

INTERVIEW:

Psykiatrien i girafperspektiv

Af Benny Lihme

Norske Einar Kringlen er en international anerkendt psykiater og forsker, forfatter til adskillige lærebøger, som nu har nået den alder, hvor et emeritus har sneget sig ind på professor-dørskiltet udenfor kontoret på den psykiatriske klinik i det smukke Vindern i Oslo.

I modsætning til unge stræbsomme medicinalindustri-relaterede psykiatere på vej op i hierarkiet, har Kringlen fordel af sit giraf-perspektiv, som han bruger til at se kærligt-kritisk på egen videnskab og fag.

Ikke mange unge karrierebevidste psykiatere tør melde ud med, at deres fag lider af "klassifikationsmani" og er mere fikseret på at detaildiagnosticere end at forstå patienten. At terapeuter gerne må tro på en teori, men at det er vigtigere at tro på sin egen evne til at hjælpe patienten med håb og opmuntring. At SSRI-behandlingen af depressioner er stærkt overvurderet, og at de fleste depressioner i øvrigt går over af sig selv osv.

Sådanne positioneringer, fremført stiltfærdigt men vægtigt i den bog Einar Kringlen er aktuel med i Danmark, hans "Psykiatriciens samtidshistorie", bragte mig til Oslo i slutningen af august måned for et interview.

Af-hospitalisering

– Jeg læser ud af din "psykiatriske samtidshistorie", at der har fundet en harmonisering sted de seneste årtier af psykiatrien i de forskellige lande?

– Ja, det er helt oplagt. Man har set de samme tendenser i hele Vesteuropa, selv om der også er betydelige forskelle mellem de enkelte lande. Nedlægning af sengepladser har



Einar Kringlen.
Foto Jan Harsøm.

især præget England, mens f.ex. Tyskland først noget senere er kommet igang med denne udvikling. Italien har været de mest vidtgående, selv om jeg synes, at mange overdriver den italienske af-hospitaliserings betydning. Den kom igang betydeligt senere end tilfældet har været i USA og så har den haft nogle andre politiske og ideologiske anti-psykiatriske bevæggrunde end i USA. Hvor baggrunden for de-institutionaliseringen mere har hvilet på økonomiske betragtninger og politiske liberalistiske holdninger. Dog har man også indimellem i det store Amerika kunnet se kombinationer af radikal kritik og liberal ideologi.

– Spørgsmålet om en harmonisering eller ensliggørelse af psykiatrien, kan også udgå fra den måde forskningen er organiseret på. Og ud fra det man vælger at forske i. Du advarer i bogen mod den biologiske reduktionisme, som er et sådant fællestræk?

– Den genetiske revolution er så stærk, at den ikke kun har fundet sted indenfor biologien, men eksempelvis også er trængt ind i samfundsvidenskaberne i form af den såkaldte sociobiologi.

Går vi tilbage til 60'erne, ville ingen seriøst diskutere f.ex. intelligensforskelle som noget, der kunne have en biologisk

baggrund. Hvilket givetvis var lidt dumt, for selvfølgelig er der forskelle i genetiske baggrunde.

Hvad der var tabu i 60'erne, blev forsigtigt sat på dagsordenen i 70'erne, for så i 80'erne at slå igennem som det dominerende paradigme, der hævdede at kunne forklare alle karaktertræk ved en person, som noget der havde en biologisk baggrund. 90'erne igennem har vi i aviserne kunnet møde denne enkle forestilling, at nu er der fundet gener for tvangslidelse, social fobi osv. Helt skørt egentlig, for man ved jo, eller man burde vide, at sådanne sygdomme og træk ved en personlighed er meget komplicerede med flere gener bag og mange forskellige miljøpåvirkninger. Hele adskillelsen af arv og miljø er betænkelig.

Mange tror, antidepressiva har ført til nedgang i selvmordsraten i de vestlige lande, men hverken tal fra USA, hvor SSRI-præparaterne har fundet størst anvendelse, eller fra Sverige og England støtter en sådan antagelse.

Psykiatriens samtidshistorie s.273.

