pi kan ge bestående** positiva effekter. Det betyder att negativa effekter också kan bli bestående. I så måtto är biverkningar av psykotera-pi potentiellt allvarligare än de flesta biverkningar av psykofarmaka. Likväl är dessa biverkningar till skillnad från läkemedelsbiverkningar inte allmänt kända, ibland inte ens erkända. Veterligen har de aldrig studerats systematiskt. Termen finns inte heller indexerad i ett flertal hand- och läroböcker om psykiatri eller psykotera-pi, som jag konsulterat. Detta faktum skall jämföras med det utrymme som ges åt läkemedelsbiverkningar i relevanta handböcker.

Sedan mitten av 1970-talet har jag likväl för egen del vid ett flertal tillfällen observerat biverkningar av psykotera-pier, som jag eller andra bedrivit. Jag har själv drabbats av biverkningar av psykotera-pi, som jag varit föremål för.

**En del biverkningar har av hävd** betraktats som naturliga och till och med nyttiga inslag i psykotera-pin men förtjänar att kallas biverkningar därför att de är oavsiktliga, oönskade och negativa. Så kan exempelvis motöverföring i bästa fall vara till nytta i den erfarna psykotera-putens händer, men är en biverkan.

Andra exempel på psykotera-pibiverkningar är att patienten blir förälskad i psykotera-puten; överfaller psykotera-puten; begår ovanliga och/eller oöverlagda handlingar mellan psykotera-pisessionerna; att relationer till närstående allvarligt försämrats; att de psykiska symtomen förvärras; att patienten blir psykotisk eller suiciderar.

Det psykotera-putiska samtalet kan urarta till debatt. Även psykotera-puten kan drabbas av biverkningar och exempelvis bli förälskad i eller hatisk mot sin patient.

**Psykologiskt beroende** är förmodligen en av de vanligaste biverkningarna. Den kan vara ömsesidig och leda till onödigt långa behandlingar. I fall av beroende kan patientens ökade psykiska symtom

under psykotera-putens semester betraktas som psykologisk abstinens. I likhet med andra biverkningar kan psykotera-pibiverkningar vara dosberoende. Slen-triandosen 1 samtal  $\times$  1-2 per vecka torde ofta vara onödigt hög och därmed ge en onödigt hög risk för biverkningar.

**Förutsättningen för att biverkningar** av psykotera-pi skall bli identifierade och dokumenterade är att psykotera-puter är beredda att acceptera deras existens. Så är inte alltid fallet. Skälet kan vara att de inte diskuteras som sådana i littera-



Temadelen om psykotera-pi i LT 42/2006.

turen. Negativa effekter uppmärksammades visserligen tidigt av psykoanalytiker men utan att ges beteckningen biverkningar. Så är t ex fallet i »Psychotherapy for better or worse: The problem of negative effects« av Strupp och Hadley, en högst läsvärd bok från 1977 om problemet. Att grupppsykotera-pi av konfrontativ typ (»sensitivitetsträning«) kunde ge allvarliga biverkningar diskuterades i Läkartidningen i mitten av 1970-talet.

En intressant fråga är därför om olika psykotera-piskolor eller olika behandlingsformat skiljer sig åt ifråga om risk för biverkningar.

**Hans Bendz**  
överläkare,  
psykiatriska öppenvårdsmottagningen,  
Universitetssjukhuset i Lund  
Hans.Bendz@skane.se

## Psykiatrin måste prioritera evidensbaserade metoder!

Jag läste med stort intresse psykotera-pi temat i Läkartidningen 42/2006, och det glädjer mig att psykotera-pi i olika former har ägnats så stor uppmärksamhet, inte minst med tanke på det skriande behov av terapi som finns i psykiatrin idag. Men många frågor inställer sig efter genomläsningen. Trender kommer och trender går, så även inom sjukvården. Just nu är det modernt att tala om den så kallade tredje vägen inom kognitiv beteendeterapi (KBT). I denna tredje väg ingår ofta meditativa inslag som t ex »mindfulnesssträning«.

Hur »nytt« detta är, och om det är en effektiv behandling mot allvarliga sjukdomstillstånd, kan man ju verkligen fråga sig. Bör det snarare betraktas som en form av friskvård, är en annan relevant frågeställning.

