

Själ och hjärna (mind meets brain) – argument för psykoterapiobligatoriet

Diskussionen om psykoterapiobligatoriet i psykiatrins specialistutbildning bör ses mot bakgrund av de senare årens allt intensivare möten mellan neurovetenskap, psykoterapi och psykoanalys. Vi har i vår praktik upplevt det stora värdet av att kombinera medicinskt psykiatrisk kunskap med psykoterapeutisk kunskap. I stället för att slopa obligatoriet bör man, om det behövs, öka kvaliteten på kurserna.

INGA-LENA BENGTTSSON

leg läkare, specialist i psykiatri, leg psykoterapeut, privatpraktiserande, Helsingborg

CAMILLA PAULI

leg läkare, specialist i psykiatri, privatpraktiserande, Stockholm

ÅSA PRAVITZ

leg läkare, specialist i psykiatri, leg psykoterapeut, privatpraktiserande, Stockholm

KARIN RODHE

leg läkare, specialist i psykiatri, psykoanalytiker, privatpraktiserande, Malmö

HEIDI SKANTZE

leg läkare, specialist i psykiatri, leg psykoterapeut, privatpraktiserande, Lund

GUDRUN WILLÉN

leg läkare, specialist i psykiatri, leg psykoterapeut, privatpraktiserande, Helsingborg
gudrun.willen@telia.com

II Psykiatrin befattar sig med människans psykiska liv och med störningar i detta. Kunskap om människans psyke når vi från två håll: dels inifrån, genom människans subjektiva rapport från den inre verkligheten, hennes känslor, tankar och associationer, dels genom ett yttre studium.

Inre och yttre studium av människan

Människans subjektiva upplevande och berättelse om den inre världen studeras sedan länge genom olika psykoterapeutiska metoder. Det yttre studiet sker dels genom många olika former av psykiatrisk klinisk iakttagelse och psykologiska testmetoder, dels genom ett studium av aktiviteten i det organ, hjärnan, som medierar det psykiska livet.

Bredden i det psykiatriska kunskapsområdet är mycket stor, och måste vara det. Den blivande specialisten måste få en tillfredsställande orientering över hela fältet för att också i framtiden kun-

na vidareutveckla sin kunskap och göra ett gott kliniskt arbete.

Metodik

Som ett exempel (av många möjliga) på denna bredd vill vi beskriva möten mellan psykoterapi, däribland psykoanalys, och neurovetenskap – två tidigare vitt skilda poler inom det psykiatriska kunskapsområdet. Den internationella kunskapsnivån är i dag högre än någonsin tidigare, både inom hjärnforskning och psykoterapi. Vi har idag avancerade (men ändå ganska grova) mätmetoder som PET (positronemissionstomografi), rCBF (regionalt cerebralt blodflöde), MR (magnetresonans) och olika psykofarmakologiska och biokemiska undersökningar.

Psykoterapin har i sin tur genom decennier utvecklat och förfinat sina metoder att undersöka människans inre verklighet genom hennes subjektiva rapport och i samspelet med terapeuten. Här finns två rika kunskapsfält, två synsätt, två modeller för att beskriva och förstå människans psykiska verklighet. Länge har utbytet dem emellan varit minimalt och den ömsesidiga misstänksamheten stor, inte minst från psykoterapins sida.

Behov integrera synsätten

Vi står nu inför behovet att integrera dessa båda synsätt, och det öppnar sig också tidigare oanade möjligheter. Runt om i världen sker sedan några år spännande möten mellan neurovetenskap, psykoterapi och psykoanalys, möten som förefaller kunna befrukta båda kunskapsfälten [1, 2].

Vid American Psychiatric Associations årliga möte i maj 2001, där några av oss deltog, var huvudtemat »Mind meets brain« – ett tema som formulerats av APAs ordförande, Daniel Borenstein. I en lång rad seminarier och föreläsningar om »the presidential theme« möttes psykiater, neurovetare, neuropsykologer, psykoterapeuter och psykoanalytiker.