– Når vi hører om et håb i bekæmpelsen af alvorlige psykiske sygdomme, så er det genetikere og biokemikere, folk der forsker i meget afgrænsede fænomener og som ikke har den kliniske kontakt med patienterne, der kommer med de glade budskaber. Du skriver på den anden side, at du ikke forventer egentlige radikale fremskridt indenfor psykiatrien. Er det forenklede budskaber vi får fra biokemikere, genetik- og hjerneforskere?

– Ja, det mener jeg. Når man tænker på avisernes budskaber, tidsskriftkonklusioner mv, at nu er vi tæt på løsningen af f.ex. skizofreni, så har det jo vist sig ikke at være rigtigt. For skizofreniens vedkommende er man ikke nået mærkbart videre, udover at der er opnået større indsigt i, hvor kompliceret det egentlig er. Snakken om et eller to gen, som baggrund for skizofreni, har ikke holdt stik. Nu er begejstringen i mere afdæmpede former, og de fleste genetikere har indset, at der sandsynligvis er flere gener i interaktion med miljøfaktorer, som vi ikke ved så meget om. Det hele er vældig usikkert og ikke så klart, som mange tror.

– Du skriver om depressioner, at den store optimisme omkring SSRI-behandlingen er overdrevet. Du hævder ligefrem, at når man køber disse præparater, så køber man også sygdommen?

– Dette synspunkt er især fremhævet af David Healy. Og jeg er helt enig med ham. Medicinalindustrien har været vældig smart her. Før reklamerede de for bestemte medikamenter. Nu reklamerer de lige så meget for en diagnose i den forstand, at medicinalindustrien arrangerer konferencer om social fobi, depression, angsttilstande osv. på en sådan måde, at lægerne, især de alment praktiserende, kan diagnosticere disse lidelser og i samme bevægelse finde receptblokken frem. Så længe man ikke kan diagnosticere, kan man heller ikke skrive en recept ud. Så medicinalindustrien har været vældig smart på dette område ved at gøre det så let og enkelt. Man lærer lægen at anvende enkle spørgeskemaer for at diagnosticere depression, og scorer patienten højt nok, skal han have et antidepressivt medikament.

– Du skriver et sted, formodentlig til irritation for mange brugere af SSRI præparater og

dem, der har ordineret pillerne, at de fleste depressioner går over af sig selv?

– En del follow-up studier viser, at sådan er det. Og klinisk erfaring tilsiger også, at sådan er det. Man kan også se det på sig selv og man kan se det på andre i ens omgangskreds. Vældigt mange mennesker har jo prøvet at være deprimeret og kunnet konstatere, at det er gået over igen.

I praktisk pædagogik kan man sige til patienten, at det er trist at være deprimeret, at det er en smertefuld tilstand osv. Men også den gode nyhed, at dette altid går over. Når jeg siger "altid", er det jo ikke helt rigtigt, der er alvorlige depressioner, hvor det ikke gælder. Men det er næsten rigtigt.

Placebo er udtryk for et kommunikationsforhold, hvor instruksen fra terapeuten gives gennem et bestemt medium inden for et på forhånd fastlagt rollemønster. I vores kultur bruges piller, sprøjter, salver og operationer (...) Placebo-effekten har tidligere ofte været rubriceret som en ikke-specifik behandling, men er måske den mest virksomme faktor i al psykoterapi. Frank går så vidt som til at mene, at placebovirkningen er den egentlige psykoterapi. Stadig flere forskningsrapporter synes at støtte ham (...)

Placebo har især stor virkning ved depression. Ved ingen andre lidelser er bedringen så stor som ved depression. Hverken ved angst- eller tvangstilstande finder man en så markant virkning. Ved skizofreni er placebo-effekten praktisk taget lig nul.

Placebo-effekten kan være en forbandelse for både forskere og medicinalindustrien, men er egentlig en lykke for klinikere og deres patienter. Måske burde vi bestræbe os mere aktivt på at fremme placebo-effekten, især når vi behandler deprimerede mennesker.

Psykiatriens samtidshistorie, s. 316-17.

