

Claes Davidson

Leg. läk. Spec. allm. psykiatri Leg. psykoterapeut
Privatpraktiserande psykoterapeut
Månvägen 7 181 33 Lidingö
Telefon & fax 08-640 89 40

Plädering för en tvåspråkig psykiatri

Utgångsläget

Det lär inte ha undgått någon att psykiatrin är i kris, att den inte klarar sin uppgift, att den varken har kollegernas, patienternas eller allmänhetens förtroende. Kollegerna tycker att vi är konstiga som inte kan och inte vill förstå våra patienter. Klarsynta patienter läser självhjälpslitteratur eller vänder sig till privatpraktiker. De inser även KBT:s begränsningar och söker sig precis som psykologstudenterna till den kulturbärande dynamiska psykoterapin. Under ett års tid har jag beskrivit jag de problem vilka idag gör den offentliga psykiatrin till en förenklad och ytlig disciplin som förlorat den djupare kunskapen om psykiskt liv och psykisk problematik [1,2,3,4] . Jag skall här sammanfatta denna problematik, som handlar 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 sin patient som ett subjekt och dem som betraktar 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 med sin vänliga, intresserade och accepterande 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 en del av sin värdighet och att symptomet ter sig mindre konstigt. Patienten kan slappna av och vågar snart ge sig in i ett utforskningsamtal 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 [3].

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* [5,6], 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, 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 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 ickemedicinska ting som medicinska, dels också att framställa mänskliga problem och skäligen banala psykiska symptom (exempelvis ångest) som sjukdomar i sig. Föreskrivningen 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. När patienten ser sin konflikt blir hon fri att välja en annan lösning än den symptomatiska. Givetvis ligger det 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 sjukrollen utgör. Med symptomet eliminerat kan diagnosen demonteras och behandling utsättas eller från början avvaras. Därmed begränsas, hämmas och inskränks individen 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 [5,6] 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.

Varför motsättningarna 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.

Praddoktor eller pillerdoktor?

Det finns några frågor som ingen 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, praddoktorer eller pillerdoktorer, men det är en missuppfattning. Praddoktorn blir väldigt ställd utan en naturvetenskaplig krycka att erbjuda den patient som är så illa därän att hon tills vidare inte klarar att ta itu med sina problem utan en sådan. Pillerdoktorn å sin sida tenderar att utan förståelse bli en mycket antiterapeutisk, fyrkantig och oförstående 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. Det duger inte att välja bort den ena halvan av det psykiatriska kunnandet [7]. Vi måste alla vara både humanister och naturvetare och prata hermeneutiska lika bra som medicinska. Jag kan inte se någon annan möjlighet för vår specialitet att komma ur den utvecklingsmässiga återvändsgränd, i vilken den med Socialstyrelsens goda minne sedan länge befinner sig. Det är en gåta att man accepterar att psykiatriker väljer bort hälften av den erforderliga kompetensen. I vilken annan specialitet tillåter man det?

Referenser

1. Davidson C. Inte ett öre till den offentliga psykiatrin! Svensk Psykiatri 2007:3
2. - Vilse i pannkakan (kommentar till [5]. LT:s webbsidor 2008-04-28
3. - Iatrogena bidrag till psykiatrisk morbiditet. LT 2008:16
4. - Fantasi och verklighet i Kronoberg. Svensk Psykiatri 2008:3
5. Isacson G. Psykiatri är en medicinsk specialitet – punkt! LT 2008;105:1120

6. - Intellektuell reda inom psykiatrin krävs för att vi ska kunna påverka. LT 2008:39
7. Ottosson J-O. Den medicinska modellen otillräcklig i psykiatrin. LT 2008:42