

Johan Stiernstedt

Den

GALNA

psykiatri

**Om bristen på andlighet,
samtal och psykoterapi**

Johan Stiernstedt

**Den
GALNA
psykiatri**

**Om bristen på andlighet,
samtal och psykoterapi**



Förlagshuset Siljans Måsar
www.siljansmasar.com

ISBN 978-91-88939-20-3

© Johan Stiernstedt, 2020

Materialiet i denna bok är skyddat enligt upphovsrättslagen.

Grafisk form: Lilla blå tornet
www.lillablatornet.se

Omslagsfoto, original: Mattonstock
Författarfoto: Lena Hammar

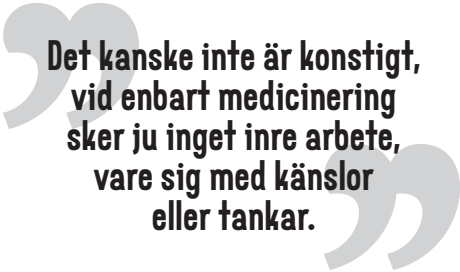
Tryck: Scandbook, Falun, 2020
www.scandbook.se



Innehåll

<i>Inledning</i>	9
1. En psykiatri i förfall	13
2. Medvetandets gåta	30
3. Den stora samtalsbristen	33
4. Nära döden-upplevelser	39
5. Bristen på psykoterapi	46
6. Är människan en maskin?	59
7. Byråkrati och kontroll	68
8. Tro eller vetande?	74
9. Mediciner	87
10. Serotoninhypotesen	108
11. Meditation och mindfulness	111
12. Fysisk träning	118

13.	Medicin till ungdomar – behövs det?	120
14.	Kvantfysik	135
15.	Diagnoser	139
16.	Placebo	163
17.	EI-behandlingar – en dold vårdskandal	169
18.	Har vi en själ?	182
19.	Psykosor	191
20.	Ett projekt i norra Finland	205
21.	Allt vi inte kan förklara	209
22.	Tolvstegsprogrammet	212
23.	Hur Peter blev nykter med hjälp av AA	217
24.	Bristen på hopp	221
25.	Bristen på långsiktighet	225
26.	Är psykiatrin en medicinsk specialitet?	228
27.	Vad kan man då göra?	232
	<i>Efterord</i>	234
	<i>Tack</i>	235
	<i>Noter</i>	236
	<i>Litteratur – ett urval</i>	240



**Det kanske inte är konstigt,
vid enbart medicinering
sker ju inget inre arbete,
vare sig med känslor
eller tankar.**

Inledning

Titeln på den här boken är medvetet provokativ. Jag anser att vår psykiatri är stadd i förfall och att den inte alls förmår svara på det den är till för. Psykiatrin riskerar tyvärr också att på sikt förvärra måendet för en del människor, till exempel för många av dem som fastnar i kronisk medicinering. Förskrivningen av psykofarmaka har under hela 2000-talet ökat lavinartat. Under samma period har det skett en kraftig ökning av antalet sjukskrivningar för psykiatriska diagnoser. Båda dessa kurvor fortsätter att peka uppåt, alltmedan självmorden bland unga vuxna också stiger sedan många år. Är det inte något som rimligtvis är fel?

En överbelastad psykiatri och primärvård, som så snabbt som möjligt ska pressa fram en diagnos. Därefter medicinering, ibland el-behandling. Ett fåtal samtal, eller knappt några samtal alls. Människan behandlas som en maskin i en mekaniserad psykiatri. Är tanken att vi kan ha en själ helt främmande för skolmedicinen?

Som ung psykiater på 1990-talet, rättades jag in i det här systemet. Jag ville samtala med mina patienter, men tiden räckte sällan till, medicinering stod alltmer i fokus. Vid denna

tid inleddes den kraftiga ökningen av medicinering med psyko-farmaka. Jag började tänka att jag lika gärna kunde ersät-tas av en dator, som ställer de vanliga diagnostiska frågorna, och sedan spottar ut ett recept. Så mekanisk har jag upplevt psykiatrin, och utvecklingen i denna riktning har därefter ac-celererat.

Hur har det blivit så här? Jag tror det är nödvändigt att leta sig ner till den grundläggande synen på vad en människa är. Är vi bara ett knippe atomer? Vad avser man när det högtid-ligt sägs att vi vill jobba med både kropp och själ? Vad menar man då med själ? Är det bara ett ord, ungefär likvärdigt med psyke, eller syftar man verkligen på något bortom kropp och hjärna? Är det givet att det är hjärnan som skapar vårt tänk-ande, våra känslor och vår jaguppfattning. Är vi helt säkra på det? Kan medvetandet finnas intakt utan hjärna, som nära döden-upplevelser antyder? Det här handlar om vår grund-läggande människosyn, som säkerligen påverkar hur vår vård och psykiatri ser ut.

