

Så tokigt det kan bli!

Dr. Isacsson får en idé

Med *intellektuell reda* skall psykiatrin återerövra sin heder, det är Göran Isacssons senaste idé [1]. Sagt och gjort. Isacsson river av hela klasar av honnörsord, rabblar sina mantra och gör hovbugningar mot J-O Ottosson [2] för att sedan med dennes välsignelse vända sig *från* de konflikter som är under debatt [3] och *till* disciplinens konfliktfria områden. Hög av sin egen retorik ger sig Isacsson slutligen till att upphöja sin egen uppfattning att *de psykiska sjukdomarna sitter i hjärnan* till truism. Och när han ändå är igång passar han på att taktiskt framhålla, att det likaledes är en truism, *att mänskliga relationer och omgivningen...påverkar hjärnan*, även om detta i sanningens namn inte märkbart påverkar Isacsson. Så tokigt det kan bli! Visst, men det är inte första gången Isacsson uppvisar problem med tänkandet, vi har sett det förut [4,5]. Den bärande tanken i denna *intellektuella röra* är följande. Tittar vi bort från konflikterna och vänder oss mot sådant vi är överens om, så kan vi inbilla både andra och oss själva att allt är frid och fröjd. Fast vi kan förstås inte förvänta oss att mänskliga konflikter skall lösas genom sådant förnekande och önsketänkande. Så, kanske att vi ändå borde förmå oss att återuppta diskussionen om motsättningarna.

Utgångsläget

Psykiatrin är i kris. Den klarar inte sin uppgift. Den har varken kollegernas, patienternas eller allmänhetens förtroende. Sedan den psykiatriska kulturen demonterats, psykiatrikerna upphört att vara både naturvetare och humanister, bara talar medicinska och inte längre förstår hermeneutiska, tycker kollegerna med all rätt att vi är konstiga som inte kan och inte vill förstå våra patienter. Patienterna har genomskådat den offentliga psykiatrin, läser självhjälplitteratur eller vänder sig till privatpraktiker. De har insett KBT:s begränsningar och söker sig (precis som förresten psykologstudenterna) till den kulturbärande dynamiska psykoterapin. För ett år sedan sammanfattade jag de problem vilka idag gör den offentliga psykiatrin till en inskränkt, fördummande och i vissa stycken destruktiv disciplin, vilken producerar patienter genom att diagnostisera, medicinera, sjukskriva och stämpla ut sina patienter istället för att förstå problematiken, lösa konflikterna, avveckla diagnoserna, sätta ut medicinerna och hjälpa dem bli subjekt med allt vad det innebär.

Tidigare bidrag

Min artikel [3] väckte en del ont blod hos dem, vilka likt Isacsson, inte vill se problemet. Den renderade mig en anmälan. Några offentliganställda kollegor anmälde mig enligt Lex Maria och Socialstyrelsen gick vidare till HSAN. Jag som föreställt mig att vi skulle resonera om saken fick först en rak höger och sedan ytterligare en. Inte hade jag kunnat föreställa mig att mina meningsmotståndare hade en *sådan* brist på argument. För dem som är dristiga nog att vilja se problemen och för dem som har

impulskontroll och klarar att avhålla sig från sådant utagerande skall jag sammanfatta den problematik jag kan urskilja och som vi förr eller senare får lov att ta itu med. Det handlar i allt väsentligt om vår syn på patienten och på det psykiatriska symptomet.

Synen på patienten

När det gäller vår syn på patienten går den stora skiljelinjen mellan dem som ser på patienten som ett subjekt och dem som ser på henne som ett objekt.

