

REPLIK TILL JONAS DENCKER OCH JAN WÅLINDER:

# Iatrogena bidrag till psykiatrisk morbiditet

Jonas Dencker och Jan Wålinder går till storms mot »antiintellektuella inlägg« som skrämt unga blivande läkare från att ge sig in i psykiatrin. De två står för en syn på psykiatrin som leder patienterna in i iatrogena återvändsgränder, anser Claes Davidsson.

**D**encker och Wålinder betecknar oliktkänkande som »okunniga« (Läkartidningen 7/2008, sidorna 421-2) utan att ana hur det står till med dem själva. De avfärdar en meningsmotståndare som »antiintellektuell« utan att med ett ord bemöta hans tankegångar. Som tidsandans ohjälpliga fångar kräver de oinskränkt företräde för det positivistiska paradigmet som redan till den grad fördummat vår disciplin.

Med sin tidstypiskt meningsförstörande inskränkthet, oreflekterade ensidighet och ytlighet är de förhindrade att förstå sitt eget ämne. Den okunskap de söker undkomma är deras egen – sak samma med antiintellektualismen. Men egentligen är detta alls inte deras fel.

**Det rådande paradigmet** har förvriddit huvudet på större tänkare än Dencker och Wålinder. Nuförtiden är folk som galna i allt som kan mätas och avbildas. Man verkar ha svårt att tro att något annat – till exempel förståelse – existerar. För fysiken torde detta inte medföra några problem. Men för ett i grunden huma-

**CLAES DAVIDSON**

leg läkare, specialist i psykiatri, leg psykiaterapeut  
claes@derkert.com

nistiskt ämne blir det problematiskt.

Detta paradigmet passar ju egentligen bara för det fåtal tillstånd vilka likt Huntingtons korea låter sig påvisas kemiskt. De allra flesta andra är ju från början livsproblem, vilkas känslomässiga och kognitiva hantering faller, med större eller mindre psykologiska och adaptiva katastrofer som följd.

**Livet är ju inte så lätt**, särskilt inte för människobarnet, som bland alla djuren utmärker sig genom att i extremt hög grad vara beroende av sina föräldrar för att lära sig hantera tillvarons utmaningar – inte minst för att lära sig acceptera verkligheten och att lära sig tänka rätt (vilket i terapirummet visar sig vara synonymt).

Vuxna människor uppvisar hela provkartan av brister uppkomna genom torftigt och problematiskt relaterande, bland annat sådant som beror på bristfällig känslomässig förståelse. När allt kommer omkring är det ju fråga om oförmåga till känslomässig inlevelse snarare än brist på utbildning och information som får föräldrar att t ex överge sina barn genom att för en tid lämna bort dem.

**Sådana överväganden** bekymrar inte Dencker och Wålinder: »Vi menar att psykiat-

trin är den specialitet som ska syssla med sjukdomar som har sin grund i neurobiologiska förändringar i CNS ...«. Jo, det blir ju liksom lättare då, när man inte behöver anstränga sig att förstå.

Men, vänta lite – »sin grund i neurobiologiska förändringar« – har Dencker och Wålinder funderat på huruvida de psykiatriska tillstånden i förhållande till dessa förändringar är *post* eller *propter*? Neurobiologiska förändringar i CNS som uppträder parallellt med en psykisk störning och som försvinner när problemet avhjälpes psykioterapeutiskt: Är det en *psykisk sjukdom* som ska medicineras?

**Jo, jag vet att ni tycker det och att ni inte vill höra talas om att man kan demontera de diagnoser ni ställer genom att inom ramen för en kvalificerad psykioterapi förstå problemen, urskilja konflikterna och få till stånd en lösning utav dem.** Men så är det likväl, trots att det kanske stör er världsbild, i vilken patienten ska vara sjuk i en sjukdom och ni ska vara doktorerna som ställer diagnosen och föreskriver patienten den evidensbaserade behandlingen.

Men neurobiologiska förändringar i CNS som försvunnit när problemen blivit lösta psykioterapeutiskt är förstås inte mycket till sjukdomskriterier och inte mycket att basera sin positivistiska veten-

**»Förstår vi bara patientens problematik så har vi såväl diagnosen som den bot som förmår upphäva densamma, som i en liten ask.«**

skap på. Nej, Dencker och Wålinder, ni får vara så snälla och ta av er de vita rockarna!

Och ni får vara så snälla och följa Occams vetenskapliga princip (hans så kallade rakkniv) och lämna de tämligen umbärliga neurobiologiska förändringarna därhän! *Förstår* vi bara patientens problematik så har vi såväl diagnosen som den bot som förmår upphäva densamma, som i en liten ask.

