

Anti-stigmakampanjer: sympatiskt men kontraproduktivt

»Anti-stigmakampanjer pågår inte bara i Sverige. Vem kan vara negativ till sådana? Jag är det och har fått mycket negativa reaktioner för det. Därför vill jag förklara varför jag är det«, skriver Sten Levander. När det gäller kopplingen schizofreni–brott menar han att när denna i huvudsak biologiska sjukdom kan behandlas framgångsrikt så försvinner också de sekundära problemen, inklusive den ökade brottsfrekvensen. »Då är det också läge att starta anti-stigmakampanjer med full kraft.«

STEN LEVANDER

professor i allmänpsykiatri, specialist i allmän- och rättspsykiatri, chefsöverläkare, rättspsykiatriska kliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö
Sten.Levander@psyk.mas.lu.se

|| Anti-stigmakampanjer pågår inte bara i Sverige. Vem kan vara negativ till sådana? Jag är det och har fått mycket negativa reaktioner för det. Därför vill jag förklara varför jag är det.

Några sakförhållanden

Först några sakförhållanden som gäller internationellt. Frekvensen av egendomsbrott är fördubblad för personer med schizofreni, frekvensen av våldsbrott fyrdubblad, och frekvensen av dödligt våld är tiodubblad, jämfört med totalbefolkningen, inklusive personer med allvarlig psykisk störning (2 procent av befolkningen) och persistenta lagöverträdare (också 2 procent av befolkningen). Rensar vi siffrorna för dessa 4 procent av befolkningen får vi multiplicera riktalen med 2,5.

Under de senaste 35 åren har den psykiatriska slutenvården reducerats till en åttodel och mellanvårdsformer försvunnit. Detta har ersatts med boendestöd, motsvarande en femtedel av de bortrationaliserade sängarna, samt av lågspecialiserade öppenvårdsinsatser som bygger på frivillighet.

Vi vet att bristande sjukdomsinsikt och därmed sviktande vårdmotivation är ett av de allra vanligaste symtomen vid schizofreni. De enda slutenvårdsformer som har ökat för patientgruppen är antalet rättspsykiatriska sängar (med 30–300 procent på tio år, internationellt), samt andelen som finns i fängelserna. Överdödligheten har minst fyradubbplats, utsattheten för brott (viktigmisering) likaså.

Skulle dessa väldiga förändringar ha

uppstått av en slump? Naturligtvis inte – de är resultaten av medvetna politiska/ideologiska val. Högern har sparat pengar, vänstern vill »släppa fångarne loss« med hänvisning till sin positiva människosyn och solidariska moral. Bägge har anledning att vara djupt självkritiska över den oheliga allians de ingått i.

Grundfelet – bristande kunskapsrespekt

Grundfelet är brist på respekt för vetenskaplig kunskap när det gäller psykiatri – en respektlöshet som vore otänkbar relativt alla andra medicinska discipliner.

Jag har läst om Grönvalls utredning om tvång i psykiatri från 1984 – en pamflett i falsett av antipsykiatrisk retorik. Jag minns den som usel – vid min omläsning 20 år senare står håret rakt upp. Samtidigt (1984) kom Socialstyrelsens dokument om våld inom psykiatri med den fyndiga slutklämmen: »Det finns inga farliga människor, bara farliga möten.« Sådant har styrt utformningen av svensk psykiatri.

»Ingen väg tillbaka«, skrev Margot Wallström i den artikel 1997 som försvarade Psykiatireformen och avinstitutionaliseringen. Hennes respekt för psykiatrien mätte jag genom att räkna värdeord i texten. Alla tio omdömena om psykiatrien var negativa, alla tio om patientorganisationerna positiva, kommunerna fick fem ris och fem ros.

OK – vi ska inte tillbaka. Men när vi nu ska framåt går det inte att nonchallera professionen och den vetenskapliga kunskapsmassa som finns. Möjligen, möjligen har politikerna fattat det.

