

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 paranoida 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 (flestar 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.