

BP, BPD, ADHD... om komplex diagnostik och en integrativ psykiatri. En fallbeskrivning

Detta är ett sammandrag av ett föredrag som vi höll i januari 2009 när SPF-ST hade sin årliga konferens i Gimo. Det är också frukten av många och långa diskussioner som vi har fört runt diagnostik och frågeställningar omkring enskilda patienter utifrån våra olika intressen för samma grupp av patienter.

Som läkare tränas man ständigt att pröva och ompröva sina bedömningar. Vi lär oss sortera och hantera information från många olika källor: laboratorieprover, röntgenundersökningar, anamnesupptagning, anhörigas beskrivningar, psykiatrisk status och bedömning och så vidare. Det är anmärkningsvärt att vi överhuvudtaget kan komma i närheten av varandra när vi gör våra bedömningar. Inom psykiatri blir det än mer tydligt att vi är helt beroende av den information vi söker efter och det vi får veta av patienten och andra. Det är få, om ens några, tillstånd som vi kan diagnosticera med hjälp av "objektiva" tester. Med nedanstående fall exempel vill vi illustrera hur en patient kan beskrivas utifrån olika utgångspunkter beroende av vilket utkikstorn vi klättrar upp i. Det kommer framför allt att handla om tre diagnoser: Bipolärt syndrom (BD), borderlinepersonlighetsstörning (BPD) och ADHD. Samsjukligheten är hög vid dessa och kliniskt kan de vara svåra att skilja åt, samtidigt som de erbjuder specifika behandlingsmöjligheter.

Bipolärt syndrom har, snålt räknat, en prevalens på cirka 1 % i befolkningen. Av dem som får diagnosen bipolärt syndrom har 85 % ADHD, och hos vuxna med bipolärt syndrom har 30 % barndoms-ADHD. Hos vuxna med bipolärt syndrom har 30% borderlinepersonlighetsstörning.

Prevalensen för borderlinepersonlighetsstörning i befolkningen är också ca 1 %. 41,5 % av dem som har BPD har barndoms-ADHD och ca 25 % har samtidig bipolärt syndrom (Rydén, opubl).

ADHD är vanligt, prevalensen är ca 4 % i den vuxna befolkningen. 55% av de som kommer till neuropsykiatrisk utredning i vuxen ålder har borderlinepersonlighetsdiagnos och 20% har bipolärt syndrom.

Det handlar således om en betydande samsjuklighet.

Vi vill genom detta patientexempel diskutera de svårigheter som uppstår när man möter en patient som har en komplex problematik och hur man kan möta detta. Patienten är påhittad, men inte på något sätt ovanlig. Och vi vill också redan nu poängtera att ingen av de diagnoser vi kommer fram till är felaktig. Däri ligger själva kärnan i diskussionen. Tanken är att patienten som vi kallar Jeanette blir remitterad till tre instanser samtidigt och utreds på dessa olika ställen. Remissen är densamma.

Remissen

Jeanette är 28 år gammal. Hon har pojkvän och är sjukskriven sedan 2 år tillbaka. I remissen framkommer att modern haft återkommande depressioner. Föräldrarna är skiljda. Pappa försvann tidigt. I 16-årsåldern blev hon utsatt för en gruppvåldtäkt. Patienten skolkade mycket men gick ut årskurs 9 med godkända betyg. Patienten har haft mycket problem med svängningar i stämningsläget, hon har av och till haft suicidtankar och gjort några suicidförsök och även skurit sig. Första depressionen, i 16-årsåldern, behandlades med SSRI. Detta hjälpte dock inte särskilt väl. Det finns vissa ätstörningsproblem, och överklighetskänslor finns. I perioder har hon haft en klar alkoholöverkonsumtion och hon

uppfattas som impulsiv. Hon har haft BUP-kontakt och vuxenpsykiatrisk kontakt sedan 18 års ålder som innefattat stödkontakt en gång per vecka i 18-19 års ålder, KBT pga. panikångest vid 22 års ålder vilket ledde till minskad panik, samt en psykodynamisk individuell psykoterapi vid 25-27 års ålder. Det var skönt att prata men hjälpte inte särskilt enligt patienten. Hon blev misshandlad av en äldre man som hon hade en längre relation med i sena tonåren. Under 2 år hade hon en stabil relation med en lugn och omhändertagande kille, men det tog slut för några år sedan. Patienten har haft olika ströjobb men aldrig riktigt kunnat etablera sig på arbetsmarknaden. Hon har också haft flera längre utlandsvistelser som hon finansierat genom att arbeta sig fram.