Det jag också vill påtala är den förödande brist på psykote-rapi som råder inom psykiatrin. Många människor som mår psykiskt dåligt försöker få till en samtalskontakt, vilket oftast är mycket svårt. Det allvarliga är svårigheten att få till en kon-takt som varar mer än ett fåtal timmar, och där man hinner knyta an, vilket oftast är en förutsättning för att kunna arbeta grundligt med sina problem.

Jag anser att vi behöver komma ifrån det ensidiga medi-cinska/biologiska perspektiv som nu totalt dominerar psykia-trin. Varför inte i stället se oss som primärt andliga varelser, vad vi än lägger för betydelse i ordet? I denna bok inkluderar

ordet andlig också lyssnande samtal och psykoterapi samt en öppenhet inför det omedvetna. Psykiatrin behöver hysa mer respekt för det okända och utforskade, men också använda mindre detaljerade manualer för hur en patient ska behandlas.

För att kunna läsa den här boken behöver du inte ha någon särskild tro eller världsbild. Problemet är att det för närvarande bara är en trosriktning som får styra, nämligen den strikt materiella/medicinska modellen. Den passar bra inom kroppssjukvården, men inom psykiatri får den förödande konsekvenser. Medicinering prioriteras på bekostnad av psykoterapi och samtalsstöd samt arbete med individens relationer, livshistoria och omgivande miljö. Vi behöver ett nytt synsätt på vad en människa är och även andra infallsvinklar vad gäller behandling. Vi kan inte fortsätta att i främsta hand ösa på med farmaka.

Denna bok handlar främst om hur dagens psykiatri ser ut – dess brister, tillkortakommanden och kraftiga medikalisering. Ungefär en fjärdedel av boken handlar om grundläggande människosyn, "andlighet", världsbild och syn på vad "själen" är för något. Kapitel med dessa olika teman varvas om varandra.

När man läser boken kan man kanske tro att jag motsätter mig all psykofarmaka. Så är inte fallet, och jag råder inte någon som läser denna bok att obetänkt avsluta eller minska eventuell medicinering. Det vanliga rådet att diskutera sina läkemedel med förskrivande läkare gäller. Psykiatrins fokus

Jag började tänka att jag lika gärna kunde ersättas av en dator, som ställer de vanliga diagnostiska frågorna, och sedan spottar ut ett recept.

och färdriktning måste dock förändras. Från piller till samtal. Från "hjärnans kemi" till lyssnande. Från ensidig fokusering på signalsubstanser till en betydligt mer vid syn på vad en människa är.

Jag som skrivit denna bok är läkare sedan 31 år och legitimerad psykoterapeut sedan 19 år. Som läkare jobbade jag initialt 19 år som psykiater inom landstingspsykiatri, framför allt som överläkare inom öppenvårdspsykiatri. Därefter har jag de senaste tio åren arbetat heltid som privatpraktiserande psykodynamisk psykoterapeut.

Detta är en subjektiv bok. Jag gör inga anspråk på några objektiva sanningar.

En psykiatri i förfall

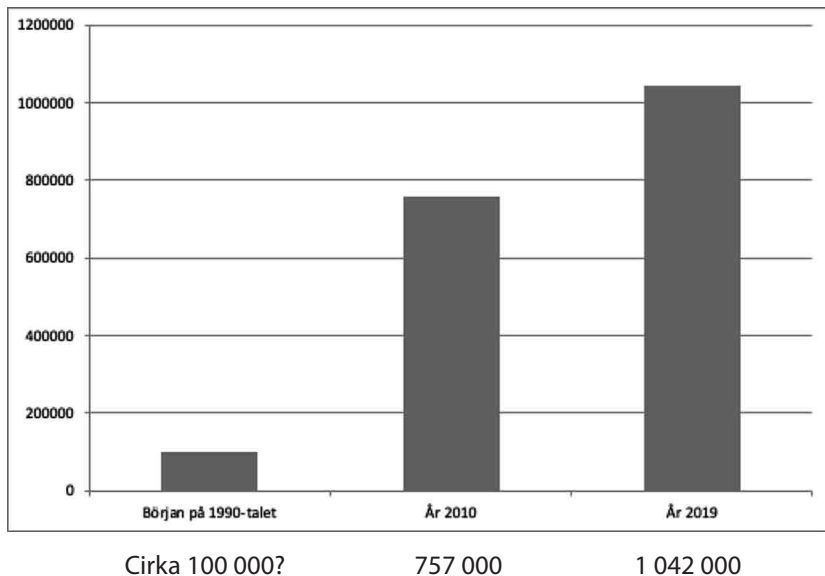
Varför kalla det en psykiatri i förfall? Det korta svaret är att vi har en psykiatri med ett synsätt där människan har reducerats till en slags mekanisk apparat, som ska fixas till med mestadels mekaniska medel, det vill säga oftast med mediciner.

För att ge en tydlig bild av vad som pågår i vår tid följer här lite statistik.

