Tidskriften för

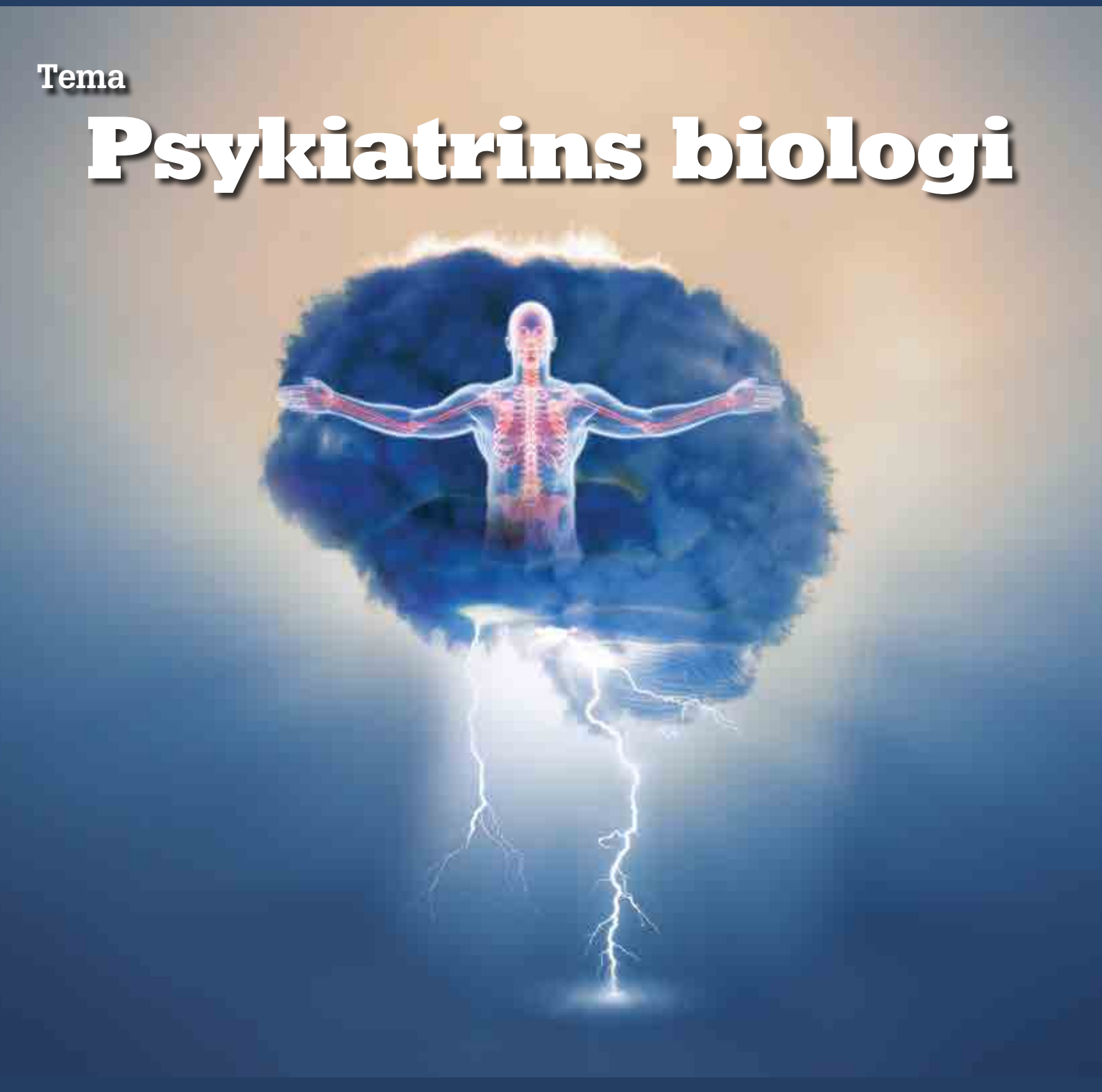
Svensk Psykiatri

#4

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - December 2012

Tema

Psykiatrins biologi



Ansvarig utgivare:
Lise-Lotte Risö Bergerlind

Huvudredaktör:
Tove Gunnarsson

Innehållsförteckning:

