

# Neuropsykiatriska diagnoser – nystart på viktig debatt

**Sten Levander**

Debatten om neuropsykiatriska diagnoser har spårat ur i Sverige. Det är synd för den behövs. Diagnoser kan, liksom sjukdomar, tillintetgöras men kan också upprättas. Psykiatriska diagnoser som bygger på godtyckliga avgränsningar av normalpsykologiska fenomen som är integrerade med individens personlighet och identitet behöver diskuteras, i ett multiprofessionellt perspektiv. I denna artikel görs ett försök till precisering av några förståelseansatser. Som vanligt genereras fler frågor än svar.

Min slutsats är att meningsfulla svar är begränsade till den dialog som förs mellan en specifik behandlare och en specifik patient, det går inte att generalisera till andra dyader. Men dialogen blir bättre, och svaren mer meningsfulla om deltagarna har reflekterat, var och en på sitt håll, över alla de stora filosofiska frågor som finns bakom den till synes enkla frågan om en patient har en viss diagnos eller inte.

---

Sten Levander är Med Dr, professor och chefsöverläkare vid avdelningen för allmän psykiatri och rättspsykiatri vid Lunds universitet.

Kontakt: Sten Levander, Rättspsykiatriska kliniken, U-MAS, 205 02 Malmö, e-post: [sten.levander@psyk.mas.lu.se](mailto:sten.levander@psyk.mas.lu.se)

## Tre fallbeskrivningar

Hon hade druckit en liter fotogen i självmordssyfte. Hon hittades efter ett drygt dygn, levande. Urinen hade gått i sängkläderna – dess innehåll av fotogen hade åstadkommit utbredda skador på huden, ungefär som andra gradens brännskador. Njurar och lever var utslagna. Hon skulle dö inom ett par dygn. Det visste hon och det visste jag när jag satte mig vid hennes säng på brännskadeavdelningen. Jag var psykiaterkonsult för sjukhusets kroppssjukvårdsavdelningar.

Hon var en psykiatrisk patient med schizofrenidiagnos sedan många år.

Hon ville diskutera sina religiösa upplevelser med mig. Hon var ensamstående och innerligt religiös – en Kristi brud. Hennes vardagsreligiositet omfattade inga övernaturliga upplevelser och hennes tro rymdes teologiskt inom den svenska statskyrkan. I perioder hade hon intensiva upplevelser av direktkontakt med Gud – tekniskt sett var det hallucinationer för främst syn, men

också hörsel och känsel, åtföljd av en intensiv lyckokänsla och upplevelse av universell delaktighet. Dessa symtom var underlaget för hennes schizofrenidiagnos.

Som jag uppfattade henne var hon en välbegåvad, emotionellt rikt utrustad och helt intakt person. Att diagnosen var fel var uppenbart. De kortvariga episoderna av främst synhallucinationer och lyckokänsla, utan någon som helst defektutveckling intellektuell eller affektivt mellan episoderna talade entydigt för att hon borde ha fått diagnosen cykloid psykos – en variant av bipolar affektiv (manodepressiv) sjukdom. Episoderna hade format och förstärkt hennes vardagsreligiositet. Hennes extatiska upplevelser infogade sig i den långa rad av rapporter om sådana upplevelser som dokumenterats, inom olika trosriktningar, sedan tusentals år. Utan människor med kapacitet för sådana upplevelser hade vi inte haft religion. Innan vi fick psykiatriska diagnoser fick dessa människor inte psykiatriska diagnoser. Många bemöttes med respekt och några med fruktan.

Vi hade ett mycket långt samtal, jag som troende ateist, hon som troende kristen. Hur verkligheten egentligen är beskaffad visste varken hon eller jag. Vi utforskar världen utifrån våra egna förutsättningar. Jag formulerade det så att det i hennes förutsättningar kanske ingick ett bättre fönster mot en verklighet som jag inte hade tillgång till, som alternativ till den "maskinfelsmodell" som psykiatrin hittills bestått henne med. Den maskinfelsmodellen hade drivit henne till självmordet – den hade besmutsat och tillintetgjort det som var mest värdefullt för henne – hennes innerliga vardagsreligiositet och därmed hennes identitet. Jag tror att hon dog försonad och förtröstansfull – det kändes så när jag lämnade henne, skakad och klokare.