Man har nu mange undersøgelser som viser, at resultaterne med de nye anti-depressive midler har været alt for optimistiske. Det man kan sige om de nye anti-depressive midler er, at bivirkningerne er anderledes. Men man kan ikke nødvendigvis sige, at de er mindre. Mange plages af seksuelle bivirkninger, og som det allerede blev påvist i begyndelsen af 90'erne, kan denne behandling øge selvmordsfrekvensen. Af den grund har man

for nylig, i f.ex. England, nærmest forbudt, eller i hvert fald anbefalet, ikke at give disse præparater til børn og unge under 18 år p.g.a. selvmordsrisikoen.

– *Jamen, selvmordsrisiko er vel et af argumenterne for behandlingen?*

– Ja, det er vældig kompliceret... Jeg ved ikke, hvad den endelige konklusion bliver, for at pillerne har en vis virkning, det er nok rigtigt. Jeg mener bare, at denne virkning har været vældigt overdrevet. Hvad også placeboforskningen klart viser.

– *Mange traditionelle psykiatere finder placebo-spørgsmålet irriterende, det generer deres "rene" videnskabsideal. Du ser det nærmest som noget kreativt og udfordrende?*

– Ja, det gør jeg. Jeg tror, at man har taget alt for lidt hensyn til dette fænomen. Ikke kun i psykiatrien, men generelt indenfor det medicinske område.

I forbindelse med deres uddannelse har det jo været almindeligt for medicinere at studere liv gennem mikroskop o.lign. Hvilket desværre af og til sidenhen medfører, at læger kan se på og undersøge en patient uden særlig medfølelse.

Jeg mener, at placeboeffekten, forstået som positive forventninger og håb, burde bruges i langt større grad. Også i forbindelse med somatisk behandling. Hvis jeg f.ex. skal behandle dig med penicillin for en infektion, så er det dårlig kommunikation til dig at sige, at jeg ved ikke rigtigt, om det her vil virke, men lad os da bare gøre et forsøg.

Hvis jeg derimod siger, at nu giver jeg dig penicillin, det er noget der har en vældig god effekt, det har flere videnskabelige undersøgelser vist og det er også min erfaring fra praksis at det er vældig godt, så er det helt klart, at din tro på at det vil hjælpe også vil være til stede.

Forventningen og troen på at det skal virke, burde bruges meget mere. Ikke bare i psykiatrien. Hvis vi tager depressionsbehandling, så er den bedste behandling jo en psykolog, som evner at give håb og tro og formidle til patienten, at det her kommer til at gå godt. Fortvivl ikke, det vil blive godt igen!

Jeg taler her om "almindelige" depressioner. Ved mere alvorlige tilstande er naturligvis medikamentel eller elektrokon-

vulsiv behandling ("elektrochock") indikeret.

Uspecifikke faktorer

– *Du bruger i din bog begrebet "uspecifikke faktorer" om virksomme psykologiske forhold?*

– Det har rod i tidligere psykoterapiforskning, at man havde bestemte metoder, enten psykoanalyse eller adfærdsterapi eller hypnose som var den specifikke behandling. Og så havde man det, at der blev skabt en alliance med patienten, at man var venlig og rar overfor patienten o.lign., som så var de mere uspecifikke faktorer.

Det interessante er, at en kendt psykiater Jerome Frank, oprindeligt psykoanalytiker ved Johns Hopkins i Baltimore, som desværre er blevet læst alt for lidt af psykoterapeuter, at han blev tiltagende skeptisk overfor psykoanalysen og skrev en bog, *Persuasion and Healing*, hvor han fremhævede dette, at måske var det de uspecifikke faktorer, det med at skabe en god alliance, at man var flink, at man evnede at give patienten håb osv, der var det centrale.

Nyere forskning viser jo faktisk, at Frank havde ret, således at det man kalder de "uspecifikke faktorer" måske i meget højere grad, med visse undtagelser, egentlig er de specifikke faktorer. Når forskellige terapier opnår samme resultater, er det p.g.a. fællestræk ved disse terapier der virker.