I Sverige äter cirka 15–17 procent av befolkningen psykofarmaka av något slag, med andra ord mellan 1,5–1,7 miljoner människor. En dryg miljon människor i Sverige, det vill säga var tionde svensk, hämtade 2019 ut recept på antidepressiva preparat.¹ Den stora ökningen skedde på 1990- och 2000-talen, mer än sju gånger fler svenskar åt antidepressiva medel år 2010 jämfört med början av 1990-talet.² Antalet recept fortsätter att öka, år 2010 medicinerade 8 procent av befolkningen med antidepressiva, nu är siffran drygt 10 procent.

Mellan åren 1991–2014 ökade bruket av antidepressiva 140 gånger bland flickor 15–19 år, och 70 gånger bland pojkar i samma åldersgrupp (Hållbar familjepolitik nu; *Unik statistik avslöjar lavinartad ökning av psykofarmaka till unga*, 2015-04-07). Samtidigt skedde en kraftigt ökad försäljning av sömnmedel,

Antal individer som tar antidepressiva



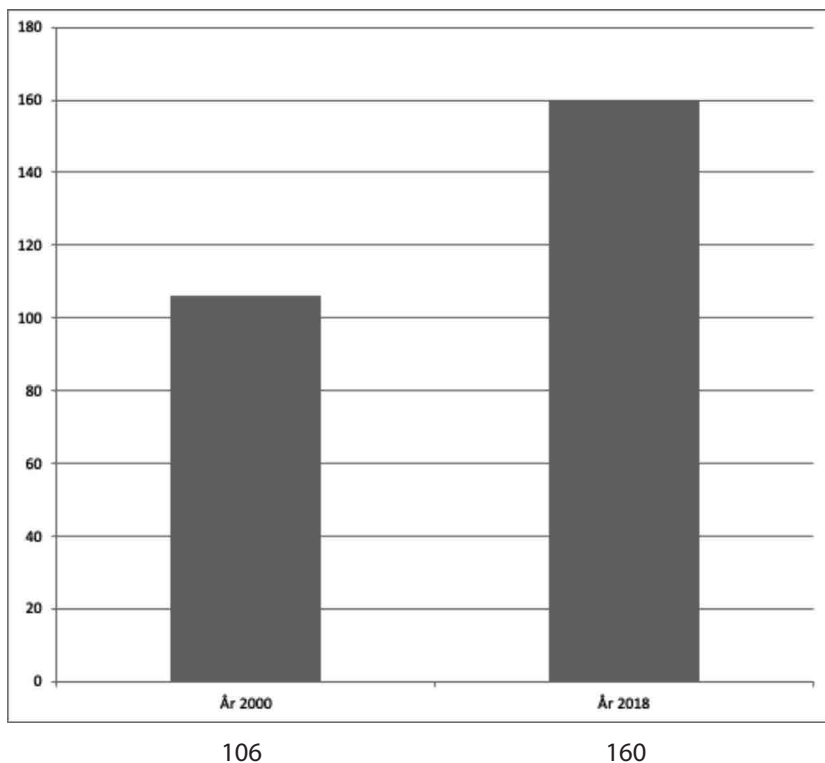
Kommentar: Siffran för början av 1990-talet är en grov uppskattning, har inte hittat statistik, siffran baserad på ovan nämnda uppgift att sju gånger fler svenskar åt antidepressiva 2010 jämfört med början av 1990-talet. Statistik från 2010 och 2019 från Socialstyrelsens statistikdatabas.

lugnande medel och antipsykotiska medel till tonåringar. År 2019 medicinerade 5,3 procent av åldersgruppen 15–19 år med antidepressiva, tretton år tidigare, år 2006, var siffran knappt 2 procent. I åldersgruppen 20–24 år medicinerade år 2019 drygt 7,7 procent, år 2006 var motsvarande siffra drygt 4 procent.¹ Siffrorna fortsätter hejdlöst att öka från år till år. Från 1990 till 2016 har psykiatrisk slutenvård ökat med 122 procent bland unga kvinnor i åldrarna 15–24 år och med 97 procent

bland män i samma åldrar (Nyman Furugård, *Familjepolitikens ekonomi 2016*, 2017-12-28).

Har detta påverkat självmordsstatistiken för ungdomar? Forskare vid Nationellt Centrum för Suicidforskning och Prevention vid Karolinska Institutet, konstaterar att självmorden bland unga vuxna 15–24 år har ökat sedan 1990-talet. Trend-

Antal självmord unga vuxna 15–24 år



Källa: Nationellt centrum för suicidforskning, Karolinska institutet.

analyser visar en signifikant ökning med knappt en procent per år under perioden 1994–2017.³ År 2000 var siffran 106 självmord för ungdomar 15–24 år, 2018 var det 160. För Sveriges befolkning som helhet minskade det totala antalet självmord under 1990-talet, men har under 2000-talet legat jämnt på cirka 1400–1500 per år, år 2018 var antalet 1574.

