

- gruppen. Blodtryckskontroll och andra riskfaktorer hos behandlade hypertoniker – trender under 90-talet. (Abstract). Sektionen för allmänmedicin. Riksstämman 2000.
6. Nilsson PM, Gudbjörnsdottir S, Eliasson B, and Cederholm J, for the Steering Committee of the National Diabetes Register, Sweden. Hypertension in diabetes – trends in control and relation to macrovascular morbidity in repeated national surveys from Sweden. *J Hypertens* 2002 (submitted manuscript).
 7. Werkö L. När är högt blodtryck en sjukdom? Amerikanska studier rekommenderar sänkt gräns för behandling – men är syftet egentligen att öka försäljningen av blodtryckssänkande medel? *Läkartidningen* 2002;99:256-60.
 8. Randomised trial of a perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6,105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. PROGRESS Collaborative Group. *Lancet* 2001;358:1033-41.
 9. Vasan RS, Larson M, Leip EP, Kannel WB, Levy D. Assessment of frequency of progression to hypertension in non-hypertensive participants in the Framingham Heart Study: a cohort study. *Lancet* 2001;358:1682-86.
 10. Kjeldsen SE, Farsang C, Sleigh P, Mancia G. 1999 WHO/ISH hypertension guidelines – highlights and esh update. *J Hypertens* 2001;19:2285-8.
 11. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of ACE-inhibitor, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomised trials. *Lancet* 2000;356:1955-64.
 12. Cost effectiveness analysis of improved blood pressure control in hypertensive patients with type 2 diabetes: UKPDS 40. *BMJ* 1998;317:720-6.
 13. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. *BMJ* 1998;317:703-13.
 14. Persson M, Carlberg B, Mjorndal T, Asplund K, Bohlin J, Lindholm L. 1999 WHO/ISH Guidelines applied to a 1999 MONICA sample from northern Sweden. *J Hypertens* 2002;20:29-35.
 15. Forette F, Seux ML, Staessen JA, Thijs L, Birkenhager WH, Babarskiene MR, et al. Prevention of dementia in randomised double-blind placebo-controlled Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) trial. *Lancet* 1998;352:1347-51.
 16. Hansson L, Lithell H, Skoog I, Baro F, Banki CM, Breteler M, et al. Study on cognition and prognosis in the elderly (SCOPE): baseline characteristics. *Blood Press* 2000;9:146-51.
 17. Werkö L. Editorial: Raised arterial blood pressure-time for intervention? *Acta Med Scand* 1974;195:145-6.
 18. Staessen JA, Wang JG, Thijs L. Cardiovascular protection and blood pressure reduction: a meta-analysis. *Lancet* 2001;358:1305-15.

Emotionalisera somatiseringen!

Det skulle vara värdefullt att inte bara kunna förklara en process med att patienter somatiserar, utan också om möjligt att hjälpa patienterna att förstå sin somatisering, eller annorlunda uttryckt emotionalisera sin somatisering. Detta påpekas med anledning av den serie under vinjetten svårförståeliga sjukdomar som tog upp psykologiska påfrestningar som tar kroppslig gestalt utan att det föreligger någon konstaterad bakomliggande kroppslig förändring.

LARS HÄRDELIN

specialist i invärtesmedicin och allmän psykiatri, privatpraktiserande psykoanalytiker och handledare för grupper inom allmänmedicin och somatisk specialistvård
lars.hardelin@ptj.se

■ I en serie artiklar diskuterades de så kallade svårförståeliga sjukdomarna i *Läkartidningen* 51–52/2001. Fenomenet gavs även en framträdande plats via en medicinsk kommentar av Jörgen Malmquist. Författarna syftade på de besvärssbilder där psykosociala påfrestningar tar kroppslig gestalt (»somatiseras«), utan att det föreligger någon konstaterad bakomliggande kroppslig förändring, vilken på ett tillfredställande sätt kan förklara de besvär som beskrivs.

Detta förhållande står samtidigt i kontrast till patientens egen upplevelse av att hennes symtom orsakas av någon faktisk sjukdom, för vilken hon också söker hjälp. Lite mer specifika tillstånd som kroniskt trötthetssyndrom, fibromyalgia ellallergi, amalagamöverkänslighet m m inrangeras i beskrivningen. Temat syntes synnerligen angeläget då antalet patienter som är bärare av dessa tillstånd är omfattande, och handläggningen är mycket kostnadskrävande, kanske framför allt på grund av dess just svårförståeliga natur.