Är det verkligen fler nya metoder som dagens psykiatri behöver? Handlar det inte snarare om att använda de evidensprövade terapier som redan finns? Det är ju trots allt så att traditionell kognitiv beteendeterapi (KBT) är den metod som fortfarande har det absolut starkaste vetenskapliga stödet för flest psykiatriska diagnoser.

**Hur kan det komma sig** att vi ännu år 2006 låter den offentliga sjukvården fi-

nansiera långvariga (>5 år) icke evidensprövade psykotera-piformer för svårt psykiskt sjuka människor, när vi vet att det finns andra betydligt mer kostnadseffektiva metoder? Hur är det möjligt när vi inte ens har fördelat resurserna så att de räcker åt t ex svåra tvångssyndrom i stort behov av KBT?

Detta är för mig en gåta. Om man jämför med t ex kirurgi vore det ju otänkbart att man fortsatte att operera bort delar av magsäcken på alla magsårspatienter i stället för att behandla med syrahämmande medel och antibiotika!

Visserligen var det säkert besvärligt för de kirurger som vid tiden för upptäckten av Helicobacter i magsår behövde byta arbetsuppgifter, men det var ju inget hållbart argument för att fortsätta med den gamla metoden. Varför ska psykotera-pi som behandling av sjukdomstillstånd betraktas så annorlunda?

**I de fall psykotera-pi mer handlar** om självkännetid eller friskvård får man kanske lov att se lite annorlunda på saken. Folk får väl göra vad de vill på fritiden och för sina egna pengar. En del vill spela golf, andra vill gå i terapi. Det finns en mängd fritidsintressen och kulturella aktiviteter som människor mår bra av, och som med all säkerhet kan vara minst

lika avstressande som mindfulnesssträning och annat. Men ska staten för den skull betala medlemskapet i golfklubben?

I vårt kliniska arbete försöker vi skilja på sjukt och friskt. Behandlingen ska anpassas efter typ av problem och svårighetsgrad. Därför är det viktigt att ställa rätt diagnos. I psykiatri är diagnossystemet DSM-IV med alla fel och brister trots allt bättre och säkrare än »klinisk blick eller maggropskänsla«. Livskvalitet och hälsa är inte nödvändigtvis frihet från diagnoser – det handlar även om känsla av mening, sociala omständigheter m m.

**Resurserna är ändliga** i offentlig sektor, och vi måste prioritera vilka problem och sjukdomar vi ska bekosta med allmänna medel. Likaså måste arbetsgivare ta ställning till vilken typ av problem som företagshälsovården ska bekosta och hur resultaten ska utvärderas. Vem som betalar behandlingen och hur mycket den kostar påverkar dessutom resultatet.

En modell för resursfördelning inom det offentliga är LEON, dvs lägsta effektiva omhändertagandenivå, eller trappstegsvård (stepped care) som det också kallas: Lätt problematik kan hanteras med information eller Internetbehandling. Måttlig problematik kan kräva gruppbehandling på vårdcentral eller på psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Svår problematik kräver individuell terapi.

Behandlingsmetoden kan således anpassas efter problemets art och individens funktionsnivå samt behov av stöd. I likhet med hur man inom rösthälsans område skiljer på logonomens arbete med rösthälsovård för friska personer och logopedens arbete med röstapparatens sjukdomar borde man kanske skilja på »psykonomer« som tar hand om psykologiska hälsoproblem hos i grunden friska personer och »psykopeder« som behandlar psykiska sjukdomar.

**Patienter föredrar olika behandlingar**, vilket påverkar resultatet. Att vara på väntelista kan upplevas på olika sätt. Jag noterade att i översiktstabellen på sidan 3176 (LT 42/2006) utgjordes en stor andel av kontrollgrupperna av just väntelista-patienter. Sedvanlig behandling var en annan vanlig jämförelsegrupp. Endast i en studie ur samma tabell jämförs mindfulnesssträning med KBT i kontrollgrupp (om nu inte sedvanlig behandling innebar KBT i någon av de andra studierna, men det framgår inte).

**Sjukvårdens viktigaste uppgift** är att vårda och ta hand om lidande och sorg. Eftersom det är en del av läkekonsten

kommer vi nog aldrig att förstå det vi gör fullt ut, hur vi än försöker bryta ner och analysera det in i minsta detalj.