**Denckers och Wålinders tänkande** illustrerar den av Werkö påtalade och tämligen utbredda oförmågan inom psykiatrin att på ett adekvat sätt definiera den egna verksamheten. Den av Dencker och Wålinder förespråkade naturvetenskapliga och positivistiska uppfattningen har i våra dagar nått en skrämmande utbredning.

I dag tror man på fullt allvar att man ska kunna avbilda själen med positronkameran och ta dess temp biokemiskt, utan att förstå den befängda ensidigheten i detta tänkande. Det är som om någon inbillade sig att smärtan i en blues kunde fångas i ett or och nollor eller kanske rentav återspeglar ett hårdvarufel i mp3-spelaren.

För de psykiatriska tillstånden finns beteckningar, vilka i motsats till flertalet DSM-IV-diagnoser inte är mystifierande utan beskriver problemet som den olösta konflikt det är. Men det är sant, det är en tradition som nästan fallit i glömska.

**För den som på grund av bristande utbildning eller otillräckliga personliga förutsättningar inte förstår individens lidande och inte förmår gripa de psykiska krafternas dynamik framstår patienten som konstig eller »sjuk«.**

Genom sjukdomsstämpeln, sin vita rock, sina test, sina prov och sina mediciner fjärrmar han sig ifrån sin patient genom att göra honom eller henne till ett objekt.

Sjukdomsdiagnoserna har en lugnande effekt på den insufficianta doktorn och på varje osäker person med honom: Det är inte jag som är sjuk, det är patienten! Detta är den grundläggande mekanismen bakom de iatrogena bidragen till den psykiatriska morbiditeten, vilka till sin storlek är synnerligen understödd.

Detta sjukdomstänkande och detta etiketterande blockerar ganska effektivt förståelsen av tillståndet. Det blir inte ens tal om någon konfliktlösning som kunde leda till att diagnosen eliminerades. I stället leds patienterna alltför ofta in i iatrogena återvändsgränder och fastnar i regressiva tillstånd. Fixerade vid sekundärvinsterna förblir de fångar i sin överbeskyddade passivitet. Så är fallet för ungefär var femte patient vid de allmänpsykiatriska mottagningarna där jag arbetar.

**Det finns fler faktorer** som bidrar till denna höga siffra. En är Parkinsons lag. I den offentliga psykiatrien når doktorerna ganska snabbt sin inkompetensnivå. Efter några år sitter många och lyfter papper och ser knappt en patient, medan andra tillbringar sin mesta tid i sammanträdesrum.

Den erfarenhet och kompetens de ackumulerat kommer inte någon patient till godo när mindre erfarna och sämre utbildade medarbetare tar hand om patienterna. På dagens psykiatriska mottagningar leker skötare underläkare! Det är väl inte konstigt att det går som det går. I den privata vården, däremot, förblir doktorn en behandlande läkare. Därmed får man en helt annan kompetens- och kvalitetsnivå.

**Dencker och Wålinder** beklagar sig över att andra styr över

psykiatrien. Jag är rädd att så länge ni inte vet vad ni håller på med lär ni få finna er i denna förödmjukelse. Det är emellertid min övertygelse att den dag omvärlden ser att psykiatrierna vet vad de gör, den dagen kommer psykiatrien att åter betros med ansvaret att själv forma sin verksamhet. Den dagen kommer också

**REPLIK:**

**Udda idéer bortom den kliniska verkligheten**

■ Claes Davidson har i Svensk Psykiatri [1] publicerat artikeln »Inte ett öre till den offentliga psykiatrien«. Liksom många av våra kolleger avstod vi den gången från att bemöta hans udda idéer, långt borta från den kliniska verkligheten. När Läkartidningen nu publicerar Davidsons kommentarer till vårt debattinlägg [2] i en för psykiatrien viktig fråga vill vi emellertid komma med ett genmäle.

Några av våra grundbultar är att psykiatrien är en medicinsk specialitet stadd i snabb kunskapsutveckling. Psykiatrien ska syssla med psykisk sjukdom som har sin grund i neurobiologiska förändringar. Vi behöver centra för kompetensutveckling för att stimulera preklinisk och klinisk forskning. Nära samarbete mellan klinik och akademi är viktigt.

Vi behöver få tillbaka konfiskerade slutenvårdsplatser. Från socialminister Göran Hägglund har kommit besked om förstärkning av psykiatrien. Tyvärr tycks den ekonomiska satsningen i första hand gälla förstärkning inom primärvården. Det är inte där vi ska börja utan i andra ändan, i slutenvården.

**Davidsons enögda syn** på just öppenvårdspsykiatrien är här en allvarlig felbedömning som i värsta fall leder okunniga politiker på villovägar. Att vi är rätt ute i vår allmänna bedömning av psykiatrins behov och fortsatta utveckling illustreras t ex av Lars Ja-

psykiatrien att förtjäna ett annat anseende än vad som är fallet i dag. Men det viktiga är kanske inte hur stor psykiatrien då blir, hur många sängplatser den har och hur mycket lyskraft den får, vilket för Dencker och Wålinder har sådan betydelse.