– *Du siger et sted, at mange psykiatere er rene "pillelæger" og mister patienten som person. Hvorfor er det så svært for psykiatere at fastholde, at det er en person, der har en lidelse. Det vrimler med brugerorganisationer og brugere, der klager over, at de ikke bliver set og mødt som mennesker med en lidelse. For psykiaterens blik er det lidelsen, der slæber rundt på personen?*

– Jeg tror det har med den ekstreme biologiske tendens at gøre. Man ser på mange psykiske lidelser som biologiske forstyrrelser. Men selv i forbindelse med behandling af patienter med hjerteinfarkt eller kræft er det vigtigt at tage hensyn til personen og ikke bare sygdommen.

Selvfølger, det er klart, at de fleste af os hellere vil opereres af en kyndig kirurg

end af en mindre kyndig, som til gengæld er vældig flink og rar. Det faglige er selv sagt vigtigt ved behandling af sådanne sygdomme. Faren er, at man anskuer det på samme måde ved psykiske sygdomme. Hvilket man ud fra mit syn ikke kan.

Der er ingen tvivl om, at psykoterapi virker, men det er med visse undtagelser vanskeligt at finde klare forskelle på metoderne. Nyere undersøgelser antyder, at en terapeutisk kontrakt mellem patient og terapeut om regelmæssighed i behandlingen, aktiv deltagelse fra patientens side, en god terapeutisk alliance, hvor patient og terapeut gensidigt bekræfter hinandens rolle, åbenhed fra patientens side og endelig terapeutisk katarsis og en vis intellektuel og følelsesmæssigt indsigt er vigtig for et godt resultat.

Psykiatriens samtidshistore, s. 313.

En som især har fremholdt dette, er Leon Eisenberg, en af de få kritiske og radikale psykiatere i USA. Jeg husker ham fra nogle konferencer i USA i 60'erne, hvor han ofte fremstod meget kritisk overfor psykoanalysen, fordi han mente, at den ikke tog hensyn til biologiske faktorer. De senere år har han også været kritisk overfor den biologiske psykiatri, fordi den ikke tager hensyn til patienten som person. Han har skrevet meget om dette, som jeg er helt enig i.

– *Der er meget lidt forskning fra psykiatrisk hold i disse ting. Hvilket vel hænger sammen med det, du har kritiseret i forskellige sammenhænge, at psykiatrisk forskning i større og større udstrækning er finansieret af medicinalindustrien. Det er vel naturligt, at de ikke vil financiere psykodynamisk forskning o.lign. Hvor ligger forskningsansvaret for, at der også forskes i psykodynamiske og andre interaktionsbaserede indsatser?*

– Jeg mener, at staten må tage ansvaret her. Ikke bare for psykodynamisk forskning, men også biologisk og psykofarmakologisk forskning. Det er helt meningsløst, at industrien skal stå som den vigtigste pengekilde, når det gælder psykofarmakologisk forskning. For der bliver ofte en vis binding og eksemplet med David Healy¹⁾ er nok så groft og relevant. Han havde fået et job som professor og var halvvejs flyttet til

Canada med sin familie. Dagen efter han havde holdt sin tiltrædelsesforelæsning ved universitetet i Toronto, får han pludselig den besked, at det hele er annulleret. Det var firmaet Eli Lilly som finansierer forskningen generelt og i en sådan grad ved Universitetet i Toronto, at de fik stoppet hans ansættelse.

En fantastisk trist sag. Man har noget af det samme på andre områder. I og med at medicinalindustrien står bag, så har den også mulighed for at kontrollere, at “negativ forskning” – det der ikke er positivt for dem – kan stoppes eller ikke publiceres.

Før 1960'erne blev medicinalindustrien i høj grad ledet af videnskabsfolk. Siden den tid har økonomerne mere og mere taget over, og profit er blevet første bud. De store medicinalfirmaer benytter op til 10% af deres budget på forskning, men langt mere på markedsføring, ofte 20-30%.

Psykiatriens samtidshistore, s. 158.

Krisehjælp eller...

Einar Kringlen undrer sig over nogle modsatte tendenser i samfundsudviklingen. På den ene side vil myndigheder og forretningsliv have, at borgerne skal være mere selvstændige og gøre mest muligt selv. Hæve penge selv, bestille flybilletter via internettet, være selvhjulpne i eget hjem som gamle osv. Men når det gælder ulykker og dødsfald, så lyder opskriften, at man skal have professionel hjælp til alt.

