

Psykosomatik, kropp-själdualism och FND på agendan i Lausanne



Konferensen, som var den elfte i ordningen i EAPM:s historia, hade i år samlat cirka 500 deltagare. Konferensen hölls vid CHUV, vilket är den allmänna benämningen på Lausannes universitetssjukhus. Praktiskt nog är CHUV även en metrostation längs Lausannes begränsade tunnelbanenät, vilket består av två spikraka, ner mot Genevesjön lutande spår, med tåget som löper motriktat upp och ner i skytteltrafik. Även om Lausanne är en ganska liten stad, innebär lutningen att man gärna låter tåget göra jobbet.



Det övergripande konferenstemat ”psykosomatik” täcker stora delar av medicinen, vilket också avspeglades i bredden av de olika föredragen, seminarierna, workshops och posterpresentationerna. I det följande väljer jag att fokusera på det som kan vara av särskilt intresse för läsarna av Neurologi i Sverige.

Presidenten om kropp-själdualism

EAPM:s president, professor Michael Sharpe, höll ett anförande på temat ”Biopsychosocial care: past, present and future”. Han tog utgångspunkten i filosofen René Descartes dualistiska modell med kroppen (”res extensa”) och själen (”res cogitans”) betraktade som två radikalt skilda substanser. Descartes hypotetiserade något slags sambandscentral mellan dessa substanser i tallkottkörteln. En poäng var att ur religiös synvinkel ”rädda” själen till odödlighet, samtidigt som kroppen och den övriga materiella verkligheten lämnades öppen för den spirande naturvetenskapen att studera mekanistiskt. Enligt Sharpe har detta synsätt fortsatt att prägla medicinen ända in i modern tid. Primärt har detta lett till ett reduktionistiskt synsätt, där ”kroppsmedicin” (somatisk sjukvård) hållits åtskild från ”själsmedicin” (psykiatrisk sjukvård). Mot denna metafysiska modell restes tvivel redan under 1800-talet. Adolf Meyer (1866–1950) var en, idag tämligen bortglömd, pionjär i detta avseende. Han betonade ett ”psyko-biologiskt” synsätt, där individen skulle betraktas som en helhet, och inte som bestående av två väsensskilda substanser.

Nästa starka röst i den riktningen utgjordes av George Engel (1913–1999). Han hävdade med emfas att vi behöver en ny modell. Han menade att medicinen bortsåg från personen genom att arbeta enligt ett biologiskt-reduktionistiskt paradigm. Mot bakgrund av detta lanserade han 1977 den i dag välkända biopsykosociala modellen. Denna bygger på att ohälsa och sjukdom betingas av en mångfald faktorer, vilka samspelar mellan biologi, psykologi och sociala och ekonomiska förhållanden. Detta innebar ett förkastande av en kartesienskt präglad kropp-själdualism, och även ett erkännande av en hierarki av samverkande faktorer – således även ett förkastande av ren biologisk reduktionism. Efter denna historiska exposé ställde Sharpe frågan varför vi än idag endast kunnat se ett begränsat genomslag av den biopsykosociala modellen i praktiken. Han föreslog härvid tre väsentliga orsaker:

1. Att ”gemene man” ännu är fast i det dualistiska kropp-själtänkandet;
2. Att det ännu finns starka intressen från bland annat läkemedelsindustrin att kvarhålla ett dogmatiskt biomedicinskt synsätt;
3. Att vi själva inom professionen utövar ett motstånd mot en mer holistisk syn på hälsa och ohälsa.

Avslutningsvis diskuterade Sharpe utmaningen inför framtiden: hur överkomma kropp-själdualismen? En faktor handlar om semantik. Han refererade till psykiatrikern Robert Kendells (1935–2002) förslag att helt enkelt sluta tala om mental sjukdom respektive kroppslig sjukdom, och bara tala om sjukdom. En annan faktor handlar om att i ökande grad inkorporera somatiker, psykiatriker och psykologer i gemensamma team. En

Med avstamp i det första fotografiet 1847 fram till dagens 136 miljarder (!) foton indexerade av Google, visades hur olika teman avspeglar skiftande trender i avbildandet av människokroppen.

tredje faktor som betonades var att arbeta ”inåt” med att ifrågasätta och modifiera vårt eget professionella dualistiska sätt att konceptualisera våra patienter.

