

Att fastna i fantasins »Quicksand«

I den diskussion som förts i medierna efter publiceringen av Hannes Råstams bok »Fallet Thomas Quick« har juristerna varit betydligt mer framträdande än de läkare och psykologer som varit inblandade. Dessa har svarat undvikande eller inte alls.

Råstam har gjort ett noggrant arbete [1]. Inom ett område är han dock inte så välinformerad. Det gäller de kortfattade och något sväpande omdömen han gör om objektrelationsteorin, som han menar var den teori som styrde den psykoterapi som Quick genomgick. Den som har någon erfarenhet av att arbeta som psykodynamisk terapeut läser skildringen med växande förvåning.

Samtalen med Quick inleds av en läkare som inte var utbildad terapeut. Att ge sig in i en psykoterapiprocess utan adekvat utbildning är oprofessionellt och vittnar om bristande respekt för yrket. När Quick börjar prata om att han »kanske mördat någon« tar läkaren honom okritiskt på orden och reser tillsammans med Quick (i hemlighet?) till trakten av Sundsvall där Johan Asplund mördats.

Man har svårt att tro sina ögon. Grundläggande för psykodynamiskt orienterad psykoterapi är att den sker inom en väl definierad ram. Det vill säga inom ett skyddat rum, skilt från den yttre verkligheten. Först sedan en sådan ram upprättats kan patienten vara fri att ge uttryck för fantasier.

Det som sedan händer när chefspsykologen tar över samtalen i samband med läkarens semester är obegripligt och än mer allvarligt. I stället för att slå larm och

hjälpa både Thomas Quick och läkaren ur den härva de gemensamt råkat in i tycks hon ha givit den professionell legitimitet. Hela processen kunde ha stoppats här, men eskalerade i stället.

Så till vad Råstam skriver om objektrelationsteori: »Terapin på Säter utgick från den så kallade objektrelationsteorin. Denna utlöpare från psykoanalysen uppstod på 1930-talet, och fäster stor vikt vid barnets allra första levnadsår. I korthet går den, bland annat, ut på att olika personlighetsstörningar kan spåras till övergrepp från föräldrarna... En central del av teorin är dessutom att plågsamma minnen kan förträngas eller till och med »dissocieras«, det vill säga hamna fel, vilket gör att terapeuten måste ge sig i kast med att eftersöka verkliga händelser bakom metafysiska och ofta symboliska berättelser, minnen och drömmar. Sveriges främsta förespråkare för objektrelationsteorin hette Margit Norell. Hon bröt sig ur den psykoanalytiska föreningen på 60-talet för att skapa en egen förening för »holistisk« psykoanalys, innan hon bröt sig ur även den.«

Denna beskrivning av objektrelationsteorin är en blandning av sanningar, halvsanningar och felaktigheter. Som läsare får man intrycket att det finns en direkt koppling mellan denna teori och framkallandet av så kallade falska minnen som Råstam sedan refererar till. Objektrelationsteorin är ett samlingsbegrepp för en viktig grupp av teorier inom psykoanalysen. Inom den fäster man – liksom inom all psykoanalytisk teori – »stor vikt vid barnets allra första levnadsår«. Att kalla den för en



Illustration:
Ewa Knutsson

De läkare och psykologer som är inblandade i fallet Thomas Quick har hamnat i »quicksand«, där fantasin sammanblandas med verklighet, hävdar Karin Rodhe.

utlöpare är missvisande; det är inte en marginell teori utan har länge utgjort en huvudfåra och var vid denna tid den dominerade bland psykodynamiska terapeuter i Sverige [2].

När Råstam sedan skriver att den går ut på att »olika personlighetsstörningar kan spåras till övergrepp från föräldrarna« hamnar han riktigt snett. Mycket kortfattat kan man säga att man försöker beskriva hur den yttre förhåller sig till den inre psykiska världen, hur våra fantasier förhåller sig till verkligheten och hur vår inre värld präglas av de »objektrelationer« vi haft som barn.