– Jeg er vældig skeptisk indstillet overfor dette med krise- og katastrofepsykologi. Det er for mig at se grotesk, eksempelvis, at fordi en nordmand er omkommet ved en flyulykke i Italien, så sendes der straks både en præst og en psykolog til Italien til de efterladte.

Noget af det er sikkert godt, men generelt finder jeg det meget betænkeligt. Ikke kun fordi nye undersøgelser viser, at det med de-briefing og kriseteams som skal rykke ud hver gang der er problemer, nok ikke har den store virkning. Jeg finder kulturelt set, at det er en vældig betænkelig udvikling, for man lærer mere eller mindre befolkningen, at der skal professio-

nel hjælp til alt. Personligt ville jeg betakke mig for at få en psykolog eller en psykiater sendt ud til mig, fordi der havde været et dødsfald eller lignende i familien. Jeg ville foretrække at ordne det selv eller ved hjælp af familie og venner.

Jeg har ikke noget imod, at folk som har problemer, som de har vanskeligt ved at løse, får hjælp af en psykiater eller en psykolog. Det jeg har noget imod er, at de går til psykiatrisk behandling i et år eller mere. Jeg har fået patienter henvist, som har gået til psykiater eller psykolog i årevis uden at der er sket noget udvikling. Noget som tit blot er startet i forhold til nogle kriser, som man med lidt kortvarig hjælp kunne komme igennem.

Pfizers verdensomspændende netværk med 20.000 salgsrepræsentanter er formentlig medicinalindustriens største, og selv om firmaet også har det største forskningsbudget, bruger det mere end dobbelt så meget på markedsføring og administration. I 2000 gik 39% af indtægterne til disse poster.

Psykiatriens samtidshistorie, s. 276.

Jeg har patienter, hvor der ikke er tale om store problemer, hvor jeg så siger, at vi kan tage en samtale idag og så én eller to gange til, så vil du derefter klare det selv. Men der er en tendens til idag, måske især for psykologernes vedkommende, for der uddannes jo enormt mange psykologer i Norge, formodentlig som i Danmark, og de skal selvfølgelig have noget arbejde. Hvilket har resulteret i en ren behandlerindustri.

– *Du taler om "the worried well"?*

– Ja, det er der selvfølgelig nogle psykiatere, især psykoanalytikere, der er blevet irriteret over, fordi de siger, at jeg bagatelliserer. Og det er jo ikke meningen, for det er da klart, at velstående mennesker også kan have behov for at snakke med en fagperson. Men, igen, mit synspunkt er, at hjælpen skal være kortvarig i form af ganske få samtaler.

– *Mener du, at kernegruppen af alvorlige sindslidelser bliver svigtet?*

– Det er jeg bange for kan ske. Tendensen er tydelig i Amerika. Det er jo mere bekvemt og hyggeligt som mandlig be-

handler at behandle en sød 30-årig kvinde end f.ex. en 40-årig skizofren ubehagelig mand, som hele tiden vil kunne komme til at skuffe dig.

Nye epidemier

På vej ud af døren til den ventende taxa, fortæller Einar Kringlen om hans aktuelle forskningsinteresser. De koncentrerer sig om det, der i hans bog fremstilles under overskriften "Nye psykiatriske epidemier" (s. 276 ff).

Kringlen finder det betænkeligt, at der finder så megen somatisering sted af diffuse, psykisk betingede symptomer. Hvorfor psykiatriprofessoren i den modne alder har valgt at beskæftige sig med nye psykiatriske emner som fibromyalgi, piske-smæld, kronisk træthedssyndrom, golf-krigssyndrom, genfundne erindringer ("recovered memory"), kriser og katastrofer.

Note:

1. Einar Kringlen har behandlet David Healy-sagen i: *Den farmaceutiske industri og lægestanden – statens opgaver*. Social Kritik 79/2002 s. 4-6.



Einar Kringlen: *Psykiatriens samtidshistorie*.
Oversat fra norsk af Knud Michelsen.
Hans Reitzels Forlag.
372 s., kr. 375,-.