Schizofreni, brottsrisk och missbruk

Men det finns också strategival som är mer värdeladdade än det självklara att respektera kunskap. När det gäller stigmafrågan har jag valt ståndpunkt inte bara utifrån kunskap – det finns en värdekomponent också som förtjänar att

diskuteras. Resonemanget går så här. Är den ökade brottsrisken vid schizofreni en integrerad och begriplig del av sjukdomen, eller är riskökningen kopplad till andra faktorer, t ex premorbid personlighetsstörning, missbruk och låg social status? Risken att utveckla schizofreni är mångdubblad för personer med anamnes på barnpsykiatriska utagerandediagnoser såsom AD/HD i kombination med trotsyndrom och uppförandestörning. Är riskökningen för kriminalitet kopplad till dessa problem eller till schizofrenisjukdomen?

Frekvensen av missbruk är mångdubblad vid schizofreni (så var det inte förr men så är det nu). Blir man missbrukare därför att man har (eller kommer att få) schizofreni? Är det missbruket eller schizofrenisjukdomen som ökar våldsfrekvensen? Personer som inte kan försörja sig och som lever i områden präglade av otrygghet, segregation, torftiga sociala nätverk och fattigdom har en hög kriminalitetsfrekvens. Schizofrena patienter är sällan (<10 procent) självförsörjande, och de tvingas bo i sådana områden. Är det därför de begår brott?

Vad vi vet och vad vi tror

Sådana frågor är det ingen som fullt ut kan svara på. Alltså måste vi tycka och tro. Min uppfattning är att schizofreni är en sjukdom som visserligen är variabel, men totalt sett ändå representerar en genomgripande störning i alla högre funktioner (känna, tänka, vilja) och en hel del andra funktioner också.

Skulle individen inte ha drabbats av

OK – vi ska inte tillbaka.

Men när vi nu ska framåt

går det inte an att nonchallera professionen och den vetenskapliga kunskapsmassa som finns. Möjligen, möjligen har politikerna fattat det.

sjukdomen är sannolikheten mycket lägre att de associerade problemen (personlighetspatologi, missbruk, social utslagning) skulle ha uppstått. Dessa problem är kvittot på att många domäner är drabbade, förutom dem som vi uppfattar som schizofrenins karaktärssymtom: positiva, negativa, affektiva och kognitiva symtom.

Farligheten vid schizofreni är relativt starkt kopplad till produktiva psykosymtom (hallucinationer och paranoidea vanföreställningar), som är orelaterade till premorbid personlighetsstörning och missbruk inom gruppen. Egna data (After Care Study) talar entydigt för att skillnaden mellan schizofrena personer som begått brott och sådana som inte har gjort det är obefintlig eller marginell.

Identifiera de kriminella karriärvägarna

Generellt ser jag kriminalitet som sekundär till en rad olika störningar som via olika generativa mekanismer ger upphov till denna speciella form av social dysfunktion. Det finns många ingångar till kriminalitet, och uttrycksformerna är mycket heterogena. Ska vi komma åt de olika formerna måste vi identifiera karriärvägarna – inte klumpa ihop personer som begått brott till en kategori och sedan stämpla dem som »onda«.

I enlighet med detta resonemang bör vi, när det gäller schizofreni och brott, börja i schizofreniänden. Min tro är att när vi kan behandla denna i huvudsak biologiska sjukdom framgångsrikt så försvinner också de sekundära problemen, inklusive den ökade brottsfrekvensen. Då kan vi starta anti-stigmakampanjer med full kraft.