Invändningar

Robert Olin gör i ett inlägg i *Läkartidningen* 8/2002 (sidorna 815–6) några väsentliga invändningar. Han poängterar att även om patienternas besvärssbild med tillgängliga utredningar i dag inte går att förklara, så kan nya kunskaper successivt nås som ger dessa svårbegripliga sjukdomsbilder en biologisk förklaring. Han hänvisar bl a till den snabbt växande neurovetenskapliga kunskapen där orsaksfaktorer kan återfinnas. Och

utan tvekan är det så att medicinska framsteg medför att patientgrupper som tidigare bedömts ha en psykologisk problematik visar sig ha faktiska sjukdomar. Så även om man har goda skäl att tro att patienten »somatiserar« kan man som Robert Olin menar i princip aldrig utesluta en somatisk förklaring. Robert Olin drar i detta osäkra diagnostiska läge dock den något märkliga slutsatsen att man som doktor bör somatisera problemet genom att ställa kroppsligt orienterade diagnoser. Att doktorn somatiserar skulle vara mindre kränkande och skapa mindre komplikationer än att han psyko-logiserar, dvs förstår fenomenet som en av patienten utförd somatisering.

Ensam och övergiven i en husvagn.

Låt mig då presentera en patient vars sjukdomsbild tycks överensstämma så gott som helt med definitionen av en s k »svårförståelig sjukdom«. Lilian var en kvinna strax över 30 som sedan några år besvärats av allmän trötthet, sömnsvårigheter och en diffus värk. Hon hade länge oroats för vad som låg bakom hennes symtom men dröjt med att söka läkare. När hon sedan någon månad fått ett utslag över ansiktet hade hon förstått vad det handlade om. Det måste komma från bildskärmen. Hon led av ellallergi. För att börja någonstans ville hon ha en allmän undersökning. Den visade normala förhållanden. När hon fick beskedet ville hon ha en remiss till Hud och kontakta en patientförening. Motvilligt, men ändå med viss nyfikenhet, tog hon också emot erbjudandet att samtidigt se om psykologiska samband kunde föreligga.

Först kom vi att tala om hennes föreställningar om sjukdomen. Hon var oroad och förstod att hennes liv skulle bli begränsat. Eller som hon uttryckte det: »Man kommer att hamna ensam och övergiven i en husvagn«. Därifrån vandrade samtalen över till hennes livssituation. Nästan i förbigående nämner Lilian

Annons

Annons

Annons

Annons

att hennes mamma avled för några år sedan av cancer. Eftersom moderns insjuknande sammanföll med symtomdebuten förhörde jag mig lite om den tiden. Mamman var ensam och hade haft svårt att klara sig själv under några år. Lilian kände ett stort behov av att hjälpa henne men det var besvärligt, eftersom Lilian samtidigt arbetade. När jag påpekade det kronologiska sambandet kom det som en överraskning för Lilian men medförde samtidigt en viss lättnad. I en första förståelse av hennes aktuella besvär föreföll denna yttre påfrestning, att samtidigt sköta arbete och en sjuk mamma kunna ha betydelse för Lilians aktuella tillstånd. Det kunde finnas andra förklaringar än svår sjukdom.

Lilian hade tidigare levt med motstridiga känslor riktade mot mamman. Nu tvingades hon åter att komma henne nära. Lilian berättade med tvekan sin upplevelse av de obehag och äckel hon kände för mamman då hon vårdade hennes allt mer cancerpräglade lekamen. I samtalet blev Lilian rädd att hennes nu uppdragade aversion mot mamman skulle göra mig illa berörd. För att betona att hon brydde sig om mamman berättade Lilian att hon, trots sitt motstånd mot mamman, tog henne med på en semesterresa, hennes sista sommar. Mamman som var en stark kvinna brukade alltid kämpa mot svårigheter men var nu svagare och orkade denna sommar inte mycket. Lilian sa att det blev en omöjlig situation att bara sitta inne med mamman. Så ibland, och allt oftare, gick Lilian ut och lämnade mamman ensam. Lilian hade dåligt samvete, särskilt som mamman avled strax efter man kommit hem från semestern. När hon tänkte tillbaka plågades Lilian av hur mamman haft det. Eller som Lilian uttryckte sig. »Där hon satt ensam och övergiven i en husvagn« (man hade lånat en husvagn).

