

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#2

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - Juni 2013

Tema:

psykiatrins psykologi



Eros and Psyche by Canova



Ansvarig utgivare:
Lise-Lotte Risö Bergerlind



Huvudredaktör:
Tove Gunnarsson

sfbup

Innehållsförteckning:

Alltid i Svensk Psykiatri:

- 3** Redaktionell ledare. *Tove Gunnarsson*
3 Redaktionsruta
4 SPF styrelseruta
Ledare. *Lena Flyckt*
5 SFBUP styrelseruta
Ledare. *Lars Joelsson*
6 SRPF styrelseruta
Ledare. *Kristina Sygel*
9 Kommande temanummer
16 Bokrecension: Att leva med psykisk ohälsa, ett närstående perspektiv, *Björn Wrangsjö*
30 Tigers krönika, *Mikael Tiger*
35 Bokrecension: Den stora smällen, *Björn Wrangsjö*
36 Bokrecension: När döden utmanar livet. Om existentiell kris och coping i palliativ vård, *Lars Albinsson*
43 Professorsrutan: IT och psykiatri, *Ulf Rydberg*
65 Kalendarium
70 10 frågor till Ullakarin Nyberg, *Stina Djurberg*
82 Bokrecension: Personlighetsstörningar. Svårigheter och möjligheter. *Tove Gunnarsson*

Aktuell information:

- 17** Seniora psykiatriker, *Björn Thalén*
23 Det första Raffaella Björck-priset har delats ut, *Tove Gunnarsson*
27 Ny hedersledamot i SPF, *Tove Gunnarsson*
53 Framtiden för METIS och SK-kurserna, *Alessandra Hedlund*
63 Nya kliniska riktlinjer: Äldrepsykiatri och Suicidnära patienter, *Dan Gothefors*

Kommande möten:

- 12** Bok - och biblioteksmässan, *LL Risö Bergerlind*
73 Almedalsveckan, *Lena Flyckt*
82 Mer om Almedalsveckan

Tema:

- 10** Behöver psykiatri psykologin? *Björn Wrangsjö*
13 Hanna Då och Hanna Nu, *Hanna Edberg*
14 Historiska misstag och logiska felslut, *Daniel Frydman*
22 Skillnaden, *Daniel Frydman*
24 Hur står det till med den svenska psykiatrien? *Johan Schubert*
26 Psykiaterns psykologi eller Hur det tog mig 26 år att fatta, *Tove Gunnarsson med kommentarer av Daniel Frydman och Björn Wrangsjö*

- 32** Obligatorisk kunskap, i tiden! *Cecilia Svanborg*
46 Internetförmedlad KBT: 10 år av utveckling och klinik, *Nils Lindefors, Viktor Kaldo, Liselotte Jansson, Cecilia Svanborg, Christian Rück*
51 Psykiatrins psykologi - behöver psykiatern vara intresserad av människor, *Lars Wahlström*
74 Den psykiatriska diagnostiken behövs som en påminnelse om det omöjliga med att skapa ett encyklopediskt vetande kring det psykiska lidandet, *Anders Almingefeldt*
77 Psykologi i primärvård - en reflektion, *Tina Nyström Rönnäs*
84 Hur jag lärde mig att aldrig köpa dyra cyklar eller Om klyvning av varseblivningen i vardagen, *Daniel Frydman*

Rapporter från möten och resor

- 28** Rapport från mötet med Joint Committee i Riga, *Lise-Lotte Risö Bergerlind*
34 Besök av ryska kollegor, *Isak Sundberg*
40 AT-stämman 2013, *Isak Sundberg*
44 Barn- och ungdomspsykiatri 1313 km från huvudstaden, *Kadri Kalvo*
54 Ny metod får psykiskt sjuka att öka sin fysiska aktivitet, *Pernilla Augustsson*
61 Cullbergsstipendiet: Trauma, drama och drömmar, *Björn Ramel*
67 Cullbergsstipendiet: Intryck från studiebesök vid Beteendestörningsenheten i London, *Lena Carlisle*
78 SPK 2013: Rapporter, *Katarina Mårtensson, Lena Flyckt, Hans-Peter Mofors, Jill Taube*
86 Svenska BUP-kongressen 2013, *Sara Lundqvist, Lars Joelsson*

Debatt, diskussion, annat:

- 18** Reflektion över förra numret av Svensk Psykiatri - tema Psykiatrins sociologi, *Ann Björkman*
20 Militant vetenskapsextremism, *Hanna Edberg*
41 Något fattas i vårdens nationella IT-projekt, *Mats Löf*
48 Psykiatrins diagnoser är övervärderade och informationsfattiga, *Magnus Kihlbom*
57 Psykiatri och samhälle: Vad blir konsekvenserna när bara de allra sjukaste patienterna kvalificerar sig för vård inom psykiatri, *Ulrike Bartsch*
58 Psykiatri och samhälle: Läkare och patienter sida vid sida, *Henrik Schälén*
59 Psykiatri och samhälle: Vara medveten om vår psykiska och fysiska hälsa under ST-utbildningen kan vara livsviktigt! *Dora Szabo*
64 Några avslutande ord kring frågan om att inte vilja leva längre, *Anders Almingefeldt*
76 Vi skall dela med oss av ny kunskap! *Lise-Lotte Risö Bergerlind*
83 Ohälsa eller sjukdom, *Monica Armini*

Tidskriften för
Svensk Psykiatri



Svensk Psykiatri

Tidskrift för

Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska
Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri och
Svenska Rättshspsykiatriska Föreningen

Ansvarig utgivare

Lise-Lotte Risö Bergerlind

Huvudredaktör

Tove Gunnarsson

redaktoren@svenskpsykiatri.se

Redaktörer

Hanna Edberg

(hanna.edberg@sll.se)

Daniel Frydman

(ps-frydman@comhem.se)

Gloria Osorio

(oskvika@hotmail.com)

Kristina Sygel

(kristina.sygel@rmv.se)

Björn Wrangsjö

(bjorn.wrangsjo@gmail.com)

Teknisk redaktör

Stina Djurberg

stina.djurberg@bornet.net

Foto/grafisk design

Carol Schultheis

carol.schultheis@bornet.net

(där inget annat anges)

Omslagsbild

Shutterstock/© pseudolongino

Internet

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se



Hur står det till...

... med den svenska psykiatrin? Det är rubriken på ett bidrag där författaren undrar varför så få känt sig manade att skriva artiklar om psykiatrins sociologi till förra numret. Varför väckte det så litet intresse? Har vi abdikerat från att vara samhällsdebattörer? Ytterligare en skribent reflekterar över det något begränsade antalet temaartiklar, och hur arbetets alla krav gör att det inte finns krafter kvar då det är dags att gå hem.

Detta nummer har temat Psykiatrins psykologi. Bidragen spänner bl.a. över psykoterapi, autisms genes, huruvida det finns behov av psykologi och människointresse inom psykiatrin, och en cykelstöld. I några av artiklarna framkommer även funderingar av samma art som dem som beskrevs inledningsvis. Ändrade krav, ändrade uppgifter, inget utrymme för engagemang i sociala och psykologiska angelägenheter. Psykiatrin har förändrats, och konstigt vore det väl annars, men är det verkligen just så här vi vill ha det? Den frågan bidrar till att vi i nästa nummer tar oss an temat:

Varför blev jag psykiater – egentligen?

För att citera ur ett av detta nummers bidrag: psykiatri är en unikt spännande specialitet.

Med sina biologiska, sociologiska, psykologiska och existentiella infallsvinklar är den nog den intellektuellt mest utmanande disciplinen. Ändå har yrket låg status i Sverige, och åtminstone vi som är litet äldre har väl fått höra att "det var vi som var för dumma för att bli något annat". Alternativt att valet av psykiatri handlade om "lätt att få jobb, snabb karriär, låg arbetsbelastning".

Ökade krav på dokumentation, kodning, registrering och "pinnar" kan få oss att undra: var det verkligen detta jag utbildade mig till? Vi får dessutom ofta ta del av åsikter om hur vi borde sköta vårt arbete, få specialister blir väl så ifrågasatta som vi, av omgivning och massmedia. För vem börjar under en middagsbjudning att bråka med bordsgrannen/kirurgen om dennes val av operationsmetod?

En del psykiater slutar. Hur resonerar de och vad gör de istället? Samtidigt ser vi kolleger som lämnar ST-block och specialisttjänster inom somatiska discipliner för att istället bli psykiater. Hur tänker de?

Nu vill vi gärna veta: Varför blev DU psykiater? Och blev det som Du hoppades?

Som medlemstidskrift är vi beroende av läsekretsens engagemang och skrivarvilja. Vi har inte ekonomiska förutsättningar att köpa artiklar. Istället försöker vi uppmuntra andra att skriva bidrag. Dock har förstås redaktionens kontaktnät och personkännedom sina begränsningar. Så även om Du inte känner Dig som rätt person att skriva själv har Du kanske förslag på någon annan som har något intressant att berätta eller diskutera? Tipsa oss gärna!

Och naturligtvis går det också mycket bra att fortsätta skriva om psykiatrins sociologi och psykologi! Och alla andra tidigare teman - det är roligt om diskussionerna lever vidare.

Vi önskar läsekretsens en riktigt härlig sommar med mycket tid för avkoppling, återhämtning och tid att skriva artiklar och notiser till Svensk Psykiatri!

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Enade vi stå, söndrade vi falla

Det har varit en intensiv och spännande tid sedan jag tillträdde som ordförande under Svenska psykiatriska föreningens årsmöte i samband med kongressen, som för övrigt var mycket uppskattad i sitt varierade utbud. Då hölls också ett professorsmöte där det framkom ett starkt engagemang i psykiatrifrågor alltifrån slopandet av AT till huruvida den psykiatriska forskningen missgynnas i förhållande till annan forskning. Mer om detta kommer på webben i form av information och nyheter...

Det tycks bli en lyckosam lösning på METIS-problemet. METIS, utbildningssatsningen på ST-läkare inom psykiatri, står högt på agendan för departementet och SKL. Medel finns avsatta och det återstår att lösa de juridiska problemen. Socialstyrelsen föreslår få ansvaret och SKL skall få utvecklingsansvaret (för nya kurser). Mer om detta kommer i ett separat reportage...

Det finns många angelägna frågor på agendan; en OECD-rapport visar att vi inte gör tillräckligt för att stödja ungdomar för att motverka den ökande psykiska ohälsan. Det behövs insatser där ohälsan blir synlig d.v.s. i skolor, socialtjänst mm. Därför har vi tänkt att, vi tillsammans med andra aktörer, synliggöra problemet och samverka för att öka rekryteringen till psykiatri, specialiserad men också första linjens psykiatri. Det kommer en artikel om i läkartidningen som belyser problemet.

Det ligger ett förslag att slopa allmän-tjänstgöringen (AT) i läkarutbildningen för att harmonisera med EU, där många länder inför en basutbildning på 6 år utan AT. Då AT har varit den främsta möjligheten att rekrytera läkare till psykiatri kan den framtida rekryteringen äventyras vilket kan få stora konsekvenser för nyrekryteringen. Frågan är viktig då stora pensionsavgångar prognosticeras leda till brist på psykiatriker trots att disciplinen attraherar många ST-läkare. Vi kommer därför att medverka till att diskutera och påverka denna fråga upp till regeringsnivå. Det fortfarande finns möjligheter att påverka beslutet. Frågan delar kåren därför att konsekvenserna ännu inte är tillräckligt belysta. SPF kommer därför att sammankalla ansvariga för grundutbildningen av läkare, beslutsfattare och andra sakkunniga för att komma till en gemensam ståndpunkt och agera utifrån den.

Den nya tvångslagstiftningen ger ökat utrymme för tvångsåtgärder både avseende diagnoser och kriterier för att tillämpa tvång. Samtidigt finns ett förslag på en skärpning av patienträttighetslagstiftningen vilket i praktiken kan innebära fler rättsliga prövningar av beslut som patienten inte samtycker till. Att finna klinisk praxis mellan dessa bägge lagstiftningsförslag är förstås en utmaning; det kan innebära en mer utsatt roll för psykiatriker men samtidigt kanske ett kreativt ifrågasättande av gängse praxis.



SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

Ordförande: Lena Flyckt

(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Vice ordförande: Hans-Peter Mofors

(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Sekreterare: Cecilia Mattisson

(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Skattmästare: Astrid Lindstrand

(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

Vetenskaplig sekreterare: Ullakarin Nyberg

(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Facklig sekreterare: Karin Grönvall

(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Redaktör Svensk Psykiatri: Tove Gunnarsson

(redaktoren@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Lise-Lotte Risö Bergerlind

(riso@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Fredrik Åberg (aberg@svenskpsykiatri.se)

ST-representant: Isak Sundberg

(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

Kansli: Svenska Psykiatriska Föreningen
851 71 Sundsvall

kanslisten@svenskpsykiatri.se

Hemsida: www.svenskpsykiatri.se

Webmaster: Stina Djurberg

(webmaster@svenskpsykiatri.se)

Ett remissyttrande ligger på SPF:s bord vi avser att noga beskriva konsekvenser för psykiatri med förhoppning om att de beaktas i lagtexten.

Det här var ett axplock av frågor som engagerar SPF sammanfattade på tåget mellan Göteborg och Stockholm en sen torsdagskväll. Det är kul att vara psykiater, man är ständigt i händelsernas centrum. Jag skulle vara mycket glad om Du som medlem anmäler Ditt intresse för att bidra i olika frågor. Styrelsen arbetar oförtrutet på men behöver få bolla med medlemmar ute i landet för att belysa frågorna ur fler synpunkter. Maila, blogga eller ring oss gärna.

Lena Flyckt
Ordförande SPF



Hur korrupt är du?

Jag liksom många har läst Maciej Zarembas artikelserie om svenska sjukvården. Han beskriver ett system, New public management, där den offentliga sektorn skall efterlikna marknaden. Tanken var att vi som arbetar i sjukvården skulle få mer frihet om vi uppfyllde målen och kunde visa på resultat. Enligt Zaremba blev det i stället för frihet och effektivitet, planekonomi och korruption. Varför? Han menar att när man ger amatörer makten att peka ut mål som professionella skall uppfylla kan de peka ut hur många mål som helst även om dessa mål går i vägen för varandra. Eller som statsvetaren Daniel Tarschys säger "När man styr med ord blir allt prioriterat". För att uppfylla dessa mål måste de på något sätt redovisas. Enligt Zaremba skapar tjänstemännen kriterier där man försöker fånga kvaliteteter med kvantiteter och som inte är förankrade i vad de professionella anser vara kvalitet. Detta leder till mycket pappersjobb, risk för orättvisa val och manipulation samt behov av ännu mer kontroll.

Direkt när jag kom hem från vår kongress i Tylösand berättade min verksamhetschef att hon utan någon förvarning eller diskussion fått besked att vi får bonuspengar om deprimerade patienter förbättrades med 10 poäng på GAF-skalan. Detta kan ju synas vällovligt men ställer ju en del frågor. Hur skall det redovisas? Det ställer stora krav på reabilitet, d.v.s. att behandlare A kommer fram till samma GAF-poäng som behandlare B. Men viktigaste frågan är hur går det med de patienter som inte förbättrats? Det är dessa som kräver mest engagemang och tid och tålamod från behandlare. Här fungerar ju inte marknadsmodellen med snabba resultat och lyckade produkter som man får betalt för. Som jag ser det kan ett sådant system i stället för att stötta oss behandlare lätt ge en känsla av missmod om man inte lyckas.

Det är viktigt att vi i barnpsykiatrien själva har indikationer för att följa upp kvaliteten och att vi implementerar bra kliniska riktlinjer. I föreningen skriver vi nu på kliniska riktlinjer för depression. Tillsammans med SKL tar vi fram ett undervisningsmaterial som skall användas i en kaskadutbildning för att implementera riktlinjerna. Det känns som ett bra initiativ i rätt riktning. Ett annat sätt att hålla upp kvaliteten i vården är utbilda sig, hålla sig uppdaterad med det som händer samt utbyta erfarenheter med andra.

SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

Ordförande: Lars Joelsson (lars.joelsson@vgregion.se)
Vice ordförande: Lisa Palmersjö (lisa.palmersjo@dll.se)
Facklig sekreterare: Mie Lundqvist (mie.lundqvist@lj.se)
Kassör: Valeria Varkonyi (valeria.varkonyi@lvn.se)
Vetenskaplig sekreterare: Maria Unenge Hallerbäck (Maria.Unenge.Hallerback@liv.se)
Utbildningsansvarig: Gunnel Svedmyr (gunnel.svedmyr@akademiska.se)
Medlemsansvarig: Ulrika By (ulrika.by@sll.se)
Ledamot: Shiler Hussami (shiler.hussami@nll.se)
Ledamot: Håkan Jarbin (hakan.jarbin@regionhalland.se)
ST-representant: Sara Lundqvist (sara.lundqvist@vgregion.se;)

SFBUP:s hemsida: www.svenskabupforeningen.se
Webmaster: Stina Djurberg (stina.djurberg@bornet.net)

Just att träffa andra och utbyta erfarenheter är ofta det som jag tycker ger mest. Därför känns det bra att vi just haft vår årliga BUP-kongress med över 600 deltagare från hela Sverige och från olika yrken. Genom att träffa andra får man nya idéer om sitt arbete men också bekräftelse på att man ofta gör ett lika bra jobb som andra. Jag vill rikta en uppmaning till verksamhetscheferna. Om ni vill ha en bra kvalitet så måste ni ha välutbildade och uppdaterade medarbetare. För att citera Stefan Lindgren, regeringens utredare av framtidens läkarutbildning, lärandet börjar första dagen på utbildningen och slutar den sista dagen före pension.

Under kongressen hade föreningen årsmöte. Åsa Borg och Christian Lindberg avgick och avtackades för gott arbete. Ulrika By från Stockholm och Sara Lundqvist från Göteborg valdes in i styrelsen. Jag vill åter passa på att tacka Åsa och Christian för en kreativ och roligt tid i styrelsen och välkomna Ulrika och Sara till styrelsen. Sara är ST-representant och redan aktiv, ni kan läsa hennes rapport från kongressen i denna tidning.

Slutligen vill jag berätta om ett telefonsamtal som glädde mig. En gammal kamrat ringde mig. Han har sedan många år undervisat i svenska på yrkesgymnasium och dessförinnan arbetat på högstadiet. Han tyckte att det var en positiv utveckling i skolan med större öppenhet och kunskap kring elever med psykiatriska svårigheter. Han kunde nu på ett bättre sätt förstå och hjälpa framför allt elever med ADHD. Ibland är det nyttigt att titta tillbaka, allt var inte bättre förr.

Lars Joelsson
Ordförande i SFBUP

Vems bord?

SRPF:s fokus 2012 var att sätta oss in i Psykiatrin och Lagen i och med vårt remissvar på betänkandet. Jag tror att jag varit på minst tio informationsmöten av olika slag. SRPF arrangerade även ett eget medlemsmöte för att samla in medlemmarnas synpunkter till remissvaret på betänkandet och har haft det som programpunkt på Psykiatrikongressen och även på Riksstämman. I samband med detta arbete pågick mycket diskussioner om vad som är rättspsykiatris bord kontra till exempel psykiatris bord eller Kriminalvårdens bord, till exempel "klarar psykiatrin av våra patienter med missbruk, psykos och antisocialitet?", "hur sjuk får man vara i fängelse?".

Det är min uppfattning att jag inte hört läkare tala så mycket om vems "bord" någonting var eller inte var innan jag kommit till Sverige som ST i psykiatri för 12 år sedan... Jag minns mina gamla klinikchefer tillika professorer som skröt med att "det är min patient och jag skall se till att han får allt han behöver" och sedan beordrade sina ST-läkare att verkställa detta innan lunch. Öppen- och slutenvård bemannades av samma läkare så det fanns inte så mycket utrymme för olika bord där. Det kanske beror på att man använde något helt annat idiomatiskt uttryck med samma innebörd i Skottland eller att mitt minne förskönar verkligheten, men jag skulle nog ändå vilja drista mig till att hävda att vi talar en hel del om våra olika bord inom den svenska psykiatrin och även inom rättspsykiatrin. Jag har funderat mycket på vad som styr dessa territoriella diskussioner; ekonomiska begränsningar, rädsla för att misslyckas, bilden av yrkesrollen. Jag har många gånger hört psykiaters och psykologers olika bord inom psykiatrin och rättspsykiatrin diskuteras trots att jag sällan träffar personer utanför dessa två professioner som förefaller ha tänkt på att det rör sig om två olika legitimerade professioner.

Jag skulle dock vilja lyfta fram vårt arbetssätt inom den utredande rättspsykiatrin som ett lyckat exempel på då psykiatrin och psykologens bord kopplas ihop till en helhet. I våra undersökningsteam ingår en rättspsykiater och vanligtvis psykolog, forensisk socialutredare och utredande kontaktperson som var och en bidrar med en delutredning som tillsammans med ett huvudutlåtande skickas till domstolen som underlag för bestämmande av påföljd. Den utredande psykologens fokus är då ofta personlighet, neuropsykiatriska störningar och begåvning men diskussioner förs gemensamt kring alla aspekter av domstolens frågeställning. Inom Rättsmedicinalverket har man även valt att skapa och planera specialiseringskurser för ST-läkare tillsammans med psykologer under specialisering i forensisk psykologi och forensiska socialutredare, för att maximal nytta skall dras av dessa utbildningstillfällen som sammanfattningsvis gäller områdena riskbedömning, kriminologi, Kriminalvårdskunskap och juridik.

Kristina Sygel

ORDFÖRANDE
LEDARE SRPF



SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

Ordförande: Kristina Sygel (ordforanden@srpf.se)

Vice ordförande: Per Axel Karlsson

Sekreterare: Margareta Lagerkvist
(sekreteraren@srpf.se)

Kassör: Lars Eriksson (lars.eriksson@vgregion.se)

Vetenskaplig sekreterare: Katarina Howner
(vetenskapligsekreterare@srpf.se)

Facklig sekreterare: Erik Dahlman
(facklige.sekreteraren@srpf.se)

Ledamot och Kriminalvårdsrepresentant:
Lars-Håkan Nilsson

ST-representant: Hanna Edberg

Ledamöter: Sara Bromander, Harald Nilsson

Hemsida: www.srpf.se

Webmaster: Stina Djurberg (webmaster@srpf.se)

Vi tänker som så att vi har olika utbildningar och professioner men att klienterna vi utreder sitter vid samma bord. Detta goda samarbete hindrade mig dock inte från att vara lite nervös när det häromdagen schemamässigt föll sig mest naturligt att det var jag som skulle redovisa grunderna i beteendeanalys enligt KBT på en utbildning jag och en psykologkollega höll tillsammans för Kriminalvårdare. Jag sneglade på min kollega flera gånger och hon log faktiskt uppmuntrande under hela min SORK-dragning! Av de professionsgemensamma kurserna rättspsykiatriska avdelningarna vid Rättsmedicinalverket anordnar, baseras de flesta av dem på professioner som inte är våra (till exempel straffrätt och kriminologi) men för att definiera vad ens profession är så bör man även veta en del om de professioner som den angränsar, det vill säga veta en del om det man faktiskt inte vet och vem man skall fråga för att ta reda på det då det behövs.

SRPF:s styrelse tror att även SRPF:s medlemmar är nyfikna på att förkovra sig inom det som inte brukar definieras som vårt bord men som angränsar rättspsykiatrin, varför vi valt just ett sådant tema för höstens medlemsmöte: terrorism och fanatism.

Kristina Sygel
Ordförande SRPF

Svenska Psykiatrikongressen 2013

13-15 mars

Münchenbryggeriet

Stockholm



Annons

SVENSK PSYKIATRI

TEMANUMMER UNDER 2013

NUMMER 3 2013

Tema: Varför blev jag psykiater - egentligen?

Deadline 28 augusti

Utkommer vecka 38

NUMMER 4 2013

Tema: Att skada sig själv

Deadline 13 november

Utkommer vecka 49

Skriv i Svensk Psykiatri

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

Skriv bara rakt upp och ner i Word, utan formateringar.

Vi är tacksamma om Din artikel är på max 800 ord.

Skriv gärna underrubriker i Din artikel.

Glöm inte att efter texten skriva vem som skrivit och vilken titel Du har, var Du arbetar eller vilken ort Du kommer från.

Skicka gärna med en bild!

Den ska vara i format som kan bearbetas i ex.

Photoshop (jpg, tif, gif, eps). Du kan inte skicka bilder som är inklistrade i wordfiler.

Ange alltid vem fotografen är.

Du kan också skicka en bild med "snigelposten".

Välkommen med Ditt bidrag!

Redaktionen

Postadress: Svensk Psykiatri

c/o Djurberg, Skogsrydsvägen 60, 506 49 Borås

Skriv till oss
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **28/8**



Behöver psykiatrin psykologin?

Psykologi i psykiatri

Behöver psykiatrin någon psykologi? Det beror lite på vad man lägger i frågan. Psykologi är en komplex vetenskaplig disciplin med ett flertal forskningsområden. Mest intressant för våra syften är forskningen angående mentala processer som perception, minne, emotioner, beslutsfattande och problemlösning samt kopplingen mellan mentala och biologiska processer, inte minst sådana som berör hjärnans funktion. Härtill kommer forskning avseende individens utveckling, olika aspekter av psykoterapeutisk teori och metodik.

Vad gäller de sist nämnda aspekterna har dessa traditionellt framför allt övervägande utvecklats ur klinisk praxis som inte varit kopplad till den akademiska psykologin. Psykologiska aspekter har undan för undan införlivats i det allmänna medvetandet och kommit att utgöra en mer eller mindre gemensam ram för förståelse för vad som händer inom och mellan människor.

Inom psykiatrin som helhet finns medarbetare, psykologer som kan tillföra specifik psykologisk kunskap, kuratorer som tillför socialpsykologisk och sjuksköterskor som tillför psykologiska aspekter på omvårdnad, andra kan tillföra organisationspsykologi.

I folkmun handlar "psykologi" annars nog mer om "hur man förstår sig på sina medmänniskor" och "hur man är med andra" på ett insiktsfullt och empatiskt sätt, det vill säga processer som försiggår i det intersubjektiva fältet och manifesteras i vad man brukar kalla social kompetens. Psykiatrin som klinisk verksamhet behöver all den psykologiska kompetens den kan få i båda dessa bemärkelser. Alla behandlare som arbetar med patienter och som arbetar ihop om dessa patienter kan behöva förstå sig på andra människor, kunna upprätta och bibehålla kontakt och hantera kontaktavbrott...

Behöver läkare i allmänhet någon särskild psykologi?

Räcker det för läkare att dela den allmänna psykologiska kunskapen i samhället vad gäller den teoretiska kunskapsnivån? Behöver läkare vara mer "psykologiska", i meningen empatiska, lyssnande och hjälpsamma, än människor i allmänhet för att göra ett bra arbete? Behöver de ha större förmåga att skapa och upprätthålla kontakt med människor av skilda slag än folk i allmänhet? I viss mån beror det på vilken specialitet det handlar om. Nog är det önskvärt för läkare inte minst inom akutsjukvården, vilka möter människor med sjukdomar som har genomgripande konsekvenser för deras och andras liv och befinner sig i kris.

Läkaren kan både behöva kunna lyssna till och möta patientens upplevelse av sin kroppsliga plåga och smärta och de känslor av skräck, sorg, besvikelse, oro både för sig själv och för andra som sjukdomen har väckt. För det krävs, förutom adekvat medicinsk specialkunskap, kanske mer förmåga till helgjuten närvaro och medkännande i kontakten än teoretisk psykologisk kunskap.

I vilken utsträckning behöver en läkare kunna skapa ett sådant förtroende i kontakten med sin patient att han eller hon våga tala om det som är deras största smärta och plåga? Vi vet att patientens tilltro till sin doktor är en viktig förutsättning både för att patienten ska följa behandlingsrekommendationer, t.ex. ta förskrivna farmaka och för att patientens förväntningar på att behandlingen ska vara framgångsrik aktiverar egna neuroendokrina mekanismer som bidrar till självläkning, sammanfattat som placeboeffekter. Omvänt, i vilken utsträckning behöver patienten känna sig lyssnad på och förstådd för att dessa mekanismer ska aktiveras?

Vad behöver psykiatriker ha som inte andra läkare behöver

Kräver patienter med psykiatriska problemställningar läkare med annan psykologisk kompetens än somatiska patienter? Det är en vanlig uppfattning att psykiska sjukdomar inte är principiellt annorlunda än somatiska, ofta då i meningen "ingenting att skämmas för". Man kan skämmas för att uppfattas som annorlunda och defekt såväl i kroppsligt som somatiskt avseende. Vissa somatiska åkommor, framför allt de som omfattar intim kroppslighet omfattas, inte sällan med skam.

Skamkänslor ingår inte sällan i "affektkretsen" kring psykisk problematik, och omfattar ibland det egna varandet som helhet. Den psykiatriska patientens relationsförmåga är inte sällan påverkad av denna problematik. Det kan inte minst gälla personer som diagnosticerats som psykotiska eller personlighetsstörda. För att förstå dessa sammanhang kanske det behövs speciell psykologisk kunskap kring "symtombeteenden" t.ex. "höra röster", "separationsöverkänslighet". Personer med autismspektrumstörningar har ju delvis en alldeles egen psykologi vad gäller uppfattning om relationer. För att hantera relationen till patienten kanske det räcker med "symtompyskologisk" kunskap samt egen klokskap och god kontaktförmåga?

Psykiatrisk diagnostik och behandlingsupplägg

Behövs någon speciell psykologisk kunskap för att ställa en diagnos, i det här fallet vad gäller tillstånd som väcker frågan om tillämpning av kriterier i DSM-manualen och behandlingskonsekvenser av detta?

Räcker det med att identifiera de eventuella psykologiska faktorer som anses vara utlösande för tillståndet i fråga, vilka psykologiska faktorer som anses underlätta tillfrisknandet och förbättra prognosen och viss psykologisk kunskap om hur man upprättar en arbetsallians med de patienter vars psykiatriska tillstånd också påverkar deras sätt att relatera.

Behövs speciell psykologisk kunskap hos psykiatrikern för att föreslå psykologisk behandling då, till exempel psykoterapi? Knappast om man inte ska utföra denna behandling själv. Man måste naturligtvis känna till om psykoterapi är indicerad för det tillstånd man har diagnostiserat. Behöver man ha speciell psykologisk kunskap för att förstå sin patients lidande, kanske inte? Det kan handla om andra egenskaper.

Man kan också fråga sig om en psykiatriker kan ha glädje av att förstå de känslor, tankar och impulser som väcks inom henne eller honom i mötet med patienten. Vad säger det mig om en patient väcker min irritation, min lust att ta hand om vederbörande eller min likgiltighet? Kan sådana upplevelser ha betydelse för såväl diagnostik som behandling och kräver de en psykologisk referensram för att översättas från psykiatrikerns upplevelse till antaganden om patienten?

Två grundläggande kontexter

Inom det psykiatriska tänkandet tycks finnas två skilda grundläggande kontexter, två psykiatriska universa, båda ständigt närvarande men relaterade till varandra som figur/bakgrund i gestaltpsykologisk mening. Låt oss kalla dessa den biologiska, medicinska och kontra den utvecklingsorienterade, holistiska. Det är självklart att båda perspektiven måste ingå, men det ena måste alltid underordnas det andra.

Den biologiska är medicinskt/naturvetenskapligt underbyggd via genetisk, biokemisk och neuro/kognitiv och annan psykologisk forskning. Den inkluderar naturligtvis också ett antal utvecklingsperspektiv i dessa avseenden.

I det utvecklingsorienterade, holistiska synsättet ställs frågor om en patients symtombild inte bara ses som potentiella indikationer på en viss diagnos, utan också ses som utvecklingshinder, som informationsbärande pusselbitar i en möjlig förståelse av livet, som aspekt av patientens mentala helhet. Hur ser patientens berättelse om sig själv ut. Säger patienten genom sina symtom och inte minst sitt lidande något om sig själv, sin syn på sig själv, sin inre värld, sina relationer? Är symtom också ett slags krypterad berättelse som ger en annan infallsvinkel på patientens lidande än enbart den psykiatriska diagnosen? Pekar symtomen mot erfarenheter av otillfredsställelse/traumatiskt samspel med andra personer i uppväxten eller den aktuella livssituationen? Berättar en familj något om sig själv med hjälp av sina symtom? Vad är budskapet till omvärlden bakom ett suicidförsök och vad säger det om patientens inre läge?

Vems är behovet att förstå och hur?

Man kan fråga sig i vilken utsträckning patienten har glädje av att få hjälp att förstå sina symtom också i ett livssammanhang, till exempel att formulera sin egen förståelse ur existentiell synpunkt. Två frågor reser sig: dels om det är psykiatrikerns uppgift att biträda i en sådan förståelse, dels om det kan vara så att det framförallt är psykiatrikern som har ett behov av att förstå – mer än patienten? Är vi nu inne på ett område som tillhör en annan aspekt av behandling än den som psykiatriker ska syssla med? Eller talar vi om ett perspektiv som kan omfatta varje möte med en psykiatrisk patient?

Om det för patientens del, förutom att må bättre, finns ett värde i att få svar på frågan "hur är det med mig, hur har det blivit på detta sättet", tycks det för psykiatrikern föreligga ett behov av en psykologisk referensram som är kvalitativt annorlunda än "allmänhetens psykologi" och ett urval av akademiska psykologiska forskningsaspekter, en referensram som kan bidra till att tillsammans med patienten organisera en både detaljerad men också övergripande meningsfull berättelse. Här ger skilda psykoteraeutiska tankesystem olika ingångar.

Är den psykoteraeutiskt baserade psykologin på väg ut psykiatrikerns referensram?

För ett antal decennier sedan var den utvecklingsorienterade, holistiska modellen, baserad på psykoteraeutiskt tänkande och socialpsykiatrisk orientering, starkt etablerade medan den biologiskt medicinska perspektivet stod i bakgrunden.

Nu när den biologisk-medicinska modellen vinner terräng skulle man kunna tänka sig att dessa synsätt skulle komma att balansera varandra. Men det är tveksamt om vi i dagsläget bevittnar en dialektisk process som kan leda till en syntes. Men om det handlar om att relationen är en fråga om växlingar om förgrund/bakgrund, handlar det inte om en dialektisk process. Det tycks finnas en tendens till en pendling över mot sjukdomssyn och biologi i psykiatrikerns referensram. Det handlar knappast enbart om att de biologiska neurokognitiva fynden hittills har sådan tyngd, specificitet och räckvidd att det helt kan förklara denna process. Oavsett orsaken tydliggörs denna tendens genom att det anses mindre och mindre angeläget att psykiatriker fortbildar sig i psykoterapi som väl fortfarande är en stor källa till psykologisk kunskap med relevans för psykiatrin.

Det blir för dyrt. Läkarna ska användas till sådant som andra medarbetare inte kan/får göra, farmakaförskrivning, suicidbedömningar och diagnostiska punktkonsultationer. Det innebär också att de arbetsuppgifter som läkarna tilldelas och tar, ger erfarenheter som inte aktualiserar fortbildningsbehov som inkluderar fördjupad psykoteraupsykologisk kunskap. Om det ansågs riktigt viktigt att psykiatriker skulle ha en grundlig kännedom om åtminstone en psykoteraeutisk metodik skulle de naturligtvis också få medel till utbildning.