Slutligen är det osant att, som Råstam gör, påstå att Margit Norell var Sveriges främsta förespråkare för objektrelationsteorin. Vid den aktuella tiden, i början av

1990-talet, var Margit Norell i 80-årsåldern och teoretiskt isolerad. Hon hade, som Råstam riktigt skriver, på 1960-talet brutit sig ur den psykoanalytiska föreningen och bildat en holistisk sådan, men senare brutit sig ur också den.

Sammanfattningsvis ger Råstams beskrivning av den psykoterapi som Thomas Quick genomgick ett intryck av att den utfördes enligt en psykoanalytisk teori, objektrelationsteorin, som påstås syfta till att suggerera fram traumatiska »falska minnen«.

Beskrivningen är missvisande, dels för att terapin först utfördes av en läkare som inte var utbildad terapeut, dels för att den övertogs utan adekvata ramar av en professionell psykolog och terapeut i samråd med en kontroversiell handledare.

En ödets ironi är att i psykoanalysens ursprung finns just ett sådant misstag av sammanblandning mellan fantasi och verklighet. Freud deklarerade 1896 att det bakom varje fall av hysteri dölde sig ett sexuellt övergrepp som förträngts och uttryckts i det hysteriska symtomet. Några år senare tillfogade han följande fotnot: »När det skrevs hade jag ännu inte lärt mig att skilja mellan analysandernas fantasier om barndomen och verkliga minnen« [4].

Tänk om de läkare och psykologer som är inblandade i fallet Thomas Quick kunde vara lika modiga som Freud och erkänna sitt misstag!

■ Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Råstam H. Fallet Thomas Quick. Stockholm: Ordfront; 2012.
2. Igra L. Objektrelationer och psykoterapi. Stockholm: Natur och Kultur; 1983.
3. Ytterligare iakttagelser till försvarsneuropsykoserna. Fotnot 6. I: Freud S. Tidiga skrifter och historik. Stockholm: Natur och Kultur; 1997. p 597.



KARIN RODHE
specialist i allmän psykiatri och rättspsykiatri, psykoanalytiker, privatpraktiker, Lund
k.rodhe@glocalnet.net

»En ödets ironi är att i psykoanalysens ursprung finns just ett sådant misstag av sammanblandning mellan fantasi och verklighet.«

Ny behandlingsrekommendation:

Handläggning av faryngotonsilliter i öppenvård

■ Läkemedelsverket har i samarbete med Smittskyddsinstitutet tagit fram en uppdaterad nationell behandlingsrekommendation för faryngotonsillit i öppenvård. Det skedde i samband med ett expertmöte i september 2012. Den tidigare rekommendationen var från 2001, och det bedömdes angeläget att gå igenom nyare dokumentation för att ge tydligare rekommendationer för när antibiotika ska ges och när man kan avstå. Uppdateringen ingick dessutom i ett regeringsuppdrag.

Rekommendationerna avser den praktiska handläggningen i öppenvård av patienter utan allvarlig eller komplicerande underliggande sjukdom och är avsedda som beslutsstöd till sjukvården och behandlande läkare. Rekommendationerna ersätter dock inte den kliniska bedömningen av en enskild patient eftersom det finns viktiga kliniska överväganden som ska göras i mötet med patienter med ont i halsen och som inte kan täckas av skrivna rekommendationer.

Faryngotonsillit är en av de vanligaste infektionsdiagnoserna i svensk primärvård och leder årligen till uppskattningsvis ca 370 000 läkarbesök. Virusinfektioner är den vanligaste orsaken, och det är angeläget att undvika att antibiotikabehandla dessa patienter. Patienter med akuta symtom på ont i halsen, det vill säga ont varje gång de sväljer, men utan tecken på en virusorsakad övre luftvägsinfektion med snuva och hosta rekommenderas bedömning av läkare inom 1–2 dygn för ställningstagande till fortsatt handläggning och behandling.

Dessutom behöver patient och anhöriga få information om förväntat förlopp, om vad man kan göra för att lindra symtomen samt om vad som

bör föranleda ny kontakt med sjukvården.