Socialstyrelsen konstaterar att den psykiska ohälsan för barn 10–17 år fördubblades under åren 2006–2016 och under samma period ökade den med 70 procent för unga vuxna 18–24 år. Man har då mätt sammanlagd kontakt med slutenvård, specialiserad öppenvård för någon psykiatrisk diagnos, eller primärvårdskontakt med förskrivning av psykofarmaka (Socialstyrelsen, *Kraftig ökning av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna*, 2017-12-13).

Som vi kan se har ökningen av antidepressiva medel varit som störst i förskrivningen till ungdomar, samma åldersgrupp där självmordsstatistiken har ökat. Finns det ett samband? Det är alltid svårt att utnämna ensidiga samband, men vi kan kanske konstatera att den mycket omfattande ökningen av receptförskrivningen knappast har löst ungdomarnas problem. Kan det vara tvärtom, att all psykofarmaka bidrar till ökningen? Jag återkommer till problematiken med ungdomar i kapitel 13.

Samtidigt ökar hela tiden sjukskrivningarna på grund av psykisk ohälsa. Den psykiska ohälsan utgör cirka 48 procent av alla pågående sjukskrivningar i Sverige.⁴ De senaste tio åren har antalet pågående sjukskrivningar för psykisk ohälsa mer än fördubblats – för tio år sedan var "bara" cirka 30 procent av alla sjukskrivningar orsakade av psykisk ohälsa. Mer

än hälften av landets sjukskrivna kvinnor, 52 procent, var i slutet av 2019 inte på jobbet på grund av en psykiatrisk diagnos. De vanligaste diagnoserna är olika stresstillstånd, depressioner och ångesttillstånd. För personer sjukskrivna i psykiatriska diagnoser tar det betydligt längre tid att

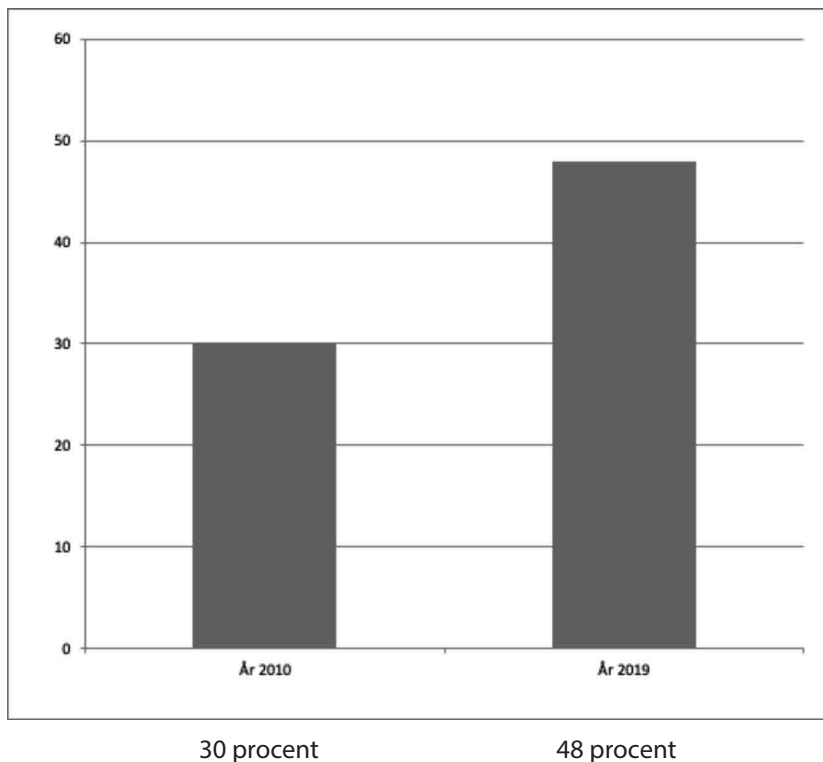
komma tillbaka i arbete, jämfört med genomsnittet för alla diagnoser. Psykiatriska diagnoser är därmed förknippade med de längsta sjukskrivningarna, längre än vid både hjärtkärl- och tumörsjukdomar. Jämfört med andra sjukdomar är det också vanligare med återfall i ny sjukskrivning för personer med psykiatriska diagnoser.

Alla kurvor fortsätter uppåt. När ska det sluta? Ska det bara fortsätta att stiga, år efter år? Vad är det som är fel? Man kan väl konstatera att något inte fungerar när medicinering och sjukskrivningar ökar så snabbt! Om alla piller var lika bra som en del av psykiaterkåren och läkemedelsindustrin hävdar, skulle väl sjukskrivningarna minska? Är det i stället tvärtom? Vad finns det för samband?