Det var spännande att se vilket intres-

se just dessa programpunkter mötte – trängseln var stor, stämningen förväntansfull och ofta entusiastisk, en del anföranden möttes till och med av stående ovationer. Strävan till kunskapsutbyte och kanske integration ligger verkligen i tiden [3]!

Kombination helt nödvändig

Vi som skriver detta är ett nätverk av privat verksamma psykiater med lång och bred, sinsemellan mycket olika, klinisk erfarenhet från offentlig och privat psykiatri. Vi är också psykoterapeuter, med olika inriktning, skolning och praxis. Vi har alla i vår psykiatriska praktik upplevt värdet, ja den absoluta nödvändigheten, av att kombinera medicinskt psykiatrisk kunskap med psykoterapeutisk kunskap.

Detta menar vi gäller oavsett om man

vill arbeta som psykiater med en god modern psykiatri, med all den kunskap som finns och kommer att utvecklas inom fältet, eller om man, som en minoritet av psykiatern, vill vidareutbilda sig till psykoterapeut.

Har inte råd med revirstrider

Människan kan inte reduceras till antingen det ena eller det andra, själ eller kropp, mind or brain. Vi har i psykiatrin inte råd med fortsatta revirstrider och uppsplitande konflikter mellan discipliner som utforskar samma område: människans medvetande [4, 5].

Det räcker inte att psykiatrin artigt bedyrar värdet av psykoterapi. Vi måste äntligen på allvar närma dessa båda kunskapsfält till varandra, låta dem berika varandra, våga se var de bekräftar varandra, och var de faktiska frågetecknen eller motsättningarna finns. Båda synsätten är ju modeller för att beskriva en komplicerad verklighet, de är inte själva verkligheten.

Genom ett sådant närmande kan vi uppdatera vår kunskap om den komplicerade människan. Sådana strävanden

ligger i dag långt framme i internationell forskning och idédebatt.

Obligatoriets sammanhang

Vi vill sätta in diskussionen om det särskilda obligatoriet för psykoterapi i den svenska specialistutbildningen i psykiatri i detta sammanhang. Detta särskilda obligatorium avser att säkerställa att den blivande psykiatern får en grundläggande kunskap om psykoterapeutiska metoder och tänkande, dels för att kunna få nödvändigt djup och bredd i det egna undersöknings- och behandlingsarbetet, dels för att kunna leda det psykiatriska teamarbetet, med nödvändig kunskap om och respekt för andra yrkesgruppers synsätt och behandlingsmetoder.

Förbättra kvaliteten om det behövs

Ska då blivande svenska psykiatriska specialister, genom ett slopande av obligatoriet, riskera att undandras grunden för att kunna förstå och följa med i det viktiga, spännande och synnerligen aktuella integreringsarbete som pågår inom det psykiatriska fältet?

Det särskilda obligatoriet innebär att utbildningen står under tillsyn av Socialstyrelsen. Om innehållet i kurserna inte har tillräcklig kvalitet, bör man verka för bättre kvalitetskontroll, i stället för att riskera att kurserna i tider av resursbrist lokalt prioriteras ner.

Täcka en brist med en annan?

Ska man täcka över en brist genom att skapa en annan? Vi ser då en stor risk att man i stället för att bredda rekryteringen gör specialiteten mindre intressant, och att psykiaterns kompetens liksom hans eller hennes trovärdighet som ledningsansvarig i ett brett psykiatriskt teamarbete med moderna metoder minskar på ett katastrofalt sätt. Ett av svensk psykiatri största problem i dag är den klena återväxten. Alltför få unga läkare söker sig till denna specialitet. Vi befäras att situationen försämras ytterligare om psykoterapiens utrymme i specialistutbildningen inte garanteras.