Man kan naturligtvis hävda att den psyko terapeutiska psykologin ändå är väl företrädd inom psykiatrin som helhet, även om den saknas mer och mer hos psykiatrikerna. Det kan nog stämma men då får ändå denna psykologi karaktär av att vara "paramedicinsk", inte central i den psykiatriska referensramen.

Den nuvarande spänningen som kan finnas mellan de båda grundperspektiven kommer kanske att lösas upp av sig själv med tiden. Psykiatriker med psyko terapeutisk kompetens kommer att dö ut och de nya kommer inte att ha sina arbetsuppgifter så organiserade att de kommer i kontakt med vilka kvaliteter en god psyko terapeututbildning skulle kunna tillföra i vardagsarbetet.

Fortbildningssyn inom psykiatrin

Tidigare kunde ganska breda vidareutbildningsintressen anses respektabla och stödjas för de flesta personalkategorier. Den enskilda medarbetarens egen uppfattning om vilken fortbildning som skulle kunna vara av värde respekterades ofta, även om den omedelbara vardagliga kliniska nyttan inte var klar. Det fanns en förståelse för att personal, som inte sällan skulle komma att tillbringa hela sitt yrkesliv, kanske 40 år, hade ett behov av utveckling och förverkligande av sina professionella potentialer utöver "kvartalsnyttan" för kliniken och dess patienter. Är personalpolitiken utformad med långsiktig omtanke om den personal som är trogen psykiatrin under flera decennier? Så tycks inte vara fallet numera. Delvis förslösas här också ett kreativt kapital.

Eftertankar

Så vad kan ha kommit ut av detta försök att undersöka behovet av psykologi i psykiatrikerns referensram? Kanske framför allt att det avspeglar vårt icke förhandlingsbara behov av att skapa innebörd, mening och foga samman berättelser, om våra liv, i såväl personliga som i professionella avseenden. De grundläggande kontexter som beskrivits är två olika utgångspunkter för skapa professionella berättelser om våra patienter. Dessa berättelser baseras dels på vad våra patienter spontant beskriver om sig själva och sina liv, dels på de svar de ger på våra följdfrågor vilka styrs av våra grundläggande kontexter.

Det skulle kunna verka som om dessa skilda kontexter eller grundläggande utgångspunkter skulle vara helt beroende av hur psykiatrisk utbildning och fortbildning är utformad, t.ex. vad gäller tillgång på fördjupad psyko terapeututbildning. Men detta val av kontext har nog i grunden också personliga förtecken och baseras på människosyn, vetenskapssyn och existentiella överväganden.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Välkommen till SPF:s monter C01:25 på Bok- och Biblioteksmässan 26 – 29 september i Göteborg!

Bok & Biblioteksmässan i Göteborg samlar varje år ca 100 000 besökare och drygt 800 utställare. Det är en fantastisk mötesplats med möjlighet att föra ut budskap, själv få ny kunskap och knyta kontakter. Från 2009, vilket var första året, har vi haft en mängd besökare i vår monter: personal som jobbar inom psykiatri, studerande, lärare, människor som behövt råd för egen del och för sina anhöriga.

Som tidigare kommer SPF att finnas med i montern "Psykisk hälsa genom livet" (monternummer C01:25) där några av de tidigare årens medverkande finns: Psynk från SKL där Ing-Marie Wieselgren och Lotta Jernström finns med, Västerbottens läns landsting som brukar ha med sin numera fd VC Carl-Gustaf Olofsson och psykiatri-ssk Anna-Britta Lundberg på plats, HFS:s temagrupp Psykisk Hälsa där jag är ordförande samt SPF som representeras av undertecknad och olika lokala medlemmar. Nya för i år är föreningen SHEDO, Self Harm and Eating DisOrder, som i samband med Bok- och Biblioteksmässan räknar med att ge ut en bok inom ramen för sitt projekt Ego Nova.

Vi kommer också att medverka på flera scener med föredrag. Vad, var och när bestäms senare av Bok- och Biblioteksmässan. Vi kommer på SPF:s hemsida att fortlopande lägga ut information så att du i god tid kan planera in vad Du vill lyssna på.

Välkommen till Bok- och Biblioteksmässan och monter C01:25 Psykisk hälsa genom livet!

Lise-Lotte Risö Bergerlind
SPF:s styrelse

Länkar för mer information

Om Psynk: www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/psykiskhalsa/barn_och_unga_psykisk_halsa

Om HFS:s temagrupp Psykisk Hälsa:
www.natverket-hfs.se/node/44

Om SHEDO: <http://shedo.org>

Om Ego Nova: <http://www.egonova.se/>

Om SPF: www.svenskpsykiatri.se

Hanna Då och Hanna Nu

I en hypotetisk värld möttes Hanna Nu och Hanna Då för sisådär sex år sedan.

De stod öga mot öga på en konferensgård någonstans i Bergslagen. Hanna Då hade precis påbörjat sin ST i psykiatri, och var entusiastisk och diskussionslysten som en kobra. Den Nya Tidens Psykiatri! tänkte Hanna Då, och liksom alla andra tänkare före henne trodde hon förstås att hon var unik i sitt tankemässiga nyförvärv. "To go where no man has gone before..." och allt det där.

Nåväl. Just denna eftermiddag på en gård i Bergslagen

"Det finns fantastiska psykologer som har omfattande kunskap om psykoterapins alla hemlighetsfulla fält, låt dem sköta det och låt läkare vara läkare!"

försiggick en diskussion om psykoterapiutbildningen i specialisttjänstgöringen. Hanna Nu höll sig lite försynt i bakgrunden, men Hanna Då ångade på och förkunnade sin ståndpunkt med tordönsstämma. "Specialistutbildning i psykiatri är en medicinsk vidareutbildning, vi är läkare och skall utveckla och förfinas vårt medicinska kunnande!" Hade Hanna Då varit man och tjugo år äldre hade hon haft skraddarsydd kostym och pekat med hela handen. Och varit erbarmerligt enerverande.

Nu var hon bara erbarmerligt enerverande.

"Psykoterapi i all ära, psykiatrer skall ha god kännedom om olika terapeutiska metoder MEN det skall inte ta tid från andra ämnesområden inom ST-utbildningen!" Hanna Då ville deklarerat Sanningen för sin omvärld, och var beredd att argumentera för sin sak med vartenda uns av energi som gick att uppbåda.

Hanna Nu stod avsidet och observerade. Bredvid henne stod en tunn, nästan genomskinlig gestalt, som inte tycktes lämna hennes sida. Figuren följde hennes varje rörelse, som en skugga, nästan. Skepnaden lystrade till namnet Erfarenheten. Hanna Nu och Erfarenheten stod tysta och iakttog Hanna Då som presenterade sina axiom med självklarheten hos en omnipotent. "Det finns fantastiska psykologer som har omfattande kunskap om psykoterapins alla hemlighetsfulla fält, låt dem sköta det och låt läkare vara läkare!"



Nu var det dags. Tiden var inne.

Hanna Nu och Erfarenheten gled ljudlöst fram genom salen. Tillsammans smög de upp bredvid Hanna Då och lade varsin varsam arm runt hennes axlar. Sedan berättade de för henne om framtiden. De berättade hur hon i sin steg 1-utbildning skulle träffa två makalösa psykologer, två knivskarpa polskor med hjärnor av blankslipat stål och hjärtan av guld. Hon skulle komma att tänka: "Wow. Detta är... detta är psykiatrisk science fiction. Hjärnans kvantfysik. Med den kunskap de besitter kan man åstadkomma VADSOMHELTST.

Man kan göra underverk!" Hanna Nu och Erfarenheten målade upp den framtida bilden av Hanna Då, som återkommande under sin karriär skulle öppna locket till KBT-flaskan och ta sig en stänkare. Låta tankens, känslans och beteendets ljuva arom fukta strupen och göra rösten tydlig och klar. Bringa reda i det cerebrala kaos som huserar i biologins utkant.

... Längst bort i ett hörn skymtade en ranglig gestalt. Hanna Sedan. Hanna Sedan såg mötet och informationsutbytet mellan sina föregångare och smålog rofyllt.

Hanna Edberg
Specialist i psykiatri, ST-läkare i rättspsykiatri
Rättsmedicinalverket, Stockholm

Historiska misstag och logiska felslut

Om autisms genes

"Om några atenare föll i sjön och alla som föll i sjön blev blöta, så blev några atenare blöta." En slutledning av detta slag kallas en syllogism. Den har den enkla formen av premisser "om några atenare(A) föll i sjön(B) " och "om alla som föll i sjön(C) blev blöta(D)", och en slutsats "några atenare(A) blev blöta(D)". Den här sortens slutledning följer strikta regler och om argumentet följer premissen så kommer slutsatsen vara given.

A → B

C → D

A → D

Följer man inte de logiska regler som ligger till grund för slutledningen kan man dra slutsatser som inte är korrekta men som utan en närmare granskning skulle kunna framstå som det. Satsen "Om några atenare föll i sjön och alla som föll i sjön blev blöta och några atenare är blöta så har de fallit i sjön" är ett exempel på hur premisserna hanteras på ett felaktigt vis och slutsatsen på intet vis är korrekt. Ibland händer att samband tas för givet baserat på just sådana felaktiga slutledningar. Inom medicinen har det skett mer än en gång, det är inte så konstigt, givet att informationen man har vid varje given tidpunkt är begränsad. Med en större kunskapsbas kan det vara lättare att se förbi den falska slutledningen. Nedan ska jag beskriva hur en psykogenes till autism suggererades fram, baserat på Bruno Bettelheims erfarenheter.

Samma symtom, olika förklaringar

Arbetet med personer med autismspektrum kan ställa stora krav på behandlaren. De personer som får diagnoser inom spektrumfältet skiljer sig åt på lika många sätt som det finns människor, men de särskilda svårigheter som finns inom mellanmännsliga kärnområden har beskrivits på likartat sätt över tid. Det gäller såväl de specifika intressen och förmågor som personer med autisttillstånd kan ha, som de socialt avvikande beteendena med undvikande av blickkontakt, stereotypa sätt att tala och röra sig och avvisande av kroppskontakt och ett relaterande till andra som avviker från det typiska.

Beskrivningarna har ofta sett likadana ut, förklaringarna har vid olika tidpunkter dramatiskt skiljt sig åt.

Det finns nästan inte något område där de psykiska funktionerna kunnat tillskrivas så olika orsaker, allt från konstitution till ett genomgående dåligt bemötande tillbaks till konstitution.

En av de personer som under andra hälften av 1900-talet starkast påverkat bilden av autism och dess orsaker är psykoanalytikern Bruno Bettelheim, som efter andra världskriget var verksam i USA och där bland annat bedrev en verksamhet med en kombinerad skola och behandlingsenhet där barnen också bodde. Han och hans medarbetare var nog till stor nytta för flera av de svårt störda barn (och möjligen ibland också för deras familjer) som var inskrivna vid skolan.

Till mindre nytta än det direkta arbete Bettelheim la ner på behandlingen, hör den teoretiska ram han byggde kring autismsbegreppet, framför allt framförda i "Den tomma fästningen". Jag tror man inte överdriver om man till och med säger att just Bettelheims texter om autisms genes hör till de mest skadliga, för att han på ett så tydligt sätt pekade ut vissa faktorer i barns uppväxt som direkta orsaker till att dessa barn får autism.

Rasbiologi à la 2000-talet och tidigare

Även andra har gjort lika reduktionistiska felslut kring orsakssamband, men inte alltid med samma skadliga effekt. Ett färskt exempel är en grupp artiklar som publicerades i Svenska Dagbladet den 4 maj 2013, där en Adrian Raine, i artikeln ospecifikt kallad "forskare", kommer till tals med bergsäkra utsagor om psykopatins väsen och genes. I sin uttalade brist på källkritik och normal journalistisk anda skapar SvD en frenologisk fantasibild om att psykopati kan utläsas av en del synliga fysiska attribut (utstående öron, fyrfingerfåra i handflatan), särskilda utseenden hos vissa hjärnstrukturer och att man blir född till psykopat, helt utan relation till kontexten. Det var en i många stycken absurd text som luktade rasbiologi à la Myrdals Sverige, och socialpsykiatri på dess omvända sätt, där patienter med dessa svårigheter beskrevs som i det närmaste dömda att inte kunna utvecklas. Dagen därpå skrevs en blek följdartikel där några experter i området fick uttala sig. Denna sorts text är olycklig och ett exempel på hur pendeln har slagit mot beskrivningar av psykiska tillstånd som tillhöriga konstitution helt utan relation till omvärld och tillvaro.

Bettelheims och andras teoretiska resonemang om autisms genes utvecklades under efterkrigstiden, i en värld som sett vad nazismens rasbiologi haft för konsekvenser när den fick bre ut sig. Som reaktion till en uttalat biologistisk syn på personlighet, kom efterkrigstiden att präglas av ett avvisande av konstitution som en faktor som överhuvudtaget kunde bidra till personlighetsutveckling. Den koppling han gör är extremt grov och det är svårt att förstå hur samtiden så okritiskt kunde gå på den. Det han likställer är alltså ett koncentrationsläger och ett hem. Att som vuxen befinna sig i en miljö som är så aggressiv som ett koncentrationsläger där man med säkerhet kunde utgå från att man skulle bli dödad, likställs med när man som ett hjälplöst och djupt beroende spädbarn befinner sig i sina omvårdares möjligen godtyckliga vård. Man kan säga att hela den psykogenes som man föreställer sig utgår från följande falska syllogism: "alla som utsätts för ofantlig grymhet(A) och upplever en total hjälplöshet(B) kan drivas till att bli påtagligt autistiska(C) i det fortsatta fungerandet (premiss) Det finns barn som har autistiskt fungerande(C). Alltså har dessa barn varit utsatta för ofantlig grymhet(A) och upplevt total hjälplöshet(B)".

Bettelheims egna koncentrationslägerserfarenheter har han skrivit om i "Det upplysta hjärtat". Han beskriver hur den omutligt hjälplösa situationen där fångarna på intet sätt kunde påverka det egna ödet, hos somliga ledde till en uppgivenhet med en förlust av de allra flesta funktioner. De uppgivna personernas *beteenden* kom på många sätt att likna autistiska barns beteenden. Det är mot bakgrund av efterkrigstidens anda möjligt att begripa att man kunde resonera på detta sätt. Däremot är det djupt tragiskt att konsekvensen blivit så drastisk. Bettelheim gör en falsk analogi när han tar sina erfarenheter från 1900-talets grymma mordfabriker och effekten på vissa människors psyken, och ställer dem bredvid uppväxtförhållanden i många familjer. Han driver en tes där han försöker visa på samma sorts hjälplöshet hos spädbarnet som hos lägerfångarna, och drar då slutsatsen att orsaken till det lilla barnets utveckling av autism *måste* bero på omvårdarens/moderns *bristande* respekt för det lilla barnets uttryck för dess behov.

Kan vi lära oss av historien?

Alla barn råkar ut för att deras omvårdnadspersoner ibland undgår att märka, eller höra, vad barnet vill eller behöver. Den besvikelse som denna sorts upplevelse utlöser, kan svårligen i sig leda till det som Bettelheim påstår. För att en trygg anknytning ska komma till stånd, räcker det enligt modern spädbarnsforskning (Wennerberg, opubl) med att barnets behov möts vid knappt hälften av alla kontaktförsök.

När två så olika kontexter som koncentrationslägret och hemmet jämföras, trots att förutsättningarna i övrigt är så extremt olika, kan man undra hur så många kunnat svälja idén. Föreställningen att de flesta föräldrar tillfredsställer nästan alla barnens behov är falsk, lär oss anknytningsforskningen alltså.

Föreställningen att en mamma kan skapa en situation som dödar barnets alla initiativ och dessutom själva lusten att ta initiativ är drastisk.

Begreppen "kalla mödrar" eller "schizofrenogena mödrar" har sitt ursprung just hos Bettelheim et al, och en mer dömande syn på de föräldrar som fått barn med autistiska tillstånd är svår att föreställa sig. Även barn som lever i känslomässigt depriverade miljöer har en reparativ förmåga som är stor. De kommer relatera utifrån deras anknytningsmönster men för att fortsätta leva med autistiska svårigheter krävs att man har ett autistiskt grundfungerande, oavsett hur den ursprungliga miljön sett ut. Däremot kommer ett autistiskt barn vara så väldigt mycket mer känsligt för hur det blir bemött. Om ett typiskt utvecklat barn kan få en trygg anknytning med ganska många missar i kontaktförsöken, så gäller för ett barn med autism att det behövs en påtagligt mycket känsligare matchning. Detta till trots skapas inte autismen av föräldrarna.

I den pendelrörelse från konstitution via anti-konstitution och vidare befinner vi oss nu åter i ett läge där det konstitutionella, ärftliga, bereds stor plats i samhället, på alla olika nivåer. Exemplet från SvD i maj med en orimlig text, som antyder en stark determinism, och de omedelbara reaktionerna på tidningens oflekterade utbasunerande av detta, pekar på att 2013 förhoppningsvis är en tryggare tid än säg, 1936.

Det senaste numret av Forskning och Framsteg rapporterar också hur hjärnstrukturer, och beteenden, i musstudier av enäggstvillingar, väldigt tydligt kommer att utvecklas olika, även i miljöer som ter sig exakt likadana. Miljöns och biologins samspel kommer rimligen alltid vara en faktor som ställer till det för alla bergsäkra teorier.

Daniel Frydman
Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm



Att leva med psykisk ohälsa, ett närståendeperspektiv

Susanne Syrén och Kim Lützén (red)
Liund: Studentlitteratur, 2013

Psykiatrin och psykiskt sjukas anhöriga

Psykiatrins förhållande till psykiskt sjukas anhöriga, föräldrar, makar, syskon och barn har inte sällan varit präglad av okunnighet och okänslighet. Det kan i viss mån hänga samman med bristande resurser, men kanske i än högre grad med den generella bristen på kunskap i systemteori som förmår fånga in den interaktionella aspekten av individuell mental ohälsa. Det saknas vanligen en teoretisk och praktisk väl grundad förståelse för i vilken utsträckning och på vilket sätt samspelet mellan den psykiskt sjuka och anhöriga både kan bidra till (inte förorsaka) vederbörandes problematik och underlätta tillfrisknandet, detta sagt med all respekt för individuella psykologiska, sociala och biologiska riskfaktorer för de tunga psykiatriska kliniska tillstånden.

I antologin *Att leva med psykisk ohälsa - ett närståendeperspektiv*, belyses påfrestningarna i samlevnad med en psykiskt sjuk person samt de svårigheter och möjligheter som samarbetet med psykiatrin erbjuder. Akademiskt meriterade specialistsjuksköterskor kombinerar begreppstillämpning och begreppsbyggnad kring psykiatriskt arbete med forskning om närstående till psykiskt sjuka och ett särskilt fokus på den psykiatriskt utbildade sjuksköterskans roll i det psykiatriska arbetet.

Respektfull samverkan med anhöriga

Utgångspunkten är erfarenheten att en människas psykiska ohälsa alltid på ett eller annat sätt involverar människor i hennes närhet. Författarna belyser de närståendes situation utifrån ett relationellt och vårdetiskt perspektiv, inte bara vid akuta faser av ohälsa utan framför allt då det föreligger kvarvarande symtom med nedsatt vardagsfunktion som långa tider kan kräva omfattande insatser från närstående.

Etik, moral och respekt betonas i det komplexa psykiatriska arbetet i vilket en expertroll lätt tar över ömsesidighet och delaktighet i samspel med patienten inte minst vad gäller behandlingsplanering. Systemtänkande lyfts i ett avsnitt fram som en användbar referensram för arbete med anhöriga på ett förtjänstfullt sätt. Ett antal kliniskt betydelsefulla kontexter tas upp i vilka anhörigas belastning, utsatthet, frustration och upplevda maktlöshet beskrivs och exemplifieras. Barnens situation i familjer med en psykiskt sjuk förälder beskrivs bland annat utifrån anknytning, stress och skyddsfaktorer.

Föräldrars dilemma vid självskadebeteende, anhörigas svåra situation vid suicidförsök och svår depression belyses också. Relationen till psykiatrin präglas ofta av att anhöriga å ena sidan tas för givna, å andra sidan ofta ställs utanför. Kulturella skillnader som aktiveras då endera patient och anhöriga eller vårdpersonal är utlandsfödda kan komplicera ömsesidig förståelse och samverkan.

Titeln på antologin kan te sig en smula missvisande. Texterna handlar inte övervägande om de närståendes perspektiv, i meningen att de närstående direkt får göra sin röst hörd, utan författarna redovisar forskning och kliniska vinjetter. Dock framträder en anhörigröst med tyngd och skärpa.

En "professionell" mamma berättar

En författare redogör för sju år av egna erfarenheter av kontakt med psykiatrin på grund av sitt barns psykosjukdom. Det är en berörande skildring som ger en konkret och inträngande bild av hur utlämnad såväl patient som förälder är till vårdpersonalen.

Vi får följa de smärtsamma växlingarna mellan hopp och förtvivlan som följer med en förälders upplevelse av sårbarheten i sitt barns mentala tillstånd, med skrällen för återfall som en mer eller mindre ständig följeslagare i vardagen. För en anhörig till en psykosjuk kan samvaron i vardagen vara svår då patienten av och till vänder sig mot sina anhöriga, som ibland har två problem att hantera, en plågsam relation till sitt barn och en till en ibland inadekvat fungerande psykiatri. Hur tedde sig då denna kontakt med psykiatrin? En oförutsägbar pendling mellan gott bemötande, väl fungerande samarbete, bra behandling och helhjärtat stöd och plötsliga överraskande episoder av att vara utestängd från samråd och samarbete t.ex. i samband med utskrivningar från psykiatriska avdelningar och vid oförutsedda personalbyten. Författarens/moderns erfarenhet avspeglas till en del i den skakande formuleringen "ett par år efter insjuknandet blev det äntligen dags för en 'riktig' vårdplanering".

Jag vill gärna uppmana läsaren att stanna upp inför detta konstaterande av en erfaren sjuksköterska med specialistkompetens i psykiatri och låta det sjunka in. Genom uthållighet, professionell kompetens och kännedom om hur det psykiatriska systemet fungerar kunde hon stödja sitt barn.

Men det väcker tankar om hur anhörigsituationen kan vara för den som saknar denna kraft och kompetens.

Boken är skriven av sjuksköterskor huvudsakligen för sjuksköterskor och det är naturligt att just den psykiatriskt fortbildade sjuksköterskans insatser står i fokus. Det är dock överraskande att arbetskamrater med andra utbildningar och uppgifter är så lite synliga i texten - sjuksköterskan som teammedlem är svår att få syn på. Det kan nog i och för sig vara begripligt i ett skede när en profession håller på att konsolidera en position, forskningsmässigt, begreppsmässigt och praktiskt inom ett ytterst komplext vårdområde.

Eventuella invändningar väger dock ganska lätt ställt mot författarnas insats att ställa de anhörigas relation till psykiatri i fokus. Om de specialistkompetenta sjuksköterskorna skulle kunna se det som sin uppgift att hålla fokus på samarbetet med psykiskt sjukas anhöriga skulle de kunna bidra till att undanröja en av psykiatriens största brister.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm



Seniora psykiatriker ...

... bidrar i dag till att upprätthålla en fungerande psykiatrisk verksamhet!

Många av oss har betydande erfarenheter från många olika områden som kliniskt arbete, mentorskap och handledning, undervisning och FoUU, och har dessutom kanske börjat fundera över olika aspekter på psykisk sjukdom som utredning, diagnos, behandling, etiologi, kunskaps- utbildnings- och behandlingsrelaterade frågor, samhällsaspekter samt hur olika organisations- och ledningsaspekter kan påverka allt detta.

Vi skulle gemensamt kunna bidra till att vara både en referensgrupp, bollplank, erbjuda föreläsningsförslag, föreläsningar, seminarier och olika typer av utbildning för att komma med både nu- och framtidsinriktade förslag för att utveckla den psykiatriska verksamheten och forskningen med avseende på utredning, diagnostik/differentialdiagnostik och behandling/åtgärd vid olika psykiatriska tillstånd.

Undertecknad fick av SPF:s nya styrelse den 14/3 i uppdrag att ta reda på om det finns intresse att vara en del av eller till SPF knuten eller associerad grupp av seniora psykiatriker med olika bakgrund och intressen enligt ovan.

Upplever du, som senior psykiatriker, att något av ovanstående appellerar till din situation och dina intressen var god maila till undertecknad samt ge förslag på någon fredag under augusti/september, och förslag på lämplig mötesplats i Stockholm (ev. restaurang, ev. med tillgång till avskilt rum eller något annat) där vi skulle kunna träffas första gången för att påbörja en diskussion utifrån ovanstående.

Ange namn, mailadress, telefonnummer och intresseinriktning.

Med stora förhoppningar om en positiv utveckling för psykiatri!

Björn-Erik Thalén
Överläkare allmänpsykiatri, legitimerad psykoterapeut samt
handledare i KBT, PhD.
bjorn-erik.thalen@comhem.se

Reflektion över förra numret av Svensk Psykiatri – tema Psykiatrins sociologi

När jag öppnar temanumret Psykiatrins sociologi har det legat på mitt nattduksbord en dryg vecka. Ser tjockt ut och temat intresserar mig – så jag har väntat tills jag känt mig i form att fördjupa mig i ämnet. Jag blir besviken då jag upptäcker att temat omfattas av tre korta reflektioner på en dryg sida var och en lite längre artikel om Ludwig Igra och "den tunna hinnan". Inte för att artiklarna är dåliga – men var det inte mer och varför har ingen fördjupat sig i något av de aktuella uppslag som finns kring förhållandet mellan dagens samhälle och den psykiska ohälsan?

Några exempel:

- Forskning som tyder på att hälsa respektive sjuklighet hos individerna i ett samhälle, som nått ett visst mått av välstånd, snarare är beroende av individens status i samhället än den absoluta levnadsnivån. Ju större klyftor desto större sjuklighet. Detta gäller såvitt jag förstått hälsa och sjukdom i allmänhet men eftersom den psykiska ohälsan tillhör den som ökar mest borde dessa teorier vara av intresse för oss.

- Den största ökningen av patienter som sökt barnpsykiatrisk vård och vuxna som sökt vård för psykisk ohälsa har under senare decennier skett i samband med ekonomiska kriser som inneburit ökad arbetslöshet och neddragningar i offentlig sektor – början av 1990-talet och slutet av 2000-talet.

- Det kraftigt ökade behovet av att diagnosticera människor med svårigheter med uppmärksamhet, reglering av aktivitetsnivå, exekutiva funktioner, socialt samspel och flexibilitet, i relation till ensamhällsutveckling där kraven på människor att hantera och strukturera stora mängder information, kommunicera och vara förändringsbenägna ökat och fortsätter öka.

- Vittnesmålen från många flickor och unga kvinnor med självskadebeteende, där de beskriver vandan över att få ihop alla motstridiga krav och förväntningar de upplever i att vara kvinna.

Varför har jag då inte själv fördjupat mig i något av dessa uppslag? Varför söker jag inte och läser litteratur kring de frågorna utan hoppas att någon annan gjort det?

Mitt närmaste svar är att när arbetsdagen och arbetsveckan är slut är min hjärna så trött av att ha försökt träffa så många patienter som möjligt för att upprätthålla avtal och

vårdgaranti samt sköta ålagd administration – och samtidigt ändå försöka ha en anständig nivå av att möta patienter och familjer med ett genuint intresse, försöka förstå i ett sammanhang, organisera informationen och kommunicera till familjer och teammedarbetare så att den kan leda fram till gemensamma beslut osv. Då söker hjärnan återhämtning i form av en stickning, att klappa hunden eller kasta sig ut på skidor i den gnistrande snön på isen utanför vårt hus. Djupgående teoretisk litteratur ter sig övermäktig.

Så blir man en del av en produktionsapparat, som förvisso har till uppgift att erbjuda människor sjukvård men också att upprätthålla illusionen att det är möjligt att motsvara allas behov av vård utan att överföra resurser från privat till allmän konsumtion (dvs. ökad skatt) och att i den mån ohälsan inte kan vårdas bort är det den enskilda människan som ska ändra sitt beteende. Detta är också en del av psykiatrins sociologi.

Ann Björkman
Barnpsykiater
Norrköping

Annons

Annons

Militant vetenskapsextremism

För en liten tid sedan befann jag mig vid ett middagsbord någonstans i Göteborg, mitt i en diskussion om religion. Sällskapet hade fått njuta av en saftig fransyska med palsternackspuré, man kan svårligen vara gnällig eller ogin efter en sådan frodig måltid. Om jag inte minns fel inleddes samtalet med lite allmänna ord kring katolicismen, och närmare bestämt påven, hans (påvhens) makt, roll och betydelse. Utan att gå närmare in på detta så yttrade en av diskussionsparterna följande; "Religion är till för dem som inte mår bra av ovisshet. De som behöver en förklaring, en bakgrund, en fastställd mening med tillvaron, livet och döden. De som däremot accepterar att de ingenting vet, de kallar sig naturvetare. De kallar sin tro naturvetenskaplig. De är beredda att ompröva varenda sanning."

Är hundchoklad riktig choklad?

OK. Det hade ingenting med saken att göra. Se det som... pausmusik. Tillbaka till existentialismen.

Jag tycker om att se på mig själv och mina arbetskamrater som naturvetare, enligt definitionen ovan. Häromdagen slogs jag dock plötslig av en besvärlig paradox.

Jag hörde en kollega som uttalade sig om hur människan är. Jag hörde hur hen skiljde vad som är normalt från vad som inte är det.

Och jag började fundera på detta med visshet.

Hur förhåller sig den omnipotenta läkaren till att ingenting veta?

Vi är utbildade under år och åter år, skolade genom böcker, talade och skrivna ord, egna erfarenheter och andras. Patienter och andra samhällsmedborgare kommer till oss med frågorna "Vad?", "Varför?" och "Hur länge?"

Vi förväntas kunna svara. Vi LÄR oss att kunna svara.

Min kollega ovan, hen blev motsagd. En annan kollega, möjligen med mer erfarenhet av ämnet, sade sig inte hålla med. Där och då hade vi att se fram emot ett spännande och givande meningsutbyte. För oss. Gott så.

Men om yttrandet hade skett i ett annat forum? Stått oemotsagt?

Då hade det kanske varit en Sanning. För de patienter och samhällsmedborgare som ser oss som en del av sin religion. Som vänder sig till oss för att få svar på frågor om sjukdomar, på samma sätt som de vänder sig till Bibeln för att få svar på frågor om tron.

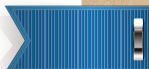
Jag är övertygad om att vi alla behöver luta vår existens mot någonting. En tro. Sedan kan man välja att tro att veta, eller välja att tro att ingenting veta. I grund och botten är det en och samma tro. Jag vet att jag vet är lika mycket - eller lite - värt, som jag vet att jag ingenting vet.

Och här kommer jag till pudelns kärna. Vi måste vara försiktiga med den naturvetenskapliga extremismen.

Vi kan inte ge våra patienter en Bibel av vetenskap. Vi kan inte utrusta dem med sanningar. Vad vi KAN göra, och vad vi SKALL göra, är att dela med oss av den spegelbild av samhället som vi har erövrat genom skolning och erfarenhet. Men låt oss aldrig bli militanta vetenskapsextremister. Sanningen finns till för att omprövas.

Hanna Edberg

**Specialist i psykiatri, ST-läkare i rättspsykiatri
Rättsmedicinalverket, Stockholm**



**Deadline för bidrag till
nästa nummer: 28/8**

Annons

Skillnaden

Vi vet att många i vår omvärld inte vet skillnaden. "Vad är psykologi? Vad är psykiatri? Vad är en psykolog? En psykiater? Är det någon skillnad på yrkena, är det inte samma sak?"

Ska det förklaras på ett akademiskt vis? Alltså läkarutbildning är en grundutbildning och psykologutbildning är en grundutbildning. Psykiatri är den läkargren som ägnar sig åt de psykiska sjukdomarna. Psykologi är ett kunskapsområde som till vissa delar handlar om det individuella psykiska fungerandet men också har andra förgreningar. Behandlingen av psykiatriska tillstånd – eller psykiskt lidande – kan ha olika form. Vissa behandlingar och åtgärder är avgränsade till vissa yrkesgrupper. Sålunda har enbart läkaren – här psykiatern – rätten att skriva ut recept på läkemedel och rätten att skriva sjukintyg. Enbart psykologen har rätt att utföra vissa psykologiska testningar.

Det är väl inte så konstigt att frågan om skillnaden ändå dyker upp. Det verkar som om den frågan finns även bland somliga psykiatrer, då såhär: "finns det en risk att vi ska misstas för psykologer? Bäst att vi nogsamt formulerar teorier, behandlingar och åtgärder som ryms inom det område där läkarens titel krävs för att man ska få göra't. Annars kanske dom tror vi inte är riktiga doktorer." Och frågan om psykologin blir en fråga om behörighet och kompetens. Dessutom träder åter fram den gamla kära dichotomin, den som gör att man *antingen* ser sig/ses som läkare med läkarbehöriga kunskaper *eller* som en "psykolog"? Men vad händer om man har kunskaper också om andra områden som berör psykiatriska sammanhang? För att komma tillrätta med problemet föreslår jag nu följande modifierade behörighetsbeskrivning:

Psykiatern har, tillsammans med andra inom psykiatriorganisationerna, till uppgift att kartlägga patientens svårigheter för att kunna ställa en diagnos. Diagnosens syfte är att med sin sammanfattning av olika aspekter av tillståndet också tjänstgöra som riktningsgivare till en behandling som är rimlig. De olika behandlingsmöjligheterna kan komplettera varandra eller konkurrera, de kan behövas var och en för sig eller som en samlad handling. Ibland är det bäst om behandlingen/ behandlingarna ges av olika personer, ibland blir det bäst om någon eller några personer medverkar i flera olika behandlingar på samma gång. Psykiatern har nytta av att kunna så många olika saker som möjligt, ha så många teoretiska perspektiv som möjligt levande för att med hjälp av de olika teorierna och de olika möjliga metoderna kunna hitta rätt hjälp för patienten.

Det vanligaste är vanligast, det gäller såväl diagnoser som behandlingar. Alltså måste psykiatern känna till mycket om många vanliga tillstånd och behandlingar. Dessutom måste läkaren känna till många ovanliga tillstånd och ovanliga behandlingsmetoder, för den händelse att det vanligaste inte inträffar. Det är nämligen också vanligt.

Alltså: ju fler olika teorier och metoder en psykiater har kunskap om, desto större möjlighet att psykiaterns patient får hjälp med sina specifika svårigheter. Och ju fler olika tillämpningar, alltså metoder, psykiatern behärskar, desto mer kvalificerad kan vården bli. Och eftersom det finns många metoder, somliga av dem farmakologiska, andra kopplade till kroppen på andra sätt, och dessutom ett flertal metoder som baserar sig på psykologiska teorier, så är det rimligt att psykiatern omfattar flera. Flera teorier och flera metoder.

