

# Lena Nylander, ny hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen

**Att jag valde psykiatrin var en slump, eller rättare sagt att jag hamnade i en situation där jag kom i kontakt med patienter med schizofreni, som väckte ett starkt intresse hos mig. Jag hade tänkt bli narkosläkare och försökte t.o.m. aktivt att slippa AT i psykiatri eftersom jag var ointresserad. Men det gick inte, och genom olika tillfälligheter hamnade jag på professor Eberhard Nymans avdelning på S:t Lars sjukhus i Lund 1975.**

Där fick jag många tillfällen till långa samtal med patienter med schizofreni, och blev fascinerad och nyfiken av att patienterna hade så uppenbart bisarra och verklighetsfrämmande föreställningar och upplevelser, samtidigt som de på ett annat plan fungerade och resonerade lika vettigt som vem som helst. Jag tyckte också att det var givande att samarbeta med personal som ifrågasatte mina beslut, och på så vis fick mig att reflektera över och motivera mina bedömningar och ordinationer. Det hade jag inte varit med om i somatiken. Efter 3 månader på den psykiatriska avdelningen ändrade jag inriktning och bestämde mig för psykiatrin, och återkom som underläkare hos professor Nyman i början av år 1976. Under min utbildningstid hade jag fortsatt mycket goda möjligheter att följa och tala med patienter med psykossjukdom, och också patienter med många andra psykiatriska tillstånd och sjukdomar. Kontinuiteten var mycket bättre då än nu, vilket var bra för patienterna men också för en läkare under utbildning eftersom förloppet är så viktigt att ha med i sin diagnostik. Man var också mycket mer frikostig med inläggning, vilket gjorde att man som underläkare fick tillfälle till samtal med och observationer av patienter, även med förhållandevis lindriga tillstånd.

Fortfarande tycker jag att psykossjukdomar är mest intressant i psykiatrin, och jag gläder mig åt att jag fick möjlighet att delta i översättningen av EASE (Examination of Anomalous Self Experiences) till svenska. Det som beskrivs i EASE, det fenomenologiska förhållningssättet, sluter lite grand cirkeln för mig – det var så jag fick lära mig att förstå psykopatienter på S:t Lars på 1970-talet. Det är roligt att det verkar finnas ett ökande intresse för fenomenologi, och för EASE.

Eftersom schizofreni ofta för med sig kognitiva funktionsnedsättningar, och då schizofreni drabbar många som har intellektuella funktionsnedsättningar började jag intressera mig för kognitiva funktioner och (när jag under 1990-talet var sektorschef) för hur vi tog emot patienter med utvecklingsstörning i psykiatrin. Inte minst handlade det om hur vi samarbetade med personal i omsorger/kommun kring dessa patienter som ofta hade nedsatt beslutsförmåga. Fortfarande är detta ett problem.

Att min son 1992 fick autismdiagnos gjorde att jag blev intensivt intresserad av autism. På den tiden fanns det så lite skrivet, särskilt om vuxna, att det inte var så svårt att läsa den

väsentliga litteratur som fanns och åka på de viktiga konferenserna. Jag kom på så sätt tidigt i kontakt med ledande kliniker och forskare, i Sverige och i England och USA, som stöttade mig i att ägna mig åt forskning om autism och andra kognitiva funktionsnedsättningar hos vuxna. Men eftersom jag aldrig klarat att lämna det kliniska arbetet under någon längre tid tog mitt avhandlingsarbete många år och utfördes nästan helt på deltid. Ända sedan jag började syssla med autism (och med ADHD) har det funnits en efterfrågan på utbildning om dessa funktionsnedsättningar, och jag har föreläst på massor av ställen i Skandinavien och även några gånger i andra länder. Mycket snart drog föreläsningarna in pengar till min egen fortbildning och även till min forskning. Kanske ett tips till unga kollegor med specialintressen, och till deras chefer?

Vad har varit speciellt roligt under mina drygt 40 år i psykiatri? Ganska mycket faktiskt, utan att jag kan peka på någon särskild höjdpunkt utöver att det förstas var härligt att äntligen bli klar med avhandlingen, 31 år efter det att jag första gången registrerats som doktorand. (Av detta kan man kanske dra slutsatsen att trägen vinner, eller något i den stilen, men mina forskningsämnen och handledare har skiftat). En rolig sak var när VUB-teamet inrättades i Skåne 2013, alltså ett team för vuxna med utvecklingsstörning och svåra utmanande beteenden. Det var en önskan sedan mycket länge som uppfylldes, och jag arbetar ca 2 dagar i veckan med VUB nu. Det var glädjande att bli utsedd till hedersledamot i Autism- och Aspergerförbundet för några år sedan, och nu förstas att få motsvarande utmärkelse i vår yrkesförening. Det var också roligt att vara sektorschef, och roligt att sluta vara det 1998, då jag avgick för att istället ägna mig åt diagnostik av autism och ADHD mm hos vuxna. Många medarbetare och kollegor under årens lopp har varit roliga att samarbeta och diskutera med, och jag hoppas att det alltid finns utrymme för intressanta, kreativa diskussioner i psykiatri.

Det är nämligen därför jag tänker att unga läkare borde välja vår specialitet – det finns alltid något att fundera över, och att diskutera. Vår specialitet handlar mer än någon annan om hela människan, och den är särskilt spännande eftersom det är ett detektivarbete varje gång man försöker förstå en patient. Man behöver förstå bakgrund, upplevelser, reaktioner, omgivning, kroppslig funktion, relationer och mycket annat, och inte minst behöver man förstå vad patienten förstår. Den innefattar inte bara alla andra medicinska specialiteter, utan psykiatern behöver också veta något om språk, kultur, sociologi med mera. Gott omdöme, etisk reflektion och förmåga att lära sig av erfarenhet blir särskilt viktigt när det inte finns mätvärden och avbildningar att förhålla sig till.

Utmaningarna i framtiden tänker jag är att hitta biologiska markörer – och om man hittar någon sådan kanske det blir en utmaning att rita om den diagnostiska kartan dessutom. En utmaning som i hög grad finns redan nu är att försöka minska överanvändningen av psykiatriska diagnoser i sammanhang där de inte hör hemma, och där de kan användas på ett sätt som aldrig varit meningen. Den goda sidan av detta är (kanske) en avstigmatisering, den dåliga är urvattning av innebörden och en patologisering av den variation som är en förutsättning för utveckling. Att förhålla sig till vad som är patologiskt respektive tillhör normalvariationen är en daglig utmaning, och att hantera osäkerhet, vilket kan innebära att ompröva egna uppfattningar och beslut.