Alltid i Svensk Psykiatri:

3 Redaktionell ledare. *Tove Gunnarsson*

3 Redaktionsruta

4 SPF styrelseruta
Ledare. *Lise-Lotte Risö Bergerlind*

5 SFBUP styrelseruta
Ledare. *Lars Joelsson*

6 SRPF styrelseruta
Ledare. *Kristina Sygel Jakobsson*

12 Bokrecension: Håll koll på din hjärna: så styr optimism och pessimism våra liv, *Björn Wrangsjö*

14 Kommande temanummer

16 Kalendarium

25 Professorsrutan: Insikt Psykiatri - Beroendemedicin 2012, *Ulf Rydberg*

29 Bokrecension: Rara ärter, *Daniel Frydman*

38 10 frågor till Daniel Frydman, *Stina Djurberg*

54 Tigers krönika, *Mikael Tiger*

69 Bokrecension: Människan i den slutna, psykiatriska vården, *Björn Wrangsjö*

75 Ett bipolärt hjärta, *Hanna Edberg*

Aktuell information:

23 Metis och ny pedagogik på AMEE 2012
Tove Janarv

40 Cullbergsstipendium

53 Föreslå hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen

53 Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser inom psykiatrin

Kommande möten:

7 BUP-Kongress 2013, Halmstad

28 Postrar till Svenska Psykiatrikongressen 2013

35 Om Münchenbryggeriet, inför SPK 2013
Tove Gunnarsson

88 SPK 2013 i Stockholm

Tema:

8 Hur jag lärde mig att känslor inte alltid har med känslorna att göra, utan kan bero på andra biologiska grejer, *Daniel Frydman*

12 Bokrecension: Håll koll på din hjärna: så styr optimism och pessimism våra liv, *Björn Wrangsjö*

17 Att lyssna till erfarenheten. Om betydelsen av ett nyanserat förhållningssätt i frågan om antidepressiv medicinering, *Daniel Sykes*

52 Möjligt paradigmskifte inom psykoterapin, *Göran Högberg*

67 Neuropsykologiska aspekter på borderline personlighetsstörning, *Thomas Silfving*

70 Psykiatrins biologi: Förklaring eller uttryck? *Jan Pilotti*

76 Psykofarmaka gör mer skada än nytta för den ensilde och innebär enorma kostnader för samhället, *Ingemo Orstadius*

78 Amerikansk psykiatrikritik värd att ta på allvar, *Johan Cullberg*

Rapporter från möten och resor

23 Reflektioner från METIS-kursen i Konsultationspsykiatri och psykosomatik
Andrea Ekroth

30 Biblioteksmässan i Göteborg 2012,
Lise-Lotte Risö Bergerlind

41 Ny gryning för UEMS Section of Psychiatry?
Simon Cervenka

61 Nationell konferens om självskadebeteende, Stockholm, 3 oktober, *Hanna Edberg*

Debatt, diskussion, annat:

20 Det råder idag en hysteri kring självmord,
Anders Almingefeldt

26 Kropp & Själ, Psykiatrins ansvar samt implementering av nya riktlinjer, *Yvonne Lowert*

32 Förnuft och kvantfysik. Tankar om verklighet och medvetande, *Tord Bergmark*

36 Gud är, *Jan Pilotti*

47 Vart är den moderna vuxenpsykiatrin på väg i det förändrade samhället? *Lars Albinsson*

57 Mindfulnessträning på arbetstid reducerade stressymtom hos äldreomsorgspersonal
Bengt Annebäck

63 En resa genom den svenska psykiatrins historia. Del 8: Pension från december 1996
Karin Enzell

82 Fett trångsynta normer - Var ätstörd (på ett normalt sätt)! *Sigrid Törnqvist, Ellen Dynebrink*

85 Abort i vecka 22 och barn som kan överleva i vecka 23. Etiskt dilemma för psykiatern? *Sonja Ruppert*

Tidskriften för
Svensk Psykiatri

Svensk Psykiatri
Tidskrift för
Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen

Ansvarig utgivare
Lise-Lotte Risö Bergerlind

Huvudredaktör
Tove Gunnarsson
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Redaktörer
Hanna Edberg
(hanna.edberg@sll.se)

Daniel Frydman
(daniel.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/© Mopic
Shutterstock/© Dim Dimich

Internet
www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till
annonser@svenskpsykiatri.se

Altanbyggandets vedermödor...

