

ÄR DEPRESSIONEN "SJUK" ELLER "FRISK"?

Rätt behandlingsväg kan blockeras av antidepressiva

Den stora ökningen av förskrivningen av antidepressiva läkemedel kan innebära en schablonbehandling av depressiva tillstånd. Indikationerna för såväl psykoterapi som biologisk depressionsbehandling diskuteras. Vid en god depressionsdiagnostik bör både dynamiska och biologiska aspekter lyftas fram. Det ligger ett ansvar på utbildningsinstitutionerna att se till att läkarutbildningen ej blir ensidigt biologiskt inriktad.

Har den depressiva reaktionen ett överlevnadsvärde? Hur kan den förstås? Finns det en »frisk» eller adaptiv depression som skall tas vara på? Och var går i så fall gränsen till den depression som mest har nedbrytande, icke-adaptiva innehåll?

Detta är frågor som väcks med anledning av det senaste decenniets starka ökning av förskrivningen av antidepressiva läkemedel. År 1995 höll Läkemedelsverket ett expertmöte om farmakoterapi vid depressioner. I rapporten [1] framhölls att minst 25 procent av alla kvinnor och 15 procent av alla män förr eller senare drabbas av en behandlingskrävande depression. Andelen sjuka vid ett bestämt tillfälle (punktprevalensen) uppskattades till 3–5 procent. Det innebär att omkring 400 000 invånare om året skulle behöva behandling. Differentialdiagnosen angavs vara krisreaktioner, sorg, anpassningsstörningar, ångestsyndrom etc.

Rapporten framhåller att depressioner är sjukdomar som vanligen kräver farmakologisk behandling, medan sorg och andra krisreaktioner är naturliga företeelser som bara undantagsvis skall behandlas med specifika läkemedel. Eftersom man med denna diagno-

stik blandar samman etiologi och fenomenologi uppstår problem med gränsdragningen: inte bara därför att en sorgereaktion undan för undan kan låsas och övergå i en egentlig depression; det större diagnostiska problemet är att många, kanske de flesta, psykologiska förlustsituationer inte är typiska på det sättet att en närstående människa förloras eller att någon annan traumatisk förlust – av hälsa eller av egendom – inträffat.

Det rör sig i stället om förluster av ett sådant slag som vi medvetet kanske inte vill kännas vid, men som vårt omedvetna uppfattar och hanterar just som en förlust eller saknad av något vitalt. Anledningen till att reaktionen inte erkänns som en sorg kan vara att förlusten är förbunden med upplevelsen av misslyckande, skam eller skuld. Den drabbade tycker med rätt eller orätt att den säger något om hans allmänna oförmåga.

Ändå kan skeendet ha viktiga, kanske omistliga bidrag till mognaden, till förmågan att kompromissa mellan fantasier och föreställningar om hur världen skulle vara å ena sidan och dess verkliga förutsättningar å den andra.

I medvetandet om den kanske alltför stora förenkling som det innebär att kortfattat skildra så komplexa förhållanden som det här är fråga om, skall jag ändå lyfta fram några sådana symboliska förlustsituationer som kliniskt kan komma till uttryck i en egentlig depression av måttlig eller allvarlig grad [1]. Därefter skall jag diskutera vilka konsekvenser detta synsätt har för behandlingsinriktningen.

Jag kommer inte att skildra sådana neurotiskt depressiva (»dystyma») tillstånd som beror på en vanemässigt nedvärderande självbild som har funnits sedan barndomen. Inte heller skall jag beröra de depressioner där reaktionen främst är följden av försvarmekanismernas organisation och inte har en adaptiv/reparativ funktion. En omedveten aggressiv konfliktbenägenhet vänds här mot det egna jaget i stället för att riktas mot den eller det den gäller. Båda tillstånden kräver psykoterapeutisk specialistkunskap för att bedömas och handläggas rätt.

Depressionen vid förlust av livsmålet

Förr eller senare tvingas vi som vuxna att ge upp eller omforma delar av vår självbild eller förändra våra livsstrategier. Vissa livsperioder tvingar oftare än andra fram sådana processer som kallas mognadskriser. I dessa lägen ökar vår psykiska sårbarhet för motgångar, förluster och besvikelser.