Det talas mycket om vad vi ska göra och vilka tekniker och verktyg vi ska använda. Paradoxalt nog är det ofta väldigt svårt att bara våga vara närvarande när en människa lider. Trösta alltid, sa han ju – Hippokrates, ni vet.

Tycker vi att evidensgraden räcker? Skulle tro det. Får vi dessutom möjlighet

att behandla och i bästa fall bota patienter med hjälp av andra evidensbaserade metoder såväl inom psykiatri som inom andra specialiteter, tror jag att vi kan göra ännu mer för att minska lidandet.

**Maria Holstad**

ST-läkare, steg 1-utbildad KBT-terapeut, psykos- och rehabkliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala  
maria.holstad@comhem.se

## Mensa nästa?

Michel Tagliati argumenterar i Läkartidningen 49/2006 (sidorna 3956-7) för införandet av betyg på läkarprogrammet. Han skriver »... de skarpaste akademiska hjärnorna ... kommit till en miljö där deras intellekt ska stimuleras ... får sonika nöja sig med godkänt på sina tentamina. Hur kunde det bli så här?«

**Genomgående lyfts akademisk kunskap** upp som den enda betydelsefulla egenskapen hos läkaren och formuleringarna är elitistiska och hånfulla. Empati beskrivs som en betydelselös egenskap och läkarutbildningen beskrivs som kravlös, slapp och i brist på disciplin. Författaren vill återupprätta ett hierarkiskt system med muntliga förhör hållna av professorer där betyg skall tillämpas, restentor förbjudas och resultat från studierna lyftas fram i en »hall of fame« för allmän beskådan. På detta sätt ska det bli tydligare för arbetsgivaren »vilka som faktiskt kan något«.

**Hela inlägget är en allvarlig kritik** av den nuvarande läkarutbildningen som enligt författaren borde kräva mycket mer av studenterna. Kanske har tiden sprungit ifrån Michel Tagliati, som i Bollebygd suttit och funderat på hur man ska kunna framhäva enskilda studenters och läkares inlärningskapacitet, medan universiteten och de för läkarutbildningen ansvariga insett att den bästa läkaren inte nödvändigtvis är den som skriver bäst på tentorna.

**Den tillgängliga kunskapsmängden** ökar hela tiden och allt fler går över till så kallat »problembaserat lärande«, där förmågan att från olika källor inhämta och sortera bland information utgör fokus snarare än förmågan att kunna rapa upp tabellkunskap. Urvalsprocessen till läkarprogrammet torde med god marginal sortera bland de sökande och gallra bort de som skulle få alltför svårt att in-

hämta kunskapen som krävs. Utöver detta synes ytterligare tävlingsmoment under utbildningen ytterligt meningslösa och poänglösa, bortsett från den för egot tillfredsställande känslan av att vara bäst.

**Att jobba som läkare** kräver mer än bara förmåga till att trycka in faktakunskap inför tentamina. Man börjar alltmer intrassera sig för alternativa intagnings-system där personliga intervjuer och andra lämplighetsbedömningar används. Förmåga till empati, människokärlek eller humanism och social kapacitet utgör oerhört viktiga delar av en läkares arbetsredskap och kommer sannolikt få en ännu högre betydelse vid antagningen.

**Ett godkänt på en tentamen** på läkarprogrammet innebär inte, vilket författaren verkar utgå ifrån, att man med nöd och näppe uppfyller kunskapskraven för kursen. Godkänt betyder att man nått målnivån, dvs den nivå alla läkare förväntas nå och den nivå det är nödvändigt att nå för att, på ett ur patientsäkerhets- och vårdkvalitetsperspektiv, kunna arbeta som läkare med det stora ansvar för andras liv och hälsa det innebär.

**Om inte detta räcker** för att stimulera egot hos den karriärlystne kanske yrkesvalet inte var optimalt från början, och han bör måhända söka sig andra uttrycksätt och forum för sin självhävdelse. Mensa är ett bra alternativ där själva syftet med föreningen är att de som anser sig vara förmer än andra kan samlas och klia varandra på ryggen och jämföra sina spektakulära hjärnor.

**Jonatan Salzer**

läkarstudent,  
Umeå universitet  
jonatansalzer@hotmail.com