Klimatförändringar ett hälsoproblem

Ett annat föredrag med ett om möjligt ännu mer utpräglat helikopterperspektiv på medicinen, framfördes av allmänläkaren dr Nicolas Senn från Lausanne. Han talade under rubriken: ”Climate change: what is awaiting medicine?”. Hans utgångspunkt var att konstatera att klimatförändringarna utgör inte bara ett miljö – utan även ett direkt hälsoproblem. Senn presenterade data som ansågs visa det inte nödvändigtvis är så att ökat koldioxidavtryck korrelerar positivt med ökad hälsa och livskvalitet, med andra ord talande emot att fortsatta klimatförändringar skulle vara oundvikliga bieffekter i arbetet att förbättra den globala hälsan. Han exemplifierade sedan direkta hälsoskadliga konsekvenser av den globala uppvärmningen i form av allt från värmebölje-relaterade dödsfall till ökat aggressivt hat-och-hotbeteende på nätet. Den i mitt tycke kanske intressantaste aspekten som Senn framförde, var att sjukvården direkt och indirekt (främst genom läkemedelsindustrin) själv utgör en betydande miljöbov i dramat. Han menade därför att det krävs ytterligare arbete för att omdesigna våra servicemodeller med hänsynstagande till klimateffekterna.

Idealiseringstrend och konsumtion av sjukvård

En fascinerande presentation, som distinkt avvek från det konventionella medicinska innehållet på konferensen, stod Nathalie Herschdorfer från Photo Elysée i Lausanne för. Hon förestår ett framträdande fotografiskt museum, och med rikligt bildunderstöd visade hon hur människokroppen avbildats och avbildas fotografiskt. Med avstamp i det första fotografiet 1847 fram till dagens 136 miljarder (!) foton indexerade av Google, visade Herschdorfer hur olika teman avspeglar skiftande trender i avbildandet av människokroppen. En uppenbar trend härvidlag är avbildandet av ”idealkroppar”, förstärkt med photoshop-manipulationer, AI-genererade ”superkroppar”, med mera. Men hon visade också exempel på ”motkulturer”, som fokuserar på ”normala” kroppar, åldrade och/eller skadade kroppar osv. Man kan reflektera över hur ”idealiseringstrenden” inverkar på inte minst unga människors självbild, och även på

hur vår kulturs motvilja mot åldrandets konsekvenser påverkar vår konsumtion av sjukvård i vid bemärkelse (inklusive plastikkirurgi) och de allmänna förväntningarna på vårdapparaten.

De delar av konferensen av kanske särskilt intresse för läsekretsen av Neurologi i Sverige, utgjordes emellertid av presentationer relaterade till Functional Neurological Disorders (FND). Tre föreläsare förtjänar att framhävas: Selma Aybek, professor i neurologi i Fribourg (Schweiz), David Perez, professor i neurologi och psykiatri vid Massachusetts General Hospital och Harvard (USA), samt Alan Carson, neuropsykiater och honorärprofessor vid Centre for Clinical Brain Sciences vid University of Edinburgh (UK).

Positiva fynd i neurologstatus

Aybek fokuserade i sitt föredrag på diagnostik av FND. Hon betonade att FND inte längre ska betraktas som en ren uteslutningsdiagnos, utan snarare som en ”rule-in diagnosis”. Diagnostiken bygger alltså på påvisande av positiva fynd i neurologstatus. Detta framgår även av den senaste DSM-5 klassifikationen från 2013 gällande Conversion Disorder (Functional Neurological Symptom Disorder). Hon förordade ett nära samarbete mellan neurologer och psykiatriker i diagnostik och handläggning. Hon redovisade en rad kliniska fynd relevanta vid bedömning av flera av de vitt skilda manifestationer av FND som man möter i klinisk praxis, exempelvis sensomotorisk förlust, kramper, rörelserubbningar inklusive tremor, yrsel (i form av s.k. ”Persistent Postural Perceptual Dizziness”, PPPD) med flera.

Flera av dessa typiska fynd torde vara välkända för läsekretsen: Hoover’s tecken; släpande av ett ben (”leg dragging”); knän som viker sig vid gång (”knee buckling”); icke-anatomiskt rimliga utbredningar av sensorikförluster; ihopknipna ögon, omväxlande tilltagande och avtagande (”waxing and waning”) krampryckningar samt sprättbågeställning (”arc de cercle”) vid kramper osv. Särskilt betonades vid bedömning av funktionell tremor dess variabilitet, möjlighet till avledning samt möjligheten till att undersökaren kan påverka rytmiciteten (”entrainment”). Avseende PPPD betonades särskilt ”waxing and waning”, exacerbation i stående, vid rörelser av personen eller omgivningen, av visuella rörliga och/eller komplexa stimuli, samt en lång duration (månader). Flera validerande studier redovisades som talar för en hög diagnostisk specificitet för dessa fynd. Aybek betonade att ren simulering är distinkt ovanligt, medan däremot samtidiga neurologiska och/eller psykiatriska komorbiditeter är relativt vanligen förekommande (”dual diagnosis”). Även samtidigt förekommande mer ospecifika symptom som nedstämdhet, ångest-oro, trötthet/fatigue och smärta bör noteras. Sammanfattningsvis ansåg Aybek FND en ”rule-in-diagnos” baserad på neurologisk undersökning med påvisande av positiva fynd enligt ovan samt en psykiatrisk bedömning.