Tio år senare ville Socialtjänsten ha hjälp med en "omöjlig" patient. Han kom till mitt tjänsterum eskorterad av två representanter från verksamheten. Han uppträdde ytterst egendomligt, hade en ryckig manierlig motorik, och pratade om befolkade planeter utanför Pluto som han kommunicerade med. Han lade sig sedan på golvet under det att han fortsatte att prata gallimatias. Jag avbröt honom och sa: "Jag vet varför du gör så här." "Va? Va sa du?" Jag upprepade vad jag hade sagt och fortsatte: "Du har en fin och ovanlig sjukdom, uppkallad efter en fransk adelsman och neurolog. Du har Gilles de la Tourettes sjukdom."

Han reste sig och psykosen var borta. Kvar fanns talrika tics i ansikts- och halsmuskulaturen och en del vokala tics (skällande, harklande ljud). Av de efterföljande samtalen framgick att han kom från en framgångsrik centraleuropeisk familj – man hade före det kommunistiska maktövertagandet ägt relativt stora fabriker i huvudstaden. Alla hans syskon var "lyckade" socialt. Han hade varit ett besvärligt barn, som utretts på den barnpsykiatriska kliniken, utan klar diagnos och han fick ingen behandling. Hans egenartade beteende, som han inte själv förstod eller kunde kontrollera, hade under årens lopp givetvis föranlett massor av frågande och ogillande. Han fann det enklast att spela tokig för då blev frågorna färre. Ogillandet kunde han stå ut med även om hans självkänsla förstas inte blev bättre av det. Jag informerade om sjukdomen, dess ärftlighet, plus- och minus-faktorer i olika kombinationer, kända personer med Tourette, och om behandlingsmöjligheterna med lågdos-neuroleptika. Nu när han visste vilken sjukdom han hade önskade han ingen behandling – han hade levt med problemen så länge så det spelade ingen roll om de fortsatte. Men diagnosen hade givit honom upprättelse

– han var inte tokig, han hade en ovanlig och fin neurologisk sjukdom. Sjukdomen satt i fodralet – inte inne i honom själv. Han hälsar på mig ungefär vartannat år, vanligtvis med en flaska hemlandsbrännvin som present (han besöker ofta hemlandet). Han verkar tillfreds med sitt liv.

Redan under 60-talet träffade jag Piotr, en ung polack som lyckats ta sig till Sverige efter en fängelsevistelse i hemlandet på grund av politiska aktiviteter. Han blev psykiskt sjuk under fängelsetiden, och återinsjuknade i en ny episod av schizofreni efter en kort tid i Sverige (akuta episoder av sjukdomen utlöses ofta av psykisk belastning hos sårbara personer). Piotr var en av de mest lovande unga matematikerna i Polen, innan han blev sjuk. Den kommunistiska jämlikhetsretoriken var kopplad med elitsattningsprojekt utan motstycke i världshistorien, på bland annat matematik och musik (Leningradfilharmonin under Mravinskij är fortfarande oöverträffad). En polsk elitmatematiker från 60-talet var inte vem som helst intellektuellt. Själv hade jag två akademiska betyg i matematik, en oavslutad civilingenjörsutbildning och ett dator/elektronikintresse i bagaget, förutom att jag var vikarierande underläkare på den psykiatriska vårdavdelning där Piotr var frivilligt inlagd.

Piotr var stillsam och hade alltid ett stelnat leende på sig. Det var en para-mimi, ett uttryck för affektinkongruens. Personen har en känsla inne i sig men utsidan uttrycker en motsatt känsla. En av mina schizofrena patienter berättade att han som 11-åring hade öppnat garderoben hemma och funnit sin mamma hängande där, död. När han berättat detta brast han ut i ett gapskratt som varade i flera minuter. Piotr visste att han var intellektuellt död och jag kunde konstatera att hans förmåga att resonera matematiskt

var borta. Det han älskade mest hade sjukdomen tagit ifrån honom – och därmed hans identitet. Några månader efter utskrivningen suiciderade han genom ett hopp från sjunde våningen.

