

Auricula finns redan! Amputerad psykiatri

■ Ingemar Torstensson och Sten-Erik Bäck skriver i Läkartidningen 17-18/2008 (sidorna 1284-7) om behovet av ett nationellt register



Torstenssons och Bäck's artikel i LT 17-18/2008.

för antikoagulationsverksamheten för överblick och kvalitetsutveckling.

Jag håller helt med om att behovet finns, och instämmer i att »Ett nationellt register med väl valda kvalitetsindikatorer vore önskvärt och skulle sannolikt kunna möjliggöra värdering av skillnader i verksamhetsutformning och resurskonsumtion«.

Däremot finner jag det märkligt att Ingemar Torstensson och Sten-Erik Bäck inte känner till att det sedan drygt ett år finns ett nationellt kvalitetsregister, Auricula, för förmaksflimmer och antikoagulationsbehandling hos Sveriges Kommuner och Landsting, <<http://www.kvalitetsregister.se>>.

I Auricula ingår ett webbaserat doseringshjälpmedel för Waran. Samtidigt som

man använder Auricula för att på ett rationellt sätt sköta det dagliga doseringsarbetet, registreras alla kvalitetsindikatorer automatiskt i registret. Systemet frågar även vid behandlingsavslut eller årsvis efter blödningar eller retromboser, kvalitetsmätt som efterfrågades av Ingemar Torstensson och Sten-Erik Bäck.

Auricula har nyligen publicerat sin första årsrapport. Systemet är sedan 2006 i full drift, implementering pågår i flera sjukvårdsregioner inklusive den södra. Den kvalitetsuppföljning som Ingemar Torstensson och Sten-Erik Bäck efterfrågar finns således redan.

Anders Sjalander
överläkare,
medicinkliniken,
Sundsvalls sjukhus
Anders.Sjalander@lvn.se

REPLIK:

Auricula inte i drift vid tiden för studien

■ Vi är givetvis medvetna om Auricula och följer med intresse dess utveckling. Vid tiden för studien var emellertid inte detta register i drift. Sedan dess har Auricula publicerat en första årsrapport, och enligt uppgift ska inom kort en uppdaterad rapport omfattande kalenderåret 2007 publiceras. Med ledning av uppgifterna i dessa rapporter kan man beräkna att registret i dagsläget omfattar 2-3 procent av det totala antalet patienter med antikoagulationsbehandling i Sverige.

Vår önskan om ett heltäck-

ande register motiverades av att inget kvalitetsregister vid tiden för studien omfattade något av de 16 sjukhus studien avsåg (Auricula är dock infört på ett av dessa i dag). Därav svårigheterna att värdera de skillnader i resurskonsumtion som vi påvisat.

Ingemar Torstensson
överläkare, medicinkliniken

Sten-Erik Bäck
dr med sci, sjukhuskemist,
kemiska laboratoriet,
båda Centralsjukhuset,
Kristianstad

■ Göran Isacson [1] känner sig »generad av Böhms [mitt] referentgranskade inlägg« om psykodynamisk behandling för kvinnomisshandlare [2]. Han känner sig tydligen generad över att mina referenser inte stämmer med hans uppfattning. GIs uppfattning är att han har rätt [3].

GI slår fast att »majoriteten av svenska psykiatrer *vet naturligtvis* [min kursivering, TB] att psykiatri är en medicinsk specialitet baserad på medicinsk vetenskap, att vi arbetar med psykiska sjukdomar och att dessa sjukdomsprocesser äger rum i hjärnan«.

GI menar att de psykiatrer som inte accepterar den medicinska modellen brukar förespråka att psykiatri inte bara är medicinsk vetenskap utan också »*någon form av humanism*« [min kursivering, TB]. Det stämmer inte. Det som GI möjligen syftar på är humanvetenskap (eller humaniora) – humanism är något helt annat. Till humanvetenskaper hör fullt respektabla vetenskaper som historia, antropologi, sociologi, socialpsykologi, litteraturhistoria etc. GI nedvärderar det han inte förstår genom att kalla humanvetenskap för humanism.