I den tidiga vuxenperioden utmanas förmågan att bli »autonom», liksom förmågan till närhet till det andra könet eller till en intim vän. Den s k medelålderskrisen har likaså många rötter och många uttryck. Känslan av oundvikligt åldrande, att börja nå sin livsperipeti, brukar föra med sig återkommande oklara förlustupplevelser. Frågan vad man gjort av sitt liv ställer sig många, trots att de utåt kan förefalla framgångsrika.

I denna period börjar också problemet med att inte längre kunna skylla sina tillkortakommanden på annat eller andra att bli tydligare; föräldrar, oturliga val som man gjort tidigare i livet eller annat som tidigare haft syndabocksfunktion fungerar allt sämre. Också den insikten är till en början en förlust; den stora compensationen och den förväntade magiska förändringen kommer inte. Livet innebär avståenden och kompromisser. På dagstidningarnas familjesidor diskuteras ofta hur 50–60-åringen upplever att han/hon börjar bli överspelad på arbets- och kärleksmarknaden. Pensionering och åldrande påverkar oss i en upplevelse av att fråntas och förlora livsvärden. Vinsterna med att bli äldre kan det då vara lättare att blunda för.

Om det nu inträffar en symbolisk eller konkret motgång eller förlust kan detta bli utlösande för en depressivt färgad kris. Sårbarheten för förluster – både konkreta och symboliska – är mycket individuell och säkerligen betingad av såväl tidiga erfarenheter som genetiska faktorer. Att den sårbarheten kan vara både på gott och på ont är nog de flesta överens om. Förmågan att känna sorg är något som många människor – kanske särskilt män – saknar i större eller mindre utsträckning. Förebilderna är också få. I stället upplevs vrede, oro

Författare

JOHAN CULLBERG

professor, överläkare i psykiatri, Södersjukhuset, Stockholm.

eller ett osläckligt behov av aktivitet av det ena eller det andra slaget. Man kan också känna depression utan att veta varför. Skapande arbete är för många konstnärer ett slags sorgearbete; att mana fram bilderna av det förlorade. Därför tillmätts det ofta terapeutiska biffekter.

Depressionen som ofrihetens yttring

Att självvalt eller ödesbestämt, medvetet eller omedvetet, leva som i fångelse är en annan förlustupplevelse – en avsaknad av liv och frihet. En person som egentligen längtar efter ett helt annat liv – kanske att få arbeta med något som bättre stämmer överens med den djupare läggningen – kan leva i en arbetssituation som ger föga utrymme för sådana sidor. Självkänslan kan också vara för låg för att vederbörande skall våga utmana nuets villkor.

Problemet kan vara särskilt svårlost om behoven blir påträngande först i medelåldern då yrkes- och familjeliv redan definierats. Kvinnors depressioner som hänger samman med manssamhällets obönhörliga krav har varit ett tacksamt ämne för många skönlitterära författare. Naturligtvis har kvinnornas situation förändrats radikalt under de senaste decennierna. Ändå möter man än idag ganska ofta dem som ger uttryck för att leva i sådana mentala fångelser. Begåvade kvinnor med otillräcklig utbildning, som fött upp barn och skött hemmet samtidigt som de haft ett okvalificerat arbete, kan i 40-årsåldern stå inför att omdefiniera sina liv. Det handlar nu om att förverkliga ambitioner som tidigare knappt kunde utsägas, att inte längre acceptera att livsdrömmarna skulle vara orealistiska. Att våga radikalt förändra sitt liv är givetvis något som också många män skulle vilja.

Överhuvudtaget handlar depressionerna inför ett djupare självförverkligande om ett avstående från olika trygghetsaspekter i livet; om risken att bli ensam. Att leva utan partner eller barn och ändå se sitt liv som fullvärdigt innebär en omställning av självbilden som för många går via en sorgprocess.

