

# Varför är du tyngd av sorg, min själ, och full av oro?

## Om dilemmat att integrera psykofarmakologi och psykologi



**ÅSA NILSSONNE**, med dr, specialist i allmän psykiatri, leg psykoterapeut/handledare, professor i medicinsk psykologi, Karolinska institutet, Stockholm  
asa.nilssonne@ki.se

*Varför är du tyngd av sorg, min själ, och full av oro? (Psaltaren 42:6)*

Ja, varför är vi människor så ofta oroliga och ledsna? Och hur ska vi förhålla oss till dessa smärtsamma känslor?

Vår omedelbara impuls när vi upplever obehag, somatiskt eller psykologiskt, brukar vara att försöka bli av med det. Ofta är detta en utmärkt strategi – vi skakar ut stenen ur skon, vi lämnar en farlig situation. När vi inte lyckas åtgärda orsaken till obehaget kan vi ta till smärtlindrande medel, alternativt lära oss att inte reagera så intensivt. Vi kan även lära oss att inte låta smärtan begränsa oss mer än nödvändigt.

Den här kommentaren om behandling av psykisk smärta tar avstamp i två artiklar i detta nummer av Läkartidningen: Fides Schückher och Kerstin Nilsson har utvärderat studier av mindfulnessbaserade interventioner vid stress, depression och ångest, och Christer Allgulander och Mussie Msghina ger oss en översiktsartikel om benzosdiazepiner – verkningsmekanismer, indikationer, biverkningar och kontraindikationer.

**Kropp och själ – psykiatrins kluvenhet**  
Innan vi går vidare blir det en liten avstickare till 1970-talet. Då gick jag psykiatrikursen på Danderyds sjukhus där det fanns två psykiatriska avdelningar på varsin sida av en bred hisshall.

På den ena fick patienterna politiskt orienterad miljöterapi, på den andra farmakoterapi. Den ena överläkaren hade långt hår och bla ett par blanka lila byxor som såg ut att vara på väg att spricka i sömmarna vilket ögonblick

som helst. Den andre hade kortklippt hår, »korrekta« kläder och vit rock. Patienter och studenter fördelades slumpmässigt. Båda överläkarna ansåg att den andres verksamhet var oetisk och verkningslös.

Det var tes och antites, kropp och själ, psykiatrins kluvna förhållande till människan i nästan komisk övertydlighet.

### Oklara gränsdragningar

När jag läser artiklarna i veckans nummer känns 1970-talet både avlägset och nära. Avlägset därför att vi nu låter den vetenskapliga metoden hjälpa oss att utvärdera våra behandlingsmetoder. Artiklarna är sammanställningar av studier och en diskussion om den befintliga, eller obefintliga, evidensen.

Nära känns 1970-talet i det att vi fortfarande lever i en cartesiansk dualism när vi ska förhålla oss till människors psykiska smärta. Ska den behandlas med farmaka? Eller är det kanske bättre med psykologiska metoder?

Fortfarande är också gränsdragningarna i psykiatrins utkanter oklara: När övergår vår sorg och oro i sjukdom? Ska behandling förbehållas dem som uppfyller DSM-kriterierna för någon av de många diagnoser, där en stark och obehaglig känsla är huvudsymtom? Vad ska vi erbjuda dem som lider men inte passar in i något diagnostiskt fack?

Här behöver vi vägledning, och det är därför glädjande att få översikter över två aktuella behandlingsinriktningar.

### Den psykiska smärtans budskap

Vi måste börja med att fundera över vad vi tror om psykisk smärta. Har den all-



Illustration: Paul Brown/Science Photo Library/BL

Dualismen i synen på människors psykiska smärta och behandlingen av den lever kvar. Psykofarmakologi och psykologi är som tes och antites – en syntes är önskvärd.

tid ett budskap? Om vi exempelvis uppfattar oönskad oro ungefär som en brandvarnare som ger utslag när vi rostar bröd, ser vi inget problem med att medicinera bort den. Om vi i stället ser oron som en blinkande varningslampa i bilen som säger att vi behöver se över

### SAMMANFATTAT

**Farmakologisk** och psykologisk behandling av smärtsamma känslor saknar fortfarande teoretisk och praktisk integrering med varandra.

**Läkare är oftast** utbildade i psykologisk behandling, och det saknas psykologer inom vården.

**Med mindfulnessbaserade** interventioner kan vi både påverka smärtsamma känslor och utveckla vår förmåga att leva med dem.

bromsarna, uppfattar vi det som farligt att bara släcka ner den.

Inom somatiken har vi samma dilemma: När behöver vi lyssna på smärtan, och när är det ofarligt att dämpa den? Det tjänar exempelvis ingenting till att ha ont efter en tandextraktion, den smärtan medicinerar vi bort utan tvekan. Däremot ger vi inte utan vidare smärtlindring till en person med buksmärter innan vi har ställt vår diagnos.

En svårighet när det gäller psykisk smärta är att vi inte vet lika säkert när vi kan avlägsna den utan att skapa problem i ett senare skede. Detta kan vara en förklaring till motsättningen mellan förespråkarna för farmakologisk respektive psykologisk behandling. Här behövs mer forskning; först då kommer vi att kunna lämna tyckandet och tron till förmån för vetandet.

## Mindfulness väcker frågan om evidens

Artikeln om mindfulness har som fokus den ständigt angelägna frågan om evidensläget.

Att sammanfatta forskningen kring mindfulnessbaserade interventioner är en ovanligt komplicerad uppgift, inte minst eftersom detta förvetenskapliga begrepp fortfarande saknar en operationaliserad definition. Det är säkert en av förklaringarna till att författarna har haft att ta ställning till 35 (sic!) skalor, varav flertalet inte var validerade.