… har det något med Psykiatrins biologi att göra? Jo, det är faktiskt en av infallsvinklarna på vårt tema. Flera av de andra bidragen fokuserar på psykofarmaka. På senare år har det på sina håll hävdats att de är mer eller mindre verkningslösa, eller direkt skadliga. Hur bemöter vi det? Vi tror att det finns en hel del i detta nummer som kan leda till reaktioner och fortsatta diskussioner i vår tidskrift. Det gäller inte enbart bidragen kring det aktuella temat, debattlusten har varit ovanligt stor den här gången.

Vi går vidare…
… i vår granskning av psykiatrins natur och landar i nästa nummer i Psykiatrins sociologi.
Enligt Nationalencyklopedin är sociologins utgångspunkt att mänskligt handlande och tänkande inte bara kan förstås som naturgivet, eller som resultatet av individuellt självbestämmande, utan att människan också är en socialt bestämd varelse.

I redaktionen har vi några tankar om vad som kan rymmas i begreppet Psykiatrins sociologi:

- Samhället som orsak till psykiskt lidande, och det onormala som förutsättning för det normala
- Samhället som styrande av utformning och innehåll i psykiatrin
- Psykiatrins inre organisation och strukturer
- Sociala hierarkier, identitet, utanförskap, gruppsammanhållning

Nu är det er tur att fundera vidare!

Vi hoppas att de förestående helgerna ger er alla möjlighet till vila och återhämtning. Och vad kan väl vara mer avkopplande och stimulerande än att skriva artiklar för Svensk Psykiatri?

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Vi går mot ljusare tider…

Så här års gäller det att komma ihåg att det snart vänder, att det snart börjar ljusna igen. Med åren får jag allt svårare att stå ut med mörkret. Julen är i mitt tycke till stor hjälp och fram till efter alla helgerna i januari är jag vid gott mod men sedan kommer en tung period. Då brukar maken och jag försöka komma iväg någon vecka till sydligare breddgrader och så hoppas jag det blir även i början på nästa år.

För SPF:s del jobbar vi nu, när jag skriver, med slutplaneringen av årets Riksstämma. Vi hoppas verkligen på att många medlemmar kommer på våra olika program och dessutom besöker oss i montern.

Något vi är mycket stolta och glada över är att vi nu kan erbjuda SPF:s medlemmar på specialistnivå tillgång till CPD on-line från Royal College of Psychiatry i England. Detta är ett mycket väl utbyggt internetbaserat fortbildningskoncept som den engelska psykiatrins fortbildnings- och certifieringsmodell bygger på. Genom det nordiska samarbetet har vi lyckats få köpa in det till ett pris mycket lägre än vad de i England själva får betala. Gå in på vår hemsida och anmäl Dig till det och låt det bli en källa till fortbildning för Dig som specialist. Det kan inte ersätta föreläsningar, konferenser och det dagliga lärandet men bli ett mycket bra komplement. Vi hoppas att Du som medlem hör av Dig till oss i styrelsen och berättar vad Du tycker, det är en del av Din medlemsavgift som går till detta.

I samband med årets Riksstämma, nämnd ovan, har vi också de två första pilotkurserna i satsningen från regeringen på specialisternas fortbildning som vi nu döpt till KUL; Kontinuerligt Utvecklande Lärande. Även här vill vi ha Dina tankar, är det så här vi skall gå vidare?

Glöm inte att gå in på vår hemsida och nominera till Raffaella Björcks pedagogiska pris. Visst finns det någon hos Dig som gjort ett bra arbete för att stärka utbildnings/fortbildningsarbetet? Låt oss hjälpa till att identifiera och lyfta fram de positiva exemplen. När du är i farten kan du också fundera på om Du inte vill nominera någon som hedersmedlem i SPF. I så fall vill vi även här ha Din motivering.