## Monism och dualism

Diagnoser kan tillintetgöra och upprätta. Sjukdomar kan också tillintetgöra. Det är om detta som debatten om neuropsykiatriska diagnoser borde handla. Den debatten är viktig men har blivit pajkastning därför att den inleddes med pajkastning.

Förklaringen till pajkastningen finns i vår nutidshistoria, med start för 40 år sedan. Vänstervågen rullade in över världen. Där det intellektuella djupet var begränsat blev bränningarna mer imponerande. Sverige radikaliserades snabbt och främst på barrikaderna fann man sociologer och barnpsykiatrer. De som inte löpte med marginaliserades hemma eller emigrerade. Det är inte en tillfällighet att det är en sociolog, Eva Kärfve, som angriper en barnpsykiater (en tidigare allierad). Så som debatten har utvecklats sig är samtal omöjligt. Det är synd för det finns en poäng med Kärfves kritik. Den poängen har drunknat i den debattstil som sociologin har utvecklat. Den kan exemplifieras med professor Johan Asplunds bok *"Om undran inför samhället"* från 1971 som fortfarande används som kurslitteratur vid sociologiska institutioner. I den kan man tala om hög svansföring.

Debattbrasan får ytterligare bränsle av de känslor som uppstår hos en altruistisk art som vår när vi ser en ojämn kamp – vi solidariserar oss reflexmässigt med den svaga parten. Sociologi ställs mot medicin, samhällsvetenskap mot naturvetenskap, docent mot känd professor, kvinna mot man.

Vari består Kärfves poäng? För att komma dit måste jag gå en omväg. Det hela har att

göra med "människosyn" (ett obehagligt ord) och de Stora Frågorna. Damasio är en neuropsykolog vars bok "*Cartesius misstag*" fått mycket publicitet (trots överlastad stil och pompös självbild). Cartesius misstag består i att han isolerat anden från materien – han anser att ett själsliv är möjligt utan en kropp. Enligt Damasio är kropp och själ så integrerade att någon gräns inte kan dras. Han illustrerar sin argumentation med för neuropsykologer välkända effekter av olika typer av CNS-skador på "högre funktioner". Damasio är sålunda monist och i huvudsak materialist medan Cartesius, liksom Platon är dualist. Platon rangordnar de två sant varande substanserna (ande och materia) på ett tydligt sätt: materien är ett blekt återsken av idévärlden. Nyplatonikerna, strax efter vår tideräknings början, utvecklade Platons rangordning till att omfatta fyra steg: död materia, levande varelser, det mänskliga medvetandet, och högst den religiösa tron och den moraliska intuitionen. I linje med detta är det avgörande beviset för att man existerar det religiösa tvivlet ("Fallor, ergo sum", sagt av kyrkofadern Augustinus). Cartesius är inte lika tydlig – han föreställer sig att ande och materia är mer "jämlika" och kan interagera. Cartesius nöjer sig med den näst högsta nivån, tänkandet ("Cogito, ergo sum") när han bevisar att han existerar.

En viktig poäng i Damasios resonemang är att vår inre struktur är inhomogen och till stor del inte tillgänglig för introspektion, samtidigt som samspelet mellan strukturens olika delar är så intensivt att vi inte kan analysera delarna var för sig – de samverkar i oändligt komplexa nätverk (en aktuell och utmärkt uppdatering av neuronal nätverks-teori har skrivits av Fuster (2003)). Fusters framställning är i sig en falsifiering av Kärfves bild av neuropsykiatri som reduktionistisk och biologistisk i sin ansats.

Det finns andra monister – mest radikal i sin idealism och rationalism är Leibnitz. Han föreställer sig att världen består av andliga monader, inbördes varandra lika men med varierande grader av klarhet. Varje monad är en spegelbild av helheten. Monaderna tycks samspela med varandra men det är ett sken – deras aktiviteter "synkroniseras" av ett högsta väsen, Gud. I detta system finns det inget utrymme för empiri – allt är medfött/förutbestämt. Eftersom Gud är allgod och ofelbar är det som vi uppfattar som ondska och ofullkomlighet i världen ett missförstånd på grund av vår begränsade horisont – vi lever egentligen i den bästa av världar.