Emotionell, kognitiv och perceptuell bearbetning

Perez talade om neurala mekanismer av möjlig betydelse vid FND. Han gav de initiala brasklapparna, att FND är heterogena, såväl ur mekanistisk som etiologisk

synvinkel, vidare att han i sin neurobiologiskt fokuserade framställning endast selektivt avsåg att beröra psykologiska aspekter, som icke desto mindre kan vara betydelsefulla. För att illustrera sambanden mellan hjärnan och beteenden med avseende på emotionell, kognitiv och perceptuell bearbetning, beskrevs en modell bestående av symptom – konstrukter – neurala kretsar. Han betonade betydelsen av höger hjärnhalvas temporoparietala gränsområden (”R TPJ”), med hänvisning till att lågintensiv intraoperativ stimulering av lobulus parietale inferior gav upphov till upplevelsen av en medveten önskan av motorisk aktivitet (”jag vill röra på mig”), medan stimulering av högre intensitet i samma område gav upphov till upplevelsen av att ha utfört en motorisk aktivitet (”jag rörde på mig”). Han pekade vidare på studier som antydde den ofrivilliga naturen av konversionssymtom, där patienter med funktionell tremor jämfört med patienter med viljemässigt inducerad tremor vid fMRI visats ha tecken på dysfunktion i R TPJ associerad med nedsatt upplevelse av att medvetet ha orsakat tremorn (”impaired action authorship recognition”). Enligt den ovan beskrivna modellen skulle detta motsvara: funktionell tremor (symptom) – ”impaired self-agency perceptions” (konstrukt) – påverkan på R TPJ – sensorimotorkrets (neural(a) krets(ar)). Perez fortsatte därefter med att beskriva ökad reaktivitet i amygdala och ökad konnektivitet med motorkontrollregioner vid FND. Baserat på ett antal studier motsvarade detta i modellen paroxysmal motorisk FND/funktionella kramper (symptom) – abnorm aktivering av icke-medvetna försvarsbeteenden (konstrukt) – amygdala/PAG (neural(a) krets(ar)). På liknande sätt, med hänvisning till ett antal studier, postulerades ytterligare en modell: paroxysmal FND utlöst av sensoriska upplevelser (symptom) – aktivering av icke-medvetna försvarsbeteenden av sensoriska stimuli (konstrukt) – thalamus-basolaterala amygdala-centromediala amygdala- PAG (neural(a) krets(ar)). Betydelsen av negativa händelser tidigt i livet och senare diskuterades. Baserat på detta, och överfört på modellen kunde detta motsvara: FND-symptom utlösta eller intensifierade av arousal och/eller negativ affekt (symptom) – ökat ”limbiskt” inflytande över motorisk aktivitet (konstrukt) – ökad konnektivitet mellan salience- och sensorimotoriska centra (neurala kretsar).

Härefter berördes den möjliga förekomsten av ”panikattacker utan panik”, således att vissa personer med FND i form av funktionella kramper rapporterat autonoma symptom typiska för en panikattack, dock utan upplevelse av panik. Perez framförde möjligheten av en aberrant konstruktion av emotioner vid FND, vilket översatt i modellen blir: Panikattack utan panik (symptom) – avvikande konstruktion av emotioner (konstrukt) – multipla neurala nätverk inkluderande default mode och salience nätverken (neurala nätverk). Perez avslutade sin exposé med en översikt av möjliga gemensamma mekanismer vid FND, bland annat hyperaktivitet i amygdala och i det limbisk-motoriska systemet; minskad motorisk uppmärksamhet; störd (ökad/minskad) tolkning av interoception; nytillkomna sensoriska exteroceptiva upplevelser (exempelvis på grund av skada); störd ”sense of agency”.

Diagnos baseras på positiva fynd

Carson, slutligen, fokuserade på klinisk handläggning av FND. Han formulerade ett antal nyckelfrågor att ställa sig i sammanhanget:

1. Är vi säkra på diagnosen? Om inte, föreslog han att skjuta upp diagnosen tills ytterligare säkerhet uppnåtts. Han pekade på realiteten av "dual diagnosis", således exempelvis att 10–20% av personer med funktionella kramper även har genuin epilepsi. Det gäller då att till exempel med video-EEG söka särskilja kramporsakerna och behandla var och en som en separat sjukdom.