Allt vi gör när vi undersöker och behandlar våra patienter baserar sig på en eller annan medicinsk/biologisk teori, på ett eller annat psykologiskt perspektiv och ofta också på andra perspektiv, det finns ideologiska perspektiv som vi omfattar, ofta utan att vara helt medvetna om dem. Utbildningen till psykiater är förhoppningsvis intensiv. Alla patienter vi träffar bygger upp vår erfarenhet, alla gånger behandlingen leder framåt och alla gånger behandlingen inte leder framåt är lika viktiga. Inte för patientens omedelbara tillfrisknande men för vars och ens kliniska erfarenhetsbygge. Här är det oundgängligt med den psykologiska kunskapen. Det är lika viktigt med den psykoterapeutiska kunskapen, hur vi än förvärvar den. Vi kommer i de flesta fall inte kunna arbeta med någon av våra psykoterapeutiska metoder på något renlärigt sätt. Det är troligt att vi inte har tid med det eftersom det finns så många patienter som behöver läkarens hjälp. Men när vi har kunskapen om hur samtalet kan föras – utifrån psykologiska och psykoterapeutiska perspektiv – så kan vi vara ganska säkra på att vi också blir bättre på att ta en anamnes effektivt, empatiskt och med större säkerhet.

Den som av någon anledning tror att psykiatrin som specialitet kan/borde vara befriad från psykologiska perspektiv lurar sig själv. Det mest troliga är att hen omfattar något perspektiv som upplevs som så självklart att det inte märks av. Ett, den gamla terminologin, så kallat "jagsyntont" symtom, ett som man inte själv märker hos sig själv. Tillstånd där symtomen är så jagsyntona har brukat betraktas som mer svårbehandlade. På annan plats i detta nummer av Svensk Psykiatri vittnar SP:s Hanna Edberg om att det går att botas även från så svårbehandlade tillstånd som "psykoterapifientlighet".

Jag tänker mycket summariskt beskriva en situation som dök upp nyligen när jag höll en föreläsning som kallas "psykiatri för icke-psykiatrer". Gruppen på ca 50 personer bestod denna gång till stor del av behandlingspersonal från kommunala behandlingsshem med olika profil.

Här dök en fråga upp från åhörarna där alla olika kunskaper, men framför allt de psykologiska kunskaperna, kom till sin rätt.

Frågan handlade om hur det kan komma sig att en person med en psykos hastigt och oförutsägbart kan växla mellan ett "normalt" och ett "psykotiskt" sätt att kommunicera. Den korta beskrivningen fick mig att tänka att något dissociativt inslag fanns med, någonting som utlöste växlingarna. Med den hypotesen i mitt huvud bad jag om exempel, fick en berättelse om när en behandlare och en boende hade diskuterat om egna erfarenheter i ungdomen, där de båda visade sig ha varit på samma sorts resa. Det beskrevs som ett "vanligt samtal", ett sånt "som man inte lägger på minnet". Eftersom jag hade ett antagande – baserat på psykologiska teorier om affektreglering och dissociation – om att patienten hade upplevt något som var känslomässigt starkare än hen stod ut med, bad jag om detaljer i alla fall. Under det goda samtalet hade de varit på en promenad som var påtagligt lugn och avskild från andras inblandning, det visade sig vara en viktig faktor.

Det "vanliga" samtalet kunde ändå återges och när vi fick höra en ungefärlig beskrivning av dialogskiftet berättades om hur de båda två vid något tillfälle i deras ungdom varit på samma sorts resa. Innan deras samtal tog slut hade de också kommit fram till att patienten och behandlaren inte hade rest precis på samma sätt, men att de hade haft liknande intressen. De hade båda lyssnat på samma musik och varit på väg till samma festival.

När de kommer tillbaks till behandlingshemmet ska de gå åt olika håll men stämningen är påtagligt ändrad och patienten är inte "sig själv" utan uppger ett annat namn. Det namn patienten nu "antagit" har att göra med något de talat om, en musiker som skulle spelat på den festival de varit på väg till, men som inte kom dit.

Vi behöver lyssna på alla detaljer, vi behöver kunna registrera intryck på ett ovärderande vis, för att de möjligen i ett senare skede kan visa sig ha varit viktiga. Den lilla vinjetten ovan hade fokus på det psykologiska innehållet. Min – handledarens – vana vid en psykoanalytisk diskurs där jag lyssnar med "en jämnt svävande uppmärksamhet utan att fästa avseende vid detaljerna" visar sig här kunna bidra till att personalen själva insåg att det funnits mönster i interaktionen som påverkat mer än de tidigare, i vardagsflödet, tänkt på. När personalen plötsligt insåg att de "obegripliga" skiftena från "normal" till "psykotisk" nästan alltid kom när någon sorts god kontakt funnits och skulle till att brytas. Att det "psykotiska" nya namnet hänger ihop med sådant de talar om är en sak, att symtomen kommer när den goda kontakten bryts, är en annan.

Båda aspekterna – innehållet och formen – kan vara viktiga att uppmärksamma för att minska effekterna av känslösvall.

Utan psykiaterns – och hela verksamhetens – beredskap för de psykologiska mekanismerna blir verksamheten tunnare, mindre begriplig. Oavsett teoriram.

Daniel Frydman
Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm



Det första Raffaella Björck - priset har delats ut!

SPF instiftade hösten 2012 Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser inom psykiatri. Till första pristagare utsågs överläkare Elina Sarasalo, Stockholm, med motiveringen:

Elina Sarasalo har under många år varit en drivande kraft för att förbättra, utveckla och modernisera ST-utbildning och fortbildning inom svensk psykiatri. Med entusiasm och livfullhet förmår hon inspirera och locka fram det bästa av varje situation.

Elina Sarasalo förmedlar med sitt ljus samma drivkraft och övertygelse som den Raffaella stod för.

Priset, bestående av 10 000 kr och ett diplom, delades ut under SPK:s kongressmiddag på Münchenbryggeriet den 14 mars 2013 av Raffaellas man Erik Björck.

Tove Gunnarsson
Styrelsen SPF

Hur står det till med den svenska psykiatrin?

Jag har två aktuella dokument i min hand. Det ena är senaste numret av Tidskriften för svensk psykiatri (1, 2013), som avhandlar temat 'Psykiatrins sociologi' och det andra en artikelserie från ett nummer i år av Läkartidningen (LT, nr 9-10, 2013) med temat 'Affektiva syndrom'. Vad säger mig innehållet i dessa två förväntat auktoritativa dokument om tillståndet i den svenska psykiatrin?

I tidskriften Svensk Psykiatri, som utges under överinseende av representanter för de olika psykiatriska specialiteterna vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri samt rättspsykiatri, har medlemmarna i yrkesgrupperna varit inbjudna att komma med inlägg och bidra till det aktuella temanumret om psykiatrins sociologi. Av den aktuella utgåvans 42 artiklar har endast 6 anknytning till temat (två av artiklarna är för övrigt skrivna av tidskriftens redaktörer). Detta enkla konstaterande är förvånande. Hur kan det komma sig att inläggen är så få och att ämnet psykiatrins sociologi tycks väcka ett sådant litet intresse hos landets alla psykiatrer? Var finns engagemanget för hur samhället påverkar psykiatrin och psykiatrin samhället?

Resultatet är både allvarligt och sorgligt. Det finns inga bidrag om de sociala frågor med etiska, juridiska och politiska implikationer, som berör psykiatrins funktion i samhället och hur psykiatrin påverkar den enskilde individen som samhällsmedborgare. Inget om socialpsykiatrin i teori och praktik. Tystnad om diagnostiseringen av socialt avvikande beteenden, om de kommunala insatserna i omhändertagandet av psykiskt utsatta, om samarbete med sociala institutioner, om etiska ställningstaganden inom psykiatrin, om möjligheter till primärpreventiva insatser mm.

Jag tillhör en generation då det var en självklarhet för oss blivande läkare och psykiatrer att engagera oss i yrkesrollen och dess funktioner i samhället. Det fanns hos många av oss en vilja att ifrågasätta etablerade normer och föregivna sanningar samtidigt som vi trodde på möjligheten att skapa förändringar. Vi problematiserade psykiatrins funktion i dags- och fackpress samt på konferenser, vilket inte sällan resulterade i livlig debatt. Många av oss deltog i olika socialpsykiatriska projekt i ambitionen att söka alternativa behandlingsformer i en ny social kontext.

Den tiden tycks sedan länge förbi. Inom läkarvärlden i allmänhet och psykiatrin i synnerhet finns idag snarast en tendens till att abdikera från att vara aktiv i sociala och

vårdpolitiska frågor. Det gäller sjukvårdens roll i samhället och hur den utformas i förhållande till befolkningens behov. På ett etikseminarium förra året, anordnat av Svenska Läkaresällskapet och Sveriges läkarförbund, ställdes den för medicinalpersonal utmanande frågan "Vem styr sjukvården?". Prekärt nog fanns inget svar på frågan. Flera läkare beskrev istället i olika inlägg sin maktlöshet i sjukvårdssystemet. En kirurg från södra Sverige berättade om hur vårdadministrativa faktorer bidragit till att en av hans patienter tagit allvarlig skada i väntrummet i avvaktan på behandling. I samma anda har Maciej Zaremba skrivit sina uppmärksammade artiklar i DN om hur läkarna tvingas in i ett system som medför att viktiga värdetiska hänsyn inte fullt ut kan tillgodoses.

METIS-kursen 'Psykiatri och samhälle' har appellen "Psykiatern – en samhällsaktör. Bli en bättre psykiater med samhällsperspektiv och kunskap om socialpsykiatriska metoder för att främja psykisk hälsa och träna dig att delta i den offentliga debatten." När man läser det aktuella numret av Tidskriften för svensk psykiatri om psykiatrins sociologi förefaller den kursen vara mer angelägen än någonsin.

Artikelserien i Läkartidningen om affektiva syndrom har 6 artiklar skrivna av ämnesområdets mest auktoritativa psykiatrer. Innehållet är ambitiöst och kunskapsrikt och handlar om självmordsrisk, depression vid olika åldrar, utmattningssyndrom, bipolärt syndrom, öppenvårdsbehandling och framtidsperspektiv.

Det är naturligtvis välkommet att det här viktiga ämnet inom psykiatrin får en sådan kraftfull belysning. Olika beräkningar visar att så mycket som upp till 20 % av befolkningen någon gång under livet utvecklar depressioner. Att uppleva sorg, förtvivlan och nedstämdhet torde vara mänsklighetens mer centrala predikament. Förluster, övergivanden, besvikelser och svek är inte sällan utlösande faktorer och ibland orsaker till att svårmod tagit sin boning i de drabbade personerna. Det behöver inte sägas hur angeläget det är att mot en sådan bakgrund vara uppmärksam på hur tillstånden uppstått, vilka psykologiska bakgrundsfaktorer som kan ha varit av betydelse för att just den ena eller andra individen blivit deprimerad. Skönlitteraturen ger exempel på många beskrivningar.

När man läser de olika expertuttalandena lyser sådana aspekter nästan helt med sin frånvaro. Här finns inga individer beskrivna, inga livsöden eller kasuistik, som ger mening till och förståelse för att depressioner utvecklas. Det finns förhållandevis mycket litet om hur traumatiska händelser och livsomständigheter kan vara bidragande. De enda två artiklar i serien som antyder sådana aspekter är de som handlar om utmattningssyndrom och om depressioner hos barn. Beträffande diagnosen utmattningssyndrom pekar blotta benämningen på en psykosocial genes och det nämns i förbigående att den kan vara "en begriplig reaktion på livets många svårigheter" samt att ett orsakssamband är väl belagt mellan arbetsrelaterad stress och psykisk ohälsa. När det gäller barn påtalas deras utsatthet förenat med brister i omsorgen som viktiga bakgrundsfaktorer. Här finns kortare resonemang om att tillstånden kan vara utlösta av traumatiska eller stressbetingade omständigheter, men det för inte vidare. Istället ägnas största intresset till olika frågor om differentialdiagnostik. Erfarenheten att varken utmattningssyndrom eller depressiva, apatiska tillstånd hos barn svarar på medikamentell antidepressiv terapi betonar hur angeläget det är att här söka psykosociala förklaringsmodeller och att behandlingen kräver alternativa insatser.

Apropå differentialdiagnoser är det viktigt att betona åtskillnaden mellan svåra och lätta depressioner. Mildare depressioner i förening med ångest torde vara de vanligaste psykiska problemen i samhället och utgör ett folkhälsoproblem. Det gör det särskilt viktigt att anpassa behandlingen efter svårighetsgrad. Många lättare tillstånd är övergående och självläkande varför antidepressiv behandling knappast är indicerad. Det gäller, som påpekas, särskilt vid första eller enskilda gången en depression utvecklas. Ändå är det inte ovanligt att antidepressiv medicinering tidigt och till synes oreflekterat sätts in som enda behandling. Det torde vara en bidragande orsak till de höga förskrivningstalen. Som tillägg till alla rekommendationer om att använda farmaka borde även ingå förslag till restriktioner mot överdriven behandlingsiver. Medlen är ju inte utan biverkningar.

Om medicinering är indicerad ska det naturligtvis ske med samtidig psykologisk intervention. Därvid är det viktigt att vara uppmärksam på de många utlösande psykosociala faktorer som kan förekomma såsom dödsfall, arbetslöshet, skilsmässor, stress och utstöttningsmekanismer för att nämna några av livets påfrestningar. Typen av personlighet spelar också roll för förloppet. Betydelsen av dessa omständigheter bör ägnas lika stor uppmärksamhet i behandlingen som inriktningen på symtom.

Hela artikelserien om depressioner präglas av ett dominerande intresse för symtom, tillstånd, diagnoser och farmakologisk behandling. En genomgående utgångspunkt är att depressioner har en biologisk etiologi och att behandlingen ska anpassas till en sådan förklaringsmodell. Vad beträffar svåra depressioner och bipolära tillstånd råder det knappast någon oenighet om att detta till stor del äger giltighet. Samtidigt behövs mycket forskning på området

eftersom våra biologiska hypoteser om depressioner har otillräckliga belägg, även om det finns många intressanta ansatser. De flesta psykofarmakologiska metoder har kommit till genom slumpupptäckter och vi vet föga om verkningsmekanismerna för de viktigaste av dem. Några kausala behandlingar är det alltså inte fråga om. Teorierna om monoaminernas centrala betydelse i sammanhanget har länge varit dominerande när det gäller antidepressiva medels verkan. Jag medverkade själv i sådan forskning på tidiga 70-talet då det fästes stora förhoppningar på att nå framgång.

Trots den mångåriga forskningen på området har några säkra orsakssamband mellan förändring av hjärnans signalsubstanser och depressioners biokemi inte kunnat påvisas. Dessvärre görs ändå försök att slå mynt av monoaminteorier på ett ovederhäftigt sätt. Exempelvis har det i läkemedelsreklam påståtts att depressioner förorsakas av deficit av serotonin i hjärnan och att det skulle motivera behandling med antidepressiva medel. Ingrid Carlberg har i sin undersökande bok 'Pillret: en berättelse om depressioner och doktorer, forskare och Freud, människor och marknader' klarlagt bakgrunden till sådana falska resonemang. Egendomligt nog har hennes viktiga bok föga kommenterats av landets psykiatrer. Vi inom professionen har ett ansvar i att uppmärksamma vilseledande och oetisk information och reklam av det nämnda slaget. Företeelsen är omfattande och läkarna föga aktiva enligt en aktuell studie från Lunds universitet.

På det hela taget ägnas i artikelserien om affektiva syndrom föga intresse åt psykologiska utredningsmetoder och förklarings- respektive förståelsemodeller. Man kan få intrycket att patienter, särskilt de med svåra depressioner, inte har någon psykologi av betydelse. Psykoterapi omnämns välvilligt och att sådana ansatser och metoder kan vara befogade, men helhetsintrycket är att det inte förefaller vara en psykiatrisk angelägenhet. I inledningsartikeln skriver för övrigt artikelseriens gästredaktör och medverkande till artikelurvalet: "Andra tillstånd, exempelvis sådana som kan vara utlösta av psykologisk belastning som vid utmattningssyndrom, tas om hand inom primärvården". Representerar ett sådant uttalande möjligen ett uttryck för en utarmning av psykiatrin?

Det kommande numret av Tidskriften för svensk psykiatri ska handla om psykiatrins psykologi. Förhoppningsvis kommer detta perspektiv på psykiatrin att vinna större intresse och ge upphov till fler bidrag än vad som varit fallet med psykiatrins sociologi. Det besvärliga läget med rekryteringen av unga medicinare till psykiatrin torde kunna motverkas av en vidare utblick och ett större perspektiv på professionen än vad som framkommer i de refererade dokumenten.

Johan Schubert
Psykiater, professor i psykoterapi

Psykiaterns psykologi eller Hur det tog mig 26 år att fatta

När jag var 14 år

Vi har just flyttat till Cali i Colombia. Ett år ska vi vara där, pappa ska arbeta för WHO.

De första dagarnas intryck är bedövande. Lukterna, ljuden, färgerna – allt är främmande och skrämmande. De tiggande barnen med sina uppsvällda magar under kläder tillverkade av juteväsäckar. Nattvakten med svarta tänder. Insekterna. Allt.

Efter ett par dagar ska vi besöka den lilla affären på hörnet. I den handlar man över en disk där det står skålar med färgglada karameller som ska fresta till köp. Bakom disken tornar välfyllda hyllor upp sig. Burkar och påsar med spännande etiketter. Det är en fin affär. Men så kan jag plötsligt inte andas längre. Det trycker över bröstet, jag får ingen luft. Hjärtat bultar, världen snurrar och jag förstår att jag håller på att dö. Skräckslagen flyr jag ut ur affären i hopp om att hitta syre men där finns inget. Jag klamrar mig fast vid ett staket för att kunna hålla mig upprätt. Efter mig störtar mamma, lillasyster och affärsinnehavaren. Den sistnämnde, en vänlig medelålders man, har med sig ett glas vatten och försöker få mig att dricka. Jag slår vilt omkring mig.

Efter en liten stund klingar det hela av och vi kan återvända hem. Resten av året i Cali blir alldeles oförglömligt underbart, och det hemska som hände i affären, det händer aldrig någonsin mer.

Åren går och jag tänker inte ofta på det. Någon gång berättar jag om det för att förklara vilken kulturchock jag fick där i Cali, de första dagarna.

26 år senare

Jag har varit specialist i psykiatri i några år och föreläser nu om ångestsyndrom för en grupp logopedstudenter. Jag går igenom panikattackens symtomatologi. Då slår det mig. Kära nån, det var ju en panikattack jag hade. Hur har jag kunnat undgå att fatta det?

5,5 års läkarutbildning. Sedan 2 års underläkarvikariat, huvudsakligen på psykiatriska kliniker. AT inklusive 3 månader psykiatri och 6 månader allmänmedicin. 5 års specialistutbildning. Ett par år som specialistläkare. Utan att tanken slagit mig en endaste gång. Det var en panikattack.

Varför hade jag inte fattat detta förrän nu? Hade jag hållit det ifrån mig och varför då i så fall? Det är ju inte precis något pinsamt med att ha haft en panikattack. Däremot har vi alla våra blinda fläckar och alldeles särskilt när det gäller oss själva och våra närmaste, även om vi är aldrig så välutbildade. Det finns goda skäl till förståelse och respekt när vi träffar patienter som vi tycker har väntat alldeles för länge med att söka hjälp.

Tove Gunnarsson

Överläkare

Psykiatri Nordväst, Stockholm

Kommentar 1

1895, då Sigmund Freud precis stod på tröskeln till att formulera psykoanalysen, skrev han och förkastade i samma veva en text som kom att publiceras på 1950-talet, med den titel som stod som ett klotter i texten han gjort: «utkast till en psykologi». Det är en extremt spännande text, dels för att Freud där på ett förtätat sätt formulerade embryon till de flesta teorier han utvecklade under sina aktiva psykoanalytikerår, och dels för att han här «fortfarande» är läkare mer än «psykolog». Han formulerar sig kring det vi nuförtiden kallar neurovetenskapliga perspektiv, samtidigt som han ägnar sig åt de frågor som vanligen brukar kallas för psykologiska och psykoanalytiska.

Här finns alltså diskussioner om nervbanor, synapser och signalsystem, långt innan begreppen allmänt togs i bruk. Det som nu kallas «kindling», alltså prägling av signalvägar, benämns här i texten som «baningar». Väldigt tidigt – «innan det fanns» - och precis som med Hilma af Klint och hennes konkreta konst helt utan kommunikation om idén med någon annan. Alltså inte någon föregångare utan en frifräsare, precis som hon.

Men sen, Tove, finns något annat i texten. Här finns en berättelse om en flicka som en gång går in i en affär där hon är med om något oönskat. Flera år senare går hon in i en affär där något - extremt litet men specifikt - väcker en reaktion som associerar till det förra, och drabbas då av ofantligt starka ångestaffekter som liknar en panikattack.

De teoretiska diskussionerna kring detta fall handlar om den associativa länken mellan dessa olika glest placerade erfarenheter. Den första är då lagd i glömska men känslan från händelse 1 flyter in i händelse 2. Om det handlar om något traumatiskt eller ej är kanske inte på den teoretiska nivån lika viktigt som att det finns psykiska kopplingar mellan grejer vi är med om (presens) och grejer vi varit med om (imperfekt). Och att det kan leda såväl till enstaka panikattacker som till en brist på insikt i att man upplevt en panikattack. Allt för att bevara erfarenhet 1 från medvetenhet. Eller för att erfarenhet 1 i efterhand bara fanns som affekten som senare formulerade sig som en panikattack.

Vad var det som hände innan attacken kom, vill man veta.

Daniel Frydman
Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Kommentar 2

Allt är i bästa ordning.

Bortträngningen fungerade klanderfritt i många år.

När man blir äldre minskar bortträngningsaktiviteten automatiskt och man får tillgång till tidigare affektladdade situationer när man blir påmind dem.

Min slutsats skulle vara:

Bli inte orolig om Du skulle komma på plågsamma erfarenheter från barndomen när Du blir äldre. Det hör till utvecklingen och ger Dig en möjlighet att införliva mer av Ditt förflutna.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Ny hedersledamot i SPF!

Giacomo d'Elia



I Svenska Psykiatriska Föreningens stadgar, sjätte paragrafen, slås det fast att:

Till hedersledamot må på förslag av styrelsen vid ordinarie föreningsmöte kallas person som på framstående sätt främjat föreningens syften. För beslut om sådant medlemskap krävs minst 2/3 av de vid mötet röstande. Till hedersledamot kan även icke läkare väljas.

Vid årsmötet i Stockholm den 14 mars 2013 utsågs Giacomo d'Elia till ny hedersledamot.

Motiveringen, skriven av professor emeritus Jan-Otto Ottosson, lyder:

Giacomo d'Elia fick sin medicinska grundutbildning i Italien och sin specialistutbildning i psykiatri i Umeå. Han disputerade 1970 på en jämförande undersökning av bitemporal och unilateral stimulering vid elektrokonvulsiv behandling och kunde visa med den då i Sverige använda apparaten (Konvulsator) att den unilaterala tekniken gav mindre minnesstörning, samtidigt som den antidepressiva effekten var lika god som med bitemporal stimulering. Han har varit professor i Linköping och Bergen och handlett flera doktorander.

På senare år har han etablerat sig som en ledande expert på kognitiv beteendeterapi. Han har hållit uppskattade kurser i ämnet och skrivit flera utmärkta böcker, däribland Kognitiv psykoterapi. Ett samarbetsprojekt med patienten (Svenska föreningen för psykisk hälsa, 3 uppl 2003), Det kognitiva samtalet i vården (Natur och Kultur 2004) och Kognitiv psykoterapi i primärvården (Natur och Kultur 2005). Han är medförfattare till boken Rädsla, oro, ångest. Behandling i samarbete (Liber AB 2008), avsedd för primärvårdens patienter och personal.

För SPF:s styrelse
Tove Gunnarsson

Rapport från mötet med Joint Committe i Riga den 19-20 april 2013



Nästan alla medlemmarna i JC var där: Lise-Lotte Risö Bergerlind, ordförande i JC och f.d. ordförande i Svenska Psykiatriska Föreningen; Jan Olav Johannesson, Norge; Marianne Kastrop, sekreterare i JC, Danmark; Andres Lehtmet, Estland; Nina Lindberg, Finland; Ramune Mazaliuaskiene, Litauen; Alvydas Navickas ordförande i Litauens psykiatriska förening; ordförande Thomas Middelboe, från Danska psykiatriska föreningen; Elmars Rancans, Lettland; Elmars Terauds, ordförande i Lettlands psykiatriska förening; Kristinn Tomasson, ordförande i Islands psykiatriska förening; Nanna Briem från Island, kassör i JC; Hans Ågren från Sverige; samt Henrik Wahlberg, representant WPA North European Zone.

Vi saknade bara Kaire Aadamsoo från Estland; Kari Gjellstad, ordförande i norska psykiatriska föreningen; Hasse Karlsson, Finland, chefredaktör för the Nordic Journal of Psychiatry; Hans-Peter Mofors, Sverige, redaktör för The Nordic Psychiatrist; och Minna Valkonen, ordförande i den finska psykiatriska föreningen.

Under mötet diskuterade vi en mängd olika frågor. Några korta noteringar från några av dem:

Status för användning av CPD-on-line: Danmark uppskattar att 100 medlemmar har använt det hittills, Estland har använt CPD 1 år, Sverige 265 användare, ca 20 % av medlemmarna. Finland har inte gått med ännu på grund av tekniska svårigheter. Island har ännu inte gått med men har för avsikt att göra det. Lettland och Litauen har ännu inte gått med, både länderna är nya i JC. Norge har beslutat att inte vara med.

Vi hade korta rapporter från båda våra tidskrifter, The Nordic Journal of Psychiatry (NJP) och The Nordic Psychiatrist (TNP). NJP finns numera bara on-line men det verkar fungera mycket bra. TNP håller på att avsluta det tredje numret och ett fjärde kommer i höst.

Nästa **nordiska kongress i psykiatri**, NCP, kommer att bli på Tivoli Congress Center i Köpenhamn, Danmark, den 20 till 23 september 2015. Många förslag och idéer fördes fram. Mer om det i framtiden men lägg datumet i din agenda redan nu.

Vi tittade på och diskuterade hur man kan förbättra vår hemsida, www.nordicpsychiatry.com. Jag hoppas att ni kommer att följa den och låter oss veta din åsikt om den!

Vi diskuterade möjligheten att öppna upp för samarbete med **Nordiska rådet**.

Kristinn, som har goda erfarenheter utifrån sitt arbete på The Committee for Psychosocial Working Environment in the Nordic Council, informerade om möjligheterna att få finansiering från ministerrådet till stipendier eller fonder för möten som främjar nordiskt samarbete. Kristinn kommer att undersöka möjligheterna och uttrycka ett intresse från NJC att samarbeta med ministerrådet.

Den **Självmondspreventiva dagen** och **World Mental Health Day** den 10 oktober kommer att annonseras på vår hemsida med information om aktiviteter i de olika länderna.

Detta var bara några axplock av vad som diskuterades. Vi kommer att träffas igen i november i Helsingfors, Finland, och fortsätta vårt arbete. Tills dess önskar jag er alla en trevlig sommar och höst!

Text och foto:
Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande i NJC
och styrelseledamot i SPF





”Får pappa inte sova blir han knäpp”

Sen natt, febrig dotter. Hon sitter upp i sängen och vill inte lägga sig ned. Efter en stund sätter jag den arma dottern på vardagsrumsgolvet med några leksaker, men hon kan varken sova eller leka. I detta dödläge mitt i vargtimmen hasplar jag ur mig: ”om pappa inte får sova blir han knäpp”.

Som jourläkare har jag vakat många nätter utan att mitt själsliv skenat iväg. En viktig skillnad mellan småbarnsföräldrapassen och timmarna på akuten stavas adrenalin. Som kandidat på kirurgkursen hade jag ett fantastiskt jourpass där allting satt där det skulle och jag var i full gång med handlett patientarbete fram till 04-tiden på morgonen, då akuten var tömd. Min handledare kirurgen uppmanade mig att cykla försiktigt på vägen hem. Jag ställde mig helt oförstående. Jag kände mig som en stälman, hur pigg som helst! När jag stegade ut genom akutmottagningens skjutdörrar kom tröttheten över mig, och jag fick ta stöd mot väggen. Under hemresan höll jag krampaktigt i cykelstyret för att hålla mig vaken. Som yrväckt småbarnsförälder får man hålla i cykelstyret under hela nattpasset och intet av journattens flow infinner sig. Här påminns man snarare om att sömndeprivering har använts som tortyrmetod.

På dåvarande Psykiatricentrum Karolinska utbrast en gästande psykologiprofessor: ”vi vet ju alla att behovet av sömn är överskattat!” Vi i auditoriet skruvade på oss. Det blev tydligt att professorn inte hade någon större erfarenhet av behandlingsarbete i psykiatrisk slutenvård. Särskilt tydlig blir konsekvensen av brist på sömn hos den som har en klassisk bipolär sjukdom, typ I. Här är ju också kognitiv beteendeterapi mot insomni kontraindicerat, då en del i denna behandling är att visa patienten att katastroftänkarna om sömnbrist är överdrivna.

För den bipolära patienten kan ju vaknätter leda till en katastrof i manisk gestalt. När jag tjänstgjorde på vår PIVA hade vi nästan samtidigt två nyblivna pappor med fulminanta maniska tillstånd. De hade vaggats in i den falska säkerhet som kommer av en tids symtomfrihet från bipolär sjukdom utan medicinering. När deras nattsömn hackades upp av barnaskrik brast alla fördämningar och de inkom med polis, maniska över alla breddar.

Med sömn är det så att vi förstår dess värde fullt ut först när vi inte längre får den. Sömn förtjänar sin plats i basen av Maslows behovstrappa. Vi möttes nyligen i en liten herrklubb med kulturellt intresserade medicinare. I vanliga fall brukar vi sitta uppe länge på kvällarna och dryfta livet, universum och allting. Den här gången ville vi småbarnspappor mest av allt sova. Vi var rörande överens om just hur skönt det var att för en gångs skull få en riktig sovmorgon.

Här hemma har storasyster fått en lillebror, därav sömnens plats på dagordningen. Den nyfödde respekterar inte alls Central European Time, eller någon annan tidszon heller för den delen. Han äter när han vill och sover när han vill, och skriker uppfordrande om han inte får mat när han vill. Som tur var är han mestadels rätt så nöjd. När han sover snusar han så vackert avslappnad, som nu över mammas mage. Som Goethe diktade en gång i tiden: über allen gipfeln ist ruh.

Mikael Tiger
Överläkare
Psykiatri Nordväst, Stockholm

Annon

En Pudel!

Det händer att saker blir fel
och att saker förändras
Datum kan kastas omkring, konferenser ställs in
och bokstäver byter plats
Det händer alla och det har
säkert hänt i den här tidskriften

Foto: Shutterstock Roman Rybaleov



Obligatorisk kunskap, i tiden!

Läkartidningen 2002 innehöll en livaktig debatt om psykoterapiutbildningens plats i utbildning av psykiatriker. Professorerna Lars Jacobsson och Marie Åsberg inledde med att föreslå att den obligatoriska psykoterapiutbildningen skulle slopas, men deras slutkläm i den sista repliken var: "Låt oss alltså se till att alla blivande specialister i psykiatri får tillgång till en bra psykoterapiutbildning som fyller rimliga kvalitetskrav, som har en tillräcklig bredd och som inte är ensidigt inriktad mot någon enstaka av de etablerade terapiformerna."

Då, som nu, är de flesta ense om att psykiatrin behöver psykologin. Att psykiatern behöver bred kunskap och särskild kommunikativ färdighet. Det är ju då det blir roligt att vara psykiater - när man kan spela på hela klaviaturen, kan välja och kombinera interventioner efter patientens behov. Jämfört med för tio år sedan har vi idag dessutom övertygande evidens för psykologiska behandlingsmetoders effekt för en rad psykiatriska tillstånd, även svårare sådana. Det sker också en oerhört spännande utveckling inom neurovetenskapen som gör att vi börjar ana sambanden mellan "psyke och soma" på ett helt annat sätt än tidigare.

Problemet är mera tiden. "Alla vill att vi ska göra mera, och på kortare tid", stod det i tidningen häromdagen. Kunskapsmassan blir större, vi ska utbilda oss inom fler områden, fördjupa oss i specialområden, läsa och besvara alla mejlen, hinna med prestationskraven både i klinik och i forskning. Helst även få utrymme för familjeliv och återhämtning, kanske också samhällsengagemang.

Den anpassade psykoterapiutbildningen

Redan i debatten 2002 efterlystes en anpassad och målrelaterad psykoterapiutbildning för blivande psykiatriker. I slutet av 80-talet hade man i och för sig skapat en obligatorisk SK-kurs i psykoterapi med mindre omfattning (120 timmar teori jämfört med 240 timmar), men i och med att Socialstyrelsen sedan släppte kontrollen blev resultatet att majoriteten av ST-läkarna fick gå traditionella, mer omfattande "steg-1"-utbildningar.

METIS-projektet innebar en möjlighet att realisera tanken på en ny anpassad psykoterapiutbildning. Psykoterapiprojektet resulterade i en nationell, målrelaterad utbildningsplan som fastställdes av Svenska Psykiatriska Föreningen april 2012, www.svenskpsykiatri.se följ rubriker: utbildning, metis.

För närvarande pågår utbildningar enligt denna utbildningsplan i Stockholm, Umeå och Linköping. Till hösten startar utbildningar i Lund, Göteborg och Örebro. Därmed kommer målet med tillgång till anpassad psykoterapiutbildning för ST-läkare i psykiatri i alla sjukvårdsregionerna vara uppnått. När det gäller barn- och ungdomspsykiatrin framkom mot slutet av projektiden att den särskilda psykoterapiutbildningen i Stockholm inte helt täcker behoven.

Vad tycker man i landet?

I projektet ville vi utvärdera resultatet av den nya utbildningen med att genomföra en enkät till ST-läkare och studierektorer i både vuxen- och barnpsykiatri, med planerad upprepning när alla regioner genomfört utbildningar. Projektet avslutades december 2012 men vi hade ändå kunnat planera för det första enkätillfället som genomfördes februari-april i år. Enkäten skickades till ca 700 ST-läkare eller nyblivna specialister och till ca 45 studierektorer. Svarsfrekvensen var 38 procent (306 personer), varav 80 % var ST-läkare eller nyblivna specialister i vuxenpsykiatri (VUP) och 12 % ST-läkare eller nyblivna specialister i barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Svarsfrekvensen var densamma som i SLUPs tidigare enkät (40 %) och angav som denna att ca 40 % har annat modersmål än svenska. Av de svarande kom 27 % från Stockholm, 24 % från Västregionen, 20 % från Mittregionen, 12 % från Södra regionen, 11 % från Sydöstra regionen och 8 % från Norra regionen. 75 % hade gått eller gick grundläggande psykoterapiutbildning och hälften av dessa hade gått eller gick en anpassad psykoterapiutbildning, för BUP eller VUP enligt ny eller gammal modell. Några frågor och svar från enkäten:

Vilken inriktning på handledd praktik har/hade du?