Jag är inte dualist, men båda kunskapsområden behövs i psykiatri. Den psykodynamiska sidan är numera rätt bortstudad i psykiatri. Jag hör från människor som arbetar inom psykiatri, och som jag handleder, att de inte får tala om patienters barndomsupplevelser, historia, föräldrar, fantasier – enligt det sätt som GI förordar: »Ideologi och ovetenskapliga behandlingsformer hör ... inte hemma i psykiatri, inte heller behandling av normalpsykologiska reaktioner.« Och GI tillägger: »Så definierad är psykiatri en kraftfull och spännande medicinsk specialitet med stark lyskraft.« Den psykiatri uppfattar jag snarare som amputerad, och just där-

för som en specialitet med minskad lyskraft.

Även Freud »trodde på« hjärnan – han var ju neuroforskare från början – om nu någon trodde något annat. Men han trodde på psyket också! En utmärkt bild av skillnaderna mellan humanvetenskapligt förankrad psykoanalys och hjärnforskning får man i en understreckare i SvD, »Konsten visade Freud vägen till själsdjupet«, av den teoretiske filosofen Johan Eriksson [4]. Då förstår man också varför evidensbaserad inte är svaret på livets alla frågor.

Liknande saker som GI sägs av Dencker och Wälinder [5]:

»Psykiatrin ska alltså syssla med psykisk sjukdom – inte med allehanda mellanmännisklig disharmoni«. De som har andra uppfattningar avfärdas med att de har en »amatörmässig ideologi«. JD och JW vet, liksom GI, också vad psykiatri är; psykiatri ska syssla med sjukdomar relaterade till centrala nervsystemet (CNS).

Man kanske här kan påminna om att hjärna och psyke inte är samma sak. Konstnärer målar med färger, men själva bilden är något annat. Bokstäver och poesi är inte heller samma sak. Kallas det inte kategorisammanblandning, när man inte skiljer på olika fenomen och deras abstraktionsnivåer? Hjärna och psyke är två sidor av samma mynt, vilket Freud påpekade många gånger. Själv skriver jag aldrig om hjärnskador eller psykofarmakologi eftersom jag inte kan tillräckligt mycket om någonting. Båda perspektiven behövs, både hjärna och psyke, i ett komplicerat samspel. Även Eric Kandel [6] påminner om att alla psykiska sjukdomar är hjärnsjukdomar i den meningen att psykisk verksamhet försiggår i hjärnan. Men det betyder inte att de alltid börjar, beror på eller ska behandlas i hjärnan.

Det är svårt att polemisera

mot någon som polariserar å det grövsta utan att själv hamna i motsatställning.

Men det vore bra om hjärnriktade psykiatrer talade om det som de kan, exempelvis hjärnans uppbyggnad, hjärnskador och hjärnrelaterade sjukdomar, och låter bli att tala om det de inte kan, som psyket, »må dåligt«, »kriser«

och mellanmännsliga konflikter. Det finns det andra som kan tala om.

Om alla sysslar med det de kan, så minskar risken att man definierar bort eller nedvärderar det man inte förstår eller inte kan, eftersom vi arbetar med olika sidor av samma mynt. Det kan vara en lärdom om hur man undviker att

skapa eller hanterar mellanmännslig disharmoni.

Tomas Böhm
psykoanalytiker, leg läkare,
Stockholm
boehm.tomas@gmail.com

REFERENSER

1. Isacson G. Psykiatri är en medicinsk specialitet – punkt! Läkartidningen. 2008;105:1120.

2. Böhm T. Psykodynamisk behandling för kvinnomisshandlare. Läkartidningen. 2008;105:450-3.
3. Böhm T. Att ha rätt – om övertygelser, tolerans och fundamentalism. Stockholm: Natur och Kultur; 1998.
4. Eriksson J. Konsten visade Freud vägen till själsdjupet. SvD 14/1 2008.
5. Dencker J, Wälinder J. Vi behöver en ny psykiatri utan okunnigas inblandning. Läkartidningen. 2008; 105:421-2.
6. Kandel ER. In search of memory – the emergence of a new science of mind. New York: WW Norton & Company; 2007.