De gamla filosoferna går igen i vår nutida förståelse av psykisk sjukdom. En viktig bok under vänstervägens tid var Thomas Szaz "*The Myth of Mental Illness*" från 1959. "Själen" kan inte vara sjuk – däremot finns det neurologiska sjukdomar. Fullföljs resonemanget kan psykiatriska sjukdomar ses som neurologiska sjukdomar som drabbar "högre neurologiska funktioner". Szaz kan, som många andra originella tänkare, suckande konstatera "Gud bevara mig för mina vänner, mina fiender sköter jag själv". Kopplat med existentialism blev hans perspektiv en ursäkt för de radikala att förneka psykiska sjukdomar som fenomen över huvud taget. Alla "högre neurologiska funktioner" är självvalda och genuina uttryck för ens person. Symtom uppstår i tolkningsprocessen, som i sin tur representerar klassintressen och hegemonier i samhället. Enligt denna grymma lära var schizofreni ett tecken på frisk känslighet. Johan Asplund uttrycker djup sympati för denna idioti i sin bok.

Szaz syn ligger nära Cartesius. En person som vi kallar psykiskt sjuk är en frisk person inlåst i en neurologiskt defekt apparat. Men hur kommer vi åt och hur kan vi beskriva denna person? För mig är bilden av en in-

strumentflygare relevant. När man flyger ett flygplan utan visuella referenser är man hänvisad till att konstruera en bild av position, kurs och hastighet samt flygplanetes attityd (nosläge, vingläge och eventuell tvärställning mot vinden, det vill säga oren flygning) utifrån de instrument som flygplanet är utrustat med. Instrumenten ger ingen "direkt" bild av verkligheten – vi konstruerar en bild av verkligheten på basen av den information som instrumenten förser oss med. Informationen är väsensfrämmande för människans sinnesmodaliteter. Om vi aldrig hade varit utanför flygplanet skulle vi inte ha en aning om hur "verkligheten" ser ut (vilket filosofen Kant konstaterade i mitten av 1700-talet).

Är alla piloter "friska"? Flertalet haverier beror på den mänskliga faktorn, rått kallad "skit bakom spaken" inom flygarkulturen. Finns det "friska" piloter som havererar? Förvisso händer det också. Dels kan piloter ledas in i eller råka ut för situationer som flygplanet inte är byggt för, dels kan hårdvaran (de olika flygplanssystemen) drabbas av ödesdigra fel:

- instrumenten levererar felaktig information,
- handböcker och checklistor är felskrivna
- spakar och knappar gör inte det de ska
- radiokommunikationen fungerar inte
- väderrapporterna är felaktiga, etc. etc.

### Fri vilja

Hur långt kan vi sträcka analogin i relevanta avseenden? Bakom haverier kan det alltså finnas friska och sjuka piloter, välfungerande och trasiga flygplan/supportsystem och omöjliga och oförutsebara situationer.

Szaz (och Leibnitz) skulle inte acceptera detta. Alla piloter är ofelbara. Den inre människan (längst inne i maskinen) är aldrig sjuk. Men maskinen kan vara trasig eller utsättas för belastning som den inte är byggt

för att klara.

Monister som Damasio skulle inte heller acceptera analogin. För sådana är pilot och flygplan ihopvuxna. För dem är uppdelningen i ande och materia ett "kategorimisstag" av samma slag som Gilbert Ryle konstruerar i sin berömda fotbollsanalogi. En expert och en naiv person åser en fotbollsmatch. Experterna förklarar under spelets gång reglerna för spelet och spelarnas olika roller. Mot slutet av matchen konstaterar den naive att nu begriper han allt med undantag av en sak: "Var finns lagandan?" Problemet ande/materia är epistemologiskt (kunskapsteoretiskt), inte ontologiskt (vad som faktiskt existerar).

Oavsett inställning därvidlag får man samma problem – i varje fall om man som många vänsteridealister är existentialister i någon mening och verkligheten konstrueras via val snarare än att den anmäler sig. I den grymmaste formen väljer man sina sjukdomar – schizofreni såväl som cancer – och kan ställas till ansvar för detta (skyll dig själv).