På den affektiva mottagningen

På den affektiva mottagningen görs en strukturerad intervju där följande kommer fram:

Vad det gäller sjukdomar i familjen framkommer att modern är sjukskriven sedan många år på grund av depression, en syster har bipolärt syndrom. Pappa har ett alkohol- och spelmissbruk och brodern sitter i fängelse efter en misshandelsdom. Det framkommer att föräldrarna skiljdes då patienten var 5 år gammal. Gruppvåldtäkten ägde rum under alkoholpåverkan på en fest och hon har blivit sexuellt utnyttjad vid ett flertal under tonåren. Modern flyttade med barnen ett flertal gånger och det var i samband med detta som patienten insjuknade första gången i 13 års ålder i vad som ter sig som en depression. Hon uppfattades som skoltrött och fick stöd i skolan. Hon sov mycket och hade ingen aptit. Det hela bedömdes som ätstörning och patienten fick samtalskontakt och familjesamtal runt detta på BUP. Så småningom hämtar hon sig och kan få godkända betyg i årskurs 9. Något senare är det nya familjesamtal, denna gång på grund av broderns våldsamhet. När patienten är 16 år gammal åker hon på en språkresa till England. Det är mycket festande, hon är uppe hela nätterna, hon är aldrig trött och hon tycker att de andra är ”tråkiga”. Hon blir under denna resa utsatt för en gruppvåldtäkt på en pub i utkanten av London. Efter hemkomsten går hon ned i en djup depression och gör sitt första allvarliga suicidförsök med tabletter. Detta leder till ny kontakt med BUP och SSRI sätts in som rätt snabbt har god effekt. Hon har sedan perioder av väldigt hög aktivitet, från några dagar till någon vecka. Under dessa perioder kan hon dra på sig skulder. Alkoholkonsumtionen ökar och hon upplevs som impulsiv – hon har provat en mängd olika droger fram till 25 års ålder. Detta följs av ganska långa perioder av passivitet. Vikten går upp och ned. När hon är deprimerad blir hon initiativlös, sover dåligt, får svårt att koncentrera sig. Hon får inget gjort, drar sig undan och upplever också överklighetskänslor. Hon har skurit sig själv flera gånger och försökt ta livet av sig med tabletter, ofta har detta varit i perioder när hon känner sig både uppvarvad och nedstämd på samma gång. Hon har provat en rad mediciner genom åren: Zoloft, Fontex, Efexor, Remeron, Cipralax, Cymbalta, Oxascand, Imovane, Stilnoct, Zyprexa, Fluaxol, Nozinan och Propavan. Vad gäller relationer har hon haft flera tillfälliga relationer, framför allt under sina utlandsvistelser.

Sammanfattningsvis bedöms det hela som ett bipolärt syndrom som troligen debuterat i 13-årsåldern. Det som uppfattades som anorexi var sannolikt led i en depressiv episod, hon hade sömnsvårigheter och klarade inte skolgången. Vid 16 års ålder finns symtom som talar för en manisk episod; hon är utlevande, har flera sexuella kontakter, hög alkoholkonsumtion, blir mer utåtriktad och utsätter sig för fara. Detta åtföljs av en depression som nu identifieras. Hon har därefter flera episoder av svängande stämningsläge som möjligen snarast accentueras av det frekventa förskrivandet av antidepressiva läkemedel. Överklighetskänslor är svåra att karaktärisera men förekommer i perioder av mixed state. Det är också då hon blir mer suicidal. Det finns stöd för diagnosen genom ärftlighet: modern har en återkommande affektiv sjukdom, fadern har spelmissbruk som kan vara uttryck för bipolär sjukdom och broderns kriminalitet går att förstå som en icke-identifierad affektiv sjukdom. Systemen har

diagnostiserat bipolärt syndrom.

Vad vinner man med att ställa en bipolär diagnos?