Att växla politisk eller religiös övertygelse innebär också en stor livsförändring. Den som på allvar börjar ompröva sin religiösa tro är i ett trängt läge, speciellt om han eller hon har ett yrke där trostillhörigheten är avgörande. Det som förloras är inte bara trosinnehållet utan också församlingsgemenskapen och en stor del av bekantskapskretsen. Vanligen följer också kravet att omskola sig. Alternativet, som ofta prövas, är halvhet och lögn med stigande självförakt och alienation som följd.

På motsatt sätt kan den tidigare icke religiösa känna en stigande leda vid den

värld som inte också kan definieras i ett transcendentalt sammanhang, och erfara behov av konfessionell tillhörighet. Också en sådan process kan vara lång och plågsam, där nya innehåll kan komma men där själva rikttningsförändringen skapar förvirring och förluster.

Att byta politisk partitillhörighet kan psykologiskt och socialt innebära en liknande process av förlust och social skam, som dock undan för undan ersätts av känslan av ny tillhörighet och ett djupare självförverkligande.

Depressionen vid isolering och känsla av meningslöshet

Det är framför allt två stora grupper människor som ofta drabbas av depressioner och som står för en betydande andel av den totala konsumtionen av antidepressiva mediciner. Det är de gamla och de psykiskt handikappade. Många undersökningar visar att det stora flertalet gamla idag har en hög livskvalitet. Ändå finns det många som lever isolerade från andra människor och som träffar anförvanter i alltför ringa utsträckning. Tidigare tillkortakommanden kan bli alltmer aktuella i tankevärlden och diagnosen egentlig depression börjar ligga nära.

Vid det här laget finns det knappast någon allmänpraktiker som inte börjat pröva igenom den långa raden av antidepressiva preparat. Till slut finner man något medel som känns värt att fortsätta med och patienten ställs på detta för en obestämd framtid. Dessutom har patienten fått diverse bensodiazepiner mot oro och sömnbesvär. Och recepten förnyas av efterkommande doktorer som inte vågar lyfta undan medicineringen av rädsla för en accentuerad depression. Ofta är det en meningslös eller felaktig medicinering som mest uttrycker doktors frustration över att inte veta vad han skall göra för att hjälpa sin patient.

Förlust- och sorgaspekten är inte svår att avtäcka hos många av dessa fall. Detsamma gäller de psykiskt handikappade. Många är förtidspensionerade sedan unga år och i brist på anpassade meningsfulla arbeten dömda till en i stort sett vegeterande tillvaro där neuroleptika, ofta i depåform, är ett skydd/hinder mot varje kraftigare utbrytningsförsök. När dessa patienter begrundar sina förlorade år och börjar se sitt handikapp i jämförelse med andra människors tillvaro är depressionen inte svår förståelig. Självmodet blir en alltför ofta förekommande lösning.

Den nästan regelmässiga övermedicineringen med neuroleptika vid psykostillstånd bidrar till en förstärkning av de depressionslika symtomen (samtidigt som medicineringen har den avsedda symtomminskande effekten). Många skiljer dåligt mellan de »negati-

va» symtom som hör till grundsjukdomen och övermedicineringens passiviserande effekt i kombination med en sorgereaktion av existentiell karaktär, och behandlar gärna allt detta med antingen ytterligare neuroleptika eller antidepressiv medicinering.

Det produktiva/adaptiva innehållet i förlustdepressionen

En människa som gått igenom en utvecklingsprocess kan vanligen först efteråt se det meningsfulla och konstruktiva innehållet. Inte sällan kan djupare och lättare depressiva tillstånd ha växlat med ett mer normalt fungerande över flera år. Då problemen ger sig tillkänna är det med känslan av otillfredsställelse, sänkt arbetsförmåga, bristande livsglädje, kanske retlighet och ökad sårbarhet. Allt detta är kriterier på en egentlig depression. Vissa kan göra ryck av olika aktiviteter, inleda en otrotsaffär eller börja använda alkohol.