Det kan vara på sin plats att påminna om att mindfulness inte är en behandlingsmetod i sig. Inom mindfulnessstrategin ryms en psykologi som beskriver hur vårt psyke fungerar (trots att modellen har över tvåtusen år på nacken visar den sig vara kompatibel med den senaste tidens neuropsykologiska fynd). Där finns en filosofi som beskriver verklighetens, och lidandets, natur. Där finns även etik [1].

Mindfulnessbaserade interventioner gör att vi kan bli bättre på att reglera våra känslor, upp eller ner, om och när vi vill. Detta gäller oavsett om vi har en diagnos eller ej. Minst lika viktigt är att vi även får strategier för att stå ut med smärta som vi inte kan eller orkar förändra i stunden.

Det faktum att en person har en psykiatrisk diagnos betyder ju oftast inte att deras oro eller sorg lyder under andra lagar än den normalpsykologiska varianten, bara att känslan är mindre reglerad.

## Inte tillräckligt om bensodiazepiner

När det gäller artikeln om bensodiazepiner hade jag önskat en mer djuplodan-

de diskussion om biverkningar. Exempelvis är det min och andras kliniska erfarenhet att exponeringsbehandling inte är verksamt när patienter behandlas med dessa preparat; deras hjärnor verkar ha svårt att lära sig att någonting är ofarligt. Vad kan det få för konsekvenser i vardagen?

## Läkarvetenskap behöver mer psykologi

Två ytterligare kommentarer:

Farmakoterapi är oftast effektiv, men riskerar att förmedla till patienten att hon/han är sjuk och inte kan göra något åt sina plågsamma känslor på egen hand.

Psykologiska interventioner tar tid och kräver en stor arbetsinsats av patienten, som i gengäld själv får kontrollen över sina känslor. Det finns dock en risk att vi förmedlar att det är patienternas eget fel att de mår som de gör, och att de själva måste göra något åt situationen innan de har de erforderliga färdigheterna.

En försvårande faktor i den här diskussionen är att dikotomiseringen i någon mån följer professionsgränserna. Läkare har fortfarande oftast ingen utbildning i att använda psykologiska metoder för att behandla specifika psykologiska symtom, och de är ensamma om att skriva ut psykofarmaka. Därmed har den enskilde behandlaren i praktiken en begränsad valfrihet. Jag skulle önska fler psykologer i våra medicinska verksamheter, och mer psykologiundervisning för läkarna.

## Mindfulnesssträning påverkar hjärnan

Till sist en utvidgning av mindfulness-temat som inte ryms inom ramen för Schückhars och Nilssons artikel men som är relevant för den fortsatta diskussionen: det kommer allt fler neuropsykologiska studier av hur hjärnan påverkas av mindfulnesssträning. Några aktuella exempel:

Farb et al [2] undersökte friska friskspersoner som fick se omväxlande sorgliga och neutrala filmklipp. De fick skatta sin subjektiva nedstämdhet samtidigt som deras hjärnor undersöktes med funktionell magnetresonanstomografi (fMRI). På det sättet identifierades hjärnans mönster av aktivering och deaktivering vid nedstämdhet. Samma försök gjordes sedan med individer som tränat mindfulness. Det visade sig att dessa blev lika subjektivt nedstämda som första gruppen, men att deras hjärnor inte reagerade lika starkt. Författarna föreslår att mindfulness gör oss mer motståndskraftiga mot livets påfrestningar. Förmågan att inte fastna i

negativa känslor föreslås som en väsentlig komponent i psykisk hälsa.

En annan uppmärksam studie [3] visar ökad täthet i den grå substansen hos personer som deltagit i mindfulnessbaserad stressreduktionsträning (MBSR), särskilt i områden som är involverade i inlärning, minne och reglering av känslor.

I nästa fMRI-studie [4] fick försökspersoner med lång erfarenhet av meditation spela »ultimatumspelet«, som är konstruerat så att känslor hindrar oss från att välja kloka handlingsalternativ. Personer som hade mediterat aktiverade andra neurala nätverk i hjärnan än kontrollpersonerna, och fattade mindre känslostyrda beslut.

Den cartesianska dualismen smälter undan, studie för studie.

## Tes, antites – och syntes

Sammanfattningsvis påminner oss artiklarna i veckans nummer om behovet av en sofistikerad syn på mänsklig smärta.

Ur ett dialektiskt perspektiv kan vi ha mindfulness som tes, bensodiazepiner som antites. Eller tvärtom. Båda behandlingsinriktningarna har som mål att lidande människor ska lida mindre. Ju mer vi förstår lidandets natur – filosofiskt, psykologiskt, medicinskt, psykiatriskt, evolutionärt, neuroanatomiskt eller på transmittornivå – desto närmare kan vi komma en syntes där psykologi och psykofarmakologi integreras så att styrkorna i båda kan tas tillvara. Då kan också ansvaret delas mellan den lidande och behandlaren på ett optimalt sätt.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *Åsa Nilsson är medförfattare till en lärobok i dialektisk beteendeterapi och författare till böcker om mindfulness.*

## REFERENSER

1. Kelly BD. Buddhist psychology, psychotherapy and the brain: a critical introduction. *Transcult Psychiatry*. 2008;45(1):5-30.
2. Farb NA, Anderson AK, Mayberg H, Bean J, McKeon D, Segal ZV. Minding one's emotions: mindfulness training alters the neural expression of sadness. *Emotion*. 2010;10(1):25-33.
3. Hölzel BK, Carmody J, Vangel M, Congleton C, Yerramsetti SM, Gard T, et al. Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Res*. 2011;191(1):36-43.
4. Kirk U, Downar J, Montague PR. Interoception drives increased rational decision-making in meditators playing the ultimatum game. *Front Neurosci*. 2011; 5: 49.