Man kan invända att denna utveckling beror på samhällsförändringar, som exempelvis ökade krav i arbetslivet. Samhället genomgår stora förändringar, många upplever ökad stress på många olika plan, inte bara i arbetslivet. De ekonomiska klyftorna ökar, fler lever i ekonomisk utsatthet och det kan vara svårt att få arbete och bostad. Inom många områden i samhället är det hård konkurrens och det är inte alltid lätt att vara den man vill på sociala medier. Men har psykiatrin varit

Om alla piller var lika bra som en del av psykiaterkåren och läkemedelsindustrin hävdar, skulle väl sjukskrivningarna minska?

Procentandel sjukskrivningar för psykisk ohälsa



Källa: Försäkringskassan.

särskilt behjälplig? Eller är det snarare så att psykiatrin som institution, själv har blivit en del av samma stressade samhällsmönster, där samtal och tid är en bristvara? Finns det risk att psykiatrin på sikt orsakar mer lidande, att psykiatrin snarast konserverar problemen, i stället för att hjälpa till att lösa dem?

Det finns ett mycket utbrett missnöje med psykiatrin. Våldigt många människor som är i kontakt med psykiatrin känner att de inte får den hjälp de själva eller deras anhöriga behöver. De upplever sig ofta lämnade åt sitt öde och bortglömda. Många vill ha kontakt med psykiatrin, men blir enbart hänvisade till en överbelastad primärvård.

Vi har hamnat i en situation där varken patienter eller personal trivs med psykiatrin. Bristen på behandlarkontinuitet blir bara större för varje år som går. Människor i alla personalkategorier blir uttröttade, flyr jobbet och kanske hyr ut sig i stället. Egentligen längtar både patienter och personal efter kontinuitet: att hinna lära känna varandra i en kontakt som varar över tid, att få möjlighet att bygga tillit och att låta det mänskliga mötet vara grunden till ett läkande som kan ske över tid. Men personalomsättningen är stor, inte minst på läkarsidan. Bidragande till detta är byråkratisk och politisk klåfingrighet, med ständiga omorganiseringar som många gånger tycks vara till för att lappa över och dölja en ständigt underliggande resursbrist. Men resursbristen skulle inte vara lika stor om behandlarna fick hålla på med det de vill, möta patienter i stället för att ständigt hålla på med dokumentation och andra byråkratiska pålagor.

Under mina år inom psykiatrin har jag sett ett återkommande tema: *Den stora svårigheten att erbjuda människor samtal. Samtal är psykiatrins stora bristvara.* Detta gäller oavsett vilken form av samtal det handlar om – långa kontakter, korta kontakter, stödsamtal eller psykoterapi. Den ofta upplevda omöjligheten att ordna samtal, som egentligen borde vara psykiatrins ledstjärna, skapar frustration i alla led. Frustrerade

patienter och frustrerade behandlare från alla personalkategorier.

Läkarrollen har krympt till att framför allt vara en förskrivare av recept och sjukskrivningar. Om man som läkare ser behovet av samtal hos patienten, är det ofta mycket svårt att ordna det. Läkaren har själv sällan tid att träffa sina patienter för längre eller regelbundna samtal, tiden slukas av medicinering, sjukskrivningar och byråkrati. Denna trend blir med åren bara värre, den accentueras av den höga personalomsättningen och hyrläkarproblematiken. Mina första minnen av att vara läkare inom psykiatri sträcker sig till slutet av 1980-talet. Det sägs att minnen förskönas med åren, men det är ändå mitt intryck att läkarrollen inom psykiatri på den tiden var mer mänsklig och gav mer utrymme för samtal och patientmöten. Det skrevs nog många recept även då, men det var trots allt färre, precis som med antalet sjukskrivningar. Det var vanligare än i dag att läkaren hade egna samtalskontakter.

Inte minst inom barnpsykiatri har läkarrollen de senaste 20 åren totalt förändrats. I början av 1990-talet skrev en barnpsykiater endast undantagsvis ut läkemedel – en vanlig tanke var att undvika medicinering av växande barn. På den tiden hade barnpsykiatern vanligtvis ett flertal egna samtalskontakter. Läkare inom barnpsykiatri hade också tid och möjlighet att med många klienter arbeta med fokus på psykoterapi, exempelvis familjeterapi, utan medicinering.

Det är läkare som har makten över psykiatri. Framför allt inom den tongivande akademiska psykiatri, Socialstyrelsen och SBU (Statens beredning för medicinsk social utvärdering). Det är det medicinska paradigmet som gäller. Men även lo-

kalt, inom den psykiatriska öppen- och slutenvården, är det ofta läkare som är chefer. Arbetet är organiserat utifrån ett synsätt att det är läkaren som är den viktigaste personen. Den "naturgivna" ordningen tycks vara att det är läkaren som ska ha det yttersta

Tiden räcker bara till en rundgång av recept, sjuk-skrivningar och intyg till alla hundratals patienter som ansvaret omfattar.

patientansvaret. I öppenvården leder detta förhållande till att hen är ansvarig för hundratals patienter, ofta upp till 300–400 vårdtagare på en mottagning. Det säger sig självt att läkaren inte kan komma ihåg alla sina patienter. I bästa fall får patienterna ändå en samtalskontakt med personal från någon annan yrkeskår, till exempel en kurator. Det kan handla om en gles stödkontakt. Ibland får patienterna ingen samtalskontakt alls, alternativt bara 3–5 samtal vilka sällan är tillräckliga. Läkaren själv har knappt någon patient alls i regelbundna samtal. Tiden räcker bara till en rundgång av recept, sjuk-skrivningar och intyg till alla hundratals patienter som ansvaret omfattar.