1. Patienten kan få adekvat medicinering. Eftersom perioder av hypomani/mani kan identifieras kommer större vikt att läggas på stämningsstabiliserande medicinering med litium, eventuellt i kombination med antiepileptiska läkemedel istället för antidepressiva. På det viset kan svängningarna förhoppningsvis hejdas.
2. Patienten kan genom psykopedagogiska insatser få en större förståelse för sitt fungerande vilket kan ge henne skäl att upprätthålla fastare rutiner och vidmakthålla sociala rytmer. Genom att lära sig känna igen tidiga symtom kan hon också söka hjälp i tid.

Vad kan man gå miste om?

Diagnosen känns knappast helt "klockren". Svårigheter mellan skoven blir inte adresserade och det är svårt att få en djupare förståelse för "utlösande" faktorer och hur hon fungerar, inte minst i relationer. Patienten riskerar att bli en "svår"/"trasslig" bipolärpatient.

På borderlinemottagningen

Även på borderlinemottagningen görs en strukturerad utredning även om de instrument som används delvis skiljer sig från ovanstående. Herediteten går igenom precis som på den affektiva mottagningen.

Samtal förs med modern. Hon berättar att Jeanette hade mycket temperamentsutbrott som liten. Det blev mycket konflikter på dagis även om hon var omtyckt av sina kamrater. Mamma uppfattade henne som envis och svårstyrd. Hon fick alltid höra att hon var väldigt begåvad men hade svårt att leva upp till krav som ställdes på henne. Hon älskade att vara i stallen. Där sov hon över, där hade hon sina närmaste vänner. Under tonåren blev hon alltmer bångstyrd. Mamma upplevde att hon tappade kontrollen över Jeanette när hon blev 16 år, efter språkresan till England. Mamma blev deprimerad efter det och Jeanette började komma hem berusad, började röka, umgicks med flera år äldre killar.

Jeanette berättar själv att föräldrarna skiljdes efter pappa misshandlat mamma. Mamma träffade flera nya män, hon drack mycket även om hon aldrig erkände detta eller sökte hjälp för det. En styvpappa var väldigt bra för henne och fanns med under några år. Senare gjorde en ny pojkvän till modern sexuella närmanden. Under språkresan till England blev hon utsatt för en gruppvåldtäkt. Hon var så berusad att hon nästan inte minns någonting. Hon blev senare sexuellt utnyttjad vid flera tillfällen under tonåren.

Under de tidiga skolåren trivdes Jeanette i skolan, hon var aktiv och nyfiken. Detta förbyttes i skoltrötthet i årskurs 8 och hon klarar inte att fortsätta i gymnasiet. Upplevde att hon inte klarade att leva upp till alla krav. Hon ställde alltid upp för andra men har alltid haft svårt att lita på andra vilket gjort det väldigt svårt att be andra om hjälp när hon har haft det jobbigt.

Jeanette har alltid haft dåligt självförtroende och hon har ofta haft tomhets känslor. Livet är inte roligt och hon har haft självmordstankar sedan hon var 9 år gammal. Dessa tankar tilltar vid stress och när hon hamnar i konflikt med andra. I 13 årsåldern hade hon kontakt med BUP men familjesamtalen som fördes kom nästan uteslutande att handla om moderns relationsproblem. När familjesamtalen upptas igen kommer de att handla om broderns våldsamhet och hon har tagit det som intäkt för att ingen egentligen intresserar sig för henne själv. Gruppvåldtäkten väckte våldsamma skamkänslor eftersom hon kände sig delaktig i det som skedde. Hon kände äckel inför sin kropp och hon började skada sig när ångesten blev alltför intensiv. När hon fick kontakt med BUP igen hade hon lärt sig sin läxa och valde att

tala om symtomen snarare än vad hon varit med om. Hon kände också att hon fick ganska god hjälp av den antidepressiva medicin hon fick, framför allt minskade hennes irritabilitet. En relation med en äldre kriminell man leder till en rad svårigheter: hon blir gravid, gör abort, börjar arbeta i kassan på Konsum, men kommer i konflikt med chefen och får sparken. Mannen får henne att låna pengar som han sedan försnillar vilket gör att hon idag fortfarande har kontakt med kronofogden. När hennes stämningssvängningar går igenom mer noggrant finns ett mycket nära samband mellan dessa och kriser som uppstått i relationer. Utlandsresorna fungerade ofta som en slags flykt från avslutade relationer. De var väldigt sällan planerade resor.