Jag för min del tycker kanske att det vore viktigare att

psykiatrer förstod sina patienter och förmådde hjälpa dem tillbaka till livet. Att fastna i psykiatrien genom att bli diagnostiserad, medicinerad och sjukskriven – det är knappast någonting att rekommendera.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

cobssons inlägg i Läkartidningen [3] liksom av vård- och enhetsöverläkaren Jan Ove Janssons nödrop helt nyligen i Göteborgs-Posten [4].

**Vi ser också att såväl äldre** som yngre kolleger [5] sluter upp kring konceptet om ökad forskning där neurobiologin får en prioriterad plats. Läs gärna en intervju med Cecilia Brain, vård- och enhetsöverläkare och specialistläkare i psykiatri vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg [6]. Hon ger uttryck för tankar som vi möter hos många unga kolleger.

Vi citerar: »Psykiatrien står väldigt nära neurologin. Det är läran om hjärnans sjukdomar. Vi, jag som psykiater, har en smal men djup medicinsk kompetens att behandla just hjärnans sjukdomar«. Så insiktsfullt, så klokt formulerar hon grunden för en modern psykiatri till hjälp för alla med psykisk sjukdom.

**Davidsons försök** att få ut gamla spöken ur garderoben – biologiskt vs psykodynamiskt synsätt beträffande uppkomsten av psykisk sjukdom – lämnar vi därhän. Den debatten är sedan länge begravd.

Inom alla medicinska specialiteter kommer det alltid att finnas kolleger som varken vill eller har förmåga att tillgodogöra sig medicinska framsteg. Därför måste vi tyvärr även fortsättningsvis räkna med att få ta del av den debatteknik Claes Davidson använder sig av, nämligen att

bl a patetiskt klamra sig fast vid det sedan länge förgångna.

Våra unga kolleger lägger däremot ut vägen för en modern framgångsrik psykiatri som har sin grund i fortsatt spännande kunskapsutveckling. Detta kommer våra patienter till del och häri känner vi trygghet.

**Sven Jonas Dencker**  
professor, institutionen för klinisk neurovetenskap, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

**Jan Wålinder**  
professor emeritus, psykiatriska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Mölnadal  
jan.walinder@beta.telenordia.se

**REFERENSER**

- Davidson C. »Inte ett öre till den offentliga psykiatrien«. Svensk Psykiatri. 2007;(3):32-4.
- Dencker SJ, Wålinder J. Vi behöver en ny psykiatri utan okunnigas inblandning. Läkartidningen. 2008;105:421-2.
- Jacobsson L. Så kan vi få fler forskande psykiatrer. Läkartidningen. 2008;105:464-5.
- Jansson JO. Patientsäkerheten snart i farozonen. Göteborgs-Posten, Debatt. 27 feb 2008.
- Öster E, Lindholm S. »Låt oss bli neuropsykofarmakologiskt briljanta.« Svensk Psykiatri. 2008;(1):27.
- Cecilia Brain forskar i skam. Göteborgs-Posten. 26 feb 2008.

**LÄS MER** Nästa sida: kontra-replik och slutreplik

KONTRAREPLIK:

Goddag, Yxskaft!

■ Ni framhåller att jag har »udda idéer«, men att ni min-sann har fyra vänner, vilka samtliga håller med er. Jag ger mig! Ni hävdar att jag är »bortom den kliniska verkligheten«. Ja, i alla fall bortom er kliniska verklighet. Jag får allt fler patienter som farit illa i den offentliga psykiatri. För närvarande arbetar jag till exempel med två unga patienter som båda fått diagnosen paranoid schizofreni, trots att de varken är paranoidea eller schizofrena.

Ni torgför truismen att psykiatri är en medicinsk specialitet. Vilket ingen torde ha förnekad. Men ni bemöter inte mitt påstående att den i

grunden är en hermeneutisk vetenskap. Min plädering för förståelse avfärdar ni som »enögd«. Vad säger man?

Ni påstår att jag varken vill eller förmår tillgodogöra mig medicinska framsteg. Min artikel i Svensk Psykiatri 2007:3 efterlyser psykiatrisk »två-språkighet«, därför att jag anser att vi verkligen behöver både det naturvetenskapliga och det hermeneutiska språket. Men jag tror bestämt att vi klarar oss utan projektio-ner!

Ni som inledde med att avfärda mig som »antiintellektuell«, ni upplyser mig nu att den debatt vi för är »sedan länge begravd.« Jag sträcker

hals och förstår att ni yvs över en sådan argumentation.