Monisterna har inte något alternativ till att man får ta ansvar för både sin kropp och själ (som egentligen är samma sak). Den ansvarsbefrielse som ligger i sjukdomsdefinitionen ("jag råkar inte för det") kan man inte åberopa utan att det får värdekonsekvenser ("jag är dysfunktionell – och kanske mindre värd i egna och andras ögon").

I den tredje filmen om rymdimperiet (den där Darth Vader dör) försöker hans son, innan de konfronteras för slutstriden, att få grepp om hans personlighet genom att fråga en person som följt Vaders karriär. Svaret är relevant för vår diskussion; "He is now more machine than man". Det råder ingen tvekan om att Vader numera är ond – han har bland annat huggit handen av sin egen son. Men hur långt inne i maskinen sitter ondskan? Svaret får vi mot slutet – när han

tar av sig sin skyddshjälm. Inne i uniformen sitter en åldrad gubbe, med stora ärr i den skalliga hjässan och diverse kopplingsdon anslutna till hjärnan. Utan maskinhjälp är han den han en gång var. Ondskan satt i det maskinella fodralet. Är vi som Vader, goda längst inne, eller är vi, som Damasio hävdar, "integrerade" varelser – och i så fall "genomkorrumperade" om vi är onda (eller sjuka) på utsidan.

Primärt tyckte jag att jag, i min kliniska roll, borde få minst problem med en dualistisk ansats. Men det behövdes inte mycket reflektion innan jag förstod att jag hamnat ur askan i elden. Hur ska jag dra gränsen mellan kropp och själ (maskin och pilot) utan att förlora individperspektivet. Begrepp som frisk och sjuk blir meningslösa om de refererar till egenskaplösa individer. Begreppet människovärde är fortfarande relevant i en sådan situation men knappast något annat.

Finns det egenskaplösa individer? Jag har träffat en, mig själv. Under en resa i USA vaknade jag mitt i natten på hotellrummet. Jag visste inte vad jag hette, var jag befann mig, och varför. Jag hade drabbats av en akut oförmåga att komma åt mitt minnesförråd (retrievalfunktionen), faktaminnenet såväl som mina personliga minnen. Jag blev klarvaken, och borde ha fått panik. Det fick jag inte. Efter en kort tids överläggningar med mig själv kunde jag inte komma på någon bättre lösning än att somna om. På morgonen var allt som vanligt men minnet av den egendomliga upplevelsen har sedan dess haft samma klarhet som om det skulle ha hänt i går. Individer konstrueras genom sina unika kvaliteter. I mitt minnes- och egenskaplösa tillstånd hade jag inga särskiljande kvaliteter. Jag kunde ha varit vem som helst, ingen eller alla.

Vi måste alltså inkludera personliga och särskiljande egenskaper när vi drar gränsen

mellan maskin och pilot i vårt inre. För-läger vi alla egenskaper till maskinnivån – vad är det då för piloter vi möter, privat och professionellt. Jag kan inte förhålla mig till egenskaplösa individer som är inlästa i maskiner där maskinnivån står för all individualitet. I så fall är de föga mer än tvåtaktsmotorer (den mest nyckfulla typ av maskiner jag träffat).

### Personlighetens kärna

Den postmoderna ansatsen (som Kärve representerar) och min pilotanalogi utmanar mitt resonemang på ytterligare en punkt. Vad är en individ kan Kärve fråga sig. Svaret är att det är en komplicerad fråga på minst två sätt. Individen definieras av sin kontext. Och individbeskrivningar är "narrativa" – de berättar en historia. Förståelsen av historien förutsätter en gemensam begreppsapparat, given av kulturen med alla sina underförstådda antaganden. Resonemanget utgår från den sene Wittgensteins språkspelsteori. Objektivitet är därmed omöjligt. Verkligheten konstrueras av dess aktörer. Det som konstruerats kan dekonstrueras – vi kan i sådana analyser ana vilka mekanismer som formar våra föreställningar, till exempel om individer. Pilotanalogin ger en delvis analog problematisering. Nästan all instrumentflygning sker med tvåpilotsystem, en kapten och en styrman. I vänsterstolen sitter kaptenen, styrmannen till höger. Det finns en tydlig arbetsfördelning i cockpit, och en klar befälsordning (som med våra två hjärnhalvor). En av mina patienter hade en medfödd avsaknad av hjärnbalk. Vänster hemisfär var pliktrogen och sexuellt ointresserad. Höger var pedofil. Vänster hjärnhalva somnade av alkohol, den högra blev pigg. Som nykter tog han starkt avstånd från pedofili och tycktes inte förmögen att integrera sitt beteende som berusad i bilden av sig själv.