Den psykiater som ser sin patient som ett (potentiellt) subjekt möter henne som en jämlike med den respektfulla inställningen att det säkerligen finns skäl till att hon utvecklat sin symptomatologi, söker genom en vänlig och accepterande och medkännande attityd etablera en klargörande och därmed meningsskapande dialog för att tillsammans med henne förstå hur det gick till. Redan detta välvilliga, inkluderande intresse medför att patienten återfår något litet av sin värdighet och att symptomet ter sig aningen mindre konstigt. Patienten kan slappna av och vågar snart ge sig in i ett utforskerande samtal för att förstå problemet. Detta att förstå ett problem, det handlar till syvende og sidst om att urskilja konflikten eller konflikterna. Patienten ser möjligheter öppna sig, får kontakt med sina progressiva sidor, engagerar sig och börjar röra sig bort från det regressivt passiva, oansvariga och dependenta och i riktning mot förståelse av problemen, urskiljande av de olösta konflikterna och sökande efter den för henne optimala lösningen på det mänskliga problem hon fastnat på. Detta är vad man kallar *terapeutisk hållning*. Det går förstås inte alltid lika geschwint, för ju längre patienten haft sina problem och ju mindre av terapeutisk hållning hon mött under sin sjukkarriär, desto mer försvarade, inbäddade, pålagrade och förskansade har hennes olösta konflikter, de ursprungliga livsproblemen, hunnit bli. De groteska och petrifierade inslagen i patientens symptomatologi vittnar om dessa iatrogena bidrag [6].

Den psykiater, däremot, som ser sin patient som ett objekt möter henne inte som jämlike utan som medicinsk expert på sinnessjukdom, eller *sjukdomar i hjärnan* (som Isacsson säger), vilka han ser som sin uppgift att diagnostisera och för patienten namnge samt att för henne föreskriva de för dagen bästa medicinerna tillsammans med prognostiska upplysningar om det livslånga lidandet och de begränsningar sjukdomen medför, särskilt med avseende på fortplantning och ärftlighet, bilkörning, behov av fortlöpande läkarkontroll, men också alla samhälleliga stöd, bidrag och förmåner som sjukdomen berättigar till. Med tanke på att psykiatriska tillstånd med några få undantag (t.ex. Mb Huntington) i grund och botten är livsproblem, vars känslomässiga och kognitiva hantering fallerat med större eller mindre psykologiska och adaptiva katastrofer som följd, finns det skäl att påstå, att denna hållning innebär en avsevärd medikalisering och mystifiering av förhållanden som normalbegåvade människor inte har några svårigheter att förstå. Att *medikalisera* innebär dels att framställa icke-medicinska ting som medicinska, dels också att framställa mänskliga problem och skäligen banala psykiska symptom (exempelvis ångest) som sjukdomar i sig.

Förskrivningen av sedativa och antidepressiva mediciner återspeglar den objektifiering och medikalisering vi talar om men ger dessutom uttryck för ett underskattande av patientens potential. Ångest och förstämning medicineras bort och många gånger erbjuder man ett farmakologiskt substitut för felande jagfunktioner, även när patienten skulle klara sig utan en sådan krycka. Detta är allvarligt, då det motverkar konfliktlösning och jagutveckling i stället för att stimulera därtill. Överhuvudtaget uppmuntras regressivt beroende, inte minst av sekundärvinster, regressiv passivitet och en destruktiv symbios mellan patient och psykiatri, en *klientelisering*, som på sikt leder till kronicitering och utslagning.

Synen på det psykiatriska symptomet

När det gäller vår syn på det psykiatriska symptomet går den avgörande skiljelinjen mellan att närma sig patientens symptomatologi som något begripligt eller något sjukt.

Ur hermeneutisk synpunkt är det psykiatriska symptomet fullt ut begripligt och ur denna synvinkel handlar förståelsen i slutändan om att urskilja den olösta konflikt som patienten gått bet på. Konfliktlösning gör patienten fri att välja andra lösningar än symptomatiska. Därvid ligger det givetvis i hennes intresse att välja en lösning som inte stänger in henne i en begränsande och hämmande, smärtsam och förnedrande sjukroll. Konfliktlösning leder därmed till eliminering av symptomet och öppnar en väg ut ur den adaptiva, emotionella och utvecklingsmässiga återvändsgränd som det utgör. Med symptomet eliminerat kan diagnosen demonteras och behandling utsättas eller från början avvaras. Individens begränsas, hämmas och inskränks därmed inte onödigtvis av problemkomplex och befrias från utvecklingsmässiga bromsklossar.