Jag tror hon hörde vad hon sagt

Jag tror att Lilian hörde vad hon sagt. Hon satt tyst. Efter ett tag sa jag att »och du verkar gå mot samma öde« och repeterade hennes ord »du tänker dig också att du kommer att sitta ensam och övergiven i en husvagn«. Lilian föll i en lång och förtvivlad gråt. När gråten stillnade så sa Lilian »jag förstår«, och sedan var det samtalet över.

När Lilian kom tillbaka veckan därpå så kände hon sig annorlunda. Hon kände sig frisk. Hon hade sovit bra och alla utslag hade försvunnit. Tankar på ellallergi var främmande. Det fanns ingen anledning att gå till Hud, och Lilian var inte längre intresserad av någon patientförening. I stället sa hon att »det finns mycket att prata om«. Vad Lilian bl a nu retroaktivt förstått, om än berättat mera

Somatisera eller inte somatisera? Varför inte emotionalisera?

fragmentariskt och med hennes egna ord, var hur hon levt i en inre konflikt mellan att närvara vid mamman sida och den allt mer skuldfyllda tanken att lämna och överge henne, en känsla som förvärrades då mamman avled. Och hur hon efter mammans bortgång därför försökt bevara henne, liksom införlivat henne och i en identifikationsprocess blivit som hon, och nu själv i ett kraftfält dominerat av skuld och straff gick mot samma öde. Allt på bekostnad av hennes egen livsglädje. I den situation Lilian befunnit sig i hade Lilians upplevda tillstånd framstått som en in till sanning gränsande visshet. Hon led av en sjukdom som skulle orsaka henne liknade lidande som mamman utstått. När hon med en emotionell insikt verbaliserat sin problematik så upplöstes själva domen, sjukdomen, och Lilian kunde befriat se hur hon förväxlat fantasin om att ha en sjukdom med att faktiskt ha en sjukdom.

Sjukdomsförklaring av olösta livsproblem

Lilians fall tycks inte styrka Robert Olins oro över att ett psykologiserande är kränkande och skapar komplikationer. Det kanske snarare är tvärtom att ett somatiserande enligt den modell Robert Olin förordar skapar komplikationer. Med den begränsade utbildning som finns avseende personlig problematik och psykologisk kunskap – det naturvetenskapliga synsätt vi är skolade i, en sjukvårdsorganisation som styrs av ett organtänkande, den tidsbrist vi verkar i, det språkbruk vi har och det medicinska ansvar som åligger oss – riskerar olösta livsfrågor lätt att sjukdomsklassificeras och behandlas därefter. Tillstånd där psykiska svårigheter somatiserats utgör sannolikt ett av sjukvårdens större olös-

ta problemområden. Och en anledning är kanske att patienter med stöd av en somatiserande sjukvård successivt organiserar sin personlighet kring den i grunden fantiserade (men upplevt faktiska) sjukdomen, vilken allt mer riskerar att bli vissa patienters identitet och livsinnehåll. Det är olyckligt, men ibland kanske nödvändigt, att sjukvården bidrar till denna sjukdomsvinst, eller bättre uttryckt, hälsoförlust.

Somatisering kan bli en ny somatisering

Det finns dock som jag ser det en annan och lite mera dold risk med somatiseringsbegreppet än att den leder in i en befarad ohämmad psykologisering. I nämnda artiklar om somatisering undviker man att närma sig somatiseringens väsen. Jag kan alltså hålla med Robert Olin som också påpekar att författarens resonemang är ytliga och begränsar sig till att räkna upp välkända psykosociala faktorer, utan att ge en förståelse för varför, och på vilket sätt dessa behöver leda till en somatisering.