Är vi verkligen bara en person inuti, eller flera? Vi kan dra analogin ett varv till genom att ta in resten av besättningen och passage-rare i vår inre identitet. Finns det några av oss som har Muhammed Atta i kabinen? Har vi ansvar för att han passerade säkerhetskontrollen och kunde ta över flygningen? Med en sådan analogi är vi tillbaka till den förklaringsmodell som dominerat människans förståelse av mentalsjukdom under tusentals år – besatthet av främmande andliga krafter.

Även om man håller sig till den förenklade analogin om en pilot och en maskin får vi problem. Vilka egenskaper ska vi förlägga till det maskinella fodralet, och vilka till den genuina individen därinne? Frågan är omöjlig att besvara generellt. Den går bara att besvara på basen av en dialog mellan två individer som möts. Vi kan inte alltid förvänta oss konsensus mellan de två individerna. Svaren kan också variera över tid. Några allmänna reflektioner kan dock göras. Det är lättare att förlägga "icke-normalpsykologiska" fenomen till maskinnivån och tolka dem biologiskt. Symtom som de akuta minnesproblem som jag drabbades av, hallucinationer (det har jag också haft) och vanföreställningar förlägger jag gärna, för min del, till "maskinnivån". De representerar inte några omistliga delar som konstituerar mig som unik individ.

## Normalitet

När vi diskuterar dessa frågor på klinisk nivå och inom ramen för vardagsspråket med våra patienter ställs vi inför speciella problem om personen saknar förmåga till omdöme och insikt. Detta är det vanligaste symtomet vid schizofreni och vid många andra psykosjukdomar. Vi kan inte upprätta en meningsfull dialog – vi tycks leva i olika världar (eller har olika språkspel skulle den sene Wittgenstein hävda). Samma problem

kan initialt uppstå vid kulturkrockar men då kan dialogen fortsätta om det finns en vilja till det. Vi kan synkronisera våra språkspel. Insiktsproblemet är av ett annat slag. Jag ser ingen annan möjlighet än att retirera till en paternalistisk modell med tvång i förlängningen om patientens välförstådda egenintresse hotas av honom själv.

Om symtomen är "normalpsykologiska", som ångest och depression, då definierar vi symtomet som "patologiskt" om det är inadekvat i förhållande till situationen eller för utdraget eller varierande i tiden. De flesta människor plågas om de har sådana symtom och upplever dem som jagfrämmande och oönskade. Dialogen fungerar om vi kan förlägga symtomet utanför individens genuina själv – vi kan sedan karakterisera och granska de generativa mekanismerna (undermedvetna konflikter, överdeterminerade kriser, orimliga krav, genetiskt betingad biologisk variation) och föreslå åtgärder. Dessa uppfattas sällan som hot mot individens identitet om patienten lider och själv sökt hjälp. Är det emellertid så kan vi antingen föra en Sokratisk dialog kring motsägelsen att patienten vill ha hjälp men också vill ha kvar symtomen, eller lyfta på hatten.

Personlighetsstörningar och många av de så kallade neuropsykiatriska störningarna har det gemensamt att de är stabila över tid, integrerade med personens självbild, ligger symtomässigt nära normalpsykologi och är definitionsmässigt starkt kontextberoende (vad som anses avvikande varierar över tid, kultur och situation). Vi undersökte 29 av Sveriges främsta entreprenörer (har startat minst två börsbolag som är kvar på börsen). Vi fann att nio av dessa självrapporterade symtom som skulle givit dem vuxendiagnosen ADHD om de sökt på min mottagning (Levander & Raccuia, 2000). Ytterligare sex hade minst en annan neuropsykiatrisk stör-

ning (dyslexi var vanligast). Mer än hälften hade alltså en neuropsykiatrisk diagnos. Det gemensamma för dem var därutöver förmågan till hyperfokusering – i ett neuropsykologiskt test av förmåga till fokuserad uppmärksamhet var genomsnittsprestationen långt över normen och för vissa individer osannolikt hög. Den formella intelligensen, däremot, var inte särskilt lysande.