Jeanette påbörjade en mer insiktsbetonad psykoterapi när hon var 25 år gammal, men denna terapi förvandlades ganska snart till en mer stödjande, krisorienterad kontakt eftersom hennes liv hela tiden fylldes av akuta kriser. Mot slutet uteblev hon allt oftare från terapin som till slut avslutades eftersom man uppfattade att hennes motivation brast. Hon påbörjade istället en relation med en kille som hon uppfattade som "lugn" och omhändertagande. Han tog hand om hennes mediciner för att förhindra intoxicationer. Samtidigt skar hon sig alltmer under denna relation och hon intoxikerade sig så fort hon fick möjlighet därtill. Hon förstod aldrig vad han ville ha ut av deras relation. "Män vill bara en sak" enligt Jeanette och utifrån hennes berättelse framkommer att hon tenderar att sexualisera alla relationer till män. Hon är också snabb att bedöma andra.

Sammanfattningsvis framkommer ett mönster av otrygga uppväxtförhållanden med många flyttar, många tillfälliga män i huset och en mamma som är deprimerad och alkoholiserad. Fadern är frånvarande. Även om det inte framkommer någon helt entydig övergreppshistoria under barnaåren verkar det ha varit luddiga gränser och ramar i familjen. Brodern är kriminell, pappa är frånvarande och patienten får ett bryskt sexuellt uppvaknande. När hon hamnar i kris reagerar modern med att bli deprimerad. Patienten ger uttryck för identitetssvårigheter med svårigheter att planera sin framtid, låg självkänsla och problem i relationer som karaktäriseras av konflikter och separationsrädsla. Hon har stannat i destruktiva relationer där hon blivit utnyttjad. Hennes desorganiserade anknytningsmönster leder till dessa svårigheter vilket också blir tydligt i den längre relation hon hade med den "lugna" killen, då hennes impulsivitet och självskadande beteende accelererade. Självskadande beskriver hon också som ett effektivt sätt att hantera outhärdliga känslor "eftersom det inte finns någon hjälp att få".

Vad gäller ärftlighet finns ett borderlinefungerande antytt hos modern. Broderns kriminalitet med impulsivitet och aggressivt beteende stämmer väl in i bilden av manlig borderlineproblematik.

Vad vinner man med en borderlinediagnos?

Patienten kan med denna diagnos erbjudas en mer målinriktad och strukturerad psykoterapi, både individuellt och i grupp, där man kan adressera hennes relationssvårigheter både till sig själv och till andra. Hon kan få hjälp att snabbare återupprätta sin mentaliseringsförmåga när denna kollapsar vilket kan ersätta det självskadande beteendet. Det kan också bidra till ett ökat agenskap, "empowerment". Psykoterapin kan fokuseras kring alliansbrott vilket på sikt kan öka tillit och compliance också till andra behandlingsinsatser som medicinering och annat stöd.

Vad kan man gå miste om?

Om behandlingen bara innefattar psykoterapi så kommer man inte att kunna ge adekvat medicinering. Man bortser också från de svårigheter i kognitiva funktioner som kan finnas med, med risk att man uppfattar henne som dåligt motiverad och undvikande i sitt beteende när kraven ökar.

På den neuropsykiatriska mottagningen

Slutligen får denna kvinna, relativt slutkörd av alla utredningar och intervjuer nu träffa personal på den neuropsykiatriska mottagningen. Här görs återigen en rad frågeformulär tillsammans med en noggrann intervju med modern, denna gång med fokus på patientens kognitiva funktioner som barn. Vad som nu framkommer när man specifikt frågar är att systemen som har ADHD.

Modern berättar nu att hon började gå tidigt. Man fick alltid hålla ögonen på henne. Hon verkade orädd inför farliga situationer. Mamma uppfattade henne som nyfiken och kavat men hon hade mycket temperamentsutbrott som liten, det blev konflikter på dagis, även om hon var allmänt omtyckt av de flesta. Hon var envis och svårstyrd hemma vilket ledde till mycket konflikter. I perioder var hon svår mot syskonen. Hon var rörig, tappade bort saker, kom inte igång med skolarbete. Hon hade svårt att sitta ner och fokusera om hon inte var väldigt intresserad. Hon var alltid ute i sista sekunden. Mamma fick alltid höra på utvecklingssamtal att Jeanette var väldigt begåvad: "om hon bara hade ansträngt sig lite..." Hon hade svårt att sitta kvar vid matbordet och hon gillade inte att läsa. Under tonåren blev Jeanette väldigt bångstyrig, humöret gick upp och ned, hon var olycklig, hamnade ofta i strul och konflikter med lärare, till och med polis. Mamma anade att hon hade vissa problem med alkohol och hon började röka och umgicks med flera år äldre killar. Problemen i skolan ökade också tills hon avbröt gymnasiestudierna.