KBT 76 %. Psykodynamisk 11 %. Både KBT och psykodynamisk 10 %. Annat 2 %. Ingen 1 %. Familjeterapi 0 %.

Anser du att det är viktigt med egenterapi för den blivande psykiatern?

Ja, bör ingå obligatoriskt och finansieras av arbetsgivaren 71 %. Ja, men bör vara frivillig och kan bekostas med egna medel 15 %. Nej 14 %.

Hur mycket betald studietid (utslaget per vecka för föreläsningar, handledning, patientarbete och inläsningstid) beviljar din klinik under utbildning i psykoterapi?

Ca 1 dag/vecka 35 %. Mindre än 1 dag/vecka 19 %. Ca 1,5 dag/vecka 18 %. Mer än 1,5 dag/vecka 3 %. Vet ej 25 %.

Hur viktigt är/var det för dig att kunna välja inriktning (KBT, psykodynamisk, familjeterapi etc) för din/ST-läkarens psykoteraeutbildning?

90 % (262/291) ansåg att det var viktigt, från ganska och mycket viktigt till avgörande. De flesta ansåg att det var mycket viktigt.

Hur viktigt är/var det för dig att psykoteraeutbildningen ger behörighet att söka legitimationsgrundande psykoteraeutbildning?

77 % (232/303) ansåg att det var viktigt, från ganska och mycket viktigt till avgörande. De flesta ansåg att det var mycket viktigt.

Skilnader mellan BUP och VUP

Det var stora likheter i svaren från ST-läkare och studierektorer inom VUP och BUP, men det fanns också skilnader. På frågan om hur viktigt det är att psykoteraeutbildningen erbjuds inom sin egen region svarade 71 % (27/38) av personerna från BUP och 95 % (244/256) av personerna från VUP att det var viktigt.

Angående tid

Några frågor skattades på en tio-gradig skala "mycket låg grad - mycket hög grad". Angående om man uppfattar att den tid som psykoteraeutbildningen kräver är rimlig jämfört med den tid som behövs för klinisk tjänstgöring blev medelvärdet för BUP 7,2 och för VUP 5,0, dvs. verksamma inom BUP verkar uppfatta tiden för psykoteraeutbildning som mer övervägande rimlig. Spridningen var mycket stor i bägge grupperna med allt från i mycket låg grad till i mycket hög grad och dessutom hade 14 % i hela gruppen svarat "vet ej".

Antydning till skillnad märktes även när det gällde frågan om tiden för psykoteraeutbildning är rimlig jämfört med tiden för andra kurser. Medelvärdet för BUP blev 5,6 och för VUP 4,8. Spridningen var mycket stor med ungefär lika stora grupper för varje alternativ i den 10-gradiga skalan för upplevd rimlighet, dvs. åsikterna kring detta varierade kraftigt.

Skilnader mellan att gå anpassad utbildning eller inte

Vi jämförde två grupper: 1. "NYA", dvs. de som går eller har avslutat den nya utbildningen, inklusive den specifika utbildningen för BUP i Stockholm, och 2. "TIDIGARE", dvs. de som inte gått anpassad utbildning eller anpassad utbildning av äldre typ.

Angående tid

Avseende frågan om den tid som psykoteraeutbildningen kräver är rimlig jämfört med den tid som behövs för klinisk tjänstgöring blev medelvärdet för "NYA" 5,6 och "TIDIGARE" 5,2. Även med denna uppdelning var spridningen mycket stor, dvs. åsikterna varierade mycket. För gruppen "NYA" drogs medelvärdet ned av dem som för närvarande gick utbildningen.

Angående några kompetensmål

Generellt framkom inga medelvärdesskillnader mellan upplevelse av kompetens mellan grupper som tillhörde "NYA" och "TIDIGARE" psykoteraeutbildning. Medelvärden låg på ca 7-8 för kompetensmål som att förstå och känna igen sin begränsning och kunna ta hjälp när så krävs, genomföra en utredning som innefattar psykoteraeutisk bedömning, identifiera och hantera egna reaktioner i professionella kontakter, redogöra för grunder i KBT, psykodynamisk psykoteraeut och familjeterapi, m.m. Medelvärdet var lägre angående hur väl man ansåg sig rustad att genomföra och analysera eget psykoteraeutiskt arbete under handledning; för "NYA" 5,8 och för "TIDIGARE" 5,1. En skillnad framkom dock: Bland dem som avslutat den nya anpassade utbildningen eller utbildningen för BUP, så var det inga som skattade kompetensen som låg förutom i frågan gällande egen psykoteraeutisk färdighet. I gruppen "TIDIGARE" fanns det för alla frågor ett litet antal individer som skattade sin kompetens som låg.

Slutsatser och reflektioner

Med en svarsfrekvens på ca 40 % är det naturligtvis svårt att dra allt för stora slutsatser om vad ST-läkare och studierektorer i vuxen- och barnpsykiatri anser om dessa frågor i Sverige. Jag tror ändå att svaren är representativa för dem som är engagerade i sin utbildning och att det går att lära sig av svaren.

Generellt verkar det vara stort intresse för att lära sig KBT-färdigheter och att man anser det viktigt att få välja mellan olika inriktningar för sin praktik. Alla nya regionala utbildningar har inte ansett sig kunna erbjuda val mellan inriktning och frågan behöver utvärderas igen efter att utbildningarna har genomförts.

Det finns stora variationer mellan vilken tid som avsätts för utbildningen, och även osäkerhet över vad som gäller. Detta kan vara en anledning till de vitt spridda åsikterna om rimlig tid för psykoteraeutbildningen jämfört med klinisk tjänstgöring och andra kurser. Andra anledningar kan vara olika intresse för ämnet, upplevelse av brist på mer djupgående kurser i ämnen som exv. psykofarmakologi. ST-läkare och studierektorer i BUP upplevde tiden för psykoteraeutbildning jämfört med tiden för klinisk tjänstgöring som mer rimlig än vad man gjorde inom VUP, vilket möjligen kan bero på olika karaktär på arbetsuppgifter och behandlingsmetoder. Ett syfte med att skapa den nya utbildningen var att göra den mer tidsoptimerad, men än så länge syns ingen skillnad i upplevelse av tidsåtgång i jämförelsen mellan den nya och tidigare utbildningen. Detta bör självfallet följas upp.

Intresset för att utbildningen ska vara behörighetsgrundande och för att få tillgång till egenterapi är stort. Det är komplexa frågor som nog skulle kräva var sin egen artikel.

ST-läkare och studierektorer inom barn- och ungdomspsykiatri verkar vara något mindre angelägna om att utbildningen ges regionalt, vilket kan bero på att bara den centrala BUP-utbildningen i Stockholm är specifikt anpassad för deras behov. Samtidigt framkommer även här att majoriteten anser att det vore bra med regionala utbildningar. Kanske borde man fundera på att åtminstone skapa ytterligare en BUP-utbildning i södra delen av landet. Alternativt bör de regionala utbildningarna för VUP modifieras så att de i högre grad tar hänsyn till kompetensbehoven inom BUP.

Till sist anser jag att enkäten visar att den nya anpassade utbildningen åtminstone inte upplevs ge sämre kompetens än tidigare utbildningar, fastän den ges under kortare tid. En del frustration kan bero på omställningsproblem när ST-utbildningen blir mer målinriktad och har större kursinnehåll som inte alltid samordnas. De nya psykoterapiutbildningarna måste få chans att utvecklas, även med modern pedagogik som sparar tid (exv. online-föreläsningar) och samtidigt ge nödvändig tid för färdighetsträning och reflektion. Förhoppningsvis ges vi möjlighet till kursrevisioner och fortsatt utveckling av psykologiska kompetenser i psykiateryrket.



Cecilia Svanborg

**Överläkare, leg psykoterapeut, Psykiatri Sydväst, Stockholm
Före detta projektledare METIS psykoterapiprojekt**



Besök av ryska kollegor från Moskva juni 2012

Ett tiotal ryska ST-kollegor besökte Sverige under tio dagar i juni 2012. SLUP hade tillsammans med Jerker Hanson anordnat ett ambitiöst program för dessa unga psykiatriker. Det var roligt att så många duktiga kollegor i Stockholms- och Uppsalaregionen ställde upp och visade sina väl fungerande verksamheter. De ryska vännerna var mycket tacksamma och imponerade över det svenska systemet. I nästa nummer av Svensk Psykiatri kommer vi att publicera deras redogörelse för sin vistelse.

Stort tack till de svenska psykiatriker som tog emot våra besökare – det var väldigt uppskattat!

Hösten 2013 planerar SLUP att besöka Moskva för ett liknande studiebesök.

**Isak Sundberg
Ordförande SLUP**

Den stora smällen

Mats Wänblad och Per Gustavsson
Lilla Piratförlaget, 2013

Hur talar man med barn om svåra saker? Sätten är många (liksom ursäkterna för att låta bli). Böcker för barn kan hjälpa till. I *Den stora smällen* vill författarna belysa den familjedramatik som slutar i separation och delad vårdnad ur barnets synpunkt.

Deltagare i dramat i *Den stora smällen* är: Mamma, Pappa och Pojken. Man seglar tillsammans på fartyget Lyckan, dessvärre med två kaptener som båda vet bäst, inte lyssnar på varandra och grälar. Kapten Mamma och Kapten Pappa. Lyckan går på grund, rämnar och sjunker. Pojken och hans lilla apa räddar sig i land på en obebodd ö, övergivna, rädda och bortglömda. Tills Mamma och Pappa hittar dem – samtidigt. Kaptenerna bestämmer sig för att bygga ett hus på platsen men börjar, som vanligt gräla. De besinnar sig och börjar till Pojkens lättnad att resonera med varandra som om de vore vuxna. De bygger två hus nära varandra och Pojken kan sova än hos den ena, än hos den andra. Stora färggranna, uttrycksfulla teckningar, sällan mer än fem rader på varje sida.

Författarna söker en form för att för barn illustrera en separationsprocess. Mamma och Pappa bygger var sitt hus. Pojken är lättad över att de inte grälar längre och tycks vara nöjd med att sova än hos den ena än hos den andra tillsammans med sin oskiljaktiga apa. Analogin är väl funnen. Lyckan rämnar när kaptenerna inte kan komma överens och Pojken känner sig bortglömd. Utmaningen för författarna kommer när frågan om hur explicit separationen ska illustreras ställs på sin spets. Författarna väljer att beskriva det positiva. Mamma och Pappa bråkar inte längre och är nöjda med att ha var sitt hus som ligger nära varandra. Barnet ska liksom inte märka att de har separerat. Båda bryr sig ju mycket om Pojken.

Nu är det ju inte avgörande vad jag som vuxen anser om boken. Jag bad två tioåriga flickor läsa, väl medveten om att boken är avsedd för yngre barn. De fick svara skriftligt på några frågor:

Vad tycker Du att boken handlar om?

En pojke som blir strandsatt på en öde ö, men föräldrarna hittar honom.

En pojke som ska åka på sjön med sina föräldrar som ofta bråkar.



Vad tror Du författaren vill säga?

Att det är bättre att prata och enas än att skrika och vara arg. Ens föräldrar bråkar ibland men glömmer aldrig sina barn.

Vad tycker Du var bra med boken?

Det var fina bilder och en fin berättelse.

Författarna ville nåt bra och bilderna hade tydliga ansiktsuttryck.

Vad tycker Du var dåligt?

Inget direkt.

Att man inte får veta vad pojken heter.

Flickorna var ganska överens om att boken var bra för barn runt fem år och att den ska läsas tillsammans med en vuxen. Bilderna var också uppskattade. Det är intressant att ingen av dem fäst sig vid separationstemat. Kanske man ska dra slutsatsen att föräldrar måste hjälpa till att fråga och förtydliga om de ska få en dialog med sina barn som går utöver de teman som flickorna ovan spontant identifierat.

Björn Wrangsjö

**Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm**



Den första läroboken på svenska om existentiella frågor i vården

Om författarna

Lisa Sand är kurator och arbetar inom den palliativa hemsjukvården i Stockholm. Hon disputerade 2008 vid Karolinska Institutet med avhandlingen *Existential Challenges and Coping in Palliative Cancer Care – Experiences of patients and family members*. Avhandlingen är mycket intressant, lättläst och praktisk. En av huvudpunkterna i avhandlingen är att också belysa de närståendes utsatta, men ibland bortglömda situation.

Peter Strang som är Sverige förste professor i palliativ medicin, var Lisa Sands huvudhandledare. Under årens lopp har han handlett ett flertal avhandlingar som handlar om kliniskt viktiga existentiella frågor om bl.a. dödsångest, mening och meningslöshet och KASAM-begreppet (Känsla av sammanhang). Han har tillsammans med doktoranderna studerat t.ex. hur läkare bemöter frågorna, vad patienter tar upp när de önskar samtal med sjukhuspräster, synen på eutanasi, hur de existentiella frågorna ser ut inom cancervården respektive demensvården. Peter Strang har också skrivit en tankebok om existentiella frågor: *Livsglädjen och det djupa allvaret*, Natur och Kultur, 2003.

Om innehållet

Resultaten från Lisa Sands avhandling utgör en viktig bas för boken, men boken är bred och de olika kliniska existentiella momenten belyses från många olika håll. Ett flertal filosofer, teologer, existentiellt inriktade psykologer, psykiatriker och sociologer ges en röst i boken. Som exempel kan nämnas Sören Kierkegaard, Martin Buber, Martin Heidegger, Jean-Paul Sartre, Victor Frankl, Sigmund Freud, Erich Fromm, Erik Homburger Erikson, Rollo May och Aaron Antonovsky. Även svenska psykologers, religionspsykologers och läkares existentiella tankar finns refererade, exempel på detta är Anders Broberg, Ulla Holm, Owe Wickström, Johan Cullberg och Loma Feigenberg. Boken innehåller en mycket bred referenslista. Bara genom att läsa den får man en mängd ytterligare uppslag. Boken är en lärobok och därför avslutas varje kapitel med punkter för läraren att ta upp med studenterna.

Eftersom svårt sjuka patienter påverkar oss som personal, måste vi medvetandegöra våra egna reaktioner t.ex. genom självreflektion. Detta gäller vare sig patienterna har en

När döden utmanar livet. Om existentiell kris och coping i palliativ vård

Lisa Sand och Peter Strand
Natur och Kultur, 2013

somatisk eller psykiatrisk sjukdom.

Min förhoppning är att boken kan användas i all utbildning av vårdpersonal, eftersom den är lättläst. Även om språket och innehållet är klart och enkelt, så är frågorna som tas upp inte alls enkla. Enligt min uppfattning är vi läkare inte alltid så bra på att initiera existentiella samtal eller att förstå vikten av dessa.

En viktig utgångspunkt i boken är den syn på existentiell terapi som professorn i psykiatri Irvin D. Yalom beskriver i sin bok, *Existential Psychotherapy*, New York: Basic Books, 1980.

Enligt Yalom har människan att hantera fyra grundläggande existentiella utmaningar, och dessa utmaningar kan övergå i en existentiell kris. Utmaningarna handlar om döden, om konflikten mellan vårt dödsmedvetande och vår önskan att fortsätta att leva, om *friheten* som innebär val och ansvar för valen och där valen kan leda till skuld, om *ensamheten* där utmaningen är relaterad till vår vetskap om människans grundläggande ensamhet och samtidigt vår längtan till gemenskap och om *meningen eller meningslösheten* där människan är en meningssökande varelse i ett universum som kan upplevas sakna mening.

Det här bildar viktiga kapitel och utvecklas åt olika håll. Det som gör de existentiella frågorna ändå lätta att begripa är den mängd av konkreta patientfall som illustrerar frågorna. Patientfallen belyses på olika sätt. När det gäller döden illustrerar jag boken med några exempel på underrubriker: *Rädslor för döendet*, *Ångest för dödsögonblicket*, *Separationsångest* (separation från familj, vänner, sammanhang och från själva livet), *Att lämna spår*, *Skillnaden mellan livsångest och dödsångest*. Författarna beskriver också hur tanken på döden kan ha positiva sidor t.ex. hjälpa oss att prioritera och att få syn på vad som är viktigt i livet, göra oss modigare och mer generösa och mer meningssökande. Även de tre andra stora rubrikerna delas upp och belyses på olika sätt och ofta med patientfall. Att gå igenom dem skulle bli för omfattande i en recension. Men jag vill ändå ge ett litet intressant exempel till, på begreppet skuld, som författarna delar upp i reell skuld, neurotisk skuld och existentiell skuld. Begreppen här har stor relevans i psykiatri.

En viktig del av boken beskriver begreppet coping. Här utgår man från Lazarus och Folkmans pionjärbete, men även från egna data som rör coping inför döden.

Coping-begreppet delas upp i en mängd praktiska undergrupper och exempel ges på hur sjukvårdspersonal kan hjälpa patienten att hitta bra strategier. Självklart kan ingen som arbetar i sjukvården bestämma vilka strategier en patient kan använda, men bara att orka och våga stanna kvar hos den sjuke innebär i sig ett viktigt stöd. En intressant sak som inte filosofer brukar vara inne på är hur patientens ändrade kropp och utseende i mycket hög grad påverkar upplevelsen av de existentiella frågorna. Detta avsnitt är grundat i författarnas egna empiriska studier med döende patienter.

Om varför vi inom psykiatrin bör läsa boken

När jag lekt med tanken och provat på att ändra alla patientfall i boken till psykiatriska patienter med svår sjukdom, så upptäcker jag att allt som skrivs i boken stämmer lika väl på våra patienter, möjligen med undantag för den försvagade kroppen. Fast kroppsupplevelse hos svårt sjuka psykiatriska patienter kan också ha en existentiell betydelse och då inte bara för anorektiska patienter. Även den psykotiska kroppsuppfattningen vid en akut schizofreni kan vara starkt kopplad till både livsångest och dödsångest.

Inom psykiatrin är existentiella frågor vanliga fastän man ofta inte närmar sig dem.

Vad är meningen med livet för en ung man eller kvinna som insjuknat i schizofreni? Vad innebär ensamheten bakom de neddragna persiennerna? Hur kan man hitta en partner som står ut med en, trots psykisk sjukdom eller

allvarlig personlighetsstörning? Hur ser livsångesten och dödsångesten ut hos en patient med svår bipolär sjukdom? Förstår vi alltid de bakomliggande existentiella motiven till att självmordstankar hos en patient i vissa fall till och med kan göra livet uthärdligt? Det är faktiskt en sak man kan diskutera med patienten om. Om vi hade tid och lust att sitta ned och lyssna på våra patienter och diskutera de existentiella frågorna skulle patienterna sannolikt lita mer på oss, följa medicineringen bättre och må bättre. Skriverierna i pressen om allt elände där patienterna inom psykiatrin inte känner sig sedda, skulle nog minska.

För mig är psykiatrin lika existentiell som den palliativa vården och därför borde den palliativa referensramen med sina fyra dimensioner: fysiskt, psykiskt, socialt och *existentiellt* vara en naturlig del även inom psykiatrin, liksom att ta in närstående i vården vilket också gynnar patienten. Ett första steg i den riktningen kan vara att läsa Lisa Sands och Peter Strangs bok *När döden utmanar livet*.

Lars Albinsson
Överläkare i psykiatri
M.D, Ph.D.
lars.albinsson@hotmail.se



Annons

Träffa oss i Almedalen

Du ser vårt "egna" program på sidan 73 men här kommer programmet på Psykisk Hälsa Caféet i sin helhet. Det kommer att uppdateras på våra resp. hemsidor.

08.00-09.30	Arbetsmiljön inom vården	Hjärnkoll
09.30-11.00	Hur styr man offentlig sektor	Psynk-projektet
11.00-11.50	Offensiv suicidpreventiv strategi	Västerbottens läns landsting
11.50-12.30	Varför får så många barn diagnosen ADHD?	SFBUB
12.30-14.00	Suicid Se separat program på sidan 73	SPF
14.00-15.30	Från hemma värst till hemma bäst - tidiga insatser hjälper sårbara familjer	Kunskap till praktik
15.30-16.30	Psykosregister - en guldgruva	Psykosregister
16.00-16.30	Programpunkt ej klar	Föreningen Psykisk Hälsa
16.30-17.00	Varför gick du inte bara - Våld mot kvinnor med funktionsnedsättning	Nationellt centrum för Kvinnofrid

Annons



AT-stämman 2013 gick av stapeln 11-13 april på Norra Latin i Stockholm. Sveriges läkare under utbildning i psykiatri (SLUP) fanns traditionsenligt på plats för att representera psykiatrin och försöka värva nya duktiga kollegor till vår specialitet. Vi informerade om ST i psykiatri, svarade på frågor och anordnade en tävling med psykiatriska frågor, där man kunde vinna böcker från Natur & Kultur. Dessutom lottade vi ut två platser till vår nästa Nationella konferens för ST-läkare i psykiatri. AT-läkarnas intresse för psykiatri upplevdes som relativt stort, många kom fram för att prata med oss.

Det var också glädjande att se att det fanns högkvalitativa psykiatriska punkter på programmet under AT-stämman. AT-läkarna kunde välja att höra på föreläsning om personlighetsstörningar, hållen av Mats Porat, överläkare psykiatriska kliniken Länssjukhuset Gävle-Sandviken; de kunde också lära sig mer om akutpsykiatri av Sten Friberg, överläkare, Mobila Akutenheten Karolinska, Psykiatri Nordväst, Stockholm.

AT-stämman känns som ett viktigt sammanhang för SLUP att verka i. Samtidigt är den bästa rekryteringsgrunden förstås en väl fungerande psykiatrisk verksamhet på klinikerna som bedriver utbildning i psykiatri, bra kurs under grundutbildningen och hög kvalitet på AT-placeringar runt om i landet. Detta får vi fortsätta jobba för!

Det är inspirerande att se dessa snart nylegitimerade läkare. Framtiden känns ljus, för dem och för psykiatrin!

Isak Sundberg
Ordförande SLUP
ST-läkare Akademiska sjukhuset Uppsala



Något fattas i vårdens nationella IT-projekt

Svenska Läkaresällskapets IT-kommitté inbjuder årligen till en inspirationsdag för IT-frågor och just frågor är vad man lämnar dessa möten med. Storslagna projekt och visioner presenteras, juridiska hinder och andras brister att ta ansvar för IT-frågor diskuteras. Många betonar sin kliniska koppling men i dagens föränderliga vård undrar jag i mitt stilla sinne när denna kliniska koppling tidsmässigt ägde rum.

Strukturerad information är ett nyckelord som återkommer flitigt under dagens första pass som handlar om dokumentation. Man efterlyser aktion från vården för nu finns den, den Nationella informationsstrukturen. Min reflektion blir tvärtom att efterlysa aktion från ansvariga myndigheter. När IT-strukturen blir så styrd att det enklaste är att utveckla vården via pappersblanketter för standardvårdplaner och checklistor som sedan förs in i elektroniska journaler i efterhand kan vi fråga oss om IT-strukturen gagnar vården.

Nationella informationsstrukturer är nödvändigt och bra men vad är incitamentet i dagliga arbetet för att genomföra denna förändring när det i praktiken inte kommer att förändra vår vardag annat än i form av merarbete under förändringsprocessen.

IT ses idag ofta av vårdpersonal som ett problem, inte en möjlighet. System som inte talar med varandra, samma uppgifter måste registreras i flera system, är de vanligaste problemen. Enklast blir att registrera så lite som möjligt.

Myndigheterna borde ställa krav på IT-systemen och det borde vara ett enda krav, möjlighet att exportera och importera information mellan systemen. Om patienten medger registrering i kvalitetsregister, tryck på knappen och informationen överförs. Om patienten tar sina labprover på den privata vårdcentralen, se till att den som beställt provtagningen kan se provet i sitt journalsystem, röntgensvaret hittas i journalen och inte i ett eget system, tidbokning syns utan att gå in i ett separat kassasystem, exemplen är oändliga. Enkla förändringar som kan underlätta för vårdarbetet prioriteras inte i visionerna. Bara att koppla ihop tidbokning och journal för att dokumentera att ett återbesök bokas i ett system verkar omöjligt idag.



Ett annat tema är journalernas struktur, läkarjournal, sjuksköterskejournall, arbetsterapeutjournal osv, att ha en journal för patienten är ju önskvärt och visionen är en journal utgående från processtänkandet. Hur strukturerar vi då journalerna om vi ska använda processen som utgångspunkt? Diabetespatientens journal enligt diabetesprocessen låter ju bra men vad händer om diabetespatienten får en annan sjukdom? Kanske ligger på samma avdelning som diabetespatienter, kanske till och med en lite oklar sjukdomsbild som behöver utredas, vilken struktur använder vi då? Hur ska få in det i en journal med så lite fritext som möjligt? Om vi har fritextmöjligheten, hur ska vi då få folk att inte använda den i alla lägen. Det finns en anledning till att journalen har utvecklats som den har gjort och utrymme att förbättra den finns alltid men att helt förändra strukturen kanske kräver mer eftertanke.

Nationella läkemedelsstrategin presenteras och det som slår mig är att kopplingen mellan vård och strategier är längre bort än man kan föreställa sig. Aktörerna är flera och syftena lovvärda. Hänvisningar till delprojekt och utredningarsom bara de som jobbar heltid med frågorna kan ha koll på duggar tätt, med andra ord inget för oss som jobbar med vård i första hand. Läkemedelsverkets dragning kring generisk förskrivning är betydligt intressantare och förhoppningsvis kan vi som förskrivare framöver slippa att ta ställning till vilket fabrikat av en medicin som expedieras om vi vill. Dock kommer det att ta tid att anpassa lagar, EU-regler och annat så att det kan bli verklighet.

Lagar och regler är i fokus också i diskussionerna kring fortsättningen av Pascal d.v.s. möjlighet att ta del av patientens alla recept, ordinationer och uttagna läkemedel vid förskrivning. En komplicerad bild framträder med flera olika lagar som reglerar olika förteckningar. Vissa uppgifter ägs av sjukvården och regleras av hälso- och sjukvårdslagen och sekretesslag, andra ägs av apoteken och styrs av helt andra lagar. Förhoppningsvis är hindren övervunna och vi kan relativt snart få bättre förutsättningar att ordina läkemedel med ett bättre faktaunderlag.

IT-frågor i vården är ett komplext område som regleras av många lagar och regler men också av tekniska svårigheter. Att Läkaresällskapet har en IT-kommitté som även bjuder in representanter för specialitetsföreningarna regelbundet är lovvärt och nödvändigt men jag lämnar dagen med samma frågetecken som de föregående gångerna. Är visioner och projekten relevanta för vården? Var är forumet för att diskutera hur vi använder och utvecklar IT som stöd för det dagliga arbetet? Hur kan vi få fram system som underlättar i informationsutbyte, säkrar uppföljning och minimerar dubbelarbete i vår vardag? Men det är väl inte nationella projekt som ska lösa detta kan man invända, är det inte landstingen, regionerna och klinikerna som ska förändra?

Min mening är att det är just till detta vi behöver en gemensam kraftsatsning, gemensamma krav vid upphandling, analys av riskerna med många och krångliga system som inte samverkar. En förändring av IT-systemen i vården kan minska patientriskerna, förbättra arbetsmiljön och minska kostnaderna i vården. Men då måste vi också arbeta nationellt med att förbättra nuvarande situation inte bara med storslagna visioner om hur framtiden ska se ut.

Vem tar initiativet till denna kraftsatsning?

Mats Lööf
SPF:s IT-kontakt

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **28/8**



SPK 2013

IT och psykiatri



I början av min yrkesverksamhet på 70-talet förekom "den psykiatriska blomsterjournalen" – ett skrivet epos på flera sidor där någon ambitiös psykiater med författartalang använde vackra metaforer för att beskriva patientens själstillstånd. Man kunde ana att vårdtiderna var långa, att journalskrivaren och patienten ingått en närmare personlig relation och att det fanns god tillgång på språkligt välutbildade sekreterare.

Sedan när jourbesök upptog en allt större andel av patientkontakterna blev materialet alltmer svåröverskådligt. Trots försök till epikrisskrivning var det ofta enklare för den tidspressade jourpsykiatern att skriva ner några spontana intryck än att läsa andras anteckningar. Uppprepningar, journalpacken blev allt tjockare och alltmer svåröverskådlig.

Jag har upplevt försök till datajournaler alltsedan 1964. Och likväl har man lyckats föga. Det gäller inte bara psykiatri. Man har använt olika mallar och olika datasystem med bristfällig kompatibilitet. Att byta arbetsplats har varit stressande, och fokus i arbetet har hamnat fel.

Nu fick jag möjlighet att delta i en inspirationsdag om IT-frågor på Läkaresällskapet i Stockholm. SLS' IT-kontakter var inbjudna, liksom Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, SKL/Ce/His, Sveriges Läkarförbund, Inera m.fl. Man var rörande överens om behovet av en enhetlig struktur för patientcentrerad dokumentation. Bort med att olika personalkategorier för sina egna anteckningar. Väl strukturerad dokumentation kan underlätta teamarbete, samverkan mellan specialiteter, kvalitetssäkring och klinisk forskning.

Överläkaren i gynekologi i Örebro Carina Zetterberg var imponerande i sitt lugna sätt att systematisera gemensamma viktiga basdata. Generaldirektören i Socialstyrelsen, docent Lars-Erik Holm, talade engagerat om att samordna och leda arbetet med en gemensam informationsstruktur.



Men han påpekade att det är "på golvet", i sjukvården som arbetet måste börja, och det omgående. Kliniskt ansvariga läkare kan aldrig lämna över detta viktiga arbete till andra kategorier. Många av oss har med förskräckelse mött "konsulter" från Posten etc. – i och för sig trevliga och ambitiösa - som försökt diktera hur klinisk verksamhet ska dokumenteras.

Psykiatrer på alla nivåer – sätt i gång och accelerera riksomfattande arbete om IT-frågor i samverkan med expertgrupper inom Läkaresällskapet och Läkarförbundet. Inga andra kan behoven bättre än vi själva.

Ulf Rydberg
Professor emeritus, klinisk alkohol- och narkotikaforskning
Karolinska Institutet

Barn- och ungdomspsykiatri

1 313 km från huvudstaden

25-26 mars hade alla Norrlands ST-läkare inom barn- och ungdomspsykiatri fått inbjudan för att åka hela vägen till andra sidan av polcirkeln. Anledningen till detta var Norrlands första kurs med intyg för den "nya" ST-utbildningen. Vi som åkte till Gällivare kom bland annat från Östersund, Sundsvall, Umeå och Luleå. Vi var 12 ST-läkare inom barn- och ungdomspsykiatri på plats, vilket betydde att alla ST-läkare utom en kunde vara med, trots att alla hade långa resor. Dessutom en randande läkare och tre underläkare. Det blev ett multinationellt sällskap som tidigare bara hade mötts gemensamt på videokonferens. Nu var det dags att ta steget ut ur TV-skärmarna och njuta av två spännande dagar tillsammans.

Dag 1 - Introduktion

Första dagen ägnade vi åt att få veta klinikkens arbetssätt och lyssnade på en utförlig presentation om BUP Gällivare-Kiruna. Överläkare *Eva Kjellberg* berättade för oss unga läkare hur allting såg ut "i början" och vilken väg de har gått för att komma till nuvarande verksamhet och hur en liten verksamhet som täcker en otroligt stor yta har anpassat sig.



På ett litet sjukhus har de skapat ett tätt samarbete mellan olika verksamheter och det har visat sig vara fruktbart. Därefter fick psykolog *Lotta Omma* och socionom *Maria Fjellström Sandberg* ordet och bland annat fick vi veta hur tät kontakt det också är mellan verksamheter utanför sjukhuset - allt för att förbättra hjälpen.

Efter introduktionen var det dags för en middag med vidunderlig utsikt. Nämligen åkte vi till Dundret för att njuta av solnedgången och varandras sällskap. Äntligen hade vi tid att höra om alla olika vägar som lett till något vi alla är intresserade av - barn- och ungdomspsykiatri - och samtidigt njuta av den goda middagen. Som en liten familj satt vi längs det långa bordet och delade våra historier och framtidsplaner med varandra.

Dag 2 - med barnneurologiska ögon

Med ledning av överläkare *Lars Alberg* dök vi in i den komplexa barnneurologiska världen. Det blev en exempelrik presentation av olika neurologiska aspekter som alla barnpsykiatriker borde få se. Till slut fick vi en tydlig bild av vad man behöver tänka på och vi blev sugna på att gå och prova på våra patienter.

Därefter gav *Sara Hedström* en intressant introduktion till sjukgymnastikens värld, hon berättade hur viktigt det är för barn att kunna motionera på rätt sätt. Hon berättade också vad som krävs för att kunna lyckas med det och utifrån detta vilja fortsätta att vara aktiv utan att skämmas eller vara rädd för det. Vi fick flera idéer på hur sjukgymnastik kan komplettera barn- och ungdomspsykiatri. Kursen avslutades med falldiskussioner där vi gemensamt försökte hjälpa varandra där våra egna tankar hade fastnat.

Stort tack!

De två dagarna gick snabbt och snart var vi alla på väg hem igen genom det snöiga Lappland. En skylt på tågstationen visade att vi var 1 313 km från Stockholm. Och vi vet nu att barn får bra hjälp också här.

Tack till *Mia Törnqvist* som tar hand om alla nya i Norra regionen och *Tove Friskopp* som organiserade den här första kursen!

Text och foto:

Kadri Kalvo

Underläkare

BUP, Sunderby sjukhus



Annons

Internetförmadlad KBT: 10 år av utveckling och klinik

Strax efter millennieskiftet nappade betet från en ihärdig PTP-psykolog att pröva internetförmadlad kognitiv beteendeterapi (IKBT) i klinisk psykiatri. Sedan 90-talet hade professor Gerhard Anderssons forskningsgrupp, då vid Uppsala Universitet, prövat metoden experimentellt vid bl.a. tinnitus, depression och social fobi. Efterfrågan på KBT hade börjat tillta påtagligt, så tiden var uppenbarligen mogen. Flera kliniska prövningar drogs igång där vi i klinisk miljö jämförde IKBT med motsvarande KBT i grupp. Först ut var paniksyndrom och lite senare kom social fobi. Ganska snart kom vi till det klara med att IKBT inom klinisk psykiatri var här för att stanna. Vi skulle kunna sluta här och skriva "Resten är historia..", men icke. Detta är inte en avslutad berättelse, utan snarare prologen till något nytt, som vi ännu inte fullt ut kan överblicka. Vår uppfattning är dock att IKBT är en av de mest tydliga exemplen på modern vård i eHälsa-miljö. Vår vision för IKBT har hela tiden varit att den begränsade resurs som KBT-behandlare är ska tas till vara så att tillgänglighet till effektiv psykologisk behandling blir så stor och flexibel som möjligt.