Den centrala affekten i detta slags depression brukar vara en smärtsam och ofta diffus upplevelse av tomhet och värdeförlust. Känslan kan ha en demoraliserande effekt i betydelsen att hoppet och känslan av meningsfullhet störs. Till detta kommer också bristen på energi, som blir en bekräftelse på patientens känsla av att inte vara fullt livsduglig.

Då man granskar förlustdepressionen ur en dynamisk och adaptiv aspekt finner man att den innehåller olika moment som kan vara produktiva för individens fortsatta liv. Det är framför allt psykoanalytikern Emmy Gut [2] som beskrivit detta:

- *Ett konstant sökande efter det förlorade*, eller efter en ersättning av det förlorade, innebär ett reparativt arbete som förutsätter en ökad egocentring och en inriktning på den egna existensens villkor. Krav på utåtvändhet upplevs som en ökad plåga i dessa situationer.
- *Den minskade vitaliteten* vad gäller utåtriktade aktiviteter markerar också i vilken riktning vederbörande måste röra sig. Det handlar återigen om en reparativ process, och den måste fokusera inåt. Det ger också plats för ett läknings- eller sorgearbete (som det brukar kallas då det gäller tydligare traumatiska förluster).
- *Den depressives hållning av hjälplöshet* kan ofta, liksom vid konkreta sorger, innebära att andra försöker stödja eller ha mindre krav på normala aktiviteter, åtminstone under en period. Sjukdomsbegreppet kan vara till nytta i dessa fall, såvida det inte innebär en felaktig »medikaliserings» av sorgprocessen och därmed

ANNONS

ANNONS

större svårigheter för den psykologiska bearbetningen.

Detta skeende kan ses som en läkningsprocess av det mentala sår som uppstått i självupplevelsen och som kravet på adaptation medfört. Det mentala arbete som utförs är betydelsefullt och energikrävande. En försoningsprocess (eller adaptiv process) innebär i slutändan inte bara avståenden utan också vinster i form av ökade möjligheter att möta det framtida livet.

I suicidologisk litteratur har det betonas hur viktig den personliga kunskapen om sorg och depressivitet är, inte minst för den som möter människor i utsatta lägen eller självmordskriser. Man talar ibland om människans inre »depressiva rum». Uttrycket kan te sig bisart eller skrämmande för den som själv aldrig känts vid någon förlust eller större psykisk smärta. Emellertid är upptäckten och legitimeringen av det egna depressiva rummet en kapacitet som hör den mänskliga mognaden till. Någon har sagt att livet egentligen är en lång serie av förluster. Den sanningen blir inte mindre för att man också kan se livets goda aspekter. Det depressiva rummet kan också komma att tjäna som en resonansbotten för personligheten och ge ny möjlighet att utveckla den empatiska förståelsen.

Ett resonemang som detta kan uppfattas ligga nära en romantisk syn på depressionen. Att lyfta fram depressionens ändamålsenliga drag är emellertid lika lite romantiskt som att lyfta fram den inflammatoriska reaktionens ändamålsenlighet vid somatiska skador. Utan den sker ingen läkning; att förneka den eller att försöka eliminera den på felaktiga indikationer kan medföra allvarliga störningar, inte minst för den framtida läkningsförmågan.

Hur skall vi veta om en depression är reparativ eller ej?

Vid vilka depressionstillstånd kan vi inte se någon reparativ eller annan meningsfull process, utan bara en plågsam och ibland livsfarlig uttömning av livsresurser? När blir den depressiva reaktionen fasthakad i en kanske genetiskt styrd melankolisk utveckling; det som förr kallades endogenisering av depressionen?

Vi vet att alla depressioner (och sorgereaktioner) har ett somatiskt korrelerat på receptornivå. Ibland kan reaktionen nå utöver sitt syfte. Den sibiriska hamstern, som lever i livslånga trofasta förbindelser, går in i långvarig melankoli då han skiljs från sin partner. Detta har man utnyttjat på laboratorienivå för att närmare utröna antidepressiva farmakas verkningsmekanismer. Den depressiva affekten är ett väldefinierat psyko-

somatiskt reaktionsmönster likaväl som ångesteffekten, aggressionen eller den sexuella reaktionen. Säkert har den ett genetiskt anlagt överlevnadsvärde.