Låt oss slippa reduktionismen inom psykiatrin

■ Göran Isacson [1] går till stormots mot ett bidrag av Tomas Böhm om mäns våld mot kvinnor [2]. Isacson menar att psykiatrin måste vara en (enbart) medicinsk disciplin och utgå från en skarp gränsdragning mellan normalpsykologi och psykiatri. I annat fall är den ovetenskaplig och har en dualistisk uppdelning mellan kropp och själ som grund. Psykiska sjukdomar försiggår nämligen i hjärnan, förkunnar han med hänvisning till en artikel av nobelpristagaren Eric Kandel [3].

Här tappar Isacson bort poängen med den stress-sårbarhetsmodell som han ändå anser »ganska självklar«. Monism måste inte innebära reduktion. Att avvisa dualism innebär ingalunda att avvisa psykologins och neurovetenskapens kunskaper om omedvetna processers betydelse för beteende, stresshantering och psykosomatiska reaktioner. Människor feltolkar sin omvärld och sina kroppsupplevelser, rationaliserar sina motiv, deprimeras av kärleksförlust, dör av sorg, etc.

Vad Kandel egentligen skrev i sina två artiklar verkar Isacson inte ha uppfattat. En av Kandels huvudpunkter var skarp kritik av psykoanalysens bristande empiri [3, 4]. Han ville påminna psykoanalytikerna om att beteendestörningar (behavioral disorders) är hjärnstörningar även när de orsakas av omvärlden, och att empirisk metod är nödvändig för att validera

hypoteser och behandlingsresultat.

Men en annan huvudpunkt var att socialt beteende måste förstås som uttryck för både biologiska och sociala funktioner. »Allt beteende, gångrörelser och leenden lika väl som poesiskrivande, är uttryck för hjärnans funktioner«, skrev han i förordet till sin stora lärobok [5]. Den kulturella evolutionen har haft långt större betydelse än den biologiska. Dessutom kan, poängterade han, den biologiska aspekten vara mindre viktig för förståelsen än de psykologiska och sociala aspekterna. Reduktion till biologin kan för psykiatrin vara ofruktbar på samma sätt som reduktion till subatomära processer kan vara det för biologin.

Kandel har ytterligare en käpphäst som går på tvärs mot den hållning som Isacson ger uttryck för. I flera skrifter framhåller han att forskningen om medvetandet måste ta hjälp av psykoanalytiska insikter om omedvetna processer och om subjektiva och existentiella dimensioner. Integration, eller åtminstone ett ömsesidigt närmande, mellan psykoanalysen och neurovetenskapen är både fruktbar och nödvändig för båda vetenskapsområdena.

Detta hänger samman med Kandels bestämda avvisande av reduktionism, vilket han motiverar med resonemang om relationen mellan moderdisciplin och antidisciplin. Nya tekniker leder till nya

observationer som, om de påverkar teorin, kan ge upphov till en antidisciplin. Denna håller sig inom paradigmet men utmanar moderdisciplinen genom att kräva reduktion till mera grundläggande och abstrakt nivå, ökad teoretisk precision och ny metodologi. Ett exempel är biologins reduktion till molekylärbiologi och därifrån till kemi.

Neurobiologin utgör nu en ny antidisciplin till psykologi, psykoanalys och psykiatri. Den fördjupar till en ny nivå av mekanistisk förståelse som är nödvändig för att driva på den vetenskapliga utvecklingen. Men samtidigt är neurobiologins fokus snävare. Den kan inte berika det psykologiska paradigmet och kan alltså inte, säger Kandel, ersätta moderdisciplinen. Psykologi, psykoanalys och psykiatri (som är psykoanalytiskt informerad, nota bene) har en

bredd, ett djup och en existentiell dimension som neurobiologin saknar.

Många undrar varför den psykiatriska specialiteten inte attraherar unga läkare. Den dogmatiska enkelspårighet som uttrycks i Isaccsons inlägg är en möjlig förklaring.

