

REPLIK TILL TOMAS BÖHM:

## Ställ samma krav på psykiatrin som på andra medicinska specialiteter!

■ »Varför är det så viktigt för Göran Isacsson att begränsa psykiatrin till enbart medicinsk vetenskap?« frågade Tomas Böhm i Läkartidningen 21/2008 (sidan 1596). Psykiatrin är en medicinsk *specialitet*, är vad jag hävdar. Denna definition är viktig för att kvalitetsssäkra psykiatrin. Samma krav måste ställas på psykiatrin som på andra medicinska specialiteter!

**En patient som söker hjälp** inom psykiatrin och respektive anhöriga måste få vara trygga med att diagnos och behandling sker på grundval av vetenskap och beprövad erfarenhet och inte på grundval av någon ideologi. Söker patienten fel mottagning finns tyvärr risk för det senare alternativet. En annan oerhört viktig aspekt är psykiatrins resurskris. Att slutenvårdsavdelningar för de svårast sjuka kontinuerligt läggs ned är inte den enda konsekvensen av denna resurskris men kanske den värsta. I denna situation måste psykiatrin göra sig av med verksamheter som inte uppfyller de krav på dokumenterad effekt som ställs på en medicinsk specialitet.

**För att vara konkret** vill jag ge några autentiska fall exempel från innevarande decennium. Den mottagning där jag arbetar får med viss regelbundenhet, efter anhörigas interventioner, ta över patienter som missköts på annan mottagning, däribland följande fyra:

- 47-årig socialt och yrkesmässigt framgångsrik tidigare frisk man drabbas av en manisk psykos men diagnostiseras som »50-årskris med krackelerad narcissism«.
- 15-årig flicka med hereditet för bipolär sjukdom insjuknar i en depressiv psykos. Diagnostiseras som »psykos-sjukdom« och vistas på be-

handlingshem i två år med daglig psykoterapi och varje vecka familjeterapi tills hon i ett katatont depressivt tillstånd överfördes till vår mottagning, fick akut elbehandling (ECT) + litiumprofylax och sedan dess varit frisk.

- 39-årig tungsint och passiv man boende hos modern sedan 10 år tillbaka. Enda sociala kontakt regelbundna samtal med psykoterapeut (10 år, 10 cm journalhandlingar). Oklar diagnos. Husläkare remitterar till oss, där patienten får diagnosen kronisk depression och behandlades med ECT + antidepressivt preparat. Lever nu ett självständigt liv.

- 28-årig kvinna insjuknar med hallucinationer med besattiskt innehåll och intensiv ångest. Bedöms som »psykos-sjukdom« och behandlas med neuroleptika. Diagnostiseras hos oss som psykotisk depression, fick ECT + profylax med ett antidepressivt medel. Sedan dess mått bra och fullföljt sin akademiska utbildning.

**Att undermålig verksamhet** tillåts fortgå beror enligt min uppfattning på att psykiatri inte entydigt ses som en medicinsk specialitet utan också som »något annat«. Detta »annat« på tema humanvetenskap medför diagnosfientlighet då diagnoser anses objektiviserande och stigmatiserande. Det medför ointresse för läkemedelsbehandling, vilket ofta leder till inadekvat användning av neuroleptika. Det medför inte minst ointresse för vetenskaplig utvärdering av behandlingsmetoder, ofta med hänvisning till att varje individ är unik, till att det är för komplext, till hermeneutik, helhetssyn eller brist på resurser.

**Jag är emellertid helt ense** med Böhm om att det faktum att all psykisk verksamhet

försiggår i hjärnan inte medför att sjukdomar alltid börjar, beror på eller ska behandlas i hjärnan (underförstått farmakologisk behandling). Jag har heller aldrig påstått det. Om de terapiformer som Böhm hänvisar till kan visas vara verksamma vid psykisk sjukdom så har de en plats inom den medicinska specialiteten psykiatri på samma sätt som den kognitiva psykoterapin och den från österländsk religion emanerande

meditationstekniken »mindfulness«. Patienter som uppvisar »normalreaktioner« bör inte medikaliseras (»psykiatriseras«), men bör vid behov få annan vård utanför psykiatrin såsom självvård, socialvård, familjerådgivning eller kanske psykoanalys.

