

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. Allt för få unga läkare söker sig till denna specialitet. Vi befärar 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 *överbägas* (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 pågående 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 utäger inte alls något sådant – den handlar om somatisering, inte om simulering – aggravering.

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 Olins omnämnande av Kierkegaard bygger är malplacerat. När jag nämner existentiella påfrestningar syftar det inte på existencialismens 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 trötthetssyndrom 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 oprofessionella positionen.

på att läkarvetenskapen höll på att tappa greppet. Olin efterlyser »problematisering« och »hantering« av detta yttrande.

Välkända sociala och tekniska skeenden har gjort att uppkomsten och spridningen av sjukdomsföreställningar i befolkningar nu är en snabbare och kraftfullare process än för 10–20 år sedan. De vårdsökande och deras anhöriga har en alltmer självständig attityd gentemot läkare m fl. Olin tycks, liksom Dalén, 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 oprofessionella positionen.

Somatiseringsdiagnosen svår att bevisa

Däremot har Olin och Dalén rätt i att en somatiseringsdiagnos medför ett bevisproblem. Det finns ingen metod att omgående och definitivt bekräfta diagnosen. Att den är riktig visar sig i bästa fall efter hand, t ex när kognitiv beteendeterapi har gynnsam effekt.

Dessutom är diagnosen oundvikligen en s k uteslutningsdiagnos – ett antal biologiska/organiska alternativ måste övervägas och prövas. Olin frågar lite hotfullt: när är patienten medicinskt färdigutredd? Varje dag är det många läkare som ställer sig den frågan.

Till skillnad från Per Dalén, som tycks avvisa begreppet somatisering helt och hållet, nöjer Robert Olin sig med att, en aning gåtfullt, framhålla att somatiseringsdiagnosen »tills vidare« bör användas med återhållsamhet.

Kulturbetingade skillnader

Solvig Ekblad och medförfattare framhåller med rätta avsaknaden av pusselbiten kulturdifferenser (som dock är omnämnda i Lars-Gunnar Gunnarssons bidrag). Kulturbetingade skillnader i uttrycksätt kräver särskild begrundan då det gäller att välja mellan somatiseringsdiagnos och annan diagnos.

Författarna har också rätt i att det kan vara svårt att förklara begreppet somatisering på ett sätt som inte missförstås och som är acceptabelt för patienten. Den tid och omsorg som läkare, psykologer m fl lägger ner på en förklarande diskussion med patienten kan vara avgörande för att patientens väg inte skall bli den permanenta somatiska sjukrollen.

Referenser

1. Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med* 1999;130:910–21.
2. Lundin A. Somatisering – sjukdomsprocessen vid medicinskt oförklarade symtom. Södertälje: Astra Läkemedel; 1999.

Somatisering – mer beskrivning än förklaring

Med anledning av framför allt Robert Olins och Per Daléns inlägg om somatisering i *Läkartidningen* 8/2002 (sidorna 815–8) vill jag göra några klarlägganden.

LARS WAHLSTRÖM

konsultpsykiater, psykiatriska kliniken SV, Huddinge Universitetssjukhus
(lars.wahlstrom@slpo.sll.se)

■ Den moderna användningen av termen somatisering utgår oftast ifrån Lipowskis definition som är rent deskriptiv [1]. Den bygger alltså inte på psykoanalytisk/psykodynamisk teori och har inte någon självklar kausal funktion. Med somatisering avser man i stället oftast en process som utspelar sig i dimensionen upplevelse, tolkning och beteende. Till detta kan man lägga det som sker i mötet med sjukvården.

Multifaktoriell kausalitet

De nya neurovetenskapliga upptäckterna följer vi nog alla med stort intresse, men det är inte det saken gäller. En annan förståelsenivå läggs till den biomedicinska, som i dessa fall inte tillräckligt kan förklara och aldrig kommer att till fullo förklara de fenomen vi här talar om eftersom kausaliteten utspelar sig på en annan nivå och är multifaktoriell.

Läkaren en av dörrvakterna

Den somatiserande människans predikament påminner mycket om situationen för mannen som väntar framför lagen i Kafkas novell [2]. All uppmärksamhet är riktad på en dörr och dess dörrvakt, och längtan efter att bli insläppt är så stark så att »han glömmat bort de andra dörrvakterna«. Hela livets dyrbarheter offras men befrielsen uppnås aldrig. Det är den dörrvaktens roll vi som läkare har att hantera. Kruxet är att hitta möjliga interventionspunkter när vi inte har någon erkänd etiologi men patientens upplevelse eller tolkning av sina besvär är given.

Ingen psykiatrisk diagnos

Somatisering är inte någon psykiatrisk diagnos. De flesta av oss somatiserar i någon utsträckning under trycket av svåra livsomständigheter, men symtomen kan bli föremål för diagnostisering förklarad uttryckt först om vi trots adekvat utredning inte förmår ta till oss lugnande besked.

De aktuella psykiatriska diagnoserna

kan i sådana fall vara s k somatoforma störningar.

Kliniskt viktigt är att samsjukligheten är hög med psykiatriska tillstånd som går att behandla. Det betonas av samtliga auktoriteter på området att det inte handlar om något antingen-eller-fenomen. Somatisering förekommer ofta tillsammans med fastställd fysisk sjukdom i form av överdriven oro, symtomfördjupning och oproportionerlig funktionsnedsättning [3].

Angående tolkningsföreträdet

Slutligen en kommentar gällande Simon Wesselys uttalande att professionen förlorat tolkningsföreträdet vid nya »moderna sjukdomar«. Det är förvisso ett problem att ta på stort allvar för sjukvården att man inte tillräckligt förmår hjälpa dessa patientgrupper.

I motsats till Olin och Dalén menar jag att det är en tragisk utveckling att styrkepositioner i samhället ska avgöra vad som är »sant«, och inte en diskussion byggd på argument från klinisk erfarenhet och vetenskap.

Referenser

1. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988;145:1358–68.
2. Kafka F. Framför lagen. I: En svältkonstnär, samlade skrifter. Lund: Bakhåll; 2000.
3. Abbey SE. Somatization and somatoform disorders. In: Rundell JR, Wise MG, editors. *Textbook of consultation-liaison psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1996. P. 369–401.