Också hos vissa människor kan förlustreaktionen utlösa djupgripande biologiska reaktioner där överlevnaden är hotad. Återigen är man frestad att påpeka analogin med den reparativa inflammatoriska reaktionen, som i vissa fall kan förstärkas i en allergisk reaktion och som då, men först då, får en sjukdomsstatus.

Det är en idag vanlig, men inte desto mindre oacceptabel, klinisk praxis att nöja sig med att konstatera de depressiva besvären och därmed tro sig ha klarlagt det medicinska behandlingsbehovet. Med en fullgod diagnostik bör man avse såväl depressionens dynamiska som dess biologiska sida.

I vanliga fall brukar inte den dynamiska depressionsdiagnostiken vara särskilt svår. Under ett eller några samtal visar sig oftast bakomliggande faktorer. Om man i en genuin önskan att få veta ber patienten att berätta om sitt läge, sina tidigare och nuvarande ambitioner och livsmål brukar problemen kunna beröras. Naturligtvis måste man också fråga efter vad som i tiden föregick depressionen. Att tala om detta kan för en del först kännas genant eller hotande, då misslyckanden vad gäller ambitioner eller relationer ofta är förbundna med skam eller skuld. Det bekräftande lyssnandet har emellertid ofta en upplösande effekt på dessa känslor.

I de fall där depressionen har en adaptiv och reparativ funktion finner man tillsammans med patienten att depressionen är ganska förståelig inför det som framkommit, liksom att den är en process med en början och ett slut. Ofta räcker det med några klagörande samtal som sätter ord på livsskeendet och »normaliserar» det. Även om inte problemen som sådana kan lösas med samtal kan själva bekräftelsen av det svåra livsläget göra vilopunkt som ett slags plattform eller utgångspunkt.

I vissa fall kan man se anledning att remittera till psykoterapi, speciellt då patienten har kontakt med en inre problematik och samtidigt visar behov av hjälp att komma vidare i bearbetningen. I andra fall finner man att depressionen – även om den minskat med farmakologisk behandling – handlar om vitala frågor och förmodligen kommer tillbaka om inte patienten får psykoterapeutisk hjälp att komma vidare. Om denna skall vara av dynamiskt eller kognitivt slag beror inte minst på patientens sätt att formulera sina problem.

Tillgången på utbildade terapeuter där behandlingen kan ersättas av allmänna medel har tyvärr också en styrande funktion. Vid de fall av relativt

måttlig egentlig depression som allmänläkaren oftast möter visar forskningen inga bestämda statistiska skillnader i resultat mellan olika psykoterapeutiska metoder [3] – det väsentliga verkar vara behandlarens personlighet och att han/hon har en professionell utbildning. På individnivå gäller det dock säkerligen att det för den ena människan kan vara viktigt att i första hand få stöd i att bryta ett depressivt tankemönster, medan den andre behöver få reflektera över sina inre värdesystem och deras ursprung.

Den andra delen av diagnostiken rör frågan om depressionens djup, dvs om patienten behöver antidepressiv behandling eller ej. Här ligger receptblocket betydligt närmare på skrivbordet för vissa läkare än för andra.

Det är min erfarenhet att om en patient enbart får ett recept på antidepressiv medicin – hur välmotiverat det än är – efter ett besök som inte bygger på ett personligt samtal utan bara på en ytlig depressionsdiagnostik, får han/hon en känsla av att inte vara förstådd, något som kommer att färga inställningen till både behandlaren och behandlingen.

Det är viktigt att se att diagnosen egentlig depression inte automatiskt innebär att patienten behöver behandlas medicinskt. Den diagnosen täcker, som jag velat visa, en mängd tillstånd med varierande dynamisk innebörd där alltid personliga samtal och ibland mediciner, ibland psykoterapi – inte sällan en kombination av dessa – är den relevanta behandlingen. Jag kan inte se något hinder att ge antidepressiva mediciner även där man ser en livskris som utlösande faktor, förutsatt att patienten lider och hindras genom sin depression och själv önskar pröva sådan behandling. Det väsentliga är att krisens konstruktiva betydelse inte bagatelliserar eller tappas bort.