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

## »Kandels ord, inte mina«

■ Isacsson försökte i sitt svar till mig i Läkartidningen 21/2008 (sidorna 1595-6) stödja sig på Eric Kandel, uppenbarligen utan att förstå hans text. I sin replik missar Isacsson ännu en gång. Han tror att satser jag refererade från Kandels ord kommer ur min egen fatatur. Isacsson skriver: »Lika häpnadsväckande är Kihlboms påstående att den kulturella evolutionen skulle ha haft långt större betydelse än den biologiska. Vilken kulturell utveckling skulle

le kunna tävla med den biologiska evolutionen av hjärnan? Utan den hade ingen kultur varit möjlig. Kihlbom fortsätter i samma stycke: '... biologin kan för psykiatrin vara ofruktbar ...'.« I själva verket är dessa påståenden inte mina egna utan refererade (dock utan citattecken) direkt och ordagrant från Kandel.

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

## SLUTREPLIK:

## Vad har psykoanalysen betytt för de psykiskt sjuka jämfört med biologisk forskning?

■ Om man i sin argumentation stöder sig på en referens kan man inte gömma sig bakom dess författare. Tar Kihlbom avstånd från de ord han citerar ur Kandels lärobok eller står han för dem? I det senare fallet borde han svara på mina frågor om vilken kulturell evolution som skulle kunna tävla med den biologiska evolutionen

av hjärnan som är dess förutsättning, respektive vad psykoanalysen har betytt för de psykiskt sjuka jämfört med den biologiska forskningen.

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

## All psykiatri är neuro-psykiatri

■ Om man alltså, som Göran Isacson förtjänstfullt och med självklarhet argumenterar för i sitt inlägg i Läkartidningen 15/2008 (sidan 1120), definierar psykiatrin som »en medicinsk specialitet som arbetar med psykiska sjukdomar, sjukdomsprocesser som äger rum i hjärnan« – finns det då någon anledning att skilja ut vissa tillstånd/diagnoser och kalla dem »neuropsykiatriska« så som nu sker när det gäller ADHD, autismspektrumtillstånd och demenssjukdomar? I så fall är det ju underförstått att övriga psykiatriska diagnoser, t ex schizofreni (!), inte skulle vara »neuro-psykiatriska, dvs inte ha med hjärnan att göra. Och självklart påverkar våra upplevelser vår hjärna, annars skulle vi ju exempelvis inte kunna lära oss eller minnas något.

**Det är dags att skrota** begreppet »neuropsykiatri« – som dessutom syftar på olika diagnoser i olika länder och i olika sammanhang – som sammanfattande och särskiljande benämning på några diagnoser, eller också att införa denna tautologi som övergripande benämning på allt som diagnostiseras och behandlas i psykiatrin. Om man nödvändigtvis måste gruppera vissa psykiatriska diagnoser (på vilka grunder och i vilket syfte?) och ge dem ett samlingsnamn så borde man kunna hitta något bättre än »neuropsykiatri«.

Lena Nylander  
överläkare,  
autismmottagningen,  
verksamhetsområde psykiatri,  
Universitetssjukhuset i Lund  
lena.nylander@skane.se

## Oklart om nya definitioner av hjärtinfarkt

■ Professor Stefan Agewall redogör i Läkartidningen 16/2008 (sidorna 1192-3) för de nya definitionerna av hjärtinfarkt som utarbetats av European Society of Cardiology (ESC), American Heart Association (AHA), American College of Cardiology (ACC) och World Heart Federation (WHF) [1].