I rekommendationerna påpekas att klinisk undersökning och läkarbedömning alltid ska föregå ett eventuellt beslut om snabbtest för grupp A-streptokocker i svalget, och att positiv diagnostik för streptokocker grupp A i svalget samt minst tre uppfyllda kliniska kriterier definierade enligt Centor ska föregå antibiotikabehandling.

Expertgruppen diskuterade också de symtom och fynd som kan vara tecken på allvarlig infektion hos patienter, oberoende av om kliniska kriterier för faryngotonsillit orsakad av grupp A-streptokocker och resultat av snabbtest föreligger. Det innefattar till exempel kraftig allmänpåverkan, svårigheter att svälja, andas eller gapa och/eller diarré och kräkningar. Sådana symtom bör föranleda akut undersökning och handläggning, då de kan tyda på allvarlig infektion, och ställningstagande till akut remiss till sjukhus.

Det är viktigt att minska den onödiga antibiotikaanvändning som förekommer vid virusorsakade halsinfektioner. Det är också viktigt att snabbt identifiera mer ovanliga fall av allvarliga infektioner i öppenvård. Båda dessa aspekter har lyfts fram och tydliggjorts i rekommendationen, som är framtagna i konsensus av deltagande experter. Behandlingsrekommendationen kommer att publiceras i Information från Läkemedelsverket (6/2012) och även finnas tillgänglig på webbplatserna <www.lakemedelsverket.se> och <www.smi.se>.

Bo Aronsson
överläkare, docent,
Smittskyddsinstitutet
Kerstin Claesson
klinisk expert, docent,
Läkemedelsverket

»Whistleblowers« inom facket och rätten till insyn

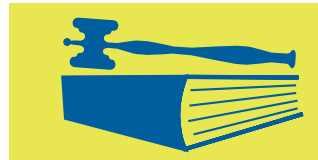
■ Karolinskas läkarförening, som är en sektion av Stockholms läkarförening, har agerat »whistleblower« inom den egna organisationen. Detta har kraftfullt tryckts tillbaka, och fokus har gått från att lösa sakfrågan till att upparbeta en eskalerande konflikt.

Sedan våren 2012 har en konflikt utlösts av att fullmäktigedelegerade och Sektion Karolinska ställt frågor för att försöka få insyn och transparens i hur ekonomin hanteras i Stockholms läkarförening. Givna svar påvisade uppenbara felaktigheter. Bland annat saknades beslut avseende styrelseordförandens ersättningar och förmåner samt attest av stora belopp.

Fortsatta frågor utlöste en stark motreaktion från ordföranden och majoriteten av styrelsen, vilket lett till att fortsatt reell insyn i ekonomin nu förhindras. Det har gått så långt att styrelsen beslutat att ekonomiska frågor endast får väckas och besvaras på styrelsemöte. Ekonomiska frågor får inte heller ställas eller besvaras via mejl eller direkt via kanslipersonal. Direkt insyn i bokföring, huvudbok och verifikat förhindras och förvägras. Delar av styrelsen har också velat att styrelsemöten sekretessbeläggs.

Sektion Karolinska har bett Läkarförbundets ordförande om ett möte för att beskriva situationen och få hjälp att lösa sakfrågan. Förbundsordföranden valde att inte tillmötesgå sektionens önskan. Styrelsen för Sektion Karolinska har i det läget valt att gå ut med medlemsinformation och har haft medlemsmöten för att förklara situationen. Valberedningen för Stockholms läkarförening har informerats.

Den grundläggande sakfrågan har bäring på och är avgörande för hela den fackliga organisationens existens – att hanteringen av medlem-



Vi vill ha insyn i ekonomin i Stockholms läkarförening, skriver skribenterna.

marnas pengar ska ske utifrån demokratiska principer och allmänna föreningsrättsliga regler och stadgar avseende ideella föreningar.