I de fall där depressionen känns tung och låst och utan ett dynamiskt meningsfullt innehåll – även om det finns utlösande faktorer – bör man alltid erbjuda antidepressiv medicinering. Likaså om hopplösheten upplevs stark med återkommande självmordsfunderingar. Om till detta tillkommer melankoliska drag med omvänd dygnsrytm och hämning är indikationen än starkare för biologisk behandling. Vid dessa tillstånd, liksom vid de typiska säsongbundna depressionerna, finns det naturligtvis inte anledning att framhålla några adaptiva aspekter på sjukdomen.

Depressionsdiagnostik och etik

Eftersom depressionstillstånd ofta avspeglar moraliska eller existentiella livsproblem är diagnostik och behandling lika mycket en psykiatrisk som en etisk fråga. Att »sjukförklara» alla de-

pressioner, utom sådana som tydligt är kris- och sorgereaktioner, och därmed i princip förklara depressionens innehåll ointressant kan innebära att läkaren ingriper djupt i människans liv utan att själv förstå det. Vanligen spontanförbättras den patient som behandlats tillräckligt länge. I läkemedelsreklamen rekommenderas också allt längre behandlingsförsök. Men stödet att förtydliga det psykologiska skeendet uteblir.

Desamma gäller många långtidsbehandlingar med antidepressiva, där aldrig något professionellt försök gjorts att undersöka indikationen för psykoterapi. Chansen att psykoterapeutiskt få bearbeta sina problem kan vara avgörande för många människor, som på det sättet också kan komma ur en kronisk depressionsbenägenhet.

Detta är alltså inte sagt som uttryck för ett allmänt motstånd mot farmakoterapi vid depressioner. Problemet är överbehandlingen (dvs felbehandlingen) vid måttliga depressioner, framför allt med de serotoninupptagshämmande preparaten som har färre biverkningar. Samtidigt föreligger förmodligen fortfarande en underbehandling, speciellt av melankoliska tillstånd, där många patienter aldrig söker läkare eller där diagnosen missas.

Jag kan se ytterligare ett problem med dagens starka betoning av de biologiska behandlingsmetoderna, nämligen att läkarkåren – och inte bara psykiatererna – tappar intresset för och förmågan till psykologisk diagnostik. Läke- medelsindustrin erbjuder idag många kurser där man kan få lyssna på högklassiga föredrag om biologiska aspekter på depressionsbehandling. Många börjar nu komma till det läget där synen på det inkännande lyssnandet med »det tredje örat» är något som hör till en förgångnen tid. Den idag allmänt använda diagnostiska manualen (DSM IV) har ett förment ateoretiskt och fenomenologiskt grepp. Den har varit betydelsefull för forskningen, men kliniskt kan den bli ödeläggande. Någon tid för att parallellt utbilda läkarna i den dynamiska diagnostiken och förståelsen ges allt mindre.

Var det verkligen sådana allmänläkare eller psykiater vi ville ha?

Referenser

1. Läke- medelsverket. Farmakoterapi vid depression – rekommendationer. Information från Läke- medelsverket 1995; 5: 309-82.
2. Gut E. Productive and unproductive depression. Success or failure of a vital process. London: Tavistock, 1989.
3. Cullberg J. Att prioritera för psykoterapi. En utredning för Stockholms läns landsting. Stockholm, 1995.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

KORTKLIPP



Troponin T god riskmarkör vid akuta koronarsyndrom

Serumnivån av troponin T, proteinet som speglar myokardnekros, är en stark och oberoende riskmarkör hos patienter med akut myokardischemi. Genom att kombinera den med standardmetoder som EKG och kreatinkinas MB kan man tidigt urskilja högriskpatienter.

I en amerikansk studie av 801 patienter visade det sig att de som vid mätning inom två timmar efter intagningen på sjukhus hade troponin T-värde över 0,1 ng per ml hade signifikant högre mortalitet inom 30 dagar. Värdet av troponin T bekräftas i en annan studie av mer än 1 400 patienter med instabil angina eller hjärtinfarkt utan Q-våg.