Vad hade hänt med entreprenörerna om vi behandlat deras ADHD med läkemedel från skolstarten? Barn har varken en så etablerad personlighetsstruktur eller så mycket introspektiv förmåga att de kan rapportera om vad som händer. Vuxenpatienter rapporterar ofta om mycket påtagliga effekter på komplexa inre funktioner när man inleder behandling med centralstimulantia – till exempel att man känner mindre och tänker klarare (och kanske mindre kreativt och yvigt). Detta ger personen en helt ny bild av sin historia och vem man är. Upplevelsen kan vara omtumlande, även för behandlaren. Det är som om en annan person kommer in genom dörren, pladdrar mindre, sitter stilla, är eftertänksam, reagerar adekvat emotionellt. Vem är den nya personen? Den som egentligen satt inne i maskinen men inte nådde ut? Eller har vi givit personen en ny maskin som gör den inre människan ännu mer oåtkomlig.

Min kliniska erfarenhet är att de flesta kvinnor som upplever denna personliga förändring inte kan undgå att se bakåt, reflektera över sina tillkortakommanden och på ett smärtsamt sätt bli medveten om hur negativt de har uppfattats av andra. ADHD-dimman har gjort dem dysfunktionella men varit barmhärtig på så sätt att de inte varit fullt klara över sin funktionssvikt. Insikten medför sorg för de flesta och kan nå upp till nivån för en svår krisreaktion för några. Män är på så sätt enklare varelser – de ser framåt och ålтар inte sina missade tåg. Under de se-

naste åren – när jag till slut har fått använda mina kunskaper inom det neuropsykiatriska området kliniskt – har jag bevitnat behandlingseffekter som jag bara kunde drömma om förut. Och samtidigt – hur många entreprenörskarriärer skulle psykiatrin ha stoppat om vi fått behandla alla som uppfyllt diagnoskriterier för ADHD med centralstimulantia från tidiga barnaår?

Jag tror inte att jag är unik som psykiater. De som stannar i professionen och därmed har många års exponering för trasiga människor har också samma erfarenheter och har dragit liknande slutsatser som jag. De Stora Frågorna ställs varje gång en patient kommer in för ett samtal. Som psykiater befinner man sig i ett filosofiskt laboratorium. De egna reflektionerna kan kläs i filosofisk dräkt, med mer eller mindre förankring i de stora filosofiska traditionerna. Men det är inte nödvändigt – man kan argumentera lika klokt och konklusivt med vardagsspråkets verktyg. Slutsatsen är densamma – varje möte är unikt. Vi måste vara medvetna om att diagnoser kan befria såväl som krossa.

Ofta kan vi hjälpa en patient att hantera en sjukdom på ett bättre sätt, någon enstaka gång (inom psykiatrin) kan vi behandla till hälsa. Ibland skadar vi eller till och med bidrar till att patienter dör. En god kliniker tar sitt uppdrag på allvar, möter varje individ med respekt på hennes eller hans villkor, och tvingar inte på någon sin egen sanning. Alla är inte goda kliniker. Det problemet hanteras bäst med marknadskrafternas hjälp. De som inte gör ett bra jobb ska förlora kunder. De som är mycket framstående kliniker ska ges optimala förutsättningar att lära ut sin konst.

Det är den ena, kliniska sidan av saken. Den andra sidan – den filosofiska och generaliserande ansatsen kan vi inte dra oss undan med hänvisning till att vi är kliniker. Vi ska inte göra som filosofen Hume (med

en viss nutidsanpassning av hans resonemang) – först bevisa att vi inte existerar och sedan gå ut och köpa färska frukostfrallor. Den filosofiska debatten ska också föras – vetenskap till vetenskap eller inom ramen för multiprofessionella nätverk, till exempel AAPP (Association for the Advancement of

Philosophy and Psychiatry). Den debatten blir bättre ju bredare den blir och ju fler professioner som involveras – psykiatrin sysslar med allmänmänskliga problem och behöver breda perspektiv. Blir psykiatrer klokare får patienterna bättre behandling. Det är ju det vi vill inom psykiatrin.