Internetpsykiatri.se och IKBT nationellt

IKBT definieras här som KBT med behandlarstöd och regelbunden självskattning via internet. Sedan 2007 finns en enhet för IKBT (www.internetpsykiatri.se) vid Huddinge sjukhusområde, den enda i sitt slag, som tar emot patienter från hela Stockholms län. Hittills har mer än 2500 patienter med depression, paniksyndrom eller social fobi behandlats i reguljär vård. Patienterna anmäler sig själva via Mina vårdkontakter, gör screening direkt i plattformen och kallas sedan till läkarbesök för bedömning. Diagnostiken är viktig eftersom det är vägledad självhjälp med diagnosspecifika behandlingsprogram. Bedömningsbesöket innefattar bl.a. strukturerad diagnostik och bedömning av lämplighet. Patienten får i allmänhet påbörja behandling dagen efter läkarbesöket. Behandlingsprogrammen omfattar i normalfallet tio moduler med läs- och hemuppgifter. Patienten kommunicerar via plattformen med en psykolog som stöttar i behandlingsprocessen. Efter ca 12 veckor kallas patienten till ett uppföljande besök hos läkare eller psykolog för utvärdering och för att bedöma om det finns andra behandlingsbehov. Fler landsting har uttryckt avsikt och vill införa IKBT. God och evidensbaserad vård med hög kvalitet ställer specifika krav, bl.a. avseende patient- och informationssäkerhet. Svenska internetbehandlingsregistret för IKBT (SibeR) är under uppbyggnad för detta syfte och har fått stöd från Sveriges kommuner och landsting (SKL; se www.kvalitetsregister.se).

Evidensläget

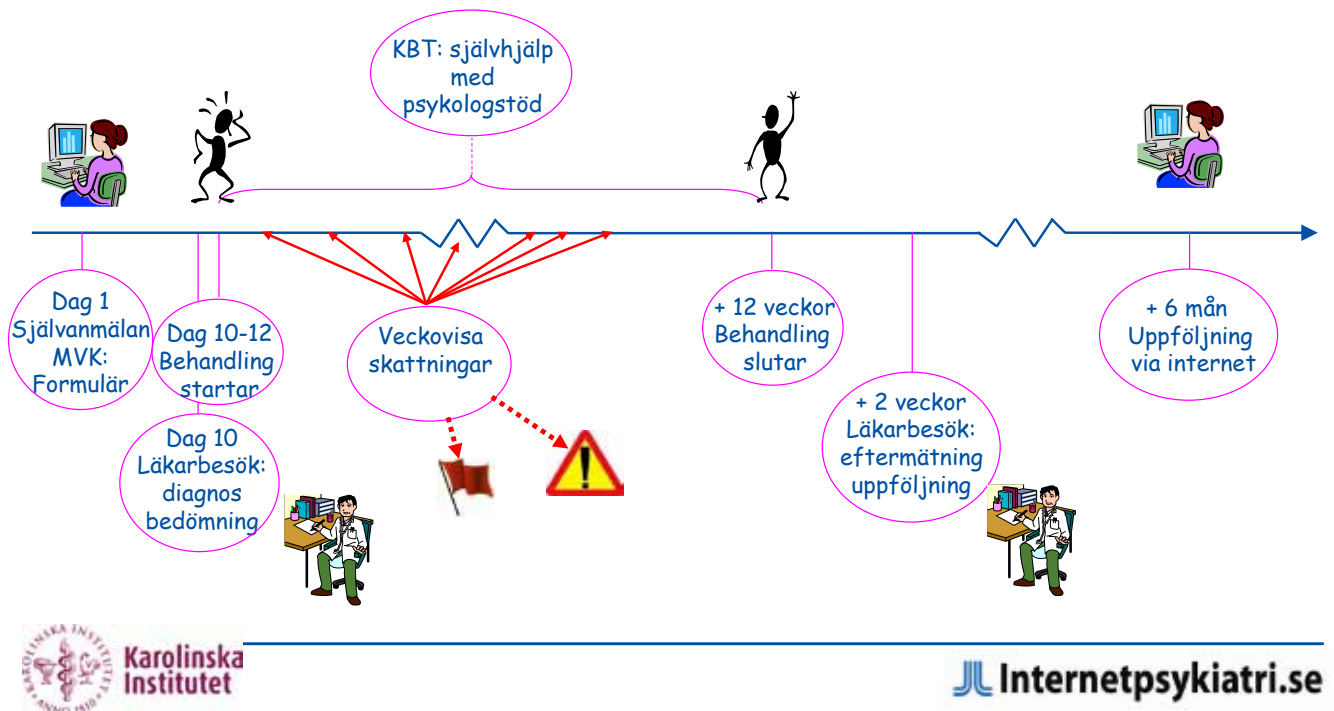
IKBT har visat sig vara effektivt vid behandling av många olika psykiatriska tillstånd (Andrews et al., PLoS One, 2010, e13196). Behandlingseffekterna är i nivå med traditionell KBT (Cuijpers et al, Psychological Medicine, 2010, sid 1943) och behandlingsformen kan även implementerats i reguljär vård (Hedman et al, Acta Psych Scand, 2013, Feb 14. [Epub]). En nyligen genomförd genomgång (Hedman et al, Expert Rev. Pharmacoecon. Outcomes Res. 12(2012), sid 745–64) styrker att IKBT har effekter i nivå med traditionell KBT och att IKBT- evidensen för god effekt vid depression, social fobi och paniksyndrom är stark. Åtgång av behandlartid är ca 20-25 % av motsvarande vid traditionell KBT trots att effekten är likvärdig. Därtill kommer flexibiliteten för patienter i behandling, med bl.a. minskat behov av resor till mottagning och mindre produktionsbortfall för patient. Relativt få hälsoekonomiska studier har genomförts, men data visar att det är högre än 50 % sannolikhet att IKBT är hälsoekonomiskt fördelaktigt jämfört med traditionell behandling eller ingen behandling.

Kvalitetssystem för en IKBT-enhet

Enheten för internetpsykiatri vid Psykiatri Sydväst i Huddinge har sedan start ett integrerat kvalitetssystem som, genom kontinuerliga uppföljningar, säkerställer att verksamhetens mål uppnås. En viktig förutsättning för kvalitetssystemet är en standardisering av patientprocessen, från anmälan ända till sista uppföljning sex månader efter avslut. Standardiseringen inbegriper såväl innehåll i utredning och behandling som logistik och monitorering av patienten. Standardiseringen bidrar till att säkerställa hög och jämn behandlingskvalitet, oavsett vem patienten har kontakt med. Det främjar även hög tillgänglighet, där såväl korta väntetider till behandlingsstart som att få svar på meddelanden inom nästa vardag som att utvärdera behandlingen varje vecka, är viktiga.

Att verksamheten är it-baserad förenklar både kontroller och uppföljningar samt patientsäkerhet, bl.a. genom automatiska påminnelser till psykologen att kontakta patienter som är inaktiva i behandlingen, liksom patienter vars självskattningar indikerar försämrat mående eller signifikant suicidalitet. Kvalitetssystemet underlättar också insamling av patienters åsikter om bemötande och behandling. Vikten av systematisk uppföljning av verksamheten kan inte nog understrykas. Det ger upphov till en bred kunskapsbas för beslutsstöd i frågor som rör daglig behandling, vidareutveckling, forskning, förbättringar av IKBT med mera.

Flödet för patienten



Figuren visar vårdprocessen vid IKBT, som inleds med självanmälan via Mina Vårdkontakter inklusive ifyllande av formulär och självskattningar, varefter följer läkarbesök och i förekommande fall behandling och uppföljning. För mer info www.internetpsykiatri.se

Utvecklingsmöjligheter

IKBT har nu utprovats för en lång rad diagnoser men utvecklingen slutar inte där. Nya sätt att använda tekniken som t.ex. surfplattor och smarta telefoner gör det möjligt att ta med sig IKBT-behandlingen på ett nytt sätt. Hur appar skulle kunna användas i IKBT utforskas av forskare vid Karolinska Institutet och Linköpings Universitet. En annan ny och möjligen oväntad forskningsinriktning är internetbaserad psykodynamisk behandling, där det finns positiva resultat för depression (Johansson R, et al, PLoS One. 2012;7(5):e38021). Vid internetpsykiatrienheten pågår en studie där vi provar effekten av att kombinera IKBT med ett läkemedel som specifikt ska påverka inläringen vid exponering (NMDA-agonisten d-cycloserin) och gäller IKBT vid tvångssyndrom.

Preparatet (D-cycloserin) har i tidigare studier på både djur och människa visat sig kunna öka utsläckningen av rädsla vid exponering. D-cycloserin tycks inte ha en egen effekt utan samtidig exponeringsövning. Syftet med denna studie är att se om fler kan svara på och få förstärkt effekt av IKBT.

Nils Lindefors
Viktor Kaldo
Liselotte Jansson
Cecilia Svanborg
Christian Rück
Psykiatri Sydväst/Internetpsykiatri och
Karolinska Institutet

Psykiatrins diagnoser är övervärderade och informationsfattiga

Psykiska sjukdomar och avvikelser har i alla tider diagnosticerats och klassificerats efter rådande kunskaper och värderingar. Hur det görs har stor betydelse - diagnosen styr inte bara hur den enskilda patienten behandlas, den definierar också gränsen mellan friskt och sjukt.

I nutida svensk och amerikansk psykiatri är den amerikanska Diagnostic Statistic Manual det helt dominerande systemet. Hittills har DSM-IV från 1994 varit den obligatoriska diagnosmallen, men nu i maj i år publiceras dess länge bebadade femte version. Detta diagnossystem har prisats för att ha gett psykiatern ett gemensamt språk. Men det har också kritiserats, bland annat för att diagnosticerandet tar tid och intresse på behandlingens bekostnad. Men framför allt kritiseras att den leder till att man överskattar biologiska faktorer och underskattar de psykologiska, sociala och kulturella faktorerna. Detta hänger samman med att DSM, som barnpsykiatrins grand old man Michael Rutter har påpekat, är ett arv av den ålderdomliga sjukdomsmodell i vilken varje syndrom antas ha en specifik organisk orsak. Skarp kritik riktas mot medikaliseringen, d.v.s. att man genom DSM:s glasögon ser normala reaktioner som patologi och skäl för medicinering, särskilt hos barn och ungdomar. I bakgrunden finns läkemedelsindustrins stora inflytande på både läkares förskrivningsvanor och det amerikanska psykiaterförbundets konstruktion av DSM.

Ett annat problem är att DSM-kategorierna lockar till att diagnoserna missförstås som namn på faktiskt existerande och välavgränsade ting snarare än som begrepp för att organisera iakttagelser. Förvisso finns personer med ADHD men tron att ADHD existerar som väldefinierad enhet är ett misstag. Det gäller också uppfattningen av DSM som en uttömmande förteckning över existerande sjukdomar. Ett svenskt exempel är den statliga utredningen år 2006 om de s.k. apatiska flyktingbarnen som inte kunde finna det apatiska tillståndet listat i DSM-IV varpå utredaren drog slutsatsen att det inte var en psykiatrisk fråga.

Sjukdomsmodellen kan helt förklara en mindre del av den stora psykosgruppen, de organiska psykoserna, som den framgångsrikt gjorde på 1800-talet i fråga om den fruktade syfilitiska demensen.

Men modellen är inte adekvat för övriga psykiska störningar. Deras orsaksbakgrund är mera sammansatt med ömsesidigt påverkande faktorer av varierande biologiskt, psykologiskt och socialt slag. Biokemisk brist förklarar diabetes men inte ångest och depressioner, hjärnskada förklarar epilepsi men inte ADHD. Lika lite duger modellen för schizofreni, fobier, borderlinetillstånd och personlighetsstörningar.

Den medicinska modellen närs av det treledade tankemisstaget att psykiatri skulle vara läkarvetenskap, därför naturvetenskap, och enbart naturvetenskap. Medicinare uppfostras till stolta men humanistiskt okunniga naturvetare. I studenternas tvåhundraåriga dryckesvisa sjunger teologerna att de "plåstrar själen som är skral", varefter medicinerna förklarar att de "lappar hop dess trasiga fordral". Detta cartesianska tänkande om själen och kroppen som två helt skilda kunskapsområden tycks sitta kvar i bakhuvudet. Ännu anser många psykiatrer att mentala och subjektiva processer ligger utanför vetenskapens gränser och att hjärnans fysikaliska processer är tillräcklig förklaring av psykiska fenomen.

Dock har psykiatern, om de ser psykiatri som ren naturvetenskap, knappast skäl att vara stolta. Medan flertalet kroppsliga sjukdomar nu är definierade av en biologisk huvudorsak, och därför kan behandlas kausalt, har ingen psykisk störning fått sådan biologisk förklaring. Diagnoserna ligger fortfarande på symtomnivå, som de medeltida diagnoslistornas hosta, feber och blodbrist.

Den naturvetenskapliga medicinen har haft enorm betydelse. Utan dess empiri och kritiska tänkande hade det varit svårt att mota bort uppfattningar om psykisk sjukdom som orsakad av dålig moral, Guds straff eller trolldom. Utan metodkraven hade behandling och forskning inte kunnat utvecklas. Men naturvetenskapens triumfer har avigsidan att uppmuntra till en snäv, reduktionistisk, syn på människan. Ofta ses individens hjärnprocesser, gärna formulerade i datortermer, som tillräcklig förklaring av mentala fenomen. Det galileiska idealet att kvantifiera naturens processer tränger undan kvalitativ mänsklig förståelse, subjektivt upplevande blir siffror i symtomskalor och checklistor.

Psykiatrin släpar efter psykologin, som beskriver inte bara intrapersonella utan också interpersonella funktioner, och neurobiologin som påvisar emotionernas och relationernas stora roll för hjärnans utveckling.

Stora pendelsvängningar har skett i psykiatriskt tänkande. Under ett femtiotal år kring andra världskriget dominerade psykodynamiska och psykoterapeutiska synsätt, som stod långt från sjukdomsmodellen. Det diagnostiska tänkandet var emellertid diffust och svårhanterligt, särskilt för forskare. Efter stigande missnöje bland särskilt amerikanska psykiatrer publicerades 1980 det radikalt annorlunda DSM-III, vars principer ligger till grund för senare versioner av DSM. Det innebar ett paradigmskifte inom klinisk verksamhet, forskning och utbildning. Dess konstruktörer införde en syndrombaserad klassifikation, lik den Emil Kraepelin skapade i slutet av 1800-talet. Kraepelin trodde då att hans samtids framgångsrika forskning snart skulle påvisa biologiska orsaker till psykisk sjukdom. På samma sätt förväntade sig nu "neokraepelianerna" att orsaksfrågorna snart skulle besvaras av lovande forskningsgenombrott inom neurobiologi och molekyलगenetik.

En målsättning var att "re-medicalize psychiatry". Man ville dels göra rent hus med det psykodynamiska inflytandet och dels göra front mot den tidens bullersamma antipsykiatriska rörelser. Psykisk sjukdom, "mental disease", skulle inordnas bland andra medicinska sjukdomar. Men efter hårt motstånd från samhällsvetare, psykologer och socialarbetare ersattes termen sjukdom med störning, "disorder". En annan målsättning var, förutom att vägleda till behandling, att också passa för de olikartade behoven i läkemedelsindustri, domstolar och framför allt forskning. Klassifikationen skulle bli mera vetenskaplig med reliabla symtomkriterier. Men i efterhand har varken reliabiliteten, pålitligheten, eller validiteten, d.v.s. att det som klassificeras är kliniskt viktiga tillstånd, visat sig hålla måttet. Den åtföljande besvikelsen liknar, har det sagts, den hos immigranten som drömt om en stad med gator av guld men i stället finner sig irra på leriga stigar i en kaotisk djungel.

I fackpressens diskussioner, och faktiskt även i förarbeten till DSM-5, har konstaterats att vi nu är lika långt från att förstå orsaker och sjukdomsmekanismer som för femtio år sedan. Inget laboratoriefynd har påvisats för någon diagnos i DSM-IV, inte heller någon neurobiologisk eller genetisk markör som predicerar diagnos eller svar på farmakologisk behandling. Idén om distinkta orsaker motsägs av förvirrande mångsjuklighet i flera syndrom, av att flera av dessa har gemensam genetisk bakgrund och påverkas av olika psykofarmaka som man trott vara effektiva för enskilda syndrom. Psykiatrin är nu, skrev nyligen en av upphovsmännen till DSM-IV, i samma vetenskapliga läge som astronomin var före Kopernikus och biologin före Darwin.

Det är alltså en historisk ironi att 1800-talets förhoppningar att förklara psykiatriska fenomen med biologiska orsaker har grusats flera gånger om.

Inför DSM-5 har det amerikanska psykiaterförbundets kommitté lagt ner ett omfattande arbete med bland annat flera etapper av öppen mejldiskussion med förbundets 36 000 medlemmar. Också den internationella diskussionen har varit livlig och djupgående. Detta kunde inge förhoppningen att 2013 års DSM skulle innebära en kursändring. Men dokumentationen (www.dsm5.org) visar att strävan att basera diagnoserna på genetiska och neurobiologiska markörer kommer att styra också framgent. Och i floden av psykiatriska forskningsrapporter dominerar fortsättningsvis sökandet efter (essentialistiska) individcentrerade och biologiska förklaringar, t.ex. genetiska fynd som hög heritabilitet och polymorfismer, och antagna eller påvisade biokemiska och strukturella förhållanden i hjärnan som dopaminbrist och partiell senmognad. Ännu spökar Kraepelin.

DSM fokuserar på observerbara symtom och beteende. Upplevande, känslor och relationer kommer i skymundan. Det som ska klassificeras, säger manualen, är inte människor utan sjukdomar. Psykiaterns - och patientens, förstås - målsättning är att välja rätt behandling. Den realiserar hon genom att katalogisera patientens symtom och därmed ställa korrekt diagnos. Men patienten har ofta också ett annat mål, medvetet eller omedvetet, nämligen att möta någon som är intresserad av honom som person. Han behöver bli förstådd som subjekt eller, som det ofta uttrycks, bli sedd och bekräftad. En psykiater som utgår från bara DSM-styrt diagnostisktänkande har svårt att hjälpa i det avseendet.

Varje människa försöker klara sig så gott hon kan, med den biologiska och psykologiska utrustning hon råkar ha. Den har byggts upp, alltifrån hennes tidiga levnadsår, av det kontinuerliga samspelet mellan relationer, sociala och kulturella omständigheter och genetiska förutsättningar. Det psykiatriska hjälpbehovet har alltså inte bara biologisk bakgrund. Det är också ett uttryck för hennes svårigheter att förstå den livssituation som hon upplever och som därmed är hennes verklighet. Hon står inför ett svåruthärdligt gap mellan önskat och faktiskt. I den mån behandlaren förstår något av denna subjektiva upplevelse ökar hans möjligheter att hjälpa. Kierkegaard skrev ungefär så här: Om jag vill hjälpa någon måste jag börja där hon är. Den som inte kan det, lurar sig själv om han tror att han kan hjälpa. Visserligen är det bra att förstå mer än vad den andra själv gör. Men först och främst måste jag förstå vad hon eller han förstår.

Alltså behöver psykiatern ett diagnostisktänkande som kan hjälpa henne att förstå betydelsen av patientens upplevelser och hennes egen relation till honom.

Men i en häftig pendelrörelse efter den psykodynamiska och psykoteraeutiska eran har psykiatri hos oss, som i USA, gått till en motsatt pol och okritiskt anammat DSM (och WHO:s näraliggande ICD-system) som enda diagnostiskt tänkande.

Psykiaterna intresserar sig inte längre för patienternas upplevande och livshistoria, skrev den framstående schizofreniforskaren Nancy Andreasen i artikeln "Death of phenomenology", deras oreflekterat undergivna hållning inför auktoriteten DSM-IV har lett till att systematisering och mekanisk sortering har tagit över på bekostnad av det mänskliga.

Här skiljer vi oss från många andra europeiska länder, där diagnostiken berikats av psykoanalysens och fenomenologins humanistiska människosyn. DSM kommer vi inte ifrån, men vi behöver komplettering med bredare diagnossystem, inte minst för barn- och ungdomsålderna. Det skulle bidra till att göra den svenska psykiatri psykologiskt rikare, och därmed mänskligare.

Magnus Kihlbom
Barnpsykiater och psykoanalytiker

Annons

Annons

Psykiatrins psykologi – behöver psykiatern vara intresserad av människor?

Jag träffade en läkarstudent som sa att hon ville ha psykiatrikursen tidigare för att hon önskade förstå patienterna bättre – och jag tänkte; det är länge sedan man började i psykiatri för att lära sig förstå människor, hon bör nog välja en somatisk disciplin i stället. Jag hajade till över min egen reaktion - att många somatiska kliniker beter sig "mer psykologiskt" mot sina patienter än vi psykiatriker. Och så mindes jag en gammal artikel av konsultpsykiatrins nestor, Zbigniew Lipowski, som 1989 skrev:

"Psychiatry's distinguishing feature as a clinical discipline is its equal concern with subjective experience, or the mind, and with the body, including brain function, which together constitute a person, a psychiatrist's proper focus of inquiry and intervention." (1)

Det är väl det som gör psykiatri unik; att vi lite tillspetsat till skillnad från psykologerna sysslar med neurovetenskap, och till skillnad från neurologerna sysslar med psykologi, även om en bra neurolog också har psykologiska färdigheter. Det är just svängningen mellan dessa två dimensioner som gör ämnet psykiatri unikt inom läkarvetenskapen, och så unikt spännande. Men hur mycket av det har vi kvar?

Jag ska ge ett exempel:

Jag har under mer än tio år genomfört ett stort antal retrospektiva genomgångar efter suicid. Vid självmord finns ofta psykiatrisk sjukdom, depression eller psykos, men varför har just denna person tagit sitt liv, och varför just nu? Vid nästan alla genomgångar delar vi en aha-upplevelse, när den psykiatriska sjukhistorien tillsammans med medicinsk behandling, personens livshistoria och helt egna psykiska förhållanden läggs på bordet. Men så sorgligt att denna för psykiatri unika syntes ska ske först efter döden. I genomgångarna har jag ofta funnit att den som tagit sitt liv hamnat i en situation där man inte ser någon utväg, upplever sig fundamentalt ensam, övergiven, inte sedd av någon, inte av Gud, inte av någon medmänniska. Inte heller av någon inom vården. Ibland har jag t.o.m. intrycket att vården bortsett från det mänskliga, unika hos självmördaren.

Närmast repetitivt förhör man patienten om självmordstankar men alltför sällan kommer information fram under genomgångarna som tyder på att man försökt förstå vad det var som gjorde livet outhärdligt just då, eller vad som skulle finnas kvar att leva för. Jag antar att det behövs en psykologisk insikt för att förstå att om detta intresse saknas kommer den självmordsbenägne inte att delge psykiatern sina allra närmaste självmordsavsikter. Jag vill säga att en psykiatri utan psykologi, i meningen intresse för patientens inre liv, är en omänsklig psykiatri.

Dagens tråliga dokumenterande av ytliga symtom, vare sig de har betydelse eller ej, gör det också svårt att höja näsan och se uppenbara mönster och tecken som sammantaget ibland pekar rakt mot döden.

Stig Söderbergs avhandling från 2004 är intressant i sammanhanget (2). Han följde upp ett antal patienter med svårt självskadebeteende under sju år för att förstå vad som gjort att de kunnat utvecklas mot stabilitet och bättre hälsa. Det som hjälpt dem att komma vidare var "empowerment" och upplevelsen av ömsesidighet och kontinuitet i kontakten med andra människor, ofta vårdgivare, ibland andra människor. Mötets betydelse kan inte underskattas, och för det behöver vi psykologisk förståelse. Dehumaniseringen av psykiatri hjälps på vägen av modeller för ekonomisk ersättning som knappast har någon relation till att vår uppgift är att hjälpa lidande människor. Och i ärlighetens namn har vi som profession inte varit särskilt högljudda med att framhålla sådant som t.ex. patient-läkarrelationens betydelse när leanekonomerna velat veta hur långt ned man kan pressa tiden för anamnestagning eller vårdperiod.

Vad mera kan sägas om psykiatrins psykologi? Är det någon som har mod att säga att det är något utöver KBT?

Jag har från 90-talet bejakat KBT som synnerligen användbar inom mitt specialområde, psykiska besvär hos "somatiska" patienter. Viktigt för att vinna acceptans för psykologiska aspekter av somatiska problem har varit att effekterna av denna behandlingsmetod är förhållandevis enkla att studera.

Tyvärr har KBTs totala seger lett till att många patienter med komplexa mångfacetterade problem inte längre kan erbjudas psykologisk behandling – man behöll bara verktygssatsen med fasta storlekar.

Det har varit alltför lätt för teknokraterna att med hänvisning till ytliga referat av vetenskaplig litteratur kasta ut all annan psykologisk behandling och vår profession har villigt spelat med i detta, kanske i en strävan att äntligen få psykiatrien accepterad som en riktig medicinsk vetenskap.

Vi måste tillsammans vända denna utveckling mot en alltmer själös, därmed fundamentalt omänsklig psykiatri. Låt oss hitta en ny balans mellan förståelsen för patientens upplevelse – psykologi – och hjärnans funktioner. För patienternas skull. För våra kommande psykiaters skull, om vi vill ha några.

Lars Wahlström
Överläkare, med dr
CeFAM Kris- & katastrofpsykiatri
Stockholm

Referenser

Lipowski. Psychiatry: mindless or brainless, both or neither? Can J Psychiatry. 1989 ;34(3):249-54.

Söderberg. To leave it all behind. Factors behind parasuicide. Roads toward stability. Umeå Universitet 2004.



The Royal College of Psychiatrists

CPD ONLINE



Ett fortbildningsverktyg för dig
som är specialist



Om Du vill ha tillgång till CPD Online anmäler Du detta
på vår hemsida:
www.svenskpsykiatri.se

Framtiden för METIS och SK-kurserna



Den 1 januari 2013 tog Socialstyrelsen över administreringen av de statligt finansierade kurserna för blivande specialister (så kallade SK-kurser). Från och med 2014 kommer kurserna att upphandlas av myndigheten. Detta gäller alla medicinska specialiteter. Mer om bakgrunden finns att läsa här: www.ipuls.se och <http://www.sls.se/Aktuellt/Senaste-nytt/Viktig-information-ang-IPULS/>.

För vår specialitet innebär det att även METIS har gått över till Socialstyrelsen, och kurser i METIS-formatet kommer att finnas kvar och omfattas av upphandling. SK-kurserna i METIS-formatet har hittills finansierats av projektpengar och kommer att ha fortsatt statlig finansiering – via offentlig upphandling i Socialstyrelsens regi. Allt för- och efterarbete till kurserna som METIS ägnat sig åt (stöd till kursgivare, kursrevisioner och annat förbättringsarbete) kan dock inte genomföras i Socialstyrelsens regi, på grund av risk för jävsförhållanden. Detta förbättringsarbete har varit en av METIS framgångsfaktorer och är en förutsättning för kursernas fortlevnad och kvalitet. I vilken form detta ska ske är fortfarande en öppen fråga.

Det var därför väldigt roligt att SPF:s styrelsemöte den 24 april 2013 gästades av Anders Printz, regeringens PRIO-samordnare. Läs mer om Regeringens PRIO-satsning här: <http://www.regeringen.se/sb/d/14830/a/193799>.

Anders Printz var tydlig med att Regeringen är mycket nöjd med METIS-satsningen och angelägen om att projektets resultat förvaltas och sprids vidare. Det framtida behovet av psykiatrisk vård gör psykiatri till ett prioriterat område. Många viktiga framtidsvisioner lyftes fram under mötet, bland annat: en jämn spridning över landet, möjlighet att anpassa kursutbudet till behovet, fortsatt engagemang från klinikerna, fortsatt förankring med akademien, bibehållen god kvalitet för kurserna.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att sköta upphandlingar och administrering av de offentliga SK-pengarna. Rent konkret innebär det att höstens SK-kurser kommer att gå som planerat. Upphandlingen av SK-kurser för 2014 kommer att börja så fort som möjligt. För kursgivare som vill skicka in anbud kommer det inte att bli aktuellt före hösten 2013. Vad gäller den framtida utvecklingen av nya SK-kurser, kommer Socialstyrelsen att vara en framträdande aktör, då det är deras föreskrifter som styr kursutbudet.

Andra uppdrag som METIS ägnat sig åt, som vidareutveckling av befintliga kurser, stöd till kursgivare och annat förbättringsarbete, kommer troligen att hamna under annan huvudman än Socialstyrelsen. För närvarande undersöker Socialdepartementet en lösning för detta. SPF och dess Utbildningsutskott kommer att ha fortsatt kontakt med Anders Printz under resans gång.

Anders Printz bloggar på <http://www.priobloggen.se/>

... och de andra projekten?

På IPULS fanns det fyra pågående projekt som på olika sätt inspirerats av METIS:

- Psykoterapiprojektet (projektledare Cecilia Svanborg) med uppdrag att utveckla psykoterapiutbildningen för ST-läkare i psykiatri.
- Fortbildningsprojektet KUL (projektledare Deanne Mannelid) med uppdrag att utveckla fortbildning för färdiga specialister i psykiatri.
- BUP-projektet (projektledare Lena Spak) med uppdrag att utveckla ett kursutbud för ST-läkare i Barn- och ungdomspsykiatri som liknar METIS.
- KUST-projektet (projektledare Jenita Nilsson) med uppdrag att ta fram kompetensmål för kurser till de andra medicinska specialiteterna.

Av dessa är det bara KUST-projektet som hittills gått över till Socialstyrelsen. Enligt Anders Printz betraktas alla dessa projekt som viktiga men det pågår diskussioner om vilka lösningar som lämpar sig bäst (gäller såväl huvudmannaskap som finansiering, behov av upphandling, osv.).

Alessandra Hedlund
Överläkare, Norra Stockholms Psykiatri
SPF Utbildningsutskott
Medicinsk expert METIS, Socialstyrelsen
Studierektor för ST-kurser, CPF Stockholm
alessandra.hedlund@sll.se

Ny metod får psykiskt sjuka att öka sin fysiska aktivitet

- presenterades på internationell hälsokonferens i Göteborg

En ny metod som testats för att främja fysisk aktivitet hos psykiskt sjuka patienter på Södra Älvsborgs Sjukhus har visat sig ge bra effekt. Den går ut på att kombinera fyra etablerade metoder i individuella samtal och gruppträffar. Uppföljningar som gjorts visar bland annat att 66 procent av de 18 patienter som fullföljt hela behandlingen ökat sin fysiska aktivitetsnivå.

- Jag tror starkt på den här metoden. Vi vet ju hur illa dessa patienter far av sin livsstil. De röker ofta, äter och sover dåligt och löper större risk än andra att drabbas av metabolt syndrom, som exempelvis fetma, diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar, samt cancer. Därför är det en stor utmaning att få denna grupp att förändra sin livsstil och öka sin fysiska aktivitet, säger Hedvig Kjellin, sjukgymnast inom vuxenpsykiatri.



Hedvig Kjellin och Ann Thorild har utvecklat metoden för att öka den fysiska aktiviteten hos psykiskt sjuka.

Foto: Pernilla Lundgren, SÄS

Kombinerar fyra etablerade metoder

Hon har tillsammans med ett tvärprofessionellt team, som bestått av flera sjukgymnaster, mentalskötare och sjuksköterskor, tagit fram och testat metoden för att främja fysisk aktivitet hos psykiskt sjuka patienter. De har tagit avstamp i fyra redan etablerade metoder, som de utifrån sin kunskap kring den psykiatriska vården ansåg skulle passa bra tillsammans. Metoderna som används är motiverande intervju, MI, fysisk aktivitet på recept, FaR, self-efficacy och transteoretiska modellen. De motiverande samtalen syftar till att väcka eftertanke och förändringsvilja.

Receptet är en ordinerad dos fysisk aktivitet på en rimlig nivå för diagnosen. Self-efficacy är åtgärder för att öka självförtroendet och tilltron till sin förmåga och den transteoretiska modellen handlar om att möta patienten där han eller hon är och ge stöd genom hela förändringsprocessen.

- För de mest inaktiva kan de första delmålen vara tre minuters promenad per dag, utöver att bädda sängen, klä på sig och manuellt ändra kanal på TV:n. Oavsett diagnos förekommer ofta hopplöshet, låg självkänsla, nedsatt initiativförmåga och smärta hos dessa patienter.

Många upplever också sin kropp som okoordinerad, stel och tung och det är också vanligt att dessa personer är ängsliga inför sociala sammanhang. Det är bilden vi har att utgå ifrån, säger hon.

Metoden ökar den fysiska aktiviteten

Behandlingen pågår under cirka ett år. Den inleds med motiverande samtal och övergår i en gruppfas med gruppträffar där patienterna kan stötta och hjälpa varandra. Sedan avslutas den med flera uppföljningar. Hittills har totalt 36 patienter, 20 kvinnor och 16 män, deltagit i behandlingen och av dessa har 18 fullföljt hela processen. Uppföljningar visar att 66 procent ökat sin fysiska aktivitetsnivå. För de flesta handlar det om dagliga promenader eller stavgång, några har också fastnat för vattengympa eller köpt träningskort på gym.

- Styrkan ligger i hur vi satt samman metoderna, i gruppkonceptet och i den långa uppföljningen. Inom sjukvården släpper vi ofta patienten när han eller hon börjar prova på olika aktiviteter, men då är de väldigt känsliga för bakslag och snedsteg. Nu följer vi upp patienten under hela förändringsprocessen, som tar cirka ett år.

Men siffrorna visar även ett bortfall på 50 procent som kan kopplas till patienter med schizofreni- och psykosdiagnoser.

Dessa patienter har behov av ett upplägg med mer anpassade förutsättningar där personal kan skapa och underlätta fysisk aktivitet efter patientens förmåga, exempelvis i någon dagverksamhet i kommunal regi.

Den 23-24 maj presenterade Hedvig Kjellin och kollegan Ann Thorild arbetet på den internationella HPH-konferensen (Health Promoting Hospitals and Health services), som i år arrangerades av Västra Götalandsregionen i Göteborg. De deltog i posterutställningen och i den del som kallas "show and tell", där de presenterade sin metod för intresserade besökare.

- Det kändes stort att få vara med. Vi hade varmt upp inför detta genom att presentera vårt arbete i andra sammanhang, bland annat på nationella sjukgymnastdagarna och på Svenska Psykiatrikongressen. Nu fick vi möjlighet att komma i kontakt med andra som jobbar med dessa frågor på ett internationellt plan, säger Hedvig Kjellin.

Kort fakta kring hälsofrämjande arbete med fysisk aktivitet på recept på Södra Älvsborgs Sjukhus

Att implementera hälsofrämjande aktiviteter är ett av sjukhusets elva förbättringsprogram, som ska säkerställa att de övergripande målen i årets verksamhetsplan nås.



Hedvig Kjellin och Ann Thorild
Foto: Pernilla Lundgren, SÄS

Ett av målen i detta program är att öka förskrivningen av fysisk aktivitet på recept, FaR.

Otillräcklig fysisk aktivitet innebär en kraftigt förhöjd risk för sjukdom, sänkt livskvalitet och för tidig död. FaR är en metod för att främja fysisk aktivitet och kan användas både i förebyggande och behandlande syfte. Förutom fortsatt förskrivning av FaR till patient- och diagnosgrupper ska fokus läggas på systematisk användning för högriskgrupper som definieras i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Hit räknas patienter med depression, schizofreni, diabetes, ischemisk hjärtsjukdom, högt blodtryck, blodfettssrubbing, övervikt, fetma eller stort bukomfång.