Allt detta innebär att läkarrollen är extremt utarmad. Läkaren är den personalkategori som har minst erfarenhet av samtal och psykoterapi, men ska samtidigt vara den som har det yttersta ansvaret för bedömningar, diagnostisering och medicinering. Denna brist på psykoterapeutisk erfarenhet förstärker det ensidiga medicinska synsättet. Det är en stor paradox: Varför ska makten inom psykiatrin ligga hos den yrkeskår som i sin roll får sämst möjligheter och erfarenheter att lära känna sina patienter? Dessutom har läkare och psykiatriker en minimal grundutbildning i psykiatri, cirka två

och en halv månaders kurs på läkarlinjen. Resten ska man lära sig genom att jobba. Möjlighet att för frågor och handledning kontakta äldre kollegor finns, men deras tid är begränsad. Man går sällan dubbelt, till stor del prövar man sig fram på egen hand. Under de första tjänstgöringsåren får man kanske några veckolånga kurser inom specifika områden, men de kan räknas på ena handens fingrar. Jämför detta med en psykolog som går en femårig utbildning med ständigt fokus på psykologi. Läkare kan förvisso ha erfarenhet av att inom sjukvården möta människor i kris, men det är ändå obegripligt att läkarna anses vara mästare på att psykologiskt bedöma hur människor mår. Anledningen till detta är förstas åter att det är det medicinska paradigmet som råder, det viktigaste anses vara att bedöma om det behövs någon medicin.

Detta har jag själv upplevt som ny inom psykiatrin, vid flera av mina första tjänstgöringar. Med enbart ovanstående korta psykiatrikurs i bagaget, blev jag ombedd att göra bedömningar av självmordsnära patienter. Systemet och hierarkin var uppbyggda på ett sätt som gjorde att erfarna psykologer, som hade jobbat i decennier inom psykiatrin, var tvungna att komma och be mig om en suicidbedömning. Om inte läkaren hade gjort det skulle det inte sett snyggt ut i journalen.

De vanligaste patientgrupperna har depressioner, ångesttillstånd samt stress- och utmattningstillstånd. De finns inom både psykiatrin och primärvården; många mår inte tillräckligt dåligt för att få komma till psykiatrin. På båda håll är det tyvärr vanligt att patienter enbart får piller, ofta antidepressi-

va med receptförnyelse en gång om året. Man erbjuds alltså några minuters läkarkontakt, en gång om året, och ett förnyat recept. Större än så är inte kontakten med vården. När man efter ett år ringer för receptförnyelse, är det ofta en ny läkare som skriver receptet, ibland efter bara ett telefonsamtal, ibland efter en träff på 15 minuter. Patienten vågar inte ändra på något och vården vågar inte heller; man har inte tid att titta närmare på alternativ. Jag har träffat ett stort antal patienter som uttryckt sitt missnöje med detta "system", om man nu kan använda det ordet. Våldigt många känner sig helt enkelt bortglömda. Många gånger glöms faktiskt patienterna helt bort i virrvarret mellan olika hyrläkare – alltmedan medicineringen rullar på. Problemet är att många fastnar i sin antidepressiva medicinering. Det försäkras att den inte är beroendeframkallande, men det är inte sant. Antidepressiva är inte fysiskt beroendeframkallande på samma sätt som till exempel bensodiazepiner (Stesolid, Sobril) eller alkohol. Vi är dock många med erfarenheten att ett fysiskt beroende finns, som visar sig i form av svåra fysiska symtom när man försöker avsluta medicineringen. För många är den uppenbart psykiskt beroendeframkallande. Misslyckade försök att utan stöd avsluta behandlingen, misstolkas av många som att man inte klarar sig utan medicinen.