Referenser

1. Solms M. A beginner's guide to the brain [video]. London: The Anna Freud Centre; 2000.
2. Kaplan-Solms K, Solms M. Clinical studies in neuropsychanalysis. London: Karnac; 2000.
3. Kandel ER. Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry* 1999;156:505-24.
4. Damasio A. Descartes misstag. Stockholm: Natur och Kultur; 1999.
5. Damasio A. The feeling of what happens. London: Heinemann; 2000

Somatisering – en realitet av vikt!

Per Dalén, Robert Olin respektive Solvig Ekblad och medarbetare har i *Läkartidningen* 8/2002 (sidorna 815-9) från olika infallsvinklar kritiserat min medicinska kommentar om somatisering i 50–51/2001 (sidorna 5852-5), som publicerades samtidigt med artiklar av Lars-Gunnar Gunnarsson, Ulla Maria Anderberg, Åke Thörn och Lars Wahlström (sidorna 5856-73). Jag replikerar naturligtvis bara för egen räkning.

JÖRGEN MALMQUIST

docent, Höllviken

jorgen.malmquist@mailbox.swipnet.se

II Per Dalén påstår felaktigt att jag anser att somatisering kan förklara all den sjuklighet som läkarna i dag har svårt att förstå sig på. Han citerar dock att jag skrivit att somatisering måste *övervägas* (kursiverat här) som förklaring av det som framstår som »medically unexplained«. Dalén påpekar sedan med rätta att våra kunskaper om sjukdomars orsaker har stora brister. Detta leder honom på något sätt till slutsatsen att begreppet somatisering inte kan accepteras. Jag kan inte instämma.

Dalén framhåller att Lars Wahlström citerat vad Michael Sharpe sagt vid Berzelius symposiet om somatisering: det är otillfredsställande, och för många patienter kränkande, att psykiatern förklarar ett syndrom utan känd orsak genom att hänvisa till ett annat (psykiatriskt) syndrom utan känd orsak. Min åsikt är (som jag skrev i kommentaren) att somatisering som inte är en del i en psykisk störning inte bör betraktas som »psykiatri«. Sådan somatisering är ett normalpsykologiskt sätt att reagera på svår distress, dvs en plågsam livssituation.

Påstår inte att patienterna simulerar

Robert Olin tar upp den av mig citerade översiktsartikeln »Functional somatic syndromes« av Barsky och Borus [1]. Han påstår att det hävdas i artikeln att somatiserande patienter är förslagna och försäkringsutnyttjande. Artikeln utsäger inte alls något sådant – den handlar om somatisering, inte om simulering- och gravering.

Olin har missförstått artikelns avsnitt om förstärkning och konsolidering av somatiska symtom. Texten redogör omsorgsfullt för de olika föreställningsprocesser och påverkningar som får personen att, enkelt uttryckt, gå från lätta symtom och oroliga funderingar till svåra långvariga symtom och en allt fastare

övertygelse om att han har en kronisk sjukdom, ofta också övertygelse om en bestämd orsak.

Med förstärkning (amplifiering) syftar artikelförfattarna på att symtomen ofta utgår från något av de lindriga symtom som alla människor har. Den förstärkningsprocessen kommenteras också av Lars-Gunnar Gunnarsson, liksom av Anders Lundin i hans givande bok [2] som huvudsakligen beskriver och kommenterar somatiseringssyndrom med symtom av neurologisk karaktär.

Robert Olin omnämner av Kierkegaard byggd är malplacerat. När jag nämner existentiella påfrestningar syftar det inte på existentialismens tankar.

Föreställningar måste kunna ifrågasättas

Olin nämner (liksom Dalén) att Lars Wahlström citerat Simon Wesselys yttrande vid somatiseringssymposiet: professionen har förlorat tolkningsföretredet när det gäller nya »moderna« sjukdomar, med kroniskt trötthetsyndrom som det första tydliga exemplet

De tycks anse att läkarna skall ta rättelse och helt låta bli att ifrågasätta patienternas uppfattningar om sjukdomar, deras orsaker, deras behandling etc. Dessbättre finns det nog inte många läkare som är beredda att inta den bekväma, helt professionella positionen.