Pernilla Augustsson
Informatör
Informationsenheten
Södra Älvsborgs sjukhus



Glöm inte våra hemsidor:

På respektive förenings hemsida läser Du alltid senaste nytt:

Svenska Föreningen för Barn - och Ungdomspsykiatri:
www.svenskabupforeningen.se

Sveriges Läkare under Utbildning i Psykiatri:
www.slupsykiatri.se

Svenska Psykiatriska Föreningen:
www.svenskpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:
www.srp.se



Psykiatri och samhälle

Vad blir konsekvenserna när bara de allra sjukaste patienterna kvalificerar sig för vård inom psykiatrin?

Det har gått tre år nu sedan konstfackeleven Anna Odell genomförde sitt konstprojekt med att simulera en svårt psykiskt sjuk patient och hon hamnade i bälte på S:t Görans sjukhus. Ni kommer väl ihåg de livliga massmediala diskussionerna som följde? Vad är konst, vad är psykiatri, var går gränsen, hur hanterar man en frisk person som simulerar psykiatrisk sjukdom etc.? Tänk att konst kan frisätta ett sådant engagemang! Intressant, tycker jag. Efter den värsta chocken och alla massmediala och juridiska diskussioner, blev det sedan åter tyst. Men för knappt ett och ett halvår sedan, fanns en artikel i Läkartidningen angående simulering av psykisk sjukdom (Bendz, H.: Simulerad psykotisk sjukdom – vanligare än psykiatriker vill tro, Läkartidningen 48, 2011). Reaktionerna på artikeln rönt inte alls samma uppmärksamhet som Anna Odells "inlägg" i psykdebatten. Endast några få blygsamma kommentarinlägg finns som reaktion på Bendz' artikel. Jag får en känsla av att det är tabu att tala om simulering inom sjukvården, trots ämnets ständiga relevans.

Men minst lika intressant och angeläget är sjukdomssimulanternas motsats, alla dessa människor som dissimulerar en psykiatrisk sjukdom, dvs. de som borde söka psykiatrisk vård men som inte gör det. Visst finns det många raffinerade vetenskapliga studier om befolkningens psykiska hälsa i allmänhet och de så kallade "rand"-grupperna dito i synnerhet. Men ett offentligt intresse finns knappast någonstans.

Varför är det så? Med detta lilla debattinlägg, gör jag ett försök att tänka högt angående en aspekt vilken, enligt min uppfattning, inte dryftats särskilt mycket, varken i den offentliga eller i den professionella debatten.

Psykiatrin har förändrats mycket under det senaste decenniet. Allt mer specialiserad och medlen ska naturligtvis fördelas enligt principen att de som har störst behov, dvs. de svårast psykiskt sjuka människorna, får de största resurserna. De andra tillhör primärvården. Det är en fråga om resursfördelning och det är i sin tur en politisk fråga. Detta är någonting vi inom sjukvården ständigt suckar över men knappast kan påverka. Men vilka blir konsekvenserna av detta förfarande i slutändan? Vilka blir konsekvenserna när bara de allra sjukaste patienterna kvalificerar sig för

"Psykiatern - en samhällsaktör! Bli en bättre psykiater med samhällsperspektiv och kunskap om socialpsykiatriska metoder för att främja psykisk hälsa och träna dig i att delta i den offentliga debatten."

Citatet är hämtat ut kursbeskrivningen för METIS-kursen **Psykiatri och samhälle**. Som examinationsuppgift får kursdeltagarna skriva en debattartikel. Vår redaktion har fått förmånen att ta del av några av dessa artiklar, och i förra numret publicerade vi två av dem. Nu följer vi upp med ytterligare tre, skrivna av Dora Szabo, Ulrike Bartsch och Henrik Schalén.

**Tove Gunnarsson
Redaktör SP**

vård inom psykiatrin? Vilken bild av psykiatrin skapas och förmedlas då? Vilken blir allmänhetens syn på psykiatrin?

Det finns en risk att människor som anser sig i behov av psykiatrisk hjälp, inte ens söker för sina problem, eftersom de kanske inte tror sig om att vara tillräckligt sjuka.

Vad jag förstår, förs stigmatiseringsdebatten om psykiatriska patienter och psykiatriska sjukdomar enbart av Cecilia Brain här i Sverige (Brain, C.: Skam förhindra rätt vård, DN 2009-11-11). Men för att kunna nå och hjälpa alla dessa dissimulerande psykiskt sjuka människor, måste vi lyfta fram denna fråga och föra diskussionen om stigmatisering av psykiatriska patienter och psykiatrin i en bred offentlig debatt. Vilka tankar har Kalle Svensson om svensk psykiatrisk vård idag? Vem anses vara psykisk sjuk? Hur kan man förändra bilden? Hur kan man minska stigmatiseringen av människor med psykiatriska åkommor? Jag anser att en stor grupp psykiatriska patienter missgynnas, eftersom den psykiatriska vården i Sverige blivit allt snävare och högspecialiserad. Det behövs en bred debatt inom och utanför denna medicinska disciplin och vi måste diskutera de allvarliga konsekvenserna som följer i spåren av de politiska besluten. Är det verkligen så här vi vill ha det?

**Ulrike Bartsch,
Med dr, ST-läkare Psykiatriska kliniken MSE, Eskilstuna**



Artikeln skrevs inom ramen för METIS-kursen Psykiatri och samhälle", Skellefteå 2012

Läkare och patienter sida vid sida

Hur kan vi skapa en vårdmiljö där vi tillgodoser patienternas behov av att bli bemötta väl och bekräftade i sitt människovärde? Patienterna är experter på sig själva och sina tillstånd, varför inte låta dem bidra med sina erfarenheter?

Låt oss göra som AA och andra frivilliga organisationer. Ge de erfarna och stabila patienterna någonting meningsfullt att göra och avlasta samtidigt vårdsystemet!

Idag utnyttjas resurserna alltför dåligt inom psykiatrin. Ofta hör man patienter, anhöriga och även läkare samt annan vårdpersonal beklaga sig över bemötandet inom sjukvården, inte minst inom psykiatrin. I den här artikeln argumenteras för att hitta nya kreativa lösningar som kan hjälpa patienterna till ett bättre och mer meningsfullt liv och samtidigt förbättra vårdens organisation. Den lösning som föreslås för att uppfylla de sociala behoven är enkel: låt patienterna själva bli en del av lösningen.

Malin Stenman som är attitydambassadör på Hjärnkoll är även patient inom psykiatrin. Hon anser att hon inte blivit bemött på ett värdigt sätt på akuten. Hon beskrev inför ett läkarkollegium på METIS-kursen Psykiatri och Samhälle i Skellefteå att hon vid ångesttillstånd blivit bemött kort och avhugget och endast fått en tablett oxazepam mot sina besvär. Hon uppmanar läkare till att bemöta patienterna bättre.

Som jourläkare inom psykiatrin ombeds jag ibland komma till avdelningar på grund av att akuta åtgärder som bältesläggning och tvångsmedicinering anses behövas. När jag kommer till avdelningen händer det ofta att det räcker med ett samtal för att lugna patienten. Ribban för att vidta tvångsåtgärder har hamnat för lågt. Detta är ett problem som hämmar effektiviteten av den akuta psykiatriska vården och i vissa fall till och med traumatiserar patienter.

Läkarna inom den akuta psykiatrin har två alternativ, antingen skicka hem patienterna eller lägga in dem. I vissa fall är inget av alternativen optimalt. Vissa patienter känner sig som Malin ovan förbisedda. De tycker inte att symtomlindrande medicin är tillräcklig hjälp. Det finns ett uppenbart behov att tillgodose de sociala behoven.

Den mest outnyttjade och förbisedda resursen av alla är patienterna själva. Patienterna är själva experter på sina egna tillstånd. De har erfarenheter som de kan använda sig av för att hjälpa andra patienter som har liknande tillstånd. Istället för att skicka hem patienter till ett passivt liv där de saknar känsla av mening och sammanhang borde vi ge dem möjlighet att delta i vården.

De skulle på frivillig basis kunna erbjudas att uppfylla det sociala behovet inom den akuta psykiatriska sjukvården. Detta skulle kunna ge dem en meningsfull aktivitet på sin fritid och samtidigt avlasta läkarna inom vården.

Det skulle kunna finnas byggnader eller rum i anslutning till akutmottagningarna eller de akutpsykiatriska avdelningarna där erfarna och stabila patienter får vara samtalsstöd eller mentorer åt de patienter som mår dåligt. De skulle då kunna stödja dessa patienter och normalisera situationen. De skulle också genom egna erfarenheter kunna inge ett hopp.

För en jourläkare skulle det då vara möjligt att ordinera "Samtalsstöd" eller "Samtalsrum" efter att den initiala bedömningen gjorts. En patient med ångestattack skulle kunna få oxazepam och samtalsstöd i form av en tidigare patient med sådana erfarenheter. Många patienter skulle kunna gå hem mer tillfredsställda. Man skulle även slippa vissa inläggningar. Detta skulle kunna avlasta en del av den börda som vårdpersonal har och frigöra deras resurser till att hantera allvarliga situationer som behöver mer kunskap och erfarenhet.

Många gånger vill man inom den mer långsiktiga planeringen kunna erbjuda en "för patienten meningsfull sysselsättning". I samarbete mellan landsting och kommun skulle således en meningsfull sysselsättning kunna vara att bli "Samtalsstöd" eller "Mentor" inom den akuta psykiatriska vården. Sannolikt skulle en eller två utbildningsdagar med vårdpersonal och andra patienter vara tillräckligt för att stabila patienter skulle kunna fungera väl i en sådan funktion.

Anonyma alkoholister är en bevisat effektiv verksamhet som är helt baserad på frivilligt arbete. Nyktra alkoholister hjälper de alkoholister som fortfarande lider om de är motiverade att själv uppsöka och ta emot den hjälpen. Hur skulle det vara om tidigare ångestpatienter hjälper lidande ångestpatienter och stabila depressionspatienter hjälper de depressionspatienter som fortfarande lider?

Det finns en verksamhet i Södra Australien¹ där psykospatienter som kommit långt i sin egen behandling får vara mentorer för dem som är nyinsjuknade. Resultaten av det är goda. De nyinsjuknade får stöd och de erfarna patienterna upplever att de kan bidra på ett meningsfullt sätt vilket i sin tur påverkar deras liv på ett positivt sätt.

Låt oss tillsammans skapa kreativa lösningar för att utnyttja de resurser som finns mer optimalt. Låt oss ge patienterna en meningsfull sysselsättning. Låt dem bidra med den expertis de har om sig själva och sina tillstånd. Låt oss arbeta sida vid sida med våra tidigare patienter!

Henrik Schalén
ST-läkare

Psykiatri Nordväst, Stockholm

¹ <http://www.eppic.org.au/>



Vara medveten om vår psykiska och fysiska hälsa under ST-utbildningen kan vara livsviktigt!

Det är ett känt faktum att förekomst av suicid är högre hos läkare än bland andra akademiker.¹ Studier visar att ökningen bland kvinnliga läkare är även högre jämfört med den övriga befolkningen.² Riskfaktorer som kan förklara de förhöjda suicidtalerna är bland annat psykiska sjukdomar/psykisk ohälsa, hög stressnivå, tillgång till självmordsmedel.^{3 4}

Läkargruppen är en utsatt grupp och vi som är en del av gruppen har en förhöjd risk att begå självmord.

Jag jobbar som ST-läkare och jag upplever såsom säkert flera av mina kollegor att utbildningen ofta kräver extra energi/kraft. Det är inte tillräckligt att jobba på en klinik utan man går på olika kurser där man behöver förbereda sig genom att läsa litteratur, lämna in olika skriftliga uppgifter. Förutom utbildningskurser har man flera jourpass varje månad och när man inte befinner sig på kurserna jobbar man. Under utbildningen randar man flera gånger som kan vara ett ytterligare stressmoment för en. Syftet är inte att klaga över situationen eftersom alla dessa moment behövs för att bli en specialistläkare med hög kompetens, utan att belysa att redan under ST-utbildningen finns olika moment som kan leda till förhöjd stress, utmattning och psykisk ohälsa som kan höja risken att begå självmord.

Vad kan vi göra? Det är viktigast att man är medveten om befintliga risker och att man känner sina egna gränser. Som ST-läkare står man ofta "utanför" under en placering och det händer ofta att ST-läkare inte får delta i till exempel handledning som sker på en avdelning/mottagning. Motiveringen till detta är ofta att läkaren jobbar där bara tillfälligt eller att man ändå har kontakt med sin ST-handledare.

Det är en del av ST-utbildningen att man får hjälp med att lära sig säga nej, att få bättre insikt i sina egna gränser. Man kan fråga sin handledare, erfarna kollegor om användbara råd för att förebygga alternativt minska risken för psykisk ohälsa, ökad stressnivå.

Det är även viktigt att redskapen som man får under utbildningen används senare under yrkeslivet.

Det är också känt att läkare bagatelliserar sin egen psykiska och fysiska ohälsa, och ofta söker de ingen hjälp.⁵

Det är viktigt att man kan inse ifall man har hamnat i en ond cirkel till följd av sitt jobb, och upplever daglig stress, upplever tecken på psykisk ohälsa. Det är ett viktigt steg att försöka söka hjälp. Vi måste också vara uppmärksamma ifall vi upplever tecken på ökad stress eller psykisk ohälsa hos en kollega, för att erbjuda stöd. Man borde få allmän information om vilka forum som finns när man börjar jobba på en arbetsplats och man borde få hjälp direkt när man söker det.

Dora Szabo
ST-läkare i allmän psykiatri
Beroendecentrum Stockholm

Psykiatri och samhälle METIS-kurs VT-12



1. Arnetz B, et al. Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. Results from a national long-term prospective study and a retrospective study. Acta Psychiatr Scand. 1987;75(2):139-43.
2. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). Am J Psychiatry. 2004;161(12):2295-302.
3. Hawton K, Malmberg A, & Simking S. Suicide in doctors. A psychological autopsy study. JPsychosom Res. 2004;57(1):1-4
4. Hawton K, et al. Doctors who kill themselves: a study of the methods used for suicide. QJM. 2000;93(6):351-7.
5. Baldwin PJ, Dodd M & Wrate RM. Young doctors' health--II. Health and health behaviour. Soc Sci Med. 1997;45(1):41-4

Det finns många anledningar att vara medlem i SPF

Förutom Svensk Psykiatri har Du som medlem även tillgång till

Nordic Journal of Psychiatry online
CPD Online

The Nordic Psychiatrist

Läs mer på hemsidan under "medlem" där Du också kan registrera Dig för både Nordic Journal och CPD Online

www.svenskpsykiatri.se



**Du som är
medlem i SPF:**

**Du har väl inte glömt att
registrera Dig och få åtkomst till
CPD Online från Royal College
of Psychiatry?**

Gå till vår hemsida

www.svenskpsykiatri.se

Trauma, drama och drömmar



Vilka är de neurobiologiska korrelaten till posttraumatisk stress? Hur behandlas symtomen bäst? Och hur når man ut med terapin? Det är frågor som traumaenheten vid Stanforduniversitetets barnpsykiatriska klinik försöker besvara. Att tillbringa två veckor där var en ynnest – tack till Natur & Kultur och Johan Cullberg!

Narkomaner jagar runt efter gift, omtöcknade av abstinens. På Grant Avenue stirrar prostituerade tomt eller käbblar inbördes. Under fladdrande regnbågsflaggor på Market Street ligger hemlösa inpackade som bylten. Andra irrar runt och pratar för sig själva.

Yrvaken av jetlag gick jag runt i downtown San Francisco. Vad var detta för kabinett av olycka i hjärtat av världens förmodligen mest välbärgade och IQ- och IT-täta områden, San Francisco Bay area?

Möjligen samma galenskap som amerikanske poeten Allen Ginsberg skildrade i dikten *Howl*, ursprungligen framförd i staden för snart 60 år sedan:

”Jag såg min generations största begåvningar förstörda av galenskap, svältande hysteriska nakna, släpande sig fram

längs negergatorna i gryningen på jakt efter en våldsam injektion”.

En halvtimmes tågresa därifrån ligger Palo Alto, en elegant småstad med Stanforduniversitetet som huvudattraktion. Ännu en bit söderut finner man Mountain View, ett nav i Silicon Valley där världsomspännande guldkalvar som Google, Facebook och Microsoft huserar.

Bakom Stanfords huvudbyggnader i spansk kolonialstil står Rodins skulptur *Borgarna i Calais*. Den gestaltar historien om sex personer på 1300-talet som sägs ha satt sitt liv på spel för att rädda invånarna i den belägrade franska staden. Konstverket berättar vad lärosätet vill inympa i studenterna: kultur, civilkurage och dådkraft.

Höga pretentioner. Men sett till resultaten knappast överdrivna. Stanford hör till världens bästa universitet och har fostrat mängder av Nobelpristagare. Och utan Stanford inget Silicon Valley. Hur hade världen då sett ut?

Jag reste dit för att auskultera vid den barnpsykiatriska kliniken traumaenhet och följa dess forskning. Min värd var professor Victor Carrion, ledare för *Early life stress research program*. Veckor före ankomsten kom ett detaljerat program för vistelsen: enskilda samtal med forskare, besök på olika kliniker, medsittningar och forskarmöten. Jag ombads också hålla ett föredrag om den forskning kring ensamkommande flyktingbarn som jag är involverad i. Väl på plats föreslog Carrion nya möten: "Björn, du måste träffa den personen



och den, det vore intressant för dig."

Generositeten, viljan att dela med sig av tid och kunskande, är troligen bidragande förklaringar till USA:s vetenskapliga framgångar och universitetens internationella popularitet. Bemötandet fick mig att tänka på en historia från 1993:

Svenska akademien hade just meddelat att det årets Nobelpris i litteratur gick till amerikanskan Toni Morrison. SVT infann sig för en intervju på universitetet där författaren arbetade. Efter några korta svar ursäktade sig Morrison – hon skulle undervisa studenter.

Carrions grupp bedriver både grundforskning och tillämpad forskning. De har identifierat neurobiologiska och neuroanatomiska korreler till posttraumatisk stress hos barn och ungdomar. Om avvikelserna är en följd av traumatisering är oklart, men en teori är att förhöjda kortisolhalter har en neurotoxisk effekt. Ett annat fynd är att unga med subklinisk PTSD kan ha samma funktionsnedsättning som de som uppfyller diagnoskriterierna.

Inte minst med tanke på utbredningen av trauma – resultat från USA indikerar att hälften av dem mellan 2 och 17 år utsatts för fysisk misshandel och en tredjedel har bevittnat sådan – har den osäkra kopplingen mellan funktionsnedsättning och diagnos viktiga folkhälsopolitiska implikationer.

Det händer att Stanfordklinikerna träffar barn som menar att de växer upp i krigszoner, miljöer där gängkrig pågår med mord, missbruk och våldtäkter i kölvattnet. Under mitt besök i december inträffade skolskjutning i Newtown på östkusten med 26 döda. Rubrikerna var svarta. En större tragedi är att det i USA dagligen mördas i princip lika många med skjutvapen, i genomsnitt 24 personer – utan att allmänheten tycks reagera.

Men många exponerade barn får inte rätt hjälp, underströk Carrion under ett besök på ett "community center" i östra Palo Alto där Stanfordklinikens ST-läkare arbetar. Trots att det i nästan varje hörn av San Francisco finns en psykolog. Stigmatisering, bristande infrastruktur och koordinering mellan olika hjälporganisationer tycks vara några barriärer.

Våld, övergrepp och obearbetade trauman kan bädda för en cykel med nya förövare och offer. *Howl* i modern tappning?

Carrion och hans kollegor har utvecklat en ny intervention för barn med posttraumatiska symtom, *Stanford Cue-Centered Therapy*. Den utprovas nu på skolor i ett försök att möta behoven. Dessutom deltar de i ett projekt för att bygga upp ett "Youth Wellness Center" i centrala San Francisco. Det ska vara lättillgängligt och hysa socialtjänst, pediatrik och barnpsykiatri under ett tak.

Kollegorna på traumaenheten är inga borgare från Calais. Men deras arbete imponerar. Att skilja sjukt från friskt, att ställa rätt diagnos och erbjuda effektiv behandling är svårt nog. Vanskligare ändå är att samtidigt bedriva forskning som för verksamheten framåt. Men barnpsykiatrins verkliga utmaning är att förena dessa moment med ett samhällsorienterat perspektiv.

Text och foto:
Björn Ramel
ST-läkare
BUP Malmö



Skynda er att beställa de nya Kliniska Riktlinjerna Äldrepsykiatri och Suicidnära patienter!

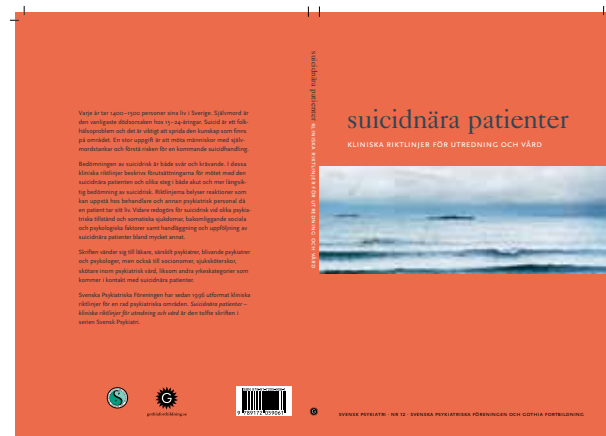
Nu har samlingen av SPF:s Kliniska Riktlinjer utökats med två nya arbeten, båda tar upp angelägna ämnen. Liksom tidigare har SPF:s Kliniska Riktlinjer en profil av praktisk klinisk användbarhet snarare än rena kunskapsöversikter.

SPF:s Kliniska Riktlinjer Äldrepsykiatri har sammanställts av en arbetsgrupp under ledning av Med Dr Karin Sparring. De äldsta av våra patienter faller ansvarsmässigt lätt mellan stolarna när det handlar om tillstånd med psykiatriska symtom och många får i dag inte den hjälp de behöver.

Kliniska Riktlinjer Äldrepsykiatri omfattar alla tillstånd med psykiska symtom hos äldre såsom demenssjukdomar, affektiva sjukdomar, ångest, psykoser mm. Tillstånden är ofta sammanflätade med varandra eller med somatiska sjukdomar. Skriften vänder sig till psykiatrer och blivande psykiatrer samt andra läkare och vårdpersonal som arbetar med äldre, främst inom geriatrik och allmänmedicin. Den kan användas som lärobok för det äldrepsykiatriska delmålet i ST-utbildningen.



Båda böckerna finns att beställa på www.gothiafortbildning.se/start för en ringa summa (skriv in Äldrepsykiatri resp Suicidnära i sökfältet och klicka dig vidare).



SPF:s Kliniska Riktlinjer Suicidnära patienter är skriven av en författargrupp under ledning av professor Bo Runesson. Suicid är ett folkhälsoproblem och det är en stor och viktig utmaning för personer verksamma inom vården att möta och rätt bemöta människor med självmordstankar, att förstå och förebygga risken för en kommande suicidhandling.

I dessa kliniska riktlinjer beskrivs förutsättningarna för mötet med den suicidnära patienten och olika steg i både akut och mer långsiktig bedömning av suicidrisk.

Riktlinjerna belyser även reaktioner som kan uppstå hos behandlare och annan psykiatrisk personal då en patient tar sitt liv. Skriften vänder sig till läkare - särskilt psykiatrer och blivande psykiatrer - men också till psykologer, socionomer, sjuksköterskor, skötare inom psykiatrisk vård liksom andra yrkeskategorier som kommer i kontakt med suicidnära patienter.

Tipsa din chef om att beställa ett exemplar av vardera bok till varje läkare på din klinik och gärna till delar av övrig personal. Varje psykiater bör läsa och lära av dessa utmärkta sammanställningar av befintlig kunskap inom respektive område!

Dan Gothefors
SPF:s ansvarige för Riktlinjearbeten

Några avslutande ord kring frågan om att inte vilja leva längre

Ibland får man nog, man vill inte längre. Dygnet innehåller alltför många timmar, det är ett arbete att ta sig igenom dem. Inget blir bra. Man är dålig för alla, inget spelar någon roll. Det onda finns inom en, man är förlorad och sitter helt ensam, de som talar till en känns avlägsna även om de står helt nära. Allt sker med fördröjning. Det är jobbigt att tala. Och man har inget att säga. När man börjar på en mening är det som att gå i en tjock dimma innan man får ihop den, lusten är borta. Det går inte att vara den man är, inte ens man själv orkar med det. Det går inte att förstå. Allt man vill är ju att få vila, att dagen äntligen är till ända, och att det här plågsamma ständiga upprepandet får ett slut. Och så undrar de om man vill ta livet av sig, det är knappt man orkar svara på frågan.

Ibland är man varken nära döden eller nära livet, man är i ett ingenmansland, där inget spelar någon roll. När man är nära något, då slår hjärtat, då finns man till. Men ibland är det som att varje andetag kräver en kraftansamling, och allt man vill är att få vila.

Man kan förstå ett liv först när döden inträffat, då är det ett avslutat helt som går att närma sig. Det vet de som håller på med historieforskning allt om. Ibland tänker jag den enkla tanken att man först kan förstå sitt liv efter att man varit död ett tag, så att man får den nödvändiga distansen som krävs. Det är som med språket, innan hela meningen är utsagd så går den inte att förstå: alla ord måste få sägas. Ett liv som ändats av egen hand, mitt i livet, mitt i plågan, är som en ituriven bok. Det är inte bra. Något annat kunde ha skett, berättelsen kunde ha tagit en annan riktning. Om det vet vi inget. Möjligheten är dock försvunnen – för alltid.

Man minns de som tagit livet av sig, de namnen bränner sig in, det är öden som alla vi andra inte kan lämna – som att något är oavslutat. Livet tar definitivt slut för den olycklige, åren passerar sedan utan den personen, och livet breder ut sig efter den dagen. Vi andra kan då se saker som inte var möjligt för den personen att se, vi ser att livet fortsätter, och att saker fortsätter att hända: med deras familj, med deras vänner, med världen. Inte sällan tänker man då tanken: tänk om de vetat vad mycket liv som återstod efter deras död. Så mycket händelser, så mycket sorg, så mycket glädje. Så mycket liv.

Det är nästan så att man börjar gråta. Ett möjligt liv har raderats.

Det är mycket som plågar mig när jag vet att en person inte vill leva längre. Men ovanstående är ändå där i förgrunden. Vet de vad de gör, vet han eller hon verkligen vad det innebär? Och då menar jag inte att de likt ett barn inte kan greppa att döden är definitiv, och att det är ett beslut som inte går att ångra. Men känslomässigt undrar jag om de förstår: vi människor har generellt svårt att i djupet av vårt hjärta verkligen förstå att livet kan ta slut. Förstår de att livet många år senare kommer att gestalta sig på ett sätt som de nu inte kan föreställa sig?

Att de genom att ta livet av sig – från ett ögonblick till ett annat – stänger dörren till alla möjliga världar som kan uppstå i deras liv.

Som ni förstår tycker jag att det här med livet är en väldigt bra sak: jag är partisk. Men en del tycker inte det, av helt förklarliga skäl. Livet är ibland mycket svårt, och en del liv är – vilket vi tidigare talat om – alltför trasiga. Det är nästan att likna vid en nåd om de hittar fram till ett meningsfullt liv när allt tagits ifrån dem.

Kanske får vi ibland bistå med något i deras liv, kanske att bära dem över det värsta, när inga beslut bör tas, då de riskerar att haverera ett liv som sedan hade blivit möjligt.

Där skall vi träda in.

Jag vill med dessa ord tacka för responsen som infann sig kring mina tankar om våra möjligheter i vården att bistå när en patient inte vill fortsätta leva. Det stora flertalet av dessa bidrag var mycket känsligt skrivna, vilket glädjer mig, detta är ju en fråga som inte skall tystas ned med röster som på förhand vet bäst. Det är en alldeles för viktig fråga. Man blir glad å psykiatrins vägnar att så många har förmåga att tänka klokt och lyhört kring dessa svåra frågor, många av dessa givetvis med mycket mer djupgående erfarenheter än undertecknad. Tack!

Anders Almingefeldt
Leg psykolog
Specialist i klinisk psykologi
Alingsås

Kalendarium

19-23 juni 2013

World Psychiatric Association International Congress
Istanbul, Turkiet
www.wpaistanbul2013.org

23-27 juni 2013

11th World Congress of Biological Psychiatry
Kyoto, Japan
www.wfsbp-congress.org/

29 juni – 3 juli 2013

21st World Congress Social Psychiatry
Lissabon, Portugal
www.wasp2013.com

6-10 juli 2013

15th International ESCAP Congress
(European Society for Child & Adolescent Psychiatry)
Dublin, Irland
www.irishpsychiatry.ie/escap.aspx

21-23 augusti 2013

10th Nordic Symposium on Forensic Psychiatry
Kuopio, Finland
www.niuv.fi/nsfp/

26-28 september 2013

4th European Conference on Schizophrenia Research
Berlin, Tyskland
www.schizophrenianet.eu

5-9 oktober 2013

26th ECNP Congress (European College of Neuropsychopharmacology)
Barcelona, Spanien
www.ecnp-congress.eu/

23-26 oktober 2013

8th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry, Ghent, Belgien
www.oudconsultancy.nl/GhentSite/

5-6 december 2013

Svenska Läkaresällskapets
Medicinska Riksstämma
Waterfront Congress Centre, Stockholm
www.sls.se/riksstamman/

1-4 mars 2014

22st European Congress of Psychiatry
München, Tyskland
www.epa-congress.org/

12-14 mars 2014

Svenska Psykiatrikongressen 2014
Filmstaden Bergakungen, Göteborg
www.svenskpsykiatri.se

23-24 april 2014

Svenska BUP-kongressen
Malmö
www.svenskabupforeningen.se/

24-26 april 2014

55th Annual Meeting of the Scandinavian College of Neuropsychopharmacology
Köpenhamn, Danmark
<http://scnp.org/>

3-7 maj 2014

167th APA Annual Meeting
New York, USA
www.psych.org/learn/meetings/future-apa-meetings

22-26 juni 2014

29th CINP World Congress of Neuropsychopharmacology
Vancouver, Canada
www.cinp2014.com

14-18 september 2014

XVI World Congress of Psychiatry
Madrid, Spanien
www.wpamadrid2014.com

Fler kongresser hittar Du på
www.svenskpsykiatri.se
www.svenskabupforeningen.se
www.srp.se



SVENSKA SÄLLSKAPET FÖR BIPOLÄR SJUKDOM

Jubileumssymposiet LITIUM

Svenska Sällskapet för Bipolär Sjukdom fyller 10 år

7-8 november 2013, lunch till lunch i Stockholm

Ur det preliminära programmet:

Verkningsmekanismer

Monitorering

Barn och ungdomar

Off label

Nya rön

Boka dagarna redan nu!

Mer information om programmet och anmälan hittar du i Svensk Psykiatri efter sommaren

Ta del av våra remissvar!

SPF, SFBUP och SRPF får varje år ett stort antal remisser, företrädesvis från Svenska Läkaresällskapet och Läkarförbundet, men även från andra instanser som t.ex. Socialdepartementet. Remisserna kan röra sådant som sjukskrivningsrekommendationer, Socialstyrelsens nationella riktlinjer, Läkemedelsverkets föreskrifter mm. Att svara på dessa är en viktig uppgift för våra föreningar då det ger oss möjlighet att bevaka psykiatrins och våra patienters intressen.

Du kan läsa alla remissvar på våra hemsidor

www.svenskpsykiatri.se

www.svenskabupforeningen.se

www.srpf.se

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri



Rapport från en Cullberg-stipendiat år 2011

Intryck från studiebesök vid Beteendestörningsenheten i London

Beteendestörningsenheten, eller Behaviour Disorders Service, är en rixsenhet i Storbritannien som erbjuder bedömning, evidensbaserad behandling och vård i samverkan för människor med högfungerande autism och co-morbid psykisk ohälsa, eller beteendeproblem. Den ingår i en klinisk forskningsgrupp inom the National Health Service som vunnit pris 2010 för den mest nyskapande forskningen för utveckling av nya diagnostiska metoder inom vården. Översatt till svenska kallar jag det Diagnostiskt test för autismspektrumstörningar (ASD) med MR (Ecker 2010).

Enheten är knuten till Section of Brain Maturation vid The Institute of Psychiatry, King's College, London. Klinisk ledare för enheten är Professor Declan Murphy, vuxenpsykiater. Vid en autismutbildningsdag i London vid ACAMH (Association of Child and Adolescent Mental Health) i mars 2010 föreläste han om autismutredningar för vuxna. Vid deras mottagning kunde en fördjupad utredning gällande autism ta minst en dag med tre medarbetare!

I mina öron lät det som en mycket kort process jämfört även med autismdiagnos hos barn, som vid analys av processen vid barnpsykiatriska enheter i Stockholm tar betydligt längre tid, och sällan under 6 veckor. (Danielsson 2007).

Professor Declan Murphy skissade på en möjlig framtid med snabbare "screen" för vuxna med autism med MR- teknik, enligt teamets senaste forskningsrön!

Jag blev återigen nyfiken på Enheten när en kurator i min verksamhet berättade att hon hade arbetat i London med Dr Murphy på en avdelning för patienter med neuropsykiatrisk och annan psykiatrisk problematik. Hon berättade att patienter fick flera terapeutiska insatser och hur mediciner oftast sattes ut. Just då upplevde jag frustration över "generös" neuroleptikabehandling för beteendeproblem för individer inom habiliteringsverksamheter. Nu blev jag väldigt nyfiken, och så småningom, tack vare Cullbergs stipendium, fick jag komma dit på besök och auskultera.

Studiebesöket var mycket givande och inspirerande. Jag fick se poliklinisk verksamhet vid Maudsleysjukhuset i centrala London och slutenvården vid Bethlem Royal Hospital i Londons södra förort Beckenham. Jag blev imponerad av deras rigoröst diagnostiska ambition, trots svårtolkade

symptom. Deras tvärprofessionella tillvägagångssätt och hur patienter behandlades med stor värdighet, respekt och delaktighet väckte min beundran.

Om ert intresse också har väckts, följ gärna länkarna för att ta del av givande rapporter om insatser för människor med neuropsykiatriska funktionshinder, och co-morbid psykisk ohälsa och beteendeproblem.

Olämplig förskrivning av antipsykotika

Slutenvården bedrivs på två avdelningar vid Bethlem Royal Hospital. Witley House är för män med hög-fungerande autism, dvs ingen utvecklingsstörning. Monk Orchard House är för individer med lätt eller måttlig utvecklingsstörning, och gräns- eller borderline-IQ. Enheterna är mycket forskningsdrivna och publicerar ständigt nya resultat som driver utvecklingen av vården. Här finns specialistkunskap kring 'Challenging behaviour' eller beteendestörning och co-morbid psykisk ohälsa. Forskning vid enheten visar att antipsykotiska medel inte är mer effektiva än placebo för behandling av utagerande beteende hos människor med inlärningsproblem. Det är komplext att förstå och påverka 'utmanande beteende' hos individer men enheten har också visat att antipsykotika är sämre än placebo för behandling mot aggressivitet, och man har även lyckats nå ut med budskapet till behandlare i lokala Community Health Teams. Detta har lett till en 82 %-ig minskning i olämplig förskrivning i dessa områden.