En typisk kategori är patienter som har ätit antidepressiva i 10–15 år och som ett flertal gånger har försökt sluta medicinera. Varje utsättningsförsök ger ofta fysiskt mycket jobbiga utsättningsbesvär, dessutom är det inte ovanligt att känna sig nedstämd igen efter bara några veckor eller månader. Eftersom de här patienterna inte har fått någon hjälp att hante-

ra sina känslor, kan nedstämdhet upplevas som något mycket skrämmande och som något man inte kan ta sig igenom. Den långvariga medicineringen har lagt en kroniskt dämpande effekt på hela känslolivet och man är inte längre van att hantera intensivare känslor. Hjärnans synapser har anpassat sig efter farmaka. Ofta finns det en längtan att få känna mer, eftersom många upplever sig som känslomässigt inkapslade på grund av medicineringen. Men eftersom patienterna inte får någon hjälp att hantera ett intensivare känsloliv i samband med utsättning, återgår de ofta till att medicinera när jobbigare känslor gör sig påminda, känslor som har varit nedtryckta under mycket lång tid. Många människor sitter fast i denna rävsax, de försöker själva sätta ut medicinen, men klarar det inte. De kan uppleva sig känslomässigt stukade, kan inte längre gråta på bio eller har generellt svårt att uppleva starka känslor, även när de skulle vilja. Dessutom upplever över hälften av alla som medicinerar med antidepressiva att sexlusten och/eller den sexuella förmågan dämpas och försämras. För en del upphör sexlivet helt och hållet.

I linje med det rådande sättet att se på depression och medicinering har många patienter lärt sig att tolka försämring som "medicinbrist", eller kanske oftare "serotoninbrist". Om de i stället hade erbjudits psykoterapi eller åtminstone några reflekterande samtal, hade de kunnat få stöd att jobba sig igenom livets svårigheter utan piller. Vi har dessutom byggt upp en kultur med väldigt låg tolerans för att vi alla kan må dåligt i perioder. I stället för att avvakta och få hjälp av vänner eller professionella samtal, ska den psykiska smärtan snabbt dämpas. Vi tycks ha fått ett samhälle som inte anser

att man får må dåligt! Det har byggts upp en kollektiv kultur som innebär en rädsla för känslor, i alla fall om de är jobbiga. Det leder till att människor inte vågar känna det de faktiskt känner. Det bidrar även till en minskad förståelse för att känslor är ofarliga och att man faktiskt inte går under av

**Misslyckade försök
att utan stöd avsluta
behandlingen, misstolkas
av många som att man
inte klarar sig utan
medicinen.**

att känna dem, även om de för stunden kan vara mycket jobbiga. Jag vill inte förringa det lidande som många kan uppleva, men vi har glömt bort hur man tar sig igenom jobbiga känslor och att de – i de allra flesta fall – så småningom minskar i styrka, förutsatt att vi verkligen vågar följa dem och känna dem så långt vi förmår. Om vi däremot undviker känslorna, flyr dem eller genast börjar dämpa dem med mediciner, har de en tendens att återkomma gång på gång. Piller har tyvärr blivit den enklaste lösningen, den vi tar till i stället för att ta reda på orsakerna till att vi mår dåligt. Psykiatri har mycket starkt bidragit till denna kultur, som på sikt underminerar den egna förmågan att ta sig igenom de livskriser som vi alla får uppleva i livet.

Visst görs det också bra saker inom psykiatri. Det förekommer faktiskt psykoterapier. Gedigna psykologutredningar görs. Det finns bra arbetsterapi, sjukgymnastisk och kroppsterapi samt mycket mer. Många behandlare försöker trots de snäva ramarna att på ett kommunikativt och reflekterande sätt arbeta med patientens livshistoria och aktuella sociala situation. Men det är tyvärr bara en mindre del av alla behövande som får ta del av det som trots allt fungerar.

Som läkare är det minst sagt utarmande att bli reducerad till en recept- och sjukskrivningsautomat. Ofta verkar det även som om journalerna har blivit viktigare än patienterna. Under 1990-talet byråkratiserades dessutom hela sjukvården alltmer, det blev mindre tillit och mer kontroll. I ett repressivt kontrollsystem blir till sist det viktigaste för varje behandlare att "hålla ryggen fri", det vill säga att se till att allt ser bra ut i journalen, att ingen kan säga att man har missat något. Att journalen ser okej ut har många gånger blivit viktigare än hur patienten mår. Jag tror inte att någon enskild behandlare vill ha det så, men systemet driver det i den riktningen.

De specialiteter där det råder störst brist på läkare är psykiatri och allmänmedicin. Även allmänläkare jobbar mycket med psykiatri. Man räknar med att cirka var tredje patient som besöker primärvården har ett psykiskt lidande, siffran är kanske högre om man räknar in psykosomatiska besvär som exempelvis smärta och värk, magproblem, högt blodtryck och andra stressrelaterade åkommor. Psykiatriska diagnoser är de vanligaste vid sjukskrivning. Allmänläkarna har det förmodligen ännu mer stressigt än kollegorna på de psykiatriska mottagningarna, eftersom allmänläkare har ännu mindre tid för samtal med sina patienter. Det är nog ingen slump att läkarbristen är störst bland allmänläkare och psykiatriker, de specialiteter som blivit mest hyrläkarberoende. Den ensidiga rollen att expediera recept och sjukskrivningar på löpande band, utan att ha tid att egentligen möta sin patient, är oerhört frustrerande. Liksom att vara reducerad till expeditörsrollen, men samtidigt av omgivningen förväntas ha svar på alla frågor. Patienten har förväntningar, Försäkringskassan

och mottagningen har förväntningar och inte minst regionen (det som förut benämndes landstinget) har "produktionsförväntningar" (ja, det är ordet "produktion" som faktiskt används här i *new public managements* tidevarv).