Den risk jag talar om kan vara att man nöjer sig med att ha funnit ett namn på en process som sedan får verka som en ny diagnostisering, till sin karaktär en ny somatisering. I stället för el, amalgam och sjuk luft har man nu funnit en ny orsaksfaktor, psykosociala förhållanden. De sociala betingelserna är givetvis angelägna förhållanden som måste beaktas, men enligt mitt synsätt är det inte tillräckligt. I kontakten med Lilian nådde vi först denna viktiga men »ytligare« förklaringsnivå, när hennes besvär tycktes orsakas av den allmänna påfrestningen att både sköta en sjuk mamma och ett arbete samtidigt. Det var ett steg framåt men ofullständigt så länge hennes inre emotionella verklighet doldes bakom denna yttre belastning. Att stanna upp vid förklaringen att Lilian »somatiserat« skulle alltså kunna innebära ett undvikande av en förståelse baserad på Lilians egen föreställningsvärld. Att benämna somatiseringen »somatisering« skulle med andra ord kunna fungera som en ny men subtilare iatrogen somatisering. Det avgörande steget från kausalitet till intentionalitet kvarstår.

Från orsak-verkan till avsikt-ändamål

Det som vidare blir lite svårförståeligt i Robert Olins resonemang är att han inte tilltror kollegor som tillsammans med patienten vill beträda en alternativ väg; att kunna bibehålla ett biologiskt tänkande, samtidigt som man håller en dörr öppen för ett annat synsätt. Fallet Lilian tycks dock bekräfta att något annat måste till. I rätt läge kanske man, utan att vara kränkande, kan föreslå en kompletterande undersökning utifrån det förtro-

ILLUSTRATION: ARII LUSTE

ende man kan ha inskaffat när man seriöst bedömt patientens somatiska frågeställningar. Jag tror också att förutsättningen för Lilian att våga se på sig själv, låg i att hennes egna tankar om elallergi tagits på allvar.

Den tillämpade psykoanalysens synsätt kan här vara värd att pröva även om de inte kan »utvärderas med naturvetenskaplig teknik« som krävs av Robert Olin. I denna annorlunda undersökningsteknik förvandlar sig doktorn från att vara den utfrågande aktören till den empatiske lyssnaren. Att låta patienten fritt få formulera sin berättelse i ett semistrukturerat samtal kan ge utrymme för patientens känslomässiga uttryck, vilket kan vara av terapeutiskt värde i sig och samtidigt ge ledtrådar till patientens psykologiska problematik. Och många gånger kanske man som somatiker skall stanna där. Men samtalskuren skulle självklart få ett större värde om doktorn också hade tillgång till dynamiska, om än approximativa, hypoteser vilka han skulle kunna konsultera i sitt tänkande, och sedan med en anpassad samtals teknik hjälpa patienten till en fördjupad förståelse av sig själv. När Lilian tog sig mod att tala om sitt skuldbelagda äckel för moderns kropp och fantasierna att vilja lämna och överge sin dödssjuka mamma föreföll en lättad inträffa. Lilian kom att framstå som en kvinna med en begriplig livsproblematisering. Och hennes »svårförståeliga« sjukdom upplöstes när hon allt mer förstod sig själv.

Då man deltagit i ett flertal liknande förlopp styrks man i tron att då en somatiserad personlig problematik verbaliseras (symboliseras) i en relation, och får ett för individen emotionellt adekvat, förståeligt, och acceptabelt uttryck, så tycks den somatiserade besvärshandeln, och i Lilians fall kanske även de faktiska förändringarna (Lilians utslag), upplösas. Själva poängen är alltså inte bara att söka ett kausalsamband, vilket i sig alltid är nödvändigt, utan att man förflyttar perspektivet från dimensionen orsak – verkan till dimensionen avsikt – ändamål. I den mån det är möjligt skulle det således vara värdefullt att inte bara förklara en process med att patienter somatiserar, utan också om möjligt hjälpa patienterna att förstå sin somatisering, eller annorlunda uttryckt, emotionalisera sin somatisering. •

Namnet Lilian och yttre data är ändrade så att fallet är oidentifierbart.

Psykiateriobligatoriet – lägesrapport

■ Psykiaterin är en omistlig del av den psykiatriska verksamheten, men till vilken nytta är den nuvarande detaljregleringen av hur kunskap och kompetens ska uppnås? Istället för att från min ensliga och nattliga kammare försöka besvara denna intrikata fråga ska jag ge en personlig lägesrapport om hur man överlever som psykiatrisk verksam läkare utan att ha godkänt psykiateriobligatoriet.

Började ST 1996

I juni 1996 påbörjade jag min ST vid Vrinnevisjukhusets psykiatriska klinik i Norrköping. Där deltog jag i klinisk sedvanlig arbete, möjligen med en viss inriktning på psykosvård och missbruk. Från våren 1997 arbetade jag en dag i veckan på en privat psykiatrisk mottagning i Linköping och fortsatte så till utgången av förra året.