Tvärprofessionalitet

En gång per vecka har man teamrund kring varje patient. Konferensbordet är stort för att få plats med sju till tio olika yrkeskategorier inom slutenvården; Överläkare i psykiatri + stab av ST-läkare, Nurse Team Leader (ansvarig för vårdenheten), primary nurse (patientens omvårdnadsansvarige), klinisk psykolog, forskande psykolog, arbetsterapeut, ev. arbetsterapeutbiträde, psykoterapeut och bildterapeut, fritidsledare, kurator och klinisk farmaceut.

Eftersom enheten är en rixsenhet har många patienter haft en lång resa inom psykiatrin innan man kommer dit. Flera har fått multipla psykiatriska diagnoser med "multipla" mediciner också.

En grundläggande insats som läkarstaben gör är läkemedelsgranskning, dvs. en noggrann granskning av personens ordinerade läkemedel, och justering i regimen i enlighet med den diagnostiska formuleringen. Sedan görs uppföljning genom att mäta symptomrespons. Läkemedel sätts ofta ut för att fastställa en tydligare bild av personens utgångssymptombild och klargörande av denna.

Klinisk farmaceut kan bjudas in för rådgöra med läkaren kring evidens för olika medicinska alternativ. Patienterna kan även boka tid med henne för att diskutera olika för- och nackdelar med skilda behandlingsalternativ. Man följer i första hand NICE-rekommendationer, men för vissa individer har deras problem blivit så svåra att nya behandlingar behövs. Till exempel diskuterade man olika behandlingsalternativ vid rondens för en man med ASD och OCD. Man diskuterade evidens för IV citaloprambehandling, då han hade utvecklat tvångshandlingar kring tabletterna.

Psykologisk behandling för OCD hos vuxna med ASD

Forskningen av idag visar att hos barn och vuxna med ASD finns stor co-morbiditet med psykisk ohälsa, speciellt emotionella störningar, såsom ångest och depression. Utan behandling kan dessa svårigheter leda till signifikanta konsekvenser för individens livskvalitet och målbuppfyllelse. Vid enheten erbjuds inte bara medicin utan även psykoterapi och färdighetsträning för de grundläggande svårigheter som tillhör autism. Men allting mäts och skattas för att följas upp och selektera bästa behandlingsresultat. Psykologiska insatser kan leda till en signifikant reduktion i OCD hos vuxna med ASD, och enheten kan visa att över 50 % av deras patienter svarade på KBT jämfört med sedvanlig behandling. Utbildade sjuksköterskor kan erbjuda KBT-behandling på avdelningen.

Psykologerna på avdelning är "kliniska psykologer". De har en tilläggsutbildning i klinik och klinisk forskning till sin grundutbildning. Neuropsykologiska test kan göras för att komplettera en bedömning, men framförallt görs en klinisk analys av det "utmanande" beteendet. D.v.s. en funktionsanalys av beteendet. Sedan görs en formulering kring uppkomst och bidragande faktorer till problembeteendet med rekommendationer till behandling, d.v.s. förstärkande och utsläckande insatser.

"Outcome", eller resultat, mäts på en mängd olika sätt. Dessa inkluderar objektiva mätningar av beteende och delaktighet, själv- och "informatörs"-skattningar av symptom, målupplevelse, motivation och delaktighet. Även livskvalitetsmått och vårdarens nöjdhet ingår. Enheten har bevisat att utan behandling leder dessa svårigheter till signifikant inverkan på livskvalitet och målbuppfyllelse för unga vuxna. De kan också inverka på självständighets mått och detta ökar samhällets kostnader i längden. Man arbetar för att minska funktionshinder och behandla ångest enligt evidensbaserade insatser, samt att hjälpa patienterna att

uppnå sina livsmål. Ju tidigare i utvecklingen av problemet man ingriper, desto lättare är det att lösa det. Därför är det viktigt att remittera tidigt så att problemet inte blir för djupt förankrat.

Omvårdnad och säkerhet utan bältessäng

Sjuksköterskorna bär det huvudsakliga vårdarbetet, de finns på avdelningarna 24 timmar om dygnet. Deras roll är att bedöma, planera och implementera omvårdnadsledda åtgärder i syfte att upprätthålla säkerheten, och det fysiska, psykiska och sociala välbefinnandet för patienterna. De kompletterar andra discipliner såsom arbetsterapi och psykologi genom att ansvara för behandlingsplanernas kontinuitet. De erbjuder familj och vårdare stöd som underlättar utskrivningen. Trots svår beteende- och utagerandeproblematik saknas bältessäng.



Nursing Team Leader vid Monk Orchard House

Det finns en isoleringsdel på varje avdelning för patienter som är agiterade och behöver en avskild miljö. Personal och miljö är den viktigaste insatsen för oroliga patienter. Att behandla människor i bälte för att lugna ner dem förekommer inte.

Man höjer omvårdnadsnivå vid högrisksituationer från 1:1 (one to one nursing) till 2:1, och i riktigt svåra situationer 3:1. Sjuksköterskorna har ofta specialistutbildning i utvecklingsstörning och psykiatri. De är kunniga i kommunikation och avläsning av patienten. Med ett säkerhetstänkande med dagliga bedömningar kring "säkerhetsrisk" försöker man förutse riskerna för utagerande och tänka proaktivt med lämplig insats och sedan avleda risksituationerna genom framför allt bemötande och avledning. All personal får utbildning i "deceleration"-teknik för aggressivitet.

Arbetsterapeuter är ledare för delaktighet och färdighetsträning

Arbetsterapi erbjuds på avdelningen och på arbetsterapien. Varje patient får ett skraddarsytt schema som möter hans/hennes arbetsterapibehov, beroende på vilken träning som behövs, egen vård eller ADL, eller annan färdighetsträning.

Det är viktigt att få patienten delaktig och i centrum för sina egna mål. Förutom en-till-en sessioner med egen arbetsterapeut, uppmuntras patienten att delta i grupp-sessioner på avdelningen, som en del i sin socialiserings- process. Det finns åtta avdelningsbaserade grupper. De inkluderar trädgårdsarbete, frukost- och lunchgrupper, hundpromenader, konstantverksterapi, matematik, idrottsaktiviteter och simgrupper. En ung man på avdelningen med aspergerdiagnos, hade blivit dömd för parafili. Han hade isolerat sig i hemmet och börjat skada sig, trots antidepressiva. På avdelning fick han efter bedömning terapiinsatser. Den antidepressiva medicineringen sattes ut. I patientens individuella behandlingsplan ingick träning i sociala färdigheter, aktivering och KBT för ångest kring att bli igenkänd ute på gatan. Vidare egen psykoterapi kring sexuellt beteende, och så småningom ett behandlingsprogram för parafili i en annan enhet på sjukhusområdet.

Polbesök vid Maudsley Hospital i London

Vuxna patienter kan få vänta länge på att komma till bedömning för en ADHD- eller ASD-diagnos vid beteendestörningsenhetens polikliniska verksamhet. Inremitterande får selekteras (screening) först med ett flertal frågeformulär till patient, plus annan informatör, d.v.s. anhörig eller vårdare som känner patienten väl. Om screeningen motiverar en utredning får först lokala sjukvårdsbeställarnämnden bedöma om man är villig att bekosta bedömningen.



Dr Catani, vuxenpsykiater vid Maudsleys poliklinik

Sedan kallas patient och informatör till ett polbesök för utredning. Det kan räcka med en dag med överläkare för ADHD och en dag med tre medarbetare för autism. Neuropsykologtest görs endast vid behov som tillägg; man plottar då IQ-bedömning i förhållande till andra psykologiska test för uppmärksamhetsfunktioner.

Vid autismbedömning görs en ADI (Autism Diagnostic Interview) i första hand, men om inga lämpliga informatörer finns görs en ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule). Vidare görs en klinisk psykiatrisk anamnes för psykopatologi och dess utveckling över tid.

ST-läkare och klinisk assistent har konferens samma dag med ansvarig överläkare, som har tillägnat sig underlaget och sedan kartlägger symptombilden enligt ICD:s 10 diagnoskriterier. Patienten och anhöriga får reda på bedömningen samma dag från överläkaren med stab. Man skickar sedan en diagnos-formulering till inremitterande. Patienten får också en egen kopia på diagnosformuleringen med behandlingsförslag. Patienten tillfrågas om hon/han vill delta i olika forskningsprojekt kring MR och genetik, o.s.v. I remissvaret skickas rekommendationer till behandling och terapeutiska åtgärder. Man kan erbjuda olika behandlingspaket om remissinstanserna är beredda att bekosta detta.

Lena Carlisle

ST-läkare barnpsykiatri, specialist barn- och ungdomsneurologi och habilitering

BUSC Barn och ungdomsspecialist centrum

Angereds Närsjukhus

www.angeredsnarsjukhus.se

Referenser

1. Ecker C, (2010) Describing the Brain in Autism in Five Dimensions-Magnetic Resonance Imaging-Assisted Diagnosis of Autism Spectrum Disorder Using a Multiparameter Classification Approach. The Journal of Neuroscience, 11 August 2010, 30(32): 10612-10623; www.jneurosci.org/content/30/32/10612
2. ACAMH Association Child and Adolescent Mental health www.acamh.org.uk
3. Behavioural Disorders Service; South London and Maudsley NHS Foundation Trust www.national.slam.nhs.uk/bds
4. Danielson Mia FOU 2007-4 Hur gör vi egentligen? Kartläggning av det neuropsykiatriska utredningsarbetet. BUP Stockholm www.bup.se/Global/Utvecklingsarbete/fou



I detta nummer möter Du Ullakarin Nyberg

Vetenskaplig sekreterare
Svenska Psykiatriska Föreningen

Född

1960 i Örnsköldsvik.

Bor

Villa i Älvsjö tillsammans med min man.

Familj

Tre vuxna söner, en bonusdotter.

Arbetar:

Norra Stockholms Psykiatri med suicidprevention, Capio S:t Göran som konsult på deras bröstcancermottagning, KI med forskning.

Vad gör Du när Du INTE jobbar?

Bjuder familj och vänner på middag, jag har en bakgrund inom restaurangbranschen och tycker mycket om att laga mat. Sjunger i Maria Magdalena kammarkör, tränar på SATS, cyklar, läser, går på opera, konsert och teater, njuter av naturen i Grisslehamn där vi har sommarhus, skriver en bok om att förebygga självmord: Konsten att rädda liv, som ges ut av Natur och Kultur i oktober.

Favoritmat

Grillade fisk- och skaldjursspett med aioli.

Senast lästa bok

Läser alltid flera böcker parallellt, senast American Pastoral av Philip Roth, Hemligheten av Philippe Grimbert och Springa med åror av Cilla Naumann.

Vad gör Dig lycklig?

Jag känner mig ofta lycklig och tycker mycket om mitt liv. Eftersom jag är onkolog i botten och arbetar med suicid blir jag ständigt påmind om att livet kan ta slut när som helst. Därför funderar jag ofta över vad som gör livet värt att leva och försöker fokusera på det. Jag är nog allra lyckligast när jag umgås med min man, mina söner och deras flickvänner, när jag föreläser om suicidprevention för intresserade människor och när jag sjunger Bach.

Vilka förebilder har Du?

Jag har nog aldrig haft förebilder eller idoler men försöker däremot uppmärksamma människor som inspirerar mig och som lär mig saker. Just nu är jag väldigt inne på förundran, som jag anser är en viktig ingrediens i livet. Jan Beskow är en inspirationskälla för mig, min bästa vän Cecilia Rydinger Alin som är dirigent och leder manskören Orphei drängar en annan. Jag har också turen att vara gift med en man som inspirerar mig. Eftersom han också är psykiater och forskare tar samtalsämnen aldrig slut mellan oss och det är en rikedom.

Vilka är SPF:s största utmaningar under de närmsta åren?

Tre saker:

1. Att fortsätta med kunskapsspridning om psykisk sjukdom som leder till att skillnader i synsätt på psykisk och fysisk sjukdom försvinner. Jag blir upprörd när beslutsfattare lyfter fram de fyra stora folksjukdomarna och menar att det är bröstcancer, diabetes typ två, hjärt/kärlsjukdom och reumatisk sjukdom. Att psykisk sjukdom inte inkluderas påverkar attityder och ger felaktiga signaler till dem som drabbas anser jag.
2. Att bidra till att stimulera intresset för psykiatrisk forskning och medverka till att vetenskapliga fynd omsätts i klinisk praktik.
3. Att inspirera till framtagande och spridning av kunskap om suicidprevention och omhändertagande av närstående efter suicid. Jag och min doktorand Pernilla Omerov har precis avslutat en nationell studie av alla föräldrar som förlorade ett barn i suicid mellan 2004 och 2007 så nu finns robusta data som kan användas för att skapa kliniska riktlinjer för den här gruppen.

Stina Djurberg
SP redaktion

Foto: Privat



Annons



Under Almedalsveckan kommer SPF att arrangera ett debattforum med forskare, politiker, vårdpersonal och allmänheten om självmord. Det äger rum på Caféet i Visby den 2 juli med start kl. 13.00

Rubriken för evenemanget är

”Varför väljer en person att ta sitt liv och vad kan vi göra för att förhindra självmord och självmordsförsök?”

I Sverige tar 1300 – 1500 personer sitt liv varje år. Självmord har minskat under senare år utom bland ungdomar mellan 14-24 år där det skett en liten ökning. För unga är självmord den vanligaste dödsorsaken. Evenemanget kommer att handla om hur man kan förebygga och förhindra självmord.

Självmorden har ökat mera bland unga än i andra EU-länder. Det är bara Finland och Portugal som visar en motsvarande utveckling. Orsakerna är inte helt kända men sannolikt finns en koppling till den ökande ohälsan bland unga i Sverige och självmordsökningen. Enligt en OECD-rapport har vi otillräckligt med psykologiskt kunnig personal i anslutning till t.ex. skolor där tidiga insatser skulle kunna motverka utvecklingen.

Självmordsförsök skiljer sig betydligt från fullbordade självmord. Antalet personer med självmordsförsök är många fler än antalet fullbordade självmord. För varje person som dött av självmord finns tio personer som överlevt ett självmordsförsök och hundra personer som planerar ett självmordsförsök.

Självmord är ett stort folkhälsoproblem och den oroande trenden för unga människor kräver kraftfulla åtgärder från oss alla. Evenemanget kommer att belysa frågan ur ett samhälleligt, professionellt, politiskt och ur ett närstående perspektiv.

Arrangör

Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF)

Medverkande

Ing-Marie Wieselgren, samordnare i psykiatrifrågor, Sveriges Kommuner och Landsting

Carl von Essen, generaldirektör för föreningen Psykisk Hälsa

Ulla-Karin Nyberg, psykiater, med.dr., forskningsområde; självmord

Pirjo Stråte, ordförande för Stockholmsavdelningen av föreningen SPES

Else-Marie Törnberg, verksamhetschef och ordförande för Suicidprevention i Väst.

Lena Flyckt, ordförande i SPF

Kontaktperson

Lena Flyckt, ordförande i Svenska Psykiatriska Föreningen

email: ordforande@svenskpsykiatri.se

mobil, 073-6884155

www.svenskpsykiatri.se

Mer programpunkter kan Du se på sidan 38!

Den psykiatriska diagnostiken behövs som en påminnelse om det omöjliga med att skapa ett encyklopediskt vetande kring det psykiska lidandet

Den kommande lanseringen av DSM-5 har mobiliserat många att tänka kloka tankar. Där är min röst överflödig. Frågan öppnar sig dock för lite utvikningar. I nedanstående text tillåter jag mig att göra några randanmärkningar kring kategoriseringen av det psykiska lidandet. Men inte i en polemisk ton, för det skall sägas direkt: jag är en stark anhängare av alla försök till systematisering av de olika psykiatriska tillstånden, men det får aldrig förväxlas med att man identifierar naturgivet befintliga strukturer: psykiatriska diagnoser konstrueras och uppfinns – och dess giltighet står och faller med dess användbarhet. I vår sekulära tid ger de ibland mening till ett lidande som annars hotar att bli oformligt och än mer skrämmande för den som upplever den. Det vägleder inte bara klinikerns blick utan det blir också ett raster varigenom man förstår sitt liv.

Diagnostiken har ett stort värde, det är en begreppsapparat som synliggör saker, men som givetvis också döljer saker. Svårare än så är det inte. Och även om DSM för tillfället är i skottgluggen, så måste man betänka att alla diagnostiska system ofrånkomligen innehåller svagheter, där det verkar naturgivet att reliabilitet och validitet inte alltid drar åt samma håll, inte sällan ökar den ena på den andras bekostnad. Nosologiska system behövs, men de skall, då de har en tendens att reifieras, ständigt utsättas för en underminerande kritik. Och andra möjliga ideal än att föra en patient till en befintlig diagnostisk kategori bör beredas plats i kliniken.

Det skall vi säga några ord om.

Alla uppdelningar och kategoriseringar skall synliggöra något, och uppmärksamma något väsentligt, som sedan vägleder blicken på ett konstruktivt och pragmatiskt sätt. En teori behöver därefter kopplas till beskrivningen, annars förstår man inte vad man ser. Sedan måste denna teori givetvis avtäckas något kring etiologi, visa på avgörande mekanismer, och utifrån detta anvisa olika tekniker och lämpliga interventionspunkter – medicinska och psykoterapeutiska – för att ändra ett icke önskvärt tillstånd eller förlopp.

Detta för att förenkla i överkant, och stöka undan självklarheterna.



Diagnosen får inte bli slutpunkten i ett resonemang, den bör istället utgöra en första lägesbeskrivning, och sedan – när patienten väl fördjupat relationen till sig själv, sitt sammanhang och sitt psykiska lidande – inte längre vara en tillräcklig beskrivning. Den faller på så vis på ett naturligt sätt i bakgrunden. Ett gediget arbete signaleras då av att patienten blir svårare att diagnosticera ju mer man har kännedom om alla idiosynkrasier och detaljer kring ett liv.

Kategoriseringar, uppdelningar, beskrivningar och begrepp utgör hållpunkter för ett resonemang, de skall vara ett stöd och en språngbräda för tanken. Då kan det lite paradoxalt vara så att det är bra om de bara är ungefärliga, halvsagda, skissartade, tillfälliga och mångtydiga. Ett tänkande måste då mobiliseras vid varje tillfälle, det definitiva och absoluta har inte den effekten. Varje kategorisering bör få patienten att vilja fortsätta tänka kring sig själv. Här fjärrar vi oss från det gängse syftet med diagnostiken. Här vill vi hellre att resonemanget sedan drar åt många håll. Som t.ex. levande begrepp inom filosofin som skiftar med tiden, där det krävs ett hela tiden återupptaget intellektuellt arbete.

Liksom ett samtal som söker sig fram – där man diskuterar sannolika scenarier – ibland helt dödas av att någon tar upp en mobil, slår upp det på wikipedia och sedan säger hur det är. Så att alla definitivt slutar fundera. Därmed inte sagt att vi klarar oss lika bra utan korrekta uppgifter, men det ideala är att de beledsagas av ett ständigt fortsatt resonemang. Där ordet om den egna personen aldrig är slutgiltigt.

En helt säkerställd kunskap om sig själv är väl, enligt denna logik, snarare ett tecken på en mer allvarlig patologi: bara i psykosen är som bekant vissheten total. Det handlar således inte om att slå fast sanningar och nagla fast patienten vid en uppsättning beskrivningar

Allt rör sig: så också människans liv. En uppdelning som för något ögonblick sedan var konstruktiv, blir sedan överflödig, frågan faller i bakgrunden, och patienten ställs istället inför en ny fråga. Den färdiga kategoriseringen är alltid på något sätt redan förbrukad.

Det borde väl också vara varje människas uppgift att inte låta sig kategoriseras, det innebär ju att deras psykologi helt stelnat till. Det drabbar ju inte bara den personen utan också de som av någon anledning inte vill möta en person som är begränsad att alltid vara på ett visst sätt, tänka på ett visst sätt, och känna på ett visst sätt.

Det borde vara vår gemensamma uppgift att överskrida den befintliga kategoriseringen.

I det kliniska arbetet är det avgörande att använda ord som befinner sig nära en människas upplevelsevärld, som bär på konnotationer, som förmedlar en historia, och som sätter något i rörelse. Där identifierar jag ett värde.

Man bör därför använda vanliga ord. Att försöka uppvärdera den egna kunskapen genom att benämna något alldagligt med ett krångligt ord känns krystat. Det finns alltid en fördel att beskriva saker utifrån ett språk där människor själva kan ta vid, fylla på, och revidera. Vardagliga och nära ord lånar sig till det. Vilket den germanska vetenskapstraditionen alltid värnat om, till skillnad från den anglosaxiska där man tvärtom sett som ett ideal att fjärma sig från det upplevelsenära.

Oro, nedstämdhet, galenskap, tvång, nervositet, förvirring, rädsla, ilska, besvikelse uppfattar jag således som alldeles utmärkta ord i samtal med patienten. Kryptiska beteckningar, såsom latiniseringar eller akronymer, är inte ord som når fram till hjärtat. De trapetskonsterna gör istället människor mer främmande inför sig själva – kanske till och med mer ensamma.

Varje samtal är en helt ny ordväxling, nya ord sägs, något nytt formerar sig. Vissa kategoriseringar är vid ett tillfälle relevanta och utgör något som fördjupar, förtydligar och sätter något i rörelse. Nästa gång får man dela in det hela på ett nytt sätt. Vi människor skall inte tråka ut varandra: det är inte vår uppgift. Ett möte får inte alltför mycket tyngas ner av det man redan vet: då är man snart blind och döv.

Människor är fantastiska, de utmanar ständigt vår förståelse kring vad det innebär att vara människa. Det uppfinner ständigt nya sätt att leva ett gott liv på, för dem själva och för dem runt omkring – på nya, fantasifulla och kreativa sätt. Det är ett privilegium att vårt arbete i så stor utsträckning handlar om att intressera sig för människor. Varje människa har sin speciella signatur, och sitt speciella sätt att ta sig an världen, sitt liv och sitt lidande.

De uppfinner inte bara nya sätt att vara människa på, de hittar dessutom nya sätt att må dåligt på. De presenterar sig själva och sina bekymmer på sätt vi tidigare inte känt till, lidandet tar sig ständigt nya former.

Människan måste ständigt gå framåt – även på lidandets och olyckans område.

Där är sjukdomskatalogerna ohjälpligt daterade, de är mer en summering av hur det stora flertalet i det förflutna hade för vana att uttrycka sitt psykiska lidande. Kanske i linje med vilka möjliga sätt som då erbjöds. Men människan hittar ständigt nya sätt att formera sitt liv.

Varje dag mår människan dåligt på nya sätt. Där måste vi vara lyhörda. I det finns en tragisk men också en upplyftande dimension. Detta då lidandet och den hopplösa situationen alltid innehåller ett löfte om något helt nytt. Ibland kan bara något nytt födas när det gamla är helt förlorat. Vi måste bli varse uppdelningar som sätter ljus på andra saker än de redan kända. Patienterna tänjer på gränsen för vår självförståelse. Det finns alltid människor som vägrar att få sitt liv och sina bekymmer reducerade till något redan känt, något redan givet.

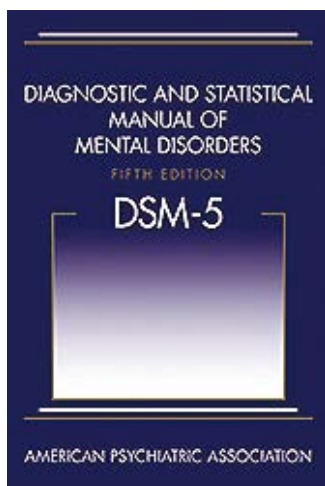
Vi som möter dessa människor måste ta ett ansvar att följa deras exempel och ständigt röra oss framåt. Det är alltid upplyftande med patienter som motstår alla försök till beskrivning. De lider inte på det angivna sättet. Det utgör ett andningshål i vårt vardagliga arbete: där måste varje nosologi sträcka vapen.

Ett möte mellan två människor förutsätter alltid en påhittighet. Därför skall man som kliniker ständigt pröva nya tankar kring hur man kan förstå saker, och hitta någon enkel uppdelning som klargör något, för att sedan förkasta densamma. Alla kategoriseringar är tillfälliga, människan behöver ständigt gå vidare kring sitt liv, det handlar inte om att slå sig till ro med fixa utsagor om vem man tror sig vara.

Ovanstående resonemang är inte helt verklighetstillvänt: sjukvården bygger på tanken att ett specifikt sjukdomstillstånd skall behandlas efter bästa tillgängliga metod. Det kräver att diagnosen är identifierad och säkerställd. Det jag beskriver här är ett idealt sätt att närma sig patienten, som går på kontrakurs mot andra – kanske också ideala – ingångar i frågan. Här är det frågan om ett ambitiöst, kanske till och med pretentiöst projekt, som kanske bara bör appliceras när patienten näppeligen kvalificerar sig för psykiatrisk vård, för den mer allvarligt sjuke är kanske all kategorisering god. Där kanske andra ambitioner skall vara i förgrunden.

Man närmar sig sin uppgift, och de varierar, på olika sätt: blicken, teorin, metoden och ambitionen är aldrig densamma. Och sista ordet är som sagt aldrig sagt, men dessa tankar är nu förbrukade, kanske lika gott det. Vad man sedan sagt och om det bar på något värde är någon annans privilegium att bedöma.

Anders Almingefeldt
Leg psykolog
Specialist i klinisk psykologi
Alingsås



Vi skall dela med oss av ny kunskap!

I SP nr 1 2013 skriver psykolog Anders Almingefeldt om att hälso- och sjukvården nu tagit sitt uppdrag kring hälsosidan på allvar. Av artikeln kan man tro att ansvaret kring hälsosidan är nytt men vi har sedan 1982 haft en Hälso- och sjukvårdslag dvs. i 20 år. Dessvärre har vi inom sjukvården tidigare i allt för lite utsträckning tagit oss an bägge uppgifterna, något som patienterna uppmärksammat oss på. 80 % av patienterna som svarat på nationella enkäter har förväntningar på att få fakta och råd kring sin livsstil vid besök inom sjukvården. 40 % uppger sig ha fått det och av dessa är det ca 30 % som också sedan ändrat sina levnadsvanor.

Att vi nu inom sjukvården uppmärksammar hälsodelarna, inte på bekostnad av de sjukvårdande insatserna utan som ett komplement, beror på den nu mycket omfattande mängden forskning som visar på hur stor betydelse våra levnadsvanor har för uppkomst av sjukdom, men också för våra möjligheter att lyckas med våra behandlingar. Detta är alltså ny kunskap, ännu inte fullt ut spridd inom sjukvården och än mindre i befolkningen. Att dela med sig av denna kunskap, att ge patienter och befolkning möjligheter att göra kloka val, är inte att moralisera eller "uppfostra". Det är att ge alla människor samma möjligheter att göra val utifrån de faktorer som påverkar den sjukdom, det symptom eller lidande som gör att man söker sjukvården. Att inte vilja dela med sig av den kunskapen kan ha flera orsaker:

- att man tror att patienterna inte är intresserade – vilket patientenkäten talar emot
- att man inte tror patienter har förmåga att ta emot kunskap – men varför skulle de ha mindre förmåga till det än vi som arbetar där?
- att man vill behålla kunskapen för sig själv för att på det sättet förstärka det ojämlika förhållande som en vårdsökande redan befinner sig i

Det finns en risk att man på samhällsnivå uppfattar denna nya kunskap som en ersättning och inte ett komplement till att bibehålla och skapa goda system och förutsättningar på samhällsnivå. Hälsa har en stark koppling mot socioekonomiska förhållanden, det kan inte "trollas bort" enbart genom att hälsoperspektivet på ett tydligare sätt nu kompletterar sjukvårdens arbete. Men i vår roll i hälso- och sjukvården kan vi inte ta det som ursäkt till att inte dela med oss av kunskapen om hur individen också kan påverka sin hälsa, det vore djupt oetiskt.

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Chef Regionalt kunskapscentrum för psykisk hälsa i VG
Psykiater och leg. psykoterapeut

Psykologi i primärvård – en reflektion

Foto: Shutterstock djgis

Som allmänläkare befinner man sig mitt i ett stort livsflöde från det att man sätter sig i sin arbetsstol på morgonen tills man går hem på kvällen. Vecka efter vecka, år efter år. Berättelser ur vardagen virvlar i och omkring en, blir till minnen i kroppen, en växande erfarenhetsbank. Relationer utvecklas, patienter följs över tid, kanske genom ett helt yrkesliv. Det känslomässiga klimatet i rummet skiftar och böljar fram och tillbaka under dagen, lika många gånger som man har patientbesök - eller fler. Tiden för varje patient är ofta kort, det behöver dock inte upplevas så - ett besök som präglas av närvaro och lyssnande kan kännas betydelsefullt fastän det bara är några minuter långt, och det finns alltid möjlighet till uppföljning.

För läkare inom alla specialiteter är det viktigt att se, känna igen, försöka förstå och bemöta psykologiska reaktioner hos sina patienter, hos anhöriga och inte minst hos sig själva. Kanske blir det extra viktigt inom allmänmedicinen där det bärande elementet i vården är just livsberättelsen och den varaktiga patient-läkar-relationen. Vi följer människor, inte sjukdomar eller tillstånd. "In hospitals diseases stay and patients come and go, in General Practice patients stay and diseases come and go" (Iona Heath, engelsk allmänläkare och författare).

En stor lyhördhet för patientens upplevelse av sin situation är viktig – vad betyder det för just den här personen att ha de här besvären, den här sjukdomen, den här oron? Hur upplever familjen eller omgivningen det?

Mycket av psykologin i primärvården handlar om det narrativa. Med lyssnandet som verktyg kan man undersöka, försöka se sammanhang och möjligen hjälpa patienten att göra kaotiska, svårförståeliga skeenden mer begripliga. Kanske kan man tillsammans också stämma i bäcken så att en begynnande somatiseringstendens bryts.

Men hur utvecklar vi lyssnandets konst och hur bibehåller vi ett reflekterande och nyfiket arbetssätt?

En förutsättning är möjligheten att arbeta utifrån allmänmedicinska grundvärderingar; exempelvis att ha sin definierade patientlista och kunna erbjuda denna kontinuitet och tillgänglighet. Det är likaså viktigt att man lärt sig tillämpa en patientcentrerad konsultationsmetod. Den metod som allmänläkare framför allt tränas i, och arbetar med, bygger på ett empatiskt förhållningssätt med öppna frågor, lyssnande utan att avbryta och bekräftande av patienten (1). Konsultationen delas upp i tre delar kronologiskt. Först kommer patientens del där läkaren lyssnar efter patientens tankar, associationer och farhågor kring sina besvär, liksom förväntningarna på besöket. Först därefter kan de mer medicinskt orienterade frågorna ställas och kroppslig undersökning ske, det är doktors del. När konsultationen går mot sitt slut sammanfattar läkaren både patientens och sin egen bild av situationen för att sedan förhoppningsvis få till en gemensam planering – den gemensamma delen. Många läkare kan vara oroade att samtalet aldrig skall ta slut om man arbetar på detta sätt, att patienten aldrig slutar prata men studier har visat att så inte är fallet, om man bara lär sig vara tyst och lyssna får man för det mesta den information som behövs på kortare tid än vid den traditionella doktorscentrerade konsultationen. Metoden är också respektfull och ger utrymme för funderingar kring psykologiska reaktioner.

Ett annat viktigt, för att inte säga nödvändigt, moment är tillfälle till reflektion och handledning. Det finns olika slags kollegiala grupper och vi borde alltid uppmuntra ett ökande deltagande i sådana. Balintgruppverksamhet är en handledningsform som finns i ett flertal länder i världen sedan 1950-talet. Det är grupper med 6-10 allmänläkare som träffas regelbundet tillsammans med en psykologiskt/psykoanalytiskt kunnig handledare för att diskutera patientmöten som på något sätt varit knepiga, som väckt känslor svåra att hantera eller förstå sig på. Här kan frustration så småningom vändas till förståelse med hjälp av gruppen. Under en vanlig arbetsdag möter vi oerhört många olika känslomässiga reaktioner. Vissa av dem är motsägelsefulla, förvirrande och går inte att förstå sig på.

SPK 2013: Trauma

Även om man är en erfaren doktor med stor personlig mognad och självkännedom händer det inte sällan att man befinner sig i en situation där någonting förblindar ens bedömnings-, och handlingsförmåga vilket gör det svårt att hjälpa patienten. Genom att en grupp kollegor hörsamt lyssnar till dig och sedan funderar och fantiserar om vad som kan ha hänt, kan du få hjälp att belysa situationen ur fler vinklar, att göra historien sammanhållen istället för fragmenterad, att vända trötthet eller irritation till nyfikenhet och inlevelse. Inte minst kan du få din börda delad så att du sedan orkar bära en del av patientens berättelse. Målet med dessa grupper är inte att hitta lösningar till varje pris utan att utveckla förmågan till undersökande, till reflektion, till att våga se situationen i all sin outgrundlighet och komplexitet, att stå ut med att inte veta allt.

Med ökande krav på produktion i vården, som idag råder, kan mindre tid ägnas åt reflektion och handledning; därmed finns risk att vi på sikt blir sämre på att se, förstå och hantera primärvård-vardagens psykologi. Här krävs eftertanke, tydligt ställningstagande och allmänmedicinskt kurage. Vi måste fortsätta att arbeta utifrån humanistiskt orienterade principer med patientens berättelse i centrum. Vi måste fortsätta att försöka entusiasmera yngre kollegor och läkarstudenter till denna hållning.

Tina Nyström Rönnås

Allmänläkare, Sjästadsdoktorn, Stockholm.

**Verksam som handledare för reflektionsgrupper på
läkarprogrammet samt som lärare på konsultationskurser för
ST-läkare i allmänmedicin.
Grundläggande psykoterapiutbildning.**

tina.nystrom.ronnas.sjostadsdoktorn.se

Referenser

1. Larsen JH, Risor O, Putnam SM. P-R-A-C-T-I-C-A-L: a step by step model for conducting the consultation in general practice. Fam Pract 1997; 14: 295-301

På torsdagen den 14/4 var ett av förmiddagens teman trauma. Psykolog Kerstin Bergh Johannesson, psykiater Svante Bäck och ST-läkare Cave Sinai från Västervik föreläste.

Kerstin Bergh Johannesson inledde med en introduktion till psykologiskt trauma och PTSD; med riskfaktorer för att utveckla PTSD efter trauma, vad PTSD är och hur det kommer att se ut i DSM-5. Riskfaktorer före den traumatiska händelsen utgörs bland annat av annan samtidig livsstress, socioekonomisk status, personlighet och kön. Under händelsen är graden av exponering och graden av reaktion viktiga faktorer. Efter händelsen kan brist på socialt stöd utgöra en risk för PTSD-utveckling. Det blev också en genomgång av behandlingsmetoder som EMDR och traumafokuserad KBT, där de båda metoderna har jämförbar effektivitet, men EMDR är lite snabbare. Ett nytt område inom traumaforskningen utgörs av epigenetik, hur genuttryck kan förändras av genomgångna erfarenheter.