Men, kolleger Dencker och Wälinder, yttrar ni då aldrig ett sakligt ord?

**Claes Davidson**  
leg läkare, specialist i allmän psykiatri, leg psykoterapeut, Lidingö  
claes@derkert.com

SLUTREPLIK:

Föga meningsfull diskussion

■ Vi beklagar Claes Davidsons debatteknik, hans tonläge och ovilja att seriöst diskutera de viktiga frågor vi tog upp i vår första artikel i Läkartidningen (7/2008, sidorna 421-2).

Den som läser hans repliker med kritiska ögon förstår hur långt ifrån utvecklingen av en modern och framgångsrik psykiatri hans filosofiska spe-

kulationer ligger. Det känns föga meningsfullt att fortsätta vår diskussion. Härmed punkt och slut för vår del.

**Sven Jonas Dencker**  
professor, Göteborg

**Jan Wälinder**  
professor emeritus, Mölndal  
jan.walinder@beta.telenordia.se

Subklinisk hypotyreos – mer av isberget upp till ytan

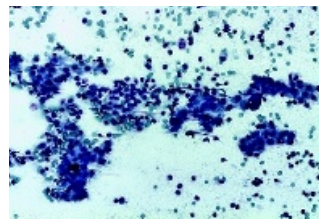
■ Ernst Nyströms kommentar [1] om att klinisk bedömning får avgöra huruvida en patient med subklinisk hypotyreos ska behandlas med sköldkörtelhormon är mycket välkommen. Budskapet är att patienter med det mycket vanliga tillståndet subklinisk hypotyreos (definierat som TSH över respektive fT4 inom laboratoriets referensområde) uppvisar många kliniska symtom överensstämmande med hypotyreos, och att hos dessa bör behandling med sköldkörtelhormon övervägas, särskilt vid upprepade förhöjda värden på TSH. Stegrade autoantikroppar mot TPO stärker ytterligare indikationen för behandling.

Detta ställningstagande av en av de ledande experterna i fråga om tyreoidesjukdomar innebär en nyansering av tidigare officiell policy. Vid subklinisk hypotyreos har tidigare förordats avvaktande inställning till behandling – oavsett kliniska symtom.

Den på våra breddgrader

helt dominerande orsaken till sköldkörtelproblem är autoimmunitet; därom råder allmän enighet. Ett sätt att specifikt dokumentera autoimmunitet riktad mot sköldkörteln är att undersöka sköldkörtelvävnad med avseende på förekomst av lymfocytär invasion. Sådan undersökning görs med finnåls cytologisk (FNA) teknik. Vi har i Sverige erkänt hög kompetens inom detta område [2, 3]. Värde och tillförlitlighet av FNA som robust och riskfri undersökning, även under primitiva betingelser, har helt nyligen bekräftats [3].

Genom att fördjupa diagnosen av tyreoidesjukdom med tillägg av FNA som komplement till sedvanliga biokemiska och serologiska prov har vi visat att autoimmunt angrepp på sköldkörteln kan dokumenteras hos patienter med misstänkt tyreoidesjukdom i långt större utsträckning än om utredningen innefattat enbart biokemiska och serologiska prov [4]. Hos ungefär hälften av patienterna med symtomgivande autoim-



Figur visande angrepp av lymfocyter på follikelepitel med begynnande atrofi.

mun tyreoidit var förstahandsprovet TSH inom laboratoriets referensområde, ett tillstånd där vi föreslagit beteckningen subkemisk hypotyreos [5].

Den praktiska innebörden av begreppet subklinisk hypotyreos har varit, och är fortfarande, föremål för olika tolkningar. Ernst Nyström redovisar i sin översikt aktuella studier (baserade på enbart biokemiska kriterier), där slutsatsen är att intervention med sköldkörtelhormon förordas hos patienter med subklinisk hypotyreos och kliniska symtom på hypotyreos.

Med stöd av redovisade

cytomorfologiska fynd vid kliniskt misstänkt tyreoidesjukdom, har vi länge hävdad att symtomgivande autoimmun tyreoidesjukdom är långt vanligare än vad som framkommer vid enbart biokemisk/serologisk diagnostik; man påvisar endast toppen av ett isberg. Nu medverkar Nyströms inlägg till att mer av isberget kommer upp till ytan. Ett steg i rätt riktning, som förhoppningsvis kommer många patienter till godo.

**Bo Wikland**  
med dr, specialist i invärtesmedicin, Läkarhuset Hötorgscity, Stockholm  
bo.wikland@comhem.se

**P O Sandberg**  
med dr, överläkare, Aleris Medilab, Täby  
per-ove.sandberg@aleris.se

REFERENSER

LÄS MER Fullständig referenslista <http://ltarkiv.lakartidningen.se>