Jeanette berättar att hon uppfattade att mamma också hade stora svårigheter att hålla ordning hemma och hade svårt att ta tag i saker som måste åtgärdas. Hon flyttade ofta och hon uppfattade sin mamma som rastlös. Pappa beskriver hon som spänningssökande, ständigt på gång, även om hon nästan aldrig lyckades få kontakt med honom.

I skolan fick Jeanette stödundervisning på grund av svårigheter med matematik. Hon hade svårt att koncentrera sig på lektionerna om hon inte var intresserad och dagdrömde mycket. I årskurs 8 började hon skolka. Detta fångas upp av skolan som med hjälp av stödundervisning i mindre klass kan hjälpa henne till godkända betyg. Hon missar gymnasiet och gör flera försök senare att börja på Komvux men klarar inte att slutföra några kurser.

Självförtroendet växlar och utöver det som tidigare framkommit kan hon berätta att hon ofta tycker att andra är "tråkiga". Detta har lett henne att pröva en mängd droger, men till skillnad från sina kompisar blev hon snarast helt lugn av amfetamin, som hon uppfattat som "sin drog". I perioder har hon också tagit mycket Treo.

Jeanette har alltid haft lätt att bygga nya relationer, hon uppfattas som charmig, rolig att vara med. "Det händer alltid något när du är med", har hon fått höra. Och hon kan hålla med om att det är så. Hon har aldrig klarat att ta sina mediciner som ordinerat eftersom hon glömmer eller tar för mycket på en gång.

Vad det gäller arbete så har det ofta handlat om korta anställningar, ofta serviceyrken eftersom hon har lätt att tala med andra. Hon jobbar ofta intensivt i perioder.

Ur Brown ADD framkommer: Det framkommer att hon alltid har missat väsentlig information när hon sitter i samtal på möten, hon har svårt att fokusera när hon läser, tappar tråden, får läsa om samma sak flera gånger. Hon skjuter på saker som hon borde göra, glömmer att betala räkningar, har svårt att komma ihåg tider, tappar ofta bort mobiltelefon och nycklar. Det är väldigt rörigt hemma, har svårt att göra saker som är tråkiga, som t ex disk. Har svårt att hålla budget, impulsköper gärna. Har kort stubin, är stresskänslig, varvar

upp när det är mycket människor omkring henne, rastlös inombords och har svårt att varva ner. Hon har lätt att fastna i ältande.

Det framkommer sammanfattningsvis ett mönster som vid ADHD med tidiga regleringssvårigheter som kan spåras till förskoleålder med avseende på

1. Aktivitet – patienten kan fastna, få svårt att avsluta eller får svårt att komma igång. Varvar upp sig för att komma igång och kan då fastna på för hög aktivitetsnivå.
2. Uppmärksamhet – roliga saker är lätta, tråkiga är svåra, dagdrömt mycket
3. Impulsivitet – oplanerade, riskfyllda aktiviteter. Söker ”kickar”.
4. Affekter – lättväckt aggressivitet, mycket svängande stämningsläge även under samma dag.

Hon har alltid haft svårt att organisera och planera sin tillvaro vilket leder till kaos. Hon uppfattas som stresskänslig och har svårt att sköta ekonomi och vardagliga göromål. Hon är sannolikt normalbegåvad men skulle man göra en neuropsykologisk testning skulle detta sannolikt visa på en ojämn begåvningsprofil som också kan förklara hennes växlande självförtroende i olika situationer.

Vad vinner man med en ADHD-diagnos?

- Patienten kan få en sammanhängande bild av sig själv genom livet, som ökar förståelsen för hur hon fungerar idag.
- Centralstimulerande medicinering blir möjlig att pröva
- Hon kan få hjälp att hitta strategier i vardagen för att underlätta funktionsnedsättning (god man, boendestöd, mobiltelefon med kalender etc.)

Vad kan man gå miste om?