Cave Sinai följde sedan med en föreläsning om neurobiologin vid uppväxttrauma. Många faktorer kan påverka hjärnans biologi under uppväxten, såsom undernäring och fysisk och psykisk misshandel. Under det första levnadsåret kan myeliniseringen i hjärnan påverkas av trauma. Det finns flera nyckelåldrar där vissa delar av hjärnan är mer känslig, som t.ex. frontala cortex som är mest känslig vid 14-16 års ålder.

Till sist föreläste Svante Bäck om uppväxttrauma hos vuxenpsykiatriska patienter. Tonvikten lades på DESNOS, Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified, som även kallas komplex PTSD. Denna diagnos finns inte i DSM. Hos dessa patienter finns symtom som sammanfaller med de hos emotionellt instabil personlighetsstörning (EIPS), så som dissociation och självskadebeteende, men har även symtom som somatisering och amnesi för barndomen. Ofta förekommer ett excessivt missbruk som kan vara livshotande till sin karaktär. Ett av budskapen var att patienter med DESNOS kan dölja sig bland patienter med diagnoserna EIPS, bipolär sjukdom typ 2, ADHD och PTSD. Svante Bäck framhöll också att det är viktigt att ställa en traumadiagnos hos dessa patienter för att komma vidare i behandlingen. Man behöver bryta spiralen av missbruk, självskadande och suicidförsök som ofta förekommer. Både KBT, DBT och EMDR kan användas som behandlingsmetoder.

Sammanfattningsvis var detta en mycket intressant och väl genomförd förmiddag om ett angeläget ämne!

Katarina Mårtensson
ST-läkare
Psykiatri Nordväst, Stockholm

Tvångsvård kontra delat beslutsfattande

Ett välbesökt seminarium vid Svenska Psykiatrikongressen

Herman Holm, psykiater och en av författarna till de kliniska riktlinjerna vid tvångsvård, öppnade seminariet med en exposé över den psykiatriska vården i ett historiskt perspektiv. Psykiatrin har för inte så länge sedan särbehandlat de svåraste psykiska sjukdomarna t.ex. genom inlåsning på mentalsjukhus vilket stigmatiserat, inte bara personerna själva utan även deras närstående och, i viss mån, psykiatrin. Han befarar att vi är på väg tillbaka till ett sådant synsätt om en utökad möjlighet till tvångsvård kommer att innebära att okända rutiner blir praxis återigen.

Lars Jacobsson, professor emeritus, som skrivit en artikel i Läkartidningen där han välkomnar ökad möjlighet till tvångsingripande, vidhöll att han tycker att det är i enlighet med etik och human psykiatri att ingripa tidigare i en akutisering av psykosjukdom. Rätt använd kommer en utökad möjlighet att ingripa då en patient inte är beslutskapabel att innebära ökade möjligheter att förhindra olyckliga konsekvenser.

Per Torell, ordförande i Schizofreniförbundet, med en familjemedlem med sjukdomen schizofreni, berättade hur det kan kännas stigmatiserande och avhumaniserande att en anhörig blir intagen på tvång och förlora sitt självbestämmande. Det kan ta årtal att komma över ett sådant frihetsberövande. Det är mycket viktigt att snarast möjligt förklara varför tvång tillämpades och att, så långt det går, ändå tillämpa delaktighet.

Lena Flyckt, arrangör av seminariet, berättade om den evidensbaserade metoden "delat beslutsfattande" som ingår i Nationella Riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni. Om man inte, innan ett tvångsingripande, tillämpat metoden att patienten ska vara delaktig i utformningen av sin behandling – har man då gjort det man kan för att undvika tvång? Ändå är metoden inte implementerad i sin programtroga form på så många psykiatriska enheter.



Lena Flyckt
Ordförande SPF

Opera och psykiatri



Gränssnittet kultur-psykiatri finns alltid med som inslag vid SPK. I år arrangerades ett seminarium med temat "Opera och psykiatri". Kollegor med dubbelkompetens psykiatri och operasång sjöng ur operor med psykiatriskt tema. I anslutning till sången kommenterades den psykiatriska dramaturgin av sakkunniga inom respektive område.

Bland andra hördes Lena Eidevall gestalta Syster Angelicas suicidala process efter besked om sonens bortgång. Bo Runesson föreslog alternativa strategier (inte minst från övriga nunnor), vilka hade kunna leda till ett annat slut för den olyckliga nunnan – om än kanske inte lika vackert.

Lena sjöng också Lady Macbeths sömngångararia, där delaktighet i flera mord bekändes för en närvarande läkare. Macbeth är en av få operor där läkare får vara med i handlingen. Jerker Hetta förklarade parasomnins fenomenologi, dit även sexosmier hör. Det är att faktiskt göra sexuella handlingar under sömngång, vilket ibland är en fråga i juridiska sammanhang.

Även sexologi fanns representerat och kommenterat av Cecilia Dhejne, som berättade om manligt sexmissbruk efter Pernilla Asps gestaltning av en minst sagt betagen Zerlina ur Don Giovanni.

Per Agvald illustrerade både placeboeffekt och alkoholmissbruk genom den berömda arian i Kärleksdrycken, där Nemorino använder en magisk dryck för att hantera sin sociala ångest.

Betydelsen av goda copingmekanismer illustrerades av David Bergman, som sjöng om vikten av att se det positiva i tillvaron, trots dess vedermödor, ur Mozarts "Zaire".

Jag själv hade glädjen att få moderera detta seminarium, och passade på att operadebutera lite i smyg med några av läkarens repliker ur Macbeth. Det var oerhört stimulerande och gav mersmak till kommande konferenser. Fortsättning följer 2014!

Hans-Peter Mofors
Vice ordförande SPF



Dans på SPK

På vetenskaplig basis och i framkant bjöds det på fysisk aktivitet under lunchen. Bensträckare och pausgympa är gamla väl beprövade och språkligt välbekanta fenomen som har fått ny aktualitet. Att vi bör begränsa vårt stillasittande både sammantaget under dygnet men också vid varje tillfälle är relativt ny forskning. Vi förkortar vårt liv genom att faktiskt sitta för mycket, framför dator eller TV eller vad som nu fångar oss. Det rådet kan vi ju förstås både kommunicera till våra patienter och chefer för att göra vården så bra och up-to-date som möjligt. Men också till oss själva! Så att leva lite som vi lär, var så klart tanken.

Den här gången blev det dans som fick vara formen! Vissa gillade initiativet, andra inte. Som projektledare för Psykiatrikers samtal om levnadsvanor så hoppas jag förstås att vi kan hitta ett sätt att prata om och förhålla oss till maten, motionen, tobaken och alkoholen. Som funkas för oss själva och i vårt arbete med patienterna. Sedan är jag särskilt intresserad av dansens hälsofrämjande effekter och detta kunde man också ta del av under ett symposium. Ni som missade eller som blev lite intresserade kan hålla utkik under Riksstämman! Ett danssymposium är accepterat och är i stöpsformen!

Jill Taube
psykiatriker och projektledare
för Psykiatrikers samtal om levnadsvanor



Vem har inte känt sig otillräcklig i mötet med människor med personlighetsstörning? Det är nog många med mig som välkomnar en bok som sammanfattar kunskapsläget, på svenska och med svenska förhållanden som utgångspunkt.

Författaren, Åse Zethelius, är specialist i psykiatri och legitimerad psykoterapeut och DBT-terapeut, verksam som överläkare på Psykiatriska kliniken på Sahlgrenska sjukhuset.

I 18 kapitel avhandlar hon neurovetenskap, diagnostik, försvarsmekanismer, behandling, bemötande, psykiskt status och suicidologi. Ambitionen är att förena olika synsätt på diagnostik och behandling till ett användbart redskap i den kliniska vardagen. Boken är rikt illustrerad med citat, dikter, exempel och fallvinjetter, figurer och tabeller. Varje kapitel avslutas med en sammanfattning av innehållet.

Enligt bokens baksidestext riktar den sig i första hand till allmänläkare, men även till andra läkare, sjuksköterskor, mentalskötare, psykologer, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, socionomer, lärare och poliser. Med en så bred målgrupp faller det sig naturligt att olika avsnitt lämpar sig olika väl för olika yrkeskategorier. Kapitlet om farmakologisk behandling ger handfasta råd om strategier vid t.ex. depressivitet, ångest, impulskontrollstörning och sömnsvårigheter. Det torde vara av nytta fr.a. för läkare och sjuksköterskor, och kanske mindre för t.ex. lärare. I kapitlen om psykoterapeutisk behandling ger författaren oss en orientering om fyra metoder som visat sig effektiva

vid borderline personlighetsstörning; dialektisk beteendeterapi, mentaliseringsbaserad terapi, schemafokuserad psykoterapi och "transference-focused psychotherapy". Detta är behandlingar som sällan blir aktuella för allmänläkaren, dvs. huvudmålgruppen för boken. Författaren påpekar dock att avsikten inte är att göra någon till terapeut, utan att ge några tips om hur man kan arbeta med patienter med personlighetsstörning. De fyra terapiformernas teoriar och metoder är beskrivna på ett sådant sätt att de nog även kan bidra till en ökad förståelse för de svårigheter det kan innebära att ha en borderlineproblematik.

Det är en lättläst bok med ett personligt tilltal. En del avsnitt i boken är alltför grundläggande för en psykiater, men samtidigt kan det vara praktiskt att ha så mycket kunskap samlad i en bok. Den kan med fördel läsas i sin helhet men kan också tjäna som uppslagsbok. En svaghet på sikt är att den av naturliga skäl baserar sig på diagnostik enligt DSM-IV. Nu när DSM-5 gör sitt intåg torde en snar revidering bli nödvändig.

Tove Gunnarsson**Överläkare****Psykiatri Nordväst, Stockholm**

Annons

Ohälsa eller sjukdom?



Psykisk ohälsa är ett begrepp som smygat sig in i såväl vård som media och brukarrörelser, som ett sätt att avdramatisera psykisk sjukdom. Men vad är då egentligen ohälsa? Kanske måste man börja med att definiera vad hälsa är. Kanske skulle man komma fram till att det är en gynnsam blandning av goda vanor, bra kost, lagom med motion och avhållsamhet från alkohol och tobak. Saker man kan styra över själv till stor del – i varje fall om man är frisk. Eller är hälsa helt enkelt detsamma som avsaknad av sjukdom? När det är så svårt att definiera vad hälsa är – hur svårt är det då inte att komma fram till vad ohälsa är? Om det ens är görbart.

Den som lider av psykisk ohälsa har kanske sig själv att skylla? Eller så är hon sjuk. Det är svårt att veta vilket med dagens terminologi. Om man med ohälsa menar på att man kan förebygga och avstyra ett insjuknande läggs en hel del skuld på individen som antas ha slarvat med någon eller några av ovan nämnda sundhetsmål så som motion, mat, sömn eller missbruk. Eller så har hon helt enkelt drabbats av en sjukdom. Men kalla det i så fall för sjukdom och inte ohälsa.

Vilka är då vinsterna med att kalla sjukdom för ohälsa? Kanske finns det en föreställning om att individen inte känner sig lika dålig om sjukdomsbegreppet plockas bort. Att vägen tillbaka till ett friskt liv med arbete blir kortare om man inte sorterar in människor i facket sjukdom. Möjligtvis finns det ekonomiska intressen för att byta namn från sjukdom till ohälsa då patienter inte i samma utsträckning sjukskriver sig eller belastar vården på samma sätt – man är ju trots allt inte sjuk.



Betydelsen av begrepp är inte att underskatta. Varför envisas vi till exempel med att kalla sjukhus för sjukhus när en stor del av personalen som arbetar där kallar sig läkare. Hade det inte varit mer logiskt att benämna dem läkehus istället? Hade det inte framkallat mer positiva känslor? Inom den somatiska vården finns för övrigt en större acceptans för att kalla sjukdom för sjukdom. Möjligtvis finns där också en större förståelse bland allmänhet, behandlare och de drabbade att få känna både lidande och sorg.

Hur har då denna begreppsförskjutning kommit till stånd inom just psykiatri? Kanske finns just en förhoppning om att de insjuknade ska känna sig friskare, söka mindre vård och kanske sjukskriva sig i mindre utsträckning. Ja, kanske finns det på någon nivå en förhoppning om att människor ska sluta vara sjuka. Måhända finns det en önskan om att ett mjukare språkbruk ska trola bort en utbredd problematik. Men så är naturligtvis inte fallet. Om något så genererar det bara dåligt samvete.

Nej, sluta klassificera psykisk sjukdom som ohälsa. Ge psykiskt sjuka rätten att känna sig sjuka. Hör upp med att skuldbelägga. Men kanske viktigast av allt – ge dem hoppet om tillfrisknande. Från sjukdom kan man bli frisk. Från ohälsa finns inget sådant alternativ. Och det är en viktig distinktion. Har du en gång fått ohälsostämpeln är den svår att tvätta bort.

Monica Armini
Samhällsdebattör

Hur jag lärde mig att aldrig köpa dyra cyklar eller Om klyvning av varseblivningen i vardagen

Jag ska berätta om något jag varit med om. Jag hade köpt en cykel, en väldigt fin mountain bike av märket Peugeot, den var otroligt skön att cykla på, jag kände mig alltid så nöjd när jag trampade iväg på den. Snabbt och enkelt tog den mig vart jag ville, snygg var den också, och dyr. Helt enkelt en sån där sak som man kan yvas över på alla sätt och vis. Jag tog väl hand om den, hade en fet kedja med ett stadigt lås. Hemma ställde jag den i cykelgaraget, fastkedjad vid ett rör som löpte längs väggen. Tryggt och fint.

En morgon när jag som vanligt gick ner för att hämta cykeln stod den inte där. Kedjan låg på golvet invid röret, uppenbart avklippt. Ingen cykel. Vad gjorde jag då? I efterhand ter det sig absurt, i stunden var det begripligt. Jag stängde *mycket hastigt* dörren till källaren, vände ut mot porten och gick till bussen. Jag tänkte inte ens på att jag sett en avklippt kedja på golvet, och att jag stängt dörren så hastigt, som om jag föregått tiden och förnekade att jag sett det. Jag vet att jag, den sekund jag såg att cykeln blivit stulen, kände en isande ledsenhet och vrede, men att de känslorna ilade förbi extremt fort. De var så intensiva att de just då inte var möjliga att bära, så de uteslöts från mitt medvetande. En omedelbar reaktion, snabb och intensiv.

Ungefär när bussen rullade in på Rosenlundsgatan från Södra station kom det tillbaka. Jag kände mig så arg på tjuven, dessutom så lurad eftersom jag köpt en MC-kedja som skulle vara omöjlig att klippa upp. Åter dessutom kände jag mig som ett fån för att jag betett mig som jag gjort de senaste minuterna. "Vem är jag egentligen?", tänkte jag, som så effektivt förnekar mina erfarenheter och gör om verkligheten så att den ska passa mina önskningar.

Sen skrattade jag åt min benägenhet att vägra se saker som de är och funderade på om det är vanligt för mig att göra såhär. Tankarna löpte vidare och jag insåg att människor ofta gör så, det lilla mikroförloppet som just ägt rum blev som ett exempel på den cullbergiska *chockfasen* i krisprocessen. Den då man säger "det kan inte ha hänt", eller snarare "det har inte hänt".

Efter den här cykeln övergick jag för en tid till billiga enpetare, för att cyklar så lätt stjäls i Stockholm och det kostar mindre att köpa skräpcyklar.

Men anekdoten är värd att titta vidare på. Mina reaktioner går att beskriva på så olika sätt, beroende på vilken betraktelseram man tittar ur. Dessutom är det en kortvarig, relativt benign reaktion jag visade upp, för att mina adaptiva förmågor trots allt fungerade. Men vad var det som hände egentligen? Hur kan man förklara reaktionerna?

Daniel Frydman

**Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm**



Annons



Svenska BUP-kongressen 2013

Hotell Tylösand Halmstad

Stegvis vård - barnpsykiatri från primärvård till heldygnsvård

Röda Tråden - SFBUP möter akademien för att diskutera utbildningsfrågor

Som blivande ST-representant i SFBUPs styrelse tjuvstartade jag kongressen redan på måndagen i samband med en heldagsträff i forumet "Röda tråden" - SFBUP möter akademien för att diskutera utbildningsfrågor. Som ny i styrelsen var jag nyfiken på vad dagen skulle innebära.

Vi startade med att lyssna på regeringens utredare Stefan Lindgren som gick igenom sin utredning om den nya läkarutbildningen. Diskussionen i gruppen handlade om hur vi kan utbilda de blivande läkarna i barnpsykiatri inom ramen för den kommande nya läkarutbildningen. Spännande och viktigt.

Eftermiddagen ägnades åt ST-läkarnas vetenskapliga arbete. Oklarheter kring tidsåtgång och omfattning framkom från studierektorerna. Vi diskuterade de svårigheter som finns i att kunna handleda alla ST-läkare i forskningsarbeten. NU-sjukvården berättade om sin variant med inköpt handledare. Alla deltagare var överens om att barn- och ungdomspsykiatri behöver fler disputerade läkare och det vetenskapliga arbetet är ett sätt att inspirera till forskning, och det är av värde för kliniken att kunna erbjuda goda möjligheter till att genomföra arbeten och också bra sätt att presentera arbetena.

Sammanfattningsvis en bra dag med relevanta ämnen för utvecklingen av framtidens barn- och ungdomspsykiatri. Engagemanget var stort och flera konkreta förslag las fram. Som ST-läkare känns det förtröstande att dessa frågor tas på allvar och att även äldre kollegor och representanter från akademien jobbar aktivt med att förbättra möjligheterna för yngre läkare att komma igång med forskning.

Stegvis vård - barnpsykiatri från primärvård till heldygnsvård

Heldygnsvård

Många av kongressens symposier avhandlade de olika nivåerna eller stegen i barn- och ungdomspsykiatrisk vård. Josephine Stanton, Child and Adolescent psychiatrist, Auckland District Health Board, New Zealand, berättade om sitt arbete på en slutenvårdsenhet på Nya Zeeland.

Trots den lilla kvinna hon var spred hon en stor värme i den fullsatta kongressalen då hon berättade om det stora och lilla i vardagen av omhändertagandet av sjuka barn och ungdomar. Hon presenterade enkla handgrepp som bildkort av känslor då hon pratar med ungdomar och små väskor med färgglada leksaker att underhålla små barn med under samtalets gång. Hon berättade också om konsten att hjälpa patienter att finna sina egna resurser som en del av de viktigaste interventionerna på avdelningen. Hon berättade om arbetet med att undvika defensiv behandling av patienter och vikten av bra ledarskap för att lyckas med detta. Att härbärgera ångest både hos medarbetare och familjer beskriver hon också som en viktig del i att lyckas med arbete i slutenvård.

Det hot och våld som vi möter inom barn- och ungdomspsykiatri främst inom slutenvården behandlades flitigt under kongressen. Mycket välbesökt var den föreläsning om lågaffektivt bemötande som hölls av Bo Hejlskov Elvén, psykolog och författare.

Han pratade huvudsakligen om hur vårt beteende och affektuttryck påverkar patienter som själva har knappa resurser att hantera egen ångest och ilska. Vi fick göra övningar som visualiserade vikten av att vi som behandlare och läkare är avslappnade, trygga och lugna då vi möter

utagerande och våldsamma patienter. Det som finns i våra ögon, vår muskelspänning, vår röst, smittar. Slappna av, släpp ögonkontakt och ställ inte krav i progression var budskapet.

Mycket kloka ord från denna man som själv har en dotter med ett funktionshinder och som personligen upplevt de brister som finns inom vården avseende kunskap om bemötande.



Öppenvård/primärvård

Men så handlade ju kongressen inte bara om slutenvård utan även en hel del om öppenvården som ligger mig själv varmt om hjärtat. I symposiet "Mina, dina eller våra patienter. Första linjen och BUP" presenterade olika landsting och kommuner sina metoder för att göra första linjens barn- och ungdomspsykiatri tillgänglig för patienterna. Mycket talar för att ca 20 % av de patienter vi träffar inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin skulle kunna behandlas i primärvården. Flera landsting använder nu olika typer av instrument för att försöka definiera denna grupp av patienter och hänvisa dessa till primärvården.

I region Skåne hade detta arbete strandat berättade Hans Brauer, Divisionschef Barn- och ungdomspsykiatrin Skåne, och i stället hade ett politiskt beslut fattats om att BUP själv, dock endast med läkare på konsultbasis skall ansvara för denna patientgrupp.

I Halland hade man lyckats bättre med en "BUP-linje" som hjälper till att sortera patienter med hjälp av en telefonintervju BCFPI, berättade Johanna Lanz, sjuksköterska BUP Halland. Emma Bykvist, socionom, teamledare barn- och ungdomshälsan i Jönköping, berättade om deras modell som främst bestod av ett samarbete mellan barnmedicin, habilitering, skola och socialtjänst.

I Göteborg där jag jobbar hänvisar vi nu alla som söker till barn- och ungdomspsykiatrin i första hand till primärvården. I praktiken råder alltså remisstvång. Detta i linje med hur vi tar hand om samhällets alla sjuka patienter. Personligen kan jag inte se varför barn- och ungdomspsykiatris patienter skall behandlas annorlunda och tycker att detta är en bra modell.

Olika nivåer i vårdkedjan berördes också i symposiet om autismspektrumstörningar. Vikten av att ha specialpedagoger med i behandlingsteamet lyftes fram. Detta är ett utvecklingsområde i Göteborg där BUP:s öppenvårdsmottagningar ej besitter denna kompetens trots att vi utreder många barn med autism. Den skolobservation som specialpedagogerna gör inom ramen för en utredning beskrevs.

Utifrån att barn med autism även har ADHD upp mot 25 %, och ångesttillstånd och depression upp till 40-80 %, framhölls vikten av ett bra samarbete mellan NP-team och de bredare barn- och ungdomspsykiatriska mottagningarna. Symposiet avhandlade också hur stress och starka känslor förvärrar de autistiska symptomen och vikten av att jobba med detta i behandlingsarbetet.

Slutligen vågade man sig även på en viktig hypotes utifrån fakta om att 50 % av barn med schizofreni i studier har autistiska symptom i barndomen, men att barn med diagnostiserad autism enligt studier ej löper någon ökad risk för att drabbas av schizofreni. Kanske är det så att om vi diagnostiserar och behandlar barn med autism så undviker vi en utveckling av schizofrenisjukdomen.



Uppdatering av kunskapsläget

Stora delar av kongressen bestod av föreläsningar där vi blev uppdaterade på kunskapsläget inom relevanta områden. Först ut var Christoffer Gillberg, professor i barn- och ungdomspsykiatri Göteborgs universitet, som pratade om ADHD. Han konstaterade att 50/60 % av patienterna med ADHD har kvar diagnosen i vuxen ålder, och alla har kvar symptomen. Utifrån detta uppstod ett samtal om diagnos och sårbarhet kopplat till funktionsnivå.

Christoffer pratade om svårigheterna att differentiera mellan ångestsjukdom och den rastlöshet och spändhet som finns som ett symptom vid ADHD.

Han pratade om komorbiditet där drogmissbruk finns hos ADHD-patienterna i 25-35 % i unga år. Barn med ADHD skadar sig 2-7 ggr så ofta som andra. Fetma är vanligare i ADHD-gruppen. Autistiska symptom är vanligare i gruppen med ADHD än i resten av populationen.

Motoriska och perceptuella problem finns hos 50 % av patienter med ADHD.

Christoffer siade också om framtiden och såg i sin kristallkula att essens-problematik blir allt viktigare och att barn- och ungdomspsykiatri kommer att få ett ökat fokus på mindre barn. Han hoppades också på ett ökat samarbete med barnmedicin där många patienter med medicinska problem så som oreglerad diabetes, obesitas och smärtproblematik kan ha en psykiatrisk problematik i botten.

Håkan Jarbin, chefsöverläkare BUP Halland, pratade om depression. Han fokuserade på vikten av återfallsprevention och vikten av att tidigt kartlägga svårighetsgrad av depression. Anhedoni visar sig i forskning vara den avgörande faktorn för att bedöma svårighetsgrad av depression. 40-70 % av barn och ungdomar med depression kommer att få återfall inom 3-5 år. Han konstaterade att patienter med hög risk för återfall är de med föräldrar med depression, de med tidiga subkliniska depressiva symptom och de med tidigare episoder av depression.

Håkan pratade också om de nya diagnoserna i DSM 5, Premenstruell dysfori och DMDD, dysforisk mood dysregulation disorder.

DMDD är en viktig diagnos då denna ger oss ett verktyg att hjälpa de många barn och ungdomar vi träffar som har just både en förstämning och ett neuropsykiatrisk funktionshinder. Mer forskning kommer på detta område och det ser vi fram emot.

Avseende behandling fick vi lära oss av Håkan att psykoterapi, KBT och ITP, har effektstorlek 0,34. Fungerar således bra så länge en förälder inte är deprimerad eller eventuella skolproblemen är oadresserade.

Avseende farmakologisk behandling kom direktivet att alltid vänta med att sätta in SSRI 2 veckor vid svår depression och 6-8 veckor vid lätt till måttlig depression. Klara och tydliga budskap som vanligt från Håkan.

Mycket glädjande att höra var att SKL i samarbete med SFBUP kommer att starta upp en nationell utbildningssatsning angående depressionsbehandling. Denna kommer att innehålla diagnostik, behandling, uppföljning labprover etc. Detta ser vi fram emot!

Slutord

Kongressen bjöd på många intressanta diskussioner, jämföranden över landet, fakta, medicinsk forskning och mycket mycket inspiration. I många av symposierna och föreläsningarna blir det tydligt att symptom och sjukdomstillstånd hör ihop och utvecklas parallellt. Detta ställer allt större krav på ökad bred kunskap hos alla oss som arbetar med patientgruppen och krav på samarbete enheter och vårdnivåer emellan.

Denna kongress gav många bra exempel på den typen av samarbete och inspiration till mer av den varan. Jag tror att alla som deltagit har med sig nya idéer och tankar att föra vidare till den egna verksamheten för fortsatt utveckling. Många av mina ST-kollegor runt om i landet besökte kongressen och många av symposierna berörde direkt eller indirekt ST-läkare. Det finns en progression i den barnpsykiatriska vården och för oss yngre läkare är det roligt att vi blir allt bättre på att diagnostisera och differentiera de barn- och ungdomspsykiatriska tillstånden och att paletten av bra behandlingsformer utvecklas och sofistikerats allt mer.

Sara Lundqvist
ST-läkare BUP Göteborg
SFBUP

Foto: Kadri Kalvo





Rapport från Svenska BUP kongressen i Tylösand

I slutet av april tillbringade jag tre intensiva dagar i Tylösand. I år var det BUP Halland som arrangerade och genomförde BUP-kongressen. De hade valt en mycket fin plats ute vid havet i ett hotell fullt av intressant konst. Programmet var helt i klass med omgivningen. Vi tjuvstartade på måndagen med att styrelsen träffade företrädarna för akademien. Där hade vi bjudit in Stefan Lindgren, regeringens utredare av den framtida läkarutbildningen. Han menade att utbildningen börjar samma dag som man börjar utbildningen och slutar först den dagen som man pensionerar sig. Utbildningen måste vara progressiv dvs. kunskaperna måste hållas levande genom hela utbildningen och under hela arbetslivet. Företrädarna för ämnesområden måste också mer se till att man bidrar till helheten och inte hålla på sina revir. För barnpsykiatri skulle det betyda att man kommer in på många olika ställen i utbildningen. Ett konkret förslag är att vi kopplar barnpsykiatrins utbildning till de övergripande målen som utredningen för fram, något som styrelsen och företrädare för akademien ämnar arbeta vidare med.

Första kongressdagen hade vi årsmöte i föreningen där vi diskuterade tre viktiga frågor, hur skall vi bevaka frågor som berör barn och ungdomar som är flyktingar, barnpsykiatriernas arbetssituation och om vi skall arbeta för en utvidgning av förskrivningsrätten för centralstimulantia. Vid de sedvanliga årsmötesförhandlingarna beviljades styrelsen ansvarsfrihet. Åsa Borg och Christian Lindberg avgick och avtackades för gott arbete och Ulrika By från Stockholm och Sara Lundqvist från Göteborg valdes in.

Under kongressen var jag moderator för ett symposium som handlade om flyktingar. Vi försökte belysa hur vi tar emot och behandlar barn och ungdomar som kommer hit som flyktingar. Per Åhdén, socionom och avdelningschef från Skellefteå, berättade att man under åren har tagit emot runt 700 ensamkommande ungdomar i Skellefteå kommun. De har utvärderat hur det går för ungdomarna och har sett att de allra flesta mår bra både psykiskt och somatiskt och de fungerar bra i skolan och på fritiden. Per Åhdén menade att de flesta reaktioner som man ser hos ungdomarna är naturliga i en svår situation. Det är få ungdomar som behöver läggas in på barnpsykiatrisk avdelning eller placeras i HVB-hem. Han berättade att man också måste kunna prata om ett eventuellt återvändande till hemlandet. Den personal som inte klarar av att prata om detta kan inte arbeta vidare på kommunens boende. Vågar man inte prata om återvändandet så riskerar både ungdomarna och personal att fara illa.

Per förmedlade med sitt lugna och självklara sätt en mycket positiv bild av att ta emot ensamkommande flyktingbarn och betonade att de är en tillgång och inte belastning till samhället.

Marie Balint, psykolog, har tidigare varit enhetschef på BUP-mottagningen Lunden i Stockholm. Hon menar att ungdomarna har många svåra upplevelser bakom sig men det behöver inte betyda att de är traumatiserade. De är dessutom ofta inte så benägna att prata om det förflutna.

Hon betonade att de flesta behöver omsorg, ordnad vardag och skola men ofta inte psykiatrisk behandling. Det är viktigt att etablera en fungerande kontakt och undersöka vilka behov som finns här och nu. Hennes råd till omgivningen var att man skall vara empatisk och samtidigt kunna kyla ner och vara saklig. Det är viktigt att ha samordnade planer med BUP, HVB och nätverk. Det som är svårast att hantera är avslagskriser. Det gäller då att inte hamna i samma pessimism och hopplöshet som den unge utan behålla fågelperspektivet och göra det som göras kan. Viktigt att uppehålla en så normal vardagsrutin som möjligt, bekräfta den unges besvikelse men ta udden av "personlig kränkning". Det är väsentligt att hjälpa personen att bibehålla sin tankeförmåga och tänka strategiskt. Marie var mycket engagerad och rolig att lyssna på och gav oss många nya tankar kring att arbeta med flyktingar. Hon betonade också det naturliga i en svår situation.

Björn Johansson, överläkare på den barnpsykiatriska avdelningen i Malmö. Under 2011 sökte 261 unika patienter vård på avdelningen, av dessa var 56 ensamkommande ungdomar dvs. 20 %. I stort kom alla dessa direkt från transitboenden. Hans rekommendation är att försöka undvika inläggningar men att det ibland är nödvändigt. Det är bra att bestämma ett utskrivningsdatum då långa vårdtider kan bli att man "gömmer" patienten och riskerar att de hospitaliseras. Vid långa vårdtider kan patienterna också få tilltagande irritabilitet som kan leda till konvertering och tvångsåtgärder. Det är också viktigt att inte ge signalen att patienten lider av en psykiatrisk sjukdom. Björn menar liksom Per och Marie att ungdomarna visar ett normalt beteende i en onormal situation. Han betonade vikten av att man tar sig god tid att prata med patienten så man lär känna honom och sedan ha en kontinuerlig kontakt under vårdtiden. Vid

utskrivningen så är det viktigt att hela patientens nätverk är med och att man skriver upp olika stabiliserande faktorer och strategier man kan använda om det blir kriser efter utskrivningen. Det kan vara enkla saker som att veta vart man skall vända sig.

Allt detta skriver man upp som en "karta" på den vita tavlan och den gode mannen kan fotografera den med sin smarta telefon. Sist men inte minst betonade Björn precis som de två andra föredragshållarna att ett strukturerat och empatiskt förhållningsätt är viktigt.

Efter symposiet kände jag mig riktigt upplyft. Föredragshållarna förmedlade att det är roligt att arbeta med flyktingbarn och det finns mycket man kan göra med enkla medel. Denna känsla förstärktes när jag ett par dagar senare träffade en erfaren kollega som berättade att hon hade varit på symposiet och för första gången upplevt att det kunde vara roligt att arbeta med flyktingar och inte så tungt och deprimerande som hon annars fått intrycket av det var.

Om du vill läsa mer så läs denna publikation från BUP Lunden: Psykiatriskt arbete med barn och unga i migration. Vad behöver man tänka på? Författare Andreas Tunström, Marie Balint och Bitte Nordström.

<http://www.bup.se/Global/Utvecklingsarbete/publicerat/andra/BUP%20migration%202011.pdf>

Nu ser jag redan fram emot nästa års BUP-kongress som går av stapeln i Skåne. Då kommer temat att handla om 1:a linjen.

Lars Joelsson
Ordförande i SFBUP
Foto: Kadri Kalvo



Svenska Psykiatrikongressen 2013

13-15 mars

Münchenbryggeriet

Stockholm





PSYKIATRIFONDEN

GRUNDADES 1993

Bli medlem i Psykiatrifonden!

Psykiatrifonden är en svensk, ideell insamlingsfond med målsättningen att samla in medel till forskning inom hela det psykiatriska fältet. Medel delas ut årligen, senast 100 000 kronor. För att fortsätta att aktivt kunna stödja svensk forskning inom området, behöver vi dig som medlem!

Du betalar in till Plusgirokonto 90 07 501 eller Bankgirokonto 900-7501.

Årsavgift: 100:- för enskild medlem

Ständig medlem: 2000:-

Stödjande medlem/företag: 10 000:-/år.

Gåvor från enskilda och organisationer är varmt välkomna.

Om Du önskar ytterligare information gå in på www.psykiatrifonden.se eller tag kontakt med Psykiatrifondens ordförande Lise-Lotte Risö Bergerlind, lise-lotte.risobergerlind@vgregion.se

Genom att bli medlem eller skänka en gåva bidrar. Du till att möjliggöra psykiatrisk forskning och är med och motverkar fördomar.

Välkommen!

Jag stödjer Psykiatrifonden:



Sofia Åkerman

Foto: Carol Schultheis

Sök forskningsanslag från Psykiatrifonden!

Psykiatrifonden delar ut medel en gång per år. Medel ges företrädesvis till yngre odisputerade forskare under handledning.

Summan varierar beroende på hur mycket vi får in i medlemsavgifter och gåvor.

Senaste datum för att söka årets forskningsanslag är 15/8.

Du skickar Din ansökan elektroniskt till: ansokan@psykiatrifonden.se

Läs mer på www.psykiatrifonden.se

Välkommen med Din ansökan!



WWW.PSYKIATRIFONDEN.SE