ar«, och citerar med gillande en kollega, som i en dagstidning uttalat att hon som psykiater »har en smal men djup kompetens att behandla just hjärnans sjukdomar«, ett uttalande som vore relevant av en specialist i neurologi, men uttalat av en psykiater inger allvarliga farhågor om tunnelseende.

**Då jag gick grundkursen** i psykiatri på 60-talet lärde jag mig att bedömningen av en psykiatrisk patient vilade på tre »ben«, varav somatiska och biologiska faktorer var det ena. Det andra handlade om personligheten, såsom den formats i det komplicerade samspelet mellan arv och tidig miljö. Det tredje handlade om påfrestningar i den aktuella livssituationen, i form av stressfaktorer, kriser, konflikter, trauman m m.

Att i mötet med den enskilda patienten väga samman och bedöma dessa olika faktorers relativa vikt och anpassa valet av behandlingsinsatser utifrån dem, upplevde jag som fascinerande och ledde mig till att välja psykiatrin som specialitet. Efter fyrtio år i klinisk verksamhet tycker jag fortfarande att dessa insikter är grundläggande och utgör fundamentet för diagnostik och behandling.

**Som motvikt till den** ensidiga bild av vad psykiatri handlar om, som Dencker och Wålinder för till torgs, vill jag avslutningsvis citera en oomstridd auktoritet inom svensk psykiatri, Jan-Otto Ottosson. I sin lärobok, standardverk i psykiatriutbildningen sedan decennier, skriver han: »Psykiatrin omfattar därför två kunskapsområden, ett biologiskt–medicinskt och ett psykologiskt–socialt, och dess särställning som medicinsk specialitet ligger i den samtidiga tillämpningen och integrationen av dessa.«

**Greger Ahnlund**
överläkare, psykiatriska kliniken, Landskrona
greger.ahnlund@ownit.nu

# Psykiatrin sedd genom ett litet fönster: Nu får ni väl ta igen er!

Som kirurg och urolog har jag med stigande intresse följt skriftväxlingen i Läkartidningen om psykiatrin och dess innehåll. Tyvärr även med stigande undran, när jag läser inläggen av Göran Isacsson som jag tycker karakteriseras av ett högt tonläge, tråkig i kollegiala vetenskapliga sammanhang, med en plädering för en psykiatri som skalat bort alla patienter som inte passar in i den gällande förklaringsmodellen. Kartan verkar få bestämma hur verkligheten ska se ut.

**Plötsligt framstår** den framtida psykiatrin, som den utmålas av Isacsson, som den mest somatiska (i ordets mest begränsade betydelse) av specialiteter. Det är svårt för en kirurg att förstå, eftersom vi vet hur mycket i sjukdomsupplevelser, sårläkning, rehabilitering m m som påverkas av människans känsloliv, och arbetar efter att psyket (»the mind«, till skillnad från »the brain«) inte bara bidrar med symtomen utan även utgör ursprunget vid många själsliga tillstånd. Här saknas varken vetenskapliga referenser eller klinisk erfarenhet [1-8].

**För att ta hand om patienter** inom modern somatisk sjukvård förutsätts insikter och goda kunskaper inom medicinsk psykologi. Var skulle sjukvården stå i dag utan bidrag som t ex »Kris och utveckling» [9] och »Terminalvård« [10], två epokgörande verk av (svenska) framstående företrädare för psykiatrin (Johan Cullberg respektive Loma Feigenberg), som på sin tid gav upphov till ett paradigmskifte i såväl kunskapen om som bemötandet och behandlingen av patienten, omvittnat av många, men som även jag kan överblicka som somatiker.

Dessa två enkla exempel kan knappast hänföras till kategorin »allehanda mellanmänsklig disharmoni«; begreppen inrymmer tillstånd med djupt mänskligt lidande, som sjukvården – läs psykiatriskt skolad personal – har ett professionellt ansvar för, både direkt som kunskapsbärare och indirekt som kunskapsförmedlare till oss andra inom vården. Man önskar då att denna personal har kunskap och förståelse av ett vidare slag. Men är det hjärnsjukdomar? Naturligtvis inte.

**Vem ska utveckla dessa** och liknande kunskapsområden i framtiden om inte företrädare för den psykologiska/psykiatriska sfären? Vem ska ta hand om patienterna? Varför skulle just psykiatrin av alla specialiteter bli den psykologiskt mest torftiga?

Lämna inte oss somatiker med detta. Vi har inte kunskap om eller inriktning på det utan fokuserar på kirurgiska resektionsränder, stenbörda och cytostatikaeffekter vägt mot livskvalitet, för att ta exempel från min urologiska horisont. Vi behöver inte en psykiatri med snäva avgränsningar. Vi behöver en psykiatrisk specialitet med högt i tak där vi kan få stöd och hjälp för våra patienter och där vi kan hämta kunskap att själva tillämpa.

**Inom medicinen finns en lika** dyster som drastisk devis, »var och en har sin egen kyrkogård«, vilket för tydlighetens skull tolkas till att vi kan alla göra misstag, det kan alltid uppstå tillkortakommanden, och vi får leva med det ansvar det innebär och ödmjukt betänka det i vår gärning.

Men därifrån till att använda kasuistik med varnande exempel för att driva tesen »här tänkte man fel, det här måste bort« är enligt min uppfattning fel väg. Det kan vara retoriskt effektfullt, men konsekvenserna blir en avgränsning ledande till en förenkling och på sikt en utarmning av specialiteten.

Mitt inlägg gäller psykiatrin sedd genom ett litet fönster, och gör självfallet inte anspråk på något mera, men en reflexion jag gör är att psykiatrin till skillnad från de specialiteter jag arbetat/arbetar inom, där man alltid vill bevaka och snarast utöka sitt revir och kompetensområde, i stället verkar vilja minska det. Varför finns en sådan polariserande/exkluderande tendens inom psykiatrin?

**För mig som ser det utifrån** är båda sidor, den biologiska och den emotionella, lika viktiga och så sammanlänkade att om inte båda hjälps åt att simma så drunknar bägge. Då blir det inte mycket psykiatri kvar. Här har specialiteten ett totalt ansvar att komma överens sinsemellan. Detta sistnämnda kanske riskerar att medföra ett mått av »allehanda mellanmänsklig disharmoni«, men det verkar ju inte vara något allvarligt problem om man läser debattartiklarna. Eller är det här skon klämmer?

**Lars Häggarth**
specialist i allmän och urologisk kirurgi, överläkare, Fellow of the European Board of Urology (FEBU), UroClinic i samarbete med Capio S:t Görans sjukhus, Stockholm
lars.haggarth@uroclinic.stgoran.se

**REFERENSER**

1. Rosenberger PH, Jokl P, Ickovics J. Psychosocial factors and surgical outcomes: an evidence-based literature review. J Am Acad Orthop Surg. 2006;14:397-405.

**LÄS MER** *Fullständig referenslista http://ltarkiv.lakartidningen.se*