Arbetet ska präglas av öppenhet och transparens där medlemmarna ska ha reell insyn i hur deras pengar hanteras och har hanterats. Fackligt förtroendevalda får inte hindras i att försäkra sig om att medlemmarnas pengar hanteras på ett korrekt sätt, och ekonomisk granskning får inte förvägras. Förutsättningen för detta är insyn, och om insyn förhindras saknas grund för demokrati – det vi inte vet om kan vi inte heller påverka eller förändra.

Varför stoppas en granskning av hur ekonomin sköts i Stockholms läkarförening? Varför stoppas möjligheterna till reell påverkan och förändring? Varför stoppas demokratin?

Maria Källberg
maria.kallberg@karolinska.se



Jonas Blixt
jonas.blixt@karolinska.se



Karolinska universitetssjukhusets läkarförening, en sektion i Stockholms läkarförening

REPLIK:

Vi har tillsatt en oberoende granskare

■ Ekonomin i Stockholms läkarförening sköts med hjälp av anställd ekonomipersonal

och presenteras fortlöpande för styrelsen och granskas av auktoriserad revisor och av förtroendevalda revisorer. Den ekonomiska förvaltningsberättelsen godkänns av styrelsen. Föreningens fullmäktigemöte tar därefter ställning till ansvarsfrihet efter rekommendation från revisorerna. Allt detta har skett i enlighet med våra stadgar.

Sektion Karolinskas frågor om föreningens ekonomi har antagit sådana proportioner att de påtagligt belastat föreningens kansli. Styrelsen har därför beslutat att ekonomifrågor tas upp i styrelsen och besvaras vid styrelsemöten. Sektion Karolinskas representanter har tyvärr avstått från att delta vid styrelseinternat och i flertalet av höstens styrelsemöten.

Styrelsen har beslutat att tillsätta en oberoende granskare av våra ekonomirutiner som ett försök att objektivt bemöta ryktesspridningen från Sektion Karolinska. Detta arbete pågår för närvarande med hjälp av Bernard Grewin, tidigare förbundsordförande och nu förtroenderevisor i Läkarförbundet.

Källberg och Blixt tar i sitt inlägg upp viktiga frågor om demokrati. Demokrati är ett sätt att fatta beslut när flera åsikter finns om hur en fråga bör hanteras. Man har rätt och skyldighet att argumentera för sina åsikter men det förutsätts också att majoritetsbeslut respekteras.

Vi hoppas att Stockholms läkarförening med detta svar kan gå vidare med respektfull föreningsdemokrati i bedrivandet av ett viktigt fackligt arbete för våra medlemmar.

För styrelsen
i Stockholms läkarförening
Thomas Flodin
Thomas.Flodin@ki.se
Gunnar Berglund
Caroline Asplund

LÄS MER Se även artikel på nyhetsplats, sidan 2338

Om svamp och smak

■ När jag gjorde lumpen vid Arméns musikpluton ägde en gigantisk och taktfast kick-off rum inuti mina välputsade kängor. Det var inflyttningsfest för en kontingent organisationer som följt mig nu i snart ett kvarts sekel: mina nagelsvampar. Ett halvhjärtat försök att bota åkomman med lokalbehandling i mitten på 1990-talet gav ingen bestående effekt, och jag har sedermera accepterat att i den mån en modellkarriär över huvud taget varit aktuell för mig så har det inte gällt mina tår. Annat än möjligtvis som skräckexempel i reklam för fotvårdsprodukter.

Emellertid gjorde det ibland ont när de förtjockade naglarna tryckte på nagelbädden eller sprack sönder. Därför bröt jag i början av hösten drygt två decenniers terrorbalans och påbörjade en peroral kur med terbinafin. Visserligen står det i Läkemedelsboken att man måste verifiera växt av dermatofyter i nagelskrap, men eftersom tidigare lokalbehandling haft övergående effekt kände jag mig så övertygad om diagnosens riktighet att jag hoppade över det steget; en infektionsläkare måste alltid ha en ursäkt för att avstå från etiologisk diagnostik. Likaså kändes det onödigt att diskutera det hela med en kollega; det gick snabbare att skriva receptet på en gång.