En ledarskribent påpekar dock att det finns många olösta frågor. Det återstår t ex att visa att på detta sätt identifierade högriskpatienter verkligen har nytta av en aktivare behandling, inklusive tidig revaskularisering.

N Engl J Med 1996; 335: 1333-49, 1388-9.

Läkare och patienter ser olika på vårdkvalitet

Interaktionen mellan läkare och patient kan försämrats av att parterna inte har samma syn på vad som är de viktigaste elementen i vårdkvaliteten. Det visar en amerikansk postenkät, där 74 internmedicinare och 814 av deras patienter ombads placera 125 faktorer (inordnade i nio huvudgrupper) på en fyrgadig skala: inte viktig, måttligt viktig, mycket viktig och essentiell.

Vid en parvis jämförelse skilde sig läkarnas poängsättning väsentligt från patienternas för 58 procent av faktorerna. Patienterna satte väsentligt högre poäng än läkarna för information, och något högre för klinisk skicklighet, vårdens tillgänglighet och kostnaderna. Klinisk skicklighet satte båda grupperna högst på en ranglista. Effektiv förmedling av hälsorelaterad information kom tvåa bland patienterna men sexa på läkarnas lista.

Ann Intern Med 1996; 125: 640-5.

Lång väntan på diagnos vid homocystinuri

Patienter som visar symtom på den sällsynta enzymbristsjukdomen homocystinuri får ofta vänta länge på rätt diagnos, så länge att de drabbas av intellekt- och ögonskador samt tromboembolism. Diagnosföreningen – i en neder-

ländsk studie i genomsnitt elva år – beror bl a på att symtomen varierar. Kraftig myopi i barndomen eller ectopia lentis är dock varningstecken, särskilt i förening med skelett-, kärl- eller CNS-manifestationer. I sådana fall kan det vara skäl att analysera om homocystin och homocystein ansamlas, men analysen måste göras snabbt efter provtagningen.

Homocystein i plasma har också nyligen visats vara en potentiellt påverkbar, oberoende riskfaktor för slaganfall och trombos hos patienter med systemisk lupus erythematosus.

BMJ 1996; 313: 1025-6, 1037-40; Lancet 1996; 348: 1120-4.

»Medicinskt meningslös vård» ett meningslöst begrepp?

Begreppet »medicinskt meningslöst» är centralt när det gäller att avstå från eller att avbryta behandling, men det råder delade meningar om hur begreppet skall definieras. Tre amerikaner har presenterat en definition, som grundas på nyttan för hela patienten (inte bara för del). Bland annat hävdar de att läkaren bör betrakta en behandling som meningslös om empiriska data visar att den har mindre än 1 chans på 100 att vara till nytta för patienten. Dessutom är det meningslöst om behandlingen endast bevarar permanent medvetlöshet eller ständigt beroende av intensivvård. Dessa synpunkter har kritiserats från många håll och nu försvaras och modifieras de av trion.

Kritikerna såg förslaget som ett sätt att stärka läkarnas makt och stoppa ökningen av patienters autonomi. Det går inte att nå konsensus om definitionen, bedömningen är värdeladdad och begreppet meningslös är inte heller användbart i praktiken eftersom empiriska data inte säkert kan tillämpas på den enskilde patienten. Till slut blir det ändå kostnaderna som avgör besluten, hävdade kritikerna.

En ledarskribent väljer inte sida i debatten men understryker att information om sannolikheten för ett visst resultat av en behandling är av central betydelse i medicinsk praxis. Att det är möjligt att identifiera faktorer som avgör överlevnaden visas av en aktuell studie av patienter som efter benmargstransplantation behövt respiratorvård i mer än ett dygn. Ingen överlevde av dem som fått lungskador och samtidigt antingen var hemodynamiskt instabila eller led av lever- eller njursvikt.

Ann Intern Med 1996; 125: 625-33, 669-74, 688-9.