



MARIE ÅSBERG är professor emeritus i psykiatri. Hon började som klinisk psykiater 1965 och har sedan dess forskat kring behandling av depression, självmordsproblem och utmattningssyndrom. Hon har bl a varit ledamot av SBU:s styrelse, och ledde SBU:s arbete med att granska depressionsbehandling. Nu forskar hon kring stress och utmattning på Karolinska Institutet, Danderyds sjukhus.

Förklaringsmodeller för psykisk sjukdom

Psykisk sjukdom har funnits i alla tider och i alla kulturer. Det som förändras är hur man ser på psykisk sjukdom och på människor som avviker.

För länge sedan fanns en föreställning om psykisk sjukdom som något övernaturligt som kunde vara orsakat av onda andar, eller förfäderna, eller av någon gud. Senare kom andra mer naturliga förklaringsmodeller, som till exempel att psykisk sjukdom hänger ihop med starka känslor. De extrema känslorna kunde ha sitt ursprung i individens upplevelser tidigt i livet, eller i sådant som hänt senare. En annan modell menade att psykisk sjukdom kunde bero på sociala faktorer. En lika gammal modell är att psykisk sjukdom beror på kroppsliga störningar, i första hand sådant som händer i hjärnan. Den "medicinska modellen" för psykisk sjukdom räknar med alla tre faktorerna, d v s de emotionella, sociala och biologiska.

Från hospital till mentalsjukhus

Under medeltiden började man bygga upp institutioner, så kallade hospital, där man kunde ta hand om människor som var gamla, psykiskt sjuka eller som hade kroniska kroppsliga sjukdomar. Så småningom inrättade man särskilda avdelningar för de psykiskt sjuka på hospitalen, och från mitten av 1800-talet började man bygga hospital som var speciellt avsedda för psykiskt sjuka. Man hade humanitära idéer om att det skulle vara bättre för psykiskt sjuka att komma ifrån städernas slum och få vara i en vacker miljö och därför lades hospitalen ofta utanför städerna med stora trädgårdar och parker. Ofta hade hospitalen verkstäder, eget jordbruk, trädgårdar, bokbinderi och vävstugor. Man trodde på arbetets betydelse, att det var bra för människor med psykiska problem att arbeta. Många patienter blev bra och kunde skrivas ut. Men det fanns inga andra aktiva behandlingar och det betydde att de som inte blev bra måste vara kvar på hospitalen. De behandlingar som fanns var lugnande medel som brom och opium.

"När jag själv började arbeta i psykiatrin på 1960-talet använde vi faktiskt fortfarande opiumdroppar för att lindra ångest vid melankolisk depression och det hjälpte för stunden men det botade ingen," säger Marie Åsberg.

Fram till 1960-talet byggde man mentalsjukhus i Sverige. Först kallade man dem för sinnessjukhus, senare för mentalsjukhus.

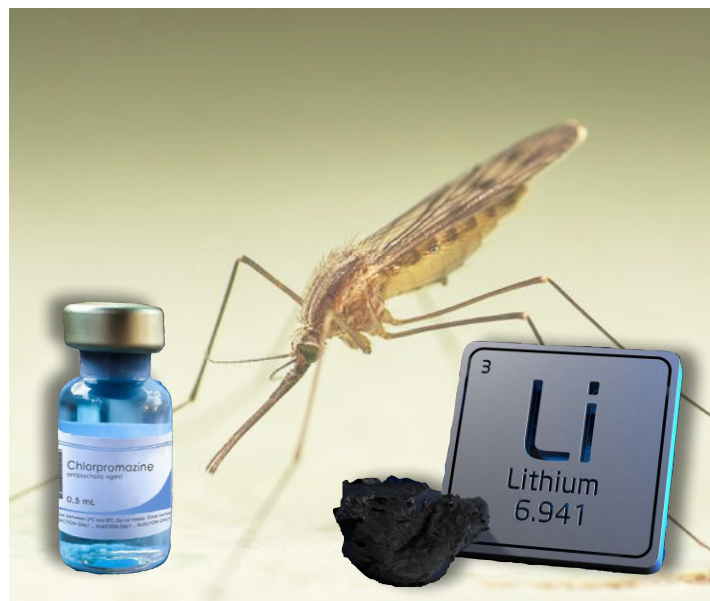


Foto: Pexel och Anders Lindström/SVA

LITITUM har haft en stor betydelse för behandlingen av patienter med det som idag kallas bipolärt syndrom.

Malariabehandling

På 1920-talet kom den första specifika psykiatriska behandlingen. På hospitalen fanns en stor grupp patienter i det sista stadiet av syfilis som ger psykos, demens och så småningom död. Österrikaren Julius Wagner von Jauregg hade noterat att de här patienterna blev bättre när de fick en svår febersjukdom.

"Man tog blod från personer med febersjukdomen malaria och injicerade den syfilissjuka med det. Då hände det nästan mirakulösa att de faktiskt blev bättre. Visserligen fick de malaria men det kunde man kontrollera med kinin," säger Marie Åsberg. Julius Wagner von Jauregg fick nobelpriset år 1927.

Elbehandling, ECT

Under 1930-talet kom nästa genombrott från Europa. Det hade visat sig att vissa patienter med kroniska psykotiska tillstånd blev bättre efter epileptiska anfall. Då började man se sig om efter olika metoder att framkalla krampfall. Den italienske psykiatern Ugo Cerletti upptäckte att djur som inför slakt bedövades med elektrisk ström kunde få epileptiska anfall. Han och hans medarbetare utvecklade metoden för att kunna använda den på människor. Det visade sig att metoden fungerade. Än i dag är ECT den bästa behandlingsmetod vi har för de allra djupaste depressionerna, framför allt hos äldre människor.