Magnus Kihlbom
barnpsykiater, psykoanalytiker,
f d överläkare, Stockholm
magnus.kihlbom@swipnet.se

REFERENSER

1. Isacson G. Psykiatrin är en medicinsk specialitet – punkt! Läkartidningen. 2008;105:1120.
2. Böhm T. Psykodynamisk behandling för kvinnomisshandlare. Läkartidningen. 2008;105:450-3.
3. Kandel ER. A new intellectual framework for psychiatry. Am J Psychiatry. 1998;155:457-69.
4. Kandel ER. Biology and the future of psychoanalysis. A new intellectual framework for psychiatry revisited. Am J Psychiatry. 1999;156:505-24.
5. Kandel ER, Schwartz JH. Principles of neural science. New York: Elsevier Science Publishing Co; 1981.

REPLIK:

Psyket är hjärnan i arbete

■ Psykiatri är en medicinsk specialitet baserad på medicinsk vetenskap. Psykiska sjukdomsprocesser äger rum i hjärnan. Att Böhm och Kihlbom finner dessa teser vara anledning till replik besannar mitt påstående att de inte är självklarheter för alla. Enligt Kihlbom är de i stället uttryck för dogmatisk enkelspårighet. Böhm anser att psykiatrer som »tror på hjärnan« inte

ska uttala sig om psyket, som han hävdar inte är deras kunskapsområde. Tala om dualism!

Psyket är hjärnan i arbete på samma sätt som blodcirkulationen är hjärtat i arbete. Hur skulle det vara om en patient med hypertoni, lungödem eller någon annan störning i blodcirkulationen skulle möta en kardiolog som inte

»tror på hjärtat« eller »inte kan tillräckligt mycket« om det? Detta öde riskerar dock patienter med psykiska sjukdomar att drabbas av. I stället för adekvat diagnos och behandling kan de tvingas älta »barndomsupplevelser, historia, föräldrar, fantasier« – i värsta fall i årtal. Människor som insjuknar psykiskt måste få ta del av de effektiva behandlingar som numera finns inom psykiatri. Så är långt ifrån alltid fallet i dag, och det är inte acceptabelt.

Det är ett häpnadsväckande men viktigt klargörande av Böhm att han uppfattar psykiatri amputerad om den utslöt ideologi och ovetenskapliga behandlingsformer och behandling av normalpsykologiska reaktioner. Lika häpnadsväckande är Kihlboms påstående att den kulturella evolutionen skulle ha haft långt större betydelse än den biologiska. Vilken kulturell utveckling skulle kunna tävla med den biologiska evolutionen av hjärnan? Utan den hade ingen kultur varit möjlig.

Kihlbom fortsätter i samma stycke: »... biologin kan för psykiatri vara ofruktbar ...«. Det är ju också att fullständigt vända upp och ned på verkligheten! Om inte biologisk forskning hade varit så fantastiskt fruktbar, hur skulle då situationen vara för de människor som drabbats av paralyse générale, epilepsi, hypotyreos, Wernicke–Korsakoffsyndrom, opiatberoende, schizofreni, bipolär sjukdom, depression, panikångestsyndrom, social fobi, tvångssyndrom eller ADHD?

Vad har psykoanalytiker och psykodynamiker tillfört dessa patientgrupper som psykiatri enligt etikens principer bör prioritera framför normalreaktioner, »må dåligt« etc. Ingenting! Jag tror inte att Böhm eller Kihlbom vågar hävda motsatsen.

En betydande del av psykiatri knappa resurser kastas dock ännu bort på psykodyna-

miskt grundad verksamhet. I psykiaterutbildningen är psykiaterutbildning obligatorisk trots att det finns duktiga psykologer och andra som kan bedriva evidensbaserad psykoterapi. Utbildning i hjärnans biologi eller psykofarmakologi är emellertid inte obligatorisk för blivande psykiater, trots att de är fundamentala områden för psykiatrisk behandling och psykiatrisk forskning och inom en

överskådlig framtid även för psykiatrisk diagnostik.

För att summera: Medicinsk vetenskap söker kunskap om hur människor som drabbas av sjukdom bäst kan behandlas och innefattar ett obegränsat antal hjälpvetenskaper från anatomi till psykologi, epidemiologi, kemi, fysik, biologi etc. Att psykiatri är en medicinsk specialitet innebär diagnostik och behandling av sjukdoms-

tillstånd i enlighet med medicinsk vetenskap (»evidens«) och beprövad erfarenhet. Medicinsk verksamhet innebär också att läkaren ska vara empatisk, tillämpa humanismens principer och ha respekt för den sjuke.