2. Hur mycket komorbiditet föreligger? Viktigt att även behandla dessa. Betydelsen av att etablera en stabil patient-läkarrrelation över tid betonades. Bristande läkarkontinuitet, överdrivet remitterande och oklara ansvarsförhållanden riskerar att utgöra iatrogena hindrande faktorer.

3. Varför har patienten FND? Här rekommenderades att tänka i termer av riskfaktorer respektive utlösande faktorer. Carson gav här vad han kallade "svepande generaliseringar" avseende riskfaktorer i olika åldrar. I tidiga barnåldrar dominerar mobbning och brist på lekkamrater; i prepubertet/pubertet excessiva krav från föräldrar, prestationsproblem i skolan; från pubertet till medelåldern sexuella och/eller fysiska övergrepp samt relationsproblem; därefter problem på arbetet, ekonomiska problem och/eller med barnen; i övre medelåldern hälsoproblem. Högsta incidensen av FND ses i åldrarna 15-30 år och kvinnor dominerar, framförallt i detta åldersspann.

4. Hur pass oroad/störd patienten ter sig?

5. Ska jag som behandlare fokusera på symtommet, beteendet eller bakomliggande faktorer?

Carson diskuterade därefter hur behandling ska initieras. Han menade (liksom Aybek) att FND-diagnosen ska baseras på positiva fynd (alltså inte som en ren utslutningsdiagnos), och att diagnosen tydligt ska kommuniceras till patient och anhöriga. Han rekommenderade att muntlig information supplementeras med skriftlig. Inadekvat medicinering bör sättas ut (exempelvis antiepileptika vid rent funktionella kramper) och att en handlingsplan formuleras för vad som bör göras om nya symtom/attacker (exempelvis funktionella kramper) inträffar.



CHUV, Lausanne universitetssjukhus där konferensen hölls 12-15 juni.

Först därefter fokuseras på själva handläggningen av FND. Han pekade på studier som stödjer nyttan av specialiserad fysioterapeutisk behandling på symptomreduktion, dock utan att mer i detalj beskriva vad ett sådant program innehåller. Vad gäller beteendestörningar relaterade till FND redovisades positiva effekter av kognitiv beteendeterapi (KBT). Vad gäller behandling av bakomliggande faktorer nämndes konventionell farmakoterapi för ångest och depression, psykoterapi (antingen KBT eller psykodynamisk), samt understöd för hantering av social situation (exempelvis arbetssituation, relationsproblematik).

Carson hänvisade även till guidad självhjälp, exempelvis med stöd av programmet "Overcoming functional neurological symptoms – a five areas approach" av professor Christopher Williams och medförfattare (däribland dr Carson) på förlaget Hodder Arnold. Han hänvisade dess utöver bland annat till volym 139 av den välnummerade serien "Handbook of Neurology", under redaktion av Mark Hallett, Jon Stone och Alex Carson, vilken även går att tillgå som pdf via universitetsbibliotek eller genom att mejla a.carson@ed.ac.uk.

Sammanfattningsvis upplevde jag konferensen som intressant, välorganiserad och en god uppdatering av forskning på det psykosomatiska området. Naturligtvis var kvaliteten på presentationer och posters ganska varierande, och vissa bidrag kunde uppfattas som en smula ytliga och/eller esoteriska. För egen del blev jag framför allt stärkt i tron att en optimal handläggning av de flesta icke-triviala medicinska tillstånd förutsätter ett större fokus på den drabbade personen som helhet, i hans personlighet och livssituation i stort. Formulerat på detta sätt riskerar detta att uppfattas som en truism, men verklighetens strömlinjeformade vårdprogram, algoritmer och tidspressade flödes- och volymeräkningar utgör än i dag (och kanske mer än tidigare) hinder för bedrivande av en patientcentrerad och personaliserad vård.

Vidare upplevde jag att ytterligare förändringar i riktning bort från den alltmer obsoleta kropp-själdualismen och i riktning mot en holistisk syn på hälsa och sjukdom är av nöden inom de flesta medicinska specialiteter. En modell av möjligt värde härvidlag (som dock inte omnämndes under konferensen) är den s.k. 4E enaktivismen. Denna modell, som hittills främst implementerats inom kognitionsvetenskap, bygger på komponenterna Embodiedness, Embeddedness, Enactivism and Extendedness. Detta är inte platsen för att utveckla den modellen, men den intresserade läsaren kan hänvisas till bland annat artiklar och böcker av psykiatern och filosofiprofessorn Thomas Fuchs, som innehar Karl Jaspersprofessuren i Heidelberg. Särskilt boken "Ecology of the brain" (Oxford University Press, 2018) kan rekommenderas.



Text **RICHARD LEVI**

MD, PhD, MBA, specialist i neurologi och rehabiliteringsmedicin, rehabiliteringsmedicin, Linköpings universitet
richard.levi@regionostergotland.se