»Optimister med positiv människosyn«

Alternativet är att dela upp schizofrena patienter i kriminella och icke-kriminella, i »återhämtade« och »ej återhämtade« och i »självförsörjande« och »ej självförsörjande« och så vidare. Sedan kan man meddela allmänheten att friska, icke-kriminella och självförsörjande personer med schizofreni (någon enstaka procent av patientgruppen) inte är farligare än någon annan. Vad uppnår man med det i ett öppet samhälle? Allmänheten vet att det är propaganda, vilket ökar politikerföraktet. Politikerna kan hänvisa till att problemet är löst, så inga pengar eller satsningar behövs. De som driver kampanjen kan sträcka på sig – de är optimister med positiv människosyn. Ungafär där står vi idag. •

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Vad SBU har skrivit om psykoterapistudier

I SBUs rapport om depressionsbehandling står i avsnittet om psykoterapeutiska behandlingsformer att det finns starkast stöd för beteendeterapi, kognitiv terapi och interpersonell terapi, medan stödet för psykodynamisk terapi är mer begränsat, delvis på grund av att terapiformen använts i ett litet antal studier. Det skriver Sten Thelander, SBU, med anledning av diskussionen nyligen i Läkartidningen om värdet av olika slags psykoterapitekniker.

STEN THELANDER

sakkunnig i psykiatri, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Stockholm
Thelander@sbu.se

II I diskussionen mellan professor Rolf Sandell och docent Bengt E Westling om psykoterapier är mina sympatier klart för den senares argumentation, så i det avseendet är jag jävig. Jag har däremot inga som helst problem med att acceptera studier som visar att psykodynamisk terapi är effektiv förutsatt att de uppfyller generella metodkrav. Sådana finns också, även på depressionsområdet. Depressioner är överhuvudtaget den diagnoskategori där det är lättast att få stöd för slutsatsen att alla psykoterapier har ungefär samma effekt.

SBU om depressionsbehandling

Eftersom Sandell både i sin första artikel (LT 15/2004, sidorna 1418-22) och i sin replik (LT 25/2004, sidorna 2209-10; 2212) kritiserar SBUs rapport om depressionsbehandling [1] kan det finnas skäl att påminna om vad SBU skriver.

- I punktsammanfattningen står att flera slags psykoterapier har visat effekt som är likvärdig med den av tri-cykliska antidepressiva och sannolikt med SSRI vid lätta och måttliga egentliga depressioner.
- I sammanfattningstexten står att olika former av beteendeterapi och kognitiv beteendeterapi har bäst dokumenterad effekt (flest studier), men att interpersonell och psykodynamisk terapi också visats ha effekt.
- I punktsammanfattningen av avsnittet om psykoterapeutiska behandlingsformer står att det finns starkast stöd för beteendeterapi, kognitiv terapi och interpersonell terapi, medan stödet för psykodynamisk terapi är mer begränsat, delvis på grund av att terapiformen använts i ett litet antal studier. Psykodynamisk terapi som

ensam behandling har aldrig jämförts med antidepressiva läkemedel till skillnad från kognitiv beteendeterapi som ingått i mer än 40 jämförande studier.

SBUs krav på psykoterapistudier

När SBU värderar psykoterapistudier vill vi att dessa skall vara randomiserade och med oberoende skattare av behandlingseffekt. Vi föredrar studier av väldefinierade patienter diagnostiserade med ett allmänt använt diagnosystem och tar inte med analogstudier (studerande som inte definierats som patienter). Vi är väl medvetna om problemen med utformningen av kontrollgrupp, men delar många forskares önskemål att en placebogrupp skall ingå när psykoterapier jämförs med psykofarmaka. Metaanalyser kan vara värdefulla, men många av dem som gjorts av psykoterapier har haft tvivelaktiga terapikategoriseringar och använt flera utfallsmått från samma studie utan att behandla dessa som beroende av varandra.

För flertalet ångestsyndrom saknas helt kontrollerade studier av psykodynamisk terapi, och för specifika fobier och tvångssyndrom torde väl inte ens den mest entusiastiska psykodynamiska terapeut anse sin behandlingsteknik lämplig. Det finns en studie av psykodynamisk terapi för bulimi, inga vid schizofreni eller bipolär sjukdom.

För behandling av personlighetsstörningar finns ett växande empiriskt stöd för psykodynamisk terapi, ibland i förening med dagsjukvård.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referens

1. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: SBU; 2004.