Ur medicinsk synvinkel, däremot, är det psykiatriska symptomet ett sjukdomstecken eller rentav en sjukdom i sig, som exempelvis ångestsjukdom, vars eventuella begriplighet är ovidkommande när doktorn ställer diagnos på en till hjärnan lokaliserad men likväl neurologiskt och neurokirurgiskt oåtkomlig sjukdom och föreskriver patienten behandling. Medicinering, som det oftast blir fråga om, dämpar eller eliminerar i bästa fall symptomet men lämnar dess upphov därhän. Problemen, det vill säga de olösta konflikterna, kommer således att finnas kvar men förhindras farmakologiskt att fullt ut begränsa, hämma och inskränka individen. Olösta problemkomplex kommer emellertid alltid att i någon mån negativt påverka hennes välbefinnande och hennes personlighetsmässiga utveckling och mognad.

Grunden till att dessa motsättningar varit så svåra att lösa

Det finns i huvudsak två skäl till att motsättningar inom psykiatrin kunnat bli så gamla. *Det ena* skälet är det faktum att vilken syn man än har på sin patient och hennes symptom så kommer denna syn att bestämma ens hållning och därmed att fungera som en självuppfyllande profetia och bli självbekräftande. Praddoktorn finner således att psykiatrisk problematik faktiskt är begriplig (vilket den mycket riktigt är för dem som förhåller sig som hermeneutiker) medan pillerdoktorn dagligen och stundligen får

bekräftelse på motsatsen (vilket är alldeles sant, förutsatt att han just förhåller sig som pillerdoktor). *Det andra skälet* är den gamla föreställningen att man är fri att välja, det vill säga välja bort, den ena av våra två huvudsakliga referensramar.

Prattdoktor eller pillerdoktor?

Det finns några frågor som ingen av psykiater kommer undan. Vilken sorts psykiatriker vill vi vara? Framför allt, vilken sorts psykiatri gynnar bäst våra patienter? Och våra huvudmän, de som ska betala notan?

Det kan förefalla som om vi måste välja mellan att bli hermeneutiker eller naturvetenskapliga doktorer, prattdoktorer eller pillerdoktorer, men det är en missuppfattning. Prattdoktorn blir väldigt ställd utan en naturvetenskaplig krycka att erbjuda den patient som är så illa därän att hon tills vidare inte klarar sig utan en sådan. Pillerdoktorn å sin sida tenderar att utan förståelse bli en mycket antiterapeutisk, närmast omänsklig psykiater.

Plädering för en tvåspråkig psykiatri

De brister vi ser i psykiatrin sammanhänger med den *ensidighet* som breder ut sig och som får både patienter, kollegor och allmänhet att skaka på huvudet. Vi behöver varandra och varandras specialkunskaper, men vi kan inte nöja oss med att vara bara det ena eller det andra. Vi kan inte tillåta oss att vara ensidiga, vi måste helt enkelt vara tvåspråkiga [3,7]. Allihop. Det betyder att vi måste kunna prata hermeneutiska lika bra som medicinska. Jag är rädd att det kommer att krävas ganska stora utbildningsmässiga kompletteringar. Säkert får vi också se en del rörelser över specialitetsgränserna. Men jag kan inte se någon annan möjlighet för oss att undvika att fastna i den utvecklingsmässiga återvändsgränd där psykiatrin befinner sig.

Referenser

1. Isacsson G. Intellektuell reda inom psykiatrin krävs för att vi ska kunna påverka. LT 2008:39
2. Ottosson J-O. Dags att sluta leden. LT 2008:32-33
3. Davidson C. Inte ett öre till den offentliga psykiatrin! Svensk Psykiatri 2007:3
4. Isacsson G. Psykiatri är en medicinsk specialitet – punkt! LT 2008;105:1120
5. Davidson C. Vilse i pannkakan (kommentar till [4]. LT:s webbsidor 2008-04-28
6. Davidson C. Iatrogena bidrag till psykiatrisk morbiditet. LT 2008:16
7. Davidson C. Fantasi och verklighet i Kronoberg. Svensk Psykiatri 2008:3