Hösten 1998 kom jag in på Roland Bergs SK-kurs i psykiateri, med osannolika mängder tråkig läsning (förlåt, Roland!) på litteraturlistan, men med många engagerade och intressanta föreläsare som försonande motviker. I avslutning till kursen skulle en handledad terapi inledas, med det viktiga måttet 60 handledartimmar.

En handledningspatient anskaffas inte hur lätt som helst, åtminstone inte om man ställer vissa etiska krav. Psykopatologin får inte vara så svår att en mer kvalificerad terapeut behövs, men inte heller så obetydlig att terapin uppenbart genomförs för terapeutens behov.

Min första terapipatient blev så småningom aktuell och cirka 10 timmar genomfördes, vilket tog betydligt mer än 10 veckor med tanke på återbud, uteblivanden och dylikt. När patienten slutligen helt utesluts visade det sig efterhand att såväl min handledare som jag underskattat magnituden i patientens problematik.

Läkarbrist

Norrköpingskliniken imploderade under andra hälften av 1990-talet vad gäller läkarbemanningen. År 1996 fanns femton överläkare på kliniken, fyra år senare var de bara fyra kvar! Ett tag var man nere i tre överläkare. Nu har man åter segat sig upp till fyra samt två–fyra hyrläkarlinjer, beroende på tillgången. Antalet ST-läkare var under min tid fem. Av dessa finns en kvar och ingen nyrekrytering har skett.

Bland annat beroende på ovanstående (med ty åtföljande brister i arbetsmiljön) överförde jag från juni 2002 min ST till Mora, där jag arbetade ett år och

avslutade mina femåriga ST i maj 2001. (Från januari 2001 arbetade jag som överläkare.) Den handledningspatient jag där lyckades uppbära hösten 2000 hade ett subjektivt önskemål om samtalsterapi, men min preliminära bedömning var att frågorna mera rörde relationsproblem än egentlig psykiatri. Min handledare ansåg dock att man även ur denna magra mull skulle kunna utvinna näringsrika psykiaterapeutiska skördar, vilket visade sig tämligen riktigt. Men terapin kunde inte påbörjas förrän en bit in på hösten och sittningarna kunde av olika skäl bara ske varannan vecka.

Patienten undrade om terapin behövdes

Efter juluppehållet frågade patienten: »Säg mig ärligt, tycker du att jag verkligen behöver det här?« Och eftersom jag blivit uppfostrad att inte ljuga kunde jag inte svara annat än: »Nej, jag är tveksam. Du är inte deprimerad, behöver inte sjukskrivning eller läkemedel och våra samtal visar att du kan tänka klart och resonera klokt om dig själv och ditt liv. De frågor du har tagit upp med mig är inte av psykiatrisk karaktär, utan sådana som de flesta av oss i något skede i livet kämpar med. Man har stor glädje av att kunna diskutera dem med andra människor men inte nödvändigtvis med en psykiaterapeut.«

Vi skildes under vänskapliga former och jag hade inhöstat ytterligare 10 handledartimmar, alltså återstod 40 av de stipulerade 60. Eftersom min tjänst i Mora var begränsad till ett år, var det emellertid knappast försvarbart att förespegla patienten en psykiaterapeutisk kontakt och sedan avsluta den efter några månader.

Från juni 2001 till årets slut arbetade jag som överläkare vid psykiatriska kliniken i Karlstad, en tjänst som var tidsbegränsad till årets slut. Även under denna period måste det anses orealistiskt att dra igång en samtalsterapeutisk kontakt – under sommaren hade både patienter och jag våra semestrar, och när hösten väl kom kunde man redan skymta slutet på min tjänstgöring.

Under ett års tid, från januari till december 2001, hade jag således tagit fullt ansvar som överläkare vid de psykiatriska klinikerna i Mora respektive Karlstad. Jag gick bakjour, handledde AT-läkare och randande ST-läkare, tvångsin- tog och konverterade patienter och debuterade i länsrätten. Självt var jag ganska nöjd med mina insatser och även omgivningen verkade vara det.

Sedan 1997 har jag utöver mina landstingsanställningar även arbetat