En annan syn på psykiatri, med betydligt mindre farmaka och mycket mer samtal eller psykoterapi, skulle även gynna läkarna, göra deras arbete mer spännande och mindre stressfyllt. Det behövs fler psykoterapeuter på vårdcentralerna, både där och på de psykiatriska mottagningarna skulle andra yrkesgrupper kunna ta över en hel del av det ansvar som ligger hos enbart läkarna. Kan exempelvis inte andra legitimerade yrkesutövare också få sjukskriva: psykologer, psykoterapeuter, socionomer, sjuksköterskor och sjukgymnaster? Ofta vet de mycket mer om de aktuella patienterna än vad läkaren gör, som bara hunnit träffa dem ytterst kort tid, som en i maskineriets stora mängd.

Det är alltför vanligt att patienter träffar en ny läkare vid varje återbesök, både på vårdcentral eller psykmottagning. Detta bidrar förstås också till medikaliseringen, det finns ingen läkare som känner patienten och hens livshistoria. Ständiga omorganisationer och ägarbyten av mottagningar bidrar också. En vanlig upplevelse är ny läkare, ny diagnos och nya mediciner. Det kan också leda till att man till slut sitter med en lång medicinlista, nya farmaka sätts in, få tas bort. Detta utgör en uppenbar risk för både den psykiska och fysiska hälsan.

De flesta önskar någon form av samtal, en person som lyssnar. Man vill möta en människa att bolla tankar och känslor med, även om det kan vara jobbigt. De flesta vill bli sedda

i en annan människas ögon när de pratar om det svåra i livet och få respons, inte bara höra att tabletten x eller y passar bra nu. Det är helt enkelt mer humant att satsa på samtal och lyssnande, jämfört med dagens fokusering på psykofarmaka.

Vi har fått en till stora delar avhumaniserad och mekaniserad psykiatri. Diagnoser ställs som om man ska fylla i en tipskupong – klarar du fem av åtta kriterier, varsågod så har du din diagnos. Psykiatrins stora bristvara reflekterande samtal – är satt på undantag.

Var ligger ansvaret för förfallet? Var ligger ansvaret för det lidande som så många människor utsätts för?

- Förskrivningen av psykofarmaka har sedan 1990-talet ökat mycket dramatiskt, i synnerhet bland barn, ungdomar och unga vuxna.
- De senaste 10 åren har antalet sjukskrivningar för psykisk ohälsa mer än fördubblats.
- Antalet självmord bland unga vuxna ökar sedan mitten av 1990-talet med cirka en procent per år.
- Det finns ett utbrett missnöje med psykiatrin, både bland personal och patienter.
- Allt fler människor fastnar i mycket långvarig medicinering med antidepressiva mediciner, över decennier. Många försöker avsluta läkemedelsbruket, men misslyckas.
- Vi har fått en mekaniserad psykiatri där samtal har blivit den stora bristvaran.

*"En debattbok om psykiatrins brister och möjligheter,
personligt, mångsidigt och tankeväckande."*

BJÖRN WRANGSJÖ

docent i barn- och ungdomspsykiatri

För alla de människor som söker sig till psykiatrin borde det vara en rättighet att få samtala om sitt inre när själen lider.

Det är alltför lätt att få ett recept, men svårare att få samtalsstöd eller psykoterapi. Patienter möts av en medicinfixerad och överbelastad organisation som riskerar att behandla den ofta sårbara individen som en maskin.

Som nybliven psykiater ville *Johan Stiernstedt* lära känna sina patienter. Han upplevde snart att han snarare hade blivit en del av ett system där samtalen mest kom att handla om medicinering, biverkningar och sjukskrivningar. Känslor, tankar och samtal om livssituationer hade blivit satta på undantag.

Idag åter var sjätte svensk psykofarmaka, konsumtionen ökar lavinartat. Samtidigt sker en lika kraftig ökning av sjukskrivningar för psykiatriska diagnoser. Antalet självmord bland unga vuxna ökar stadigt sedan många år, inom denna grupp har också psykofarmakakonsumtionen ökat allra mest. Är detta verkligen en rimlig utveckling?



FOTO: Lena Hammar

Johan Stiernstedt är psykiater och leg. psykoterapeut. Han har länge arbetat som överläkare inom psykiatrisk öppenvård. De senaste tio åren har han huvudsakligen varit verksam som privatpraktiserande psykoterapeut. Boken grundar sig på hans erfarenheter från de bägge yrkesrollerna.



**Förlagshuset
SILJANS MÅSAR**
www.siljansmasar.com

ISBN 978-91-88939-20-3



9 789188 939203