- Med otillräcklig stämningsstabilisering kan CS-behandling riskera att öka de affektiva svängningarna. Stämningsstabilisering måste komma först.
- Oidentifierade anknytningssvårigheter kan leda till problem i relationen med patienten, som fortsätter att vara en ”besvärlig patient”.

Slutligen...

I beskrivningen ovan kan man använda sig av några ledtrådar i diagnostiken:

- Regleringssvårigheter av exempelvis aktivitetsnivån/uppmärksamhet/affekter sedan barndomen - ADHD
- Sammanhängande perioder av minskat sömnbehov och markant högre aktivitetsnivå (ibland följt av nedstämdhet) – bipolärt syndrom
- Ökade affektiva symtom med tydlig koppling till relationer, särskilt övergivande/närhet, samt låg självkänsla och tomhets känslor - BPD

Förhoppningsvis blir det också tydligt hur betydelsefullt det är att man gör en samlad bedömning:

- Rätt medicinering (stämningsstabilisering OCH centralstimulantia) minskar kaos och gör patienten mottaglig för psykoterapi.
- Psykoterapi med fokus på relation och mentalisering, både om sig själv och andra, ökar förutsättningarna för allians (och compliance för medicinering)
- Medicinering och psykoterapi ökar förmågan att tänka över vad man själv och andra känner

- Stabilitet och meningssammanhang ökar känslan av agentskap, att kunna påverka sitt liv och sin situation
- Affektregleringen förbättras

Detta kräver emellertid en doktor som kan stå ut med och hantera multipla perspektiv och komplexitet, som kan prioritera; rätt sak i rätt ordning och som är flexibel nog att tänka om när det behövs.

Vi har använt begreppet mentalisering ett antal gånger utan att riktigt beskriva vad som avses med detta. Mentalisering är en förmåga som vi utvecklar om vi inte blir alltför påverkade av otrygghet och trauman och om vi föds till världen utan att de kognitiva processer som denna förmåga kräver inte är alltför komprometterade. Att mentalisera

... innebär att göra egna och andras handlingar begripliga utifrån bakomliggande mentala avsikter, som önsknningar, känslor och föreställningar.

... innebär att ge erkännande åt att det som finns i sinnet, finns i sinnet.

... kan vara explicit eller implicit, det vill säga mer eller mindre uttalad eller outtalad för sig själv och/eller andra.

... handlar om dåtid, nutid, framtid.

Uttryckt i helt enkla ord kan man säga att det handlar om att kunna se sig själv utifrån och andra inifrån. Patienter är väl betjänta av att bli bättre på att mentalisera eftersom det hjälper honom/henne att ta till sig och förstå de förklaringsmodeller och diagnoser som erbjuds samt att bättre hantera och fungera i relationer med sig själv och andra. Men även psykiatern behöver sin mentaliserande förmåga för att kunna hålla flera perspektiv igång samtidigt samt att kunna lyssna på andras bedömningar och arbeta i team. Detta utesluter inte på något sätt att man kan ha beslutskapacitet – tvärtom: eftersom beslutsunderlaget kan öka ger det en grund för bättre och bredare beslut.

Det finns några illa dolda ”take home messages” i detta:

- Utred i rätt ordning
- Ta med utvecklingsperspektivet
- När behandling inte hjälper – bredda diagnostiken, ta hjälp av fler
- Det behöver inte vara antingen - eller utan oftare både - och

Våra diagnossystem är inte perfekta och kommer aldrig att bli. Detta exempel illustrerar ett möjligt perspektiv att kanske snarare se till mindre entiteter av symtom som sedan kan sättas ihop för varje enskild patient vilket gör att behandling och prognos kan bli mer skraddarsydd. Det finns visst stöd för detta i den forskning som idag försöker att identifiera olika endofenotyper. Dessa kan sedan sättas samman till större enheter, som vi idag beskriver som olika diagnoser. Detta kan vara en väg ut ur det trask av samsjuklighet som vi annars ständigt riskerar att sjunka ner i. Ett sådant perspektiv skulle i så fall vara en del av en integrativ psykiatri som kan använda forskningsresultat och behandlingsstudier användbara för alltfler patienter, även ”de besvärliga”.

Eleonore Rydén, överläkare, doktorand

Göran Rydén, överläkare, leg psykoterapeut, sektionschef

Båda vid Affektiva sektionen, Norra Stockholms Psykiatri, Stockholm