Rasbiologi, nazism och mord på psykiskt sjuka

Under 1930-talet skedde den kanske största katastrof som någonsin har drabbat psykiatriska patienter, när nazisterna tog makten i Tyskland. Nazisterna utvecklade ett program för att systematiskt avrätta kroniskt psykiskt sjuka, som man menade var en belastning för samhället. Man samlade in listor över mentalsjukhusens patienter till ett kontor i Berlin, som kallades för T4 (efter gatadressen Tiergarten 4). Där satt professorer i psykiatri och sorterade intyg över alla psykiatriska patienter i landet i två högar, en hög för de som skulle få leva vidare och en för de som skulle dödas. Sedan transporterades patienterna i bussar från sina sjukhus till några specialistsjukhus där de gasades ihjäl. Efter några år blev protesterna från anhöriga och olika institutioner allt starkare. T4-programmet avbröts då, men ersattes av svält och överdoser av sömnmedel på de olika sjukhusen. Man tror att omkring 200 000 människor dödades. Erfarenheterna från morderna på de psykiskt sjuka använde nazisterna sedan när dödslägren byggdes upp.

I Sverige dödade man inte några sjuka, men rasbiologiska tankar var vanliga före och under kriget och det fanns ett rasbiologiskt institut i Uppsala som leddes av Herman Lundborg, som var psykiater och som så småningom skrev en bok där han försvarade nazistiska tankegångar.

Lobotomi

Efter andra världskriget började man se sig omkring efter nya behandlingsmetoder och i början av 1950-talet började man i USA behandla oroliga psykiatriska patienter kirurgiskt genom att skära av vissa nervbanor i hjärnan, s k lobotomi.

Det var en portugisisk neurolog, António Egas Moniz, som hade upfunnit metoden, och 1949 fick även han ett nobelpris. Lobotomin användes på svenska mentalsjukhus under 1950-talet. Patienter som lobotomerades blev lugnare men också personlighetsförändrade och avtrubade, och enstaka patienter dog efter operationen. Man slutade använda metoden efter några år.

Psykofarmaka

I början av 1950-talet kom klorpromazinet, hibernalet, och det efterföljdes av en rad nya antipsykotiska psykofarmaka. När de nya medicinerna kom kunde man skriva ut många patienter från mentalsjukhusen.

”På 1960-talet kom det som jag personligen tror kanske är det allra största framsteget, att man kunde behandla det som idag kallas bipolärt syndrom med litium. Det innebar att patienter som tidigare behövde tillbringa långa tider på mentalsjukhus nu kunde leva ett helt normalt liv och det med en medicin som man fortfarande använder,” säger Marie Åsberg.

Under 1960-talet fortsatte utvecklingen av nya psykofarmaka, men man började också bli mer uppmärksam på deras biverkningar, liksom på biverkningar av många andra läkemedel. 1971 inrättade Socialstyrelsen en särskild avdelning för granskning och godkännande av läkemedel och 1990 omvandlades den till en särskild myndighet, Läkemedelsverket. 1987 grundades Statens beredning

för medicinsk och social utvärdering, som granskar och sammanfattar den samlade vetenskapliga evidens för olika medicinska behandlingar.

Nya vårdformer och ny diagnostik

På 1970-talet började man tala om en psykiatri som inte skulle vara så medicinskt orienterad. I den nya psykiatrin skulle fler patienter kunna vårdas i öppenvård än i slutenvård och fler patienter skulle behandlas med psykoterapi än med mediciner. Nya psykoterapier kom, till exempel KBT. Från och med 1985 krävdes legitimation för att arbeta som psykoterapeut.

I Nacka utanför Stockholm utvecklades en modell för den nya psykiatrin som fick stor uppmärksamhet. I Nacka-projektet utgick psykiatrin från öppenvården. I denna sektoriserade psykiatri hade den enskilda mottagningen ansvar för ett visst geografiskt område. Nackaprojektets popularitet bidrog till en sektorisering av hela psykiatrin i Sverige. Nu stängdes allt fler mentalsjukhus och vid mitten av 1990-talet fanns inga mentalsjukhus kvar.

På 1980-talet blev den tredje versionen av det amerikanska diagnostiksystemet DSM, Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association, känd och började användas i Sverige. Under 1980-talet utvecklades också fler nya sorters psykofarmaka, mer specifika neuroleptiska medel och nya antidepressiva medel som serotoninupptagshämmarna.

På 1990-talet började man uppmärksamma de neuropsykiatriska funktionsnedsättningarna som till exempel autismspektrumtillstånd och ADHD.

Psykiatireformer

Ett problem när man stängde mentalsjukhusen var att de resurser som behövdes för de utskrivna patienterna saknades i samhället. Man tillsatte därför en utredning som kom med sitt betänkande 1995 och som kallades psykiatireformen eller psyk-ÅDEL reformen. Det ledde till att ansvaret för de kroniskt sjuka psykiatriska patienterna lades över på kommunerna och man började bygga upp nya verksamheter där.

2006 kom det en ny utredning som hette Ambition och ansvar. Man gav statliga medel för att kunna sätta i gång olika typer av verksamheter. Något man satsade på var att skapa kompetensutveckling för personer som jobbar med de allra svåraste psykiatriska patienterna. Det första Psyk-E bas programmet tillkom som ett resultat av den utredningen.

LÄS MER:

Marie Åsberg och Miki Agerberg: *Psykiatrens historia*. Kapitel i Herlofson m fl (red) *Psykiatri* (Studentlitteratur 2016)



PSYK-E BAS

Faktabladet bygger på en föreläsning med samma namn. Föreläsningen ingår i Psyk-E bas, ett kompetenhöjningsprogram som ges som uppdragsutbildning vid Karolinska institutet.