**Agewalls beskrivning** av konsensusdokumentet [1] blir dock närmast obegriplig när han skriver: »Hjärtinfarkt definieras som en troponinstegring över 99:e percentilen hos friska kontrollpersoner eller 10-procentsnivån av den totala variationskoefficienten för den använda metoden ...«, respektive »Beslutsgränsen för den aktuella troponinmetoden definierades redan då som den nivå som är högst av 99:e percentilen hos friska kontrollpersoner och 10-procentsnivån av den totala variationskoefficienten (CV) för metoden«. Samma skrivning förekommer med små skillnader på ytterligare två ställen i artikeln. Också i Riks-HIAs manual (sidan 20) finns en liknande svårförståelig formulering, <www.ucl.ac.uk/riks-hia>.

**Variationskoefficienten** (>coefficient of variation«, CV) beräknas som standardavvikelsen för en variabel dividerad med dess aritmetiska medelvärde och anges vanligen i procent. CV är således ett mått på relativ spridning och används ofta för att ange mätnoggrannheten (precisionen) hos en laboratoriemetod. CV ökar vanligen vid lägre halter av det analyserade ämnet och minskar vid högre halter.

De analysmetoder som används för bestämning av troponin bör enligt konsensusdokumentet ha en CV < 10 procent vid 99:e percentilen (beslutsgränsen för diagnosen hjärtinfarkt) hos en frisk referenspopulation [1]. Om den använda mätmetoden har en

större CV vid 99:e percentilen måste beslutsgränsen för hjärtinfarkt höjas för att undvika risken för falskt positiv diagnos. Ett stigande eller sjunkande förlopp är också nödvändigt för diagnosen.

**Det är anmärkningsvärt** att en artikel avsedd för upplysning i stället lyckas fördunkla budskapet. Det är också märkligt att den aktuella skrivningen passerat referentbedömning utan ingripande. För den som vill veta mer om de nya hjärtinfarktdefinitionerna utan att ta sig igenom originalartikeln [1] kan »Pocket guideli-

### REPLIK:

## Huvudsyftet var att beskriva indelningen av hjärtinfarkt i de fem nya klasserna – beslutsgränsen inget nytt

■ Som tonårsförälder är jag van vid att få rättmätig och mindre rättmätig kritik. Jag beklagar om jag var oklar vid beskrivningen av variationskoefficientens betydelse vid definitionen av hjärtinfarkt och vill därför tacka Peter Eriksson för hans fina förtydligande av begreppet.

**Statistik är ett svårt ämne**, men möjligen underskattar dr Eriksson läsarna av Riks-HIAs manualer och Läkartidningens läsare. Troligen vet de flesta ur denna läsekrets vad variationskoefficient står för. Dessutom är just den delen inte något nytt, utan redan år 2000 [1] definierades beslutsgränsen för hjärtinfarkt som ett troponinvärde överstigande 99:e percentilen i en referenspopulation i kombination med det krav på variationskoefficient som dr Eriksson beskriver. Sannolikt har många förstått denna definition tidigare.

Mitt korta referat syftade i

nes« från ESC med titeln »Universal definition of myocardial infarction« varmt rekommenderas, <www.escardio.org>.

Peter Eriksson

överläkare, hjärtcentrum,  
Norrlands universitetssjukhus,  
Umeå  
peter.eriksson@medicin.umu.se

### REFERENS

1. Thygesen K, Alpert JS, White HD; Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Redefinition of Myocardial Infarction, Jaffe AS, Apple FS, et al. Universal definition of myocardial infarction. *Circulation*. 2007;116:2634-53.

första hand till att beskriva den främsta nyheten i ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force-dokumentet från 2007 [2], vilket var indelning av hjärtinfarkt i fem nya klasserna. Jag hoppas att den delen av mitt referat inte var obegriplig för dr Eriksson.

Stefan Agewall

professor, kardiologienheten,  
Aker Universitetskykehus,  
medicinska fakulteten,  
Oslo Universitet  
stefan.agewall@medisin.uio.no

### REFERENSER

1. Alpert JS, Thygesen K, Antman E, Bassand JP. Myocardial infarction redefined – a consensus document of The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the redefinition of myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*. 2000;36:959-69.
2. Thygesen K, Alpert JS, White HD; Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Redefinition of Myocardial Infarction, Jaffe AS, Apple FS, et al. Universal definition of myocardial infarction. *Circulation*. 2007;116:2634-53.