En snabb titt i Fass visade att det inte är vanligt med några allvarliga biverkningar. Huvudvärk, gastrointestinala besvär och hudutslag kan ju orsakas av vartenda läkemedel. Eftersom både hepatotoxicitet och påverkan på blodbildning är sällsynta tolkades det som att det inte kan drabba mig. Att det också stod att 1/100–1/1 000 kan få en smakförändring eller smakförlust var inget jag lade märke till.

I samband med en resa till Belgien efter nio veckors behandling slog det mig att allt jag åt var så försiktigt kryddat. Jag är matintresserad



Artikelförfattarens fötter efter behandlingen.

och hade sett fram emot den kulinariska dimensionen av resan och var litet besviken.

Efter hemkomsten tyckte jag att Skogaholmsbrödet bara smakade mjöl. Mina tankar för till den senaste tidens böcker, bland annat Mats-Eric Nilssons »Den hemlige kocken« om hur den storskaliga livsmedelsindustrin misshandlar råvarorna och vänjer oss vid undermåliga produkter.

Nästa iakttagelse var att filen var smaklös: tänk att Falköpings Mejeri kan misslyckas så, de som annars gör Sveriges godaste fil. Att någonting verkligen var fel med mig och inte med maten förstod jag först när jag hade lagt tacos: det smakade ingenting. Först när familjen förklarade att det tvärtom var ovanligt bra drag i köttfärsen tog jag fram Fass, insåg sambandet och satte ut behandlingen efter drygt 11 veckor.

De närmaste dagarna hade jag svårt att tänka på något annat. Oron för att smakproblemen kanske skulle bli bestående var svår att värja sig emot, trots de trösterika orden i Fass-texten: »vanligen reversibel inom veckor eller månader efter behandlingens utsättande«.

Efter några dagar började jag experimentera och prova ut vad jag kunde äta. Mögelost, stjälselleri, torkade dadlar och salamikorv var visserligen mycket mildare än normalt, men jag kunde i alla fall identifiera dem utifrån smaken. Jag provade också chips, men helst av allt skulle jag hållt lite extra salt på dem.

Man får heller inte glömma att smaken, likt alla andra sinnen, inte enbart är till för njutning. Smaken är en skyddsmekanism som gör att vi kan skilja på tjanlig och otjänlig föda. Känslan att inte vara säker på om det jag hittade i kylskåpet var bra eller dåligt innebar att jag slängde en del mat som säkert var ätbar.

De första tecknen på förbättring kom fyra dagar efter utsättandet av terbinafin. Brödet smakade åter lite grann. Men apelsinjuice och fil hade fortfarande en äcklig, fadd smak. Nu har det gått två veckor. Smaken har förbättrats ytterligare, men vissa rätter är sig inte alls lika ännu. Förhoppningsvis kommer jag dock att kunna äta julbord med kollegorna om ett par veckor.

Inget ont som inte för något gott med sig (förutom att naglarna blivit bättre). För mig har detta inneburit ny kunskap och viktiga erfarenheter. • För det första: jag har aldrig varit så medveten om hur viktigt det är för mig att laga och äta god mat. Det är mycket lättare nu att förstå vilket lidande en bestående skada på smaksinnet innebär.

• För det andra: det är handikappande att inte kunna skilja på tjanlig och otjänlig föda. • För det tredje: även biverkningar, som vid en snabb genomläsning i Fass ter sig som »mindre allvarliga«, kan vara riktigt jobbiga. • För det fjärde: det har sina sidor att vara sin egen patient när något går snett. • För det femte: om man ska behandla en relativt banal åkomma som nagelsvamp är det klokt att välja en lokal behandling snarare än en systemisk behandling som kan ha biverkningar, även om dessa är sällsynta.

Erik Backhaus

med dr, överläkare,
infektionskliniken,
Skaraborgs sjukhus,
Skövde

erik.backhaus@vgregion.se