Göran Isacsson
docent, överläkare, affektiva mottagningen, Psykiatri Sydväst, Stockholms läns landsting
goran.isacsson@sll.se

REPLIK:

Hoppas på en vidare psykiatri

■ Varför är det så viktigt för Göran Isacsson att begränsa psykiatri till enbart en medicinsk vetenskap? Han återkommer envist till denna tes utan annan förklaring än den reduktionistiska, att psykiska sjukdomsprocesser äger rum i hjärnan. Han uttrycker en tendens jag minns sedan 1970-talet i Sverige, som velat vända utvecklingen åt det hållet.

Samtidigt har det funnits en annan historia med tongivande psykiater – Ottosson, Kaij, Cullberg, Cronholm, Alström – som sett psykiatri som en bred, multidimensionell vetenskap. Medicinsk vetenskap finns då som ett av flera forskningsfält inom psykiatri, dit också humanvetenskaper som psykologi och sociologi räknas. De patienter som inte passar för eller vill gå i KBT eller enbart ta medicin erbjuds då andra bemötanden – vetenskapligt grundade – för sina psykiska besvär, som vanligen är komplext sammansatta: patologiska sorgereaktioner, sår i självkänslan, karakterologiska hämningar, svårigheter med integration av olika självbilder, som i borderlinesyndrom och psykosreaktioner.

GI vänder oftast mina ord helt upp och ner. Som om jag sagt att psykiater som »tror på hjärnan« inte ska uttala sig om psyket. Jag försökte vara ironisk och säga att även Freud »trodde på hjärnan«, men den

ironin gick inte hem. Andra gånger citerar han mig som om jag sagt saker som han själv påstått! »Böhm ... uppfattar psykiatri amputerad om den utslöt ideologi och ovetenskapliga behandlingsformer ...«. Det är ju GI som kallat det han kritiserar för »ideologi och ovetenskapliga behandlingsformer«! På så vis framstår GI som en demagog.

Jag skulle vilja se en vidare psykiatri som optimerar behandlingsresultaten mot GIs begränsade variant. I den ingår forskare som Allan Schore som ett exempel på den komplexa forskning som behövs inom området hjärna–psyke. Schore är en av de ledande neuropsykologerna i dag, vars forskning påverkat affektiv neurovetenskap, neuropsykiatri, traumateori, utvecklingspsykologi, pediatrik, psykoanalys, psykoterapi och beteendebiologi. Där skulle också kunna ingå någon som psykiatern Adam Jukes, som jag refererade till i min ursprungliga artikel, som kombinerar samhällsvetenskap med grupperapi av kvinnomiss-handlare. Eller psykiatern Vamik Volkan som kombinerar traumateori i stora grupper med psykoanalys, eller psykiatern Haydee Faimberg som skriver om hur trauma överförs mellan generationer.

Annan brett tillämpad psykoterapi är psykiatern James Manns korttidsterapi,

som passar till en mängd neurotiska personlighetsstörningar. Socialpsykiatri, miljöterapi, kroppsriktad terapi är andra exempel på behandlingar där man inte »tvingar« patienten att »älta« barnomsupplevelser, men låter henne tala fritt, där man gemensamt och förutsättningslöst undersöker vilken betydelse dessa upplevelser kan ha i dag. Det är att ha respekt och empati för patienten.

GI oroas av att en betydande del av psykiatri resurser kastas bort på psykodynamisk verksamhet. Jag tycker inte att GI skulle behöva oro sig för denna situation i dag. Han och hans kollegor har som sagt gjort ett kraftfullt utrensingsarbete inom psykiatri. Jag hör psykiater som tror att det inte längre finns psykoanalys i Sverige och blir förvånade när de får reda på att minst 300 av oss fortfarande arbetar, dock mindre inom psykiatri, där vi – och de betydligt fler psykodynamiska terapeuterna – snarare borde ha större resurser för att kunna tillgodose patienternas behov. Men med en vidare psykiatri skulle det förhoppningsvis kunna se annorlunda ut.

Tomas Böhm
leg läkare, leg psykoterapeut, psykiater, psykoanalytiker (IPA), Stockholm
tawbohm@gmail.com