Psykiatrifonden; www.psykiatrifonden.se, utlyser ”Stora priset för arbete mot fördomar”. Nominera en person eller organisation som bidragit till att minska de fördomar patienter med psykisk sjukdom möter!

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

Ordförande: Lise-Lotte Risö Bergerlind
(ordforanden@svenskpsykiatri.se)
Vice ordförande: Lena Flyckt
(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)
Sekreterare: Hans-Peter Mofors
(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)
Skattmästare: Astrid Lindstrand
(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)
Vetenskaplig sekreterare: Jussi Jokinen
(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)
Facklig sekreterare: Karin Grönvall
(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)
Redaktör Svensk Psykiatri: Tove Gunnarsson
(redaktoren@svenskpsykiatri.se)
Ledamot: Dan Gothefors (gothefors@svenskpsykiatri.se)
Ledamot: Kerstin Lindell (lindell@svenskpsykiatri.se)
Ledamot: Fredrik Åberg (aberg@svenskpsykiatri.se)
ST-representant: Hanna Edberg
(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

Kansli: Svenska Psykiatriska Föreningen
851 71 Sundsvall
kanslisten@svenskpsykiatri.se
Hemsida: www.svenskpsykiatri.se
Webmaster: Stina Djurberg
(webmaster@svenskpsykiatri.se)

Och varför inte passa på att bli medlem eller skänka pengar som går till psykiatrisk forskning och arbete mot fördomar? Vill Du hjälpa oss sprida information om Psykiatrifonden så hör av Dig så skickar vi Dig broschyrer Du kan placera på Din mottagning eller sprida på annat sätt.

Med dessa ord slutar jag för denna gång. Om några månader kommer det vara dags för mig att skriva min sista ledare som ordförande för SPF. Vemodig tanke!

Jag vill önska er alla en fin, stämningsfull och lagom vilsam jul och avslutning på året. Njut av vilan och ladda batterierna så hörs och ses vi!

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande SPF

Vilket piller går du på?

Socialstyrelsen kom nyligen med nya uppgifter om att andvändningen av antidepressiva läkemedel ökar hos unga. När det gäller psykofarmaka är det många som är intresserade, speciellt när det gäller förskrivning till ungdomar. Denna gång hade P1-morgon ett inslag med rubriken ”Allt fler unga går på antidepressivt”. Man intervjuade Jimmy Trevett, förbundsordförande på Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, och Marina Tuutma, distriktsläkare på vårdcentralen Rud i Karlstad.

Programpunkten var i grunden bra och gav mig flera tankar. Först intervjuades Filip 31 år som fick beskedet att egentligen skulle han ha samtalsterapi men det fanns inga tider för det utan erbjöds istället antidepressiva mediciner. Jimmy Trevett kommenterade detta med att landstingen måste se till att det finns resurser så att alla kan erbjudas samtalsbehandling, speciellt som regeringens intention nu är att satsa på psykiatrin. Jag kan bara hålla med. Marina Tuutma pratade om att unga vuxna ofta vill ha mediciner direkt i stället för att börja med psykoterapi. De vill bli hjälpta direkt som de lämnar mottagningen. Detta krav blir säkert svårare att stå emot om man inte kan erbjuda snabba tider till samtalsbehandling. Det är bra att ungdomar kan komma till första linjen vid lindrigare depressioner men det är då viktigt att man kan erbjuda dem bra samtalsbehandling. Om samtalen inte hjälper bör man skriva en remiss till barnpsykiatrin för ställningstagande till medicinering.

Jag tyckte att både Jimmy och Marina hade bra och balanserad syn på användning av läkemedel. Detta kan jag dock inte säga om programledaren. Vid flera tillfällen pratade hon om ”piller” i stället för mediciner. Jag uppfattade det som klart nedlåtande och tillsammans med rubriken att unga ”går” på antidepressivt associerade jag till missbruk. Jag tror inte att man skulle säga att unga går på hjärtpiller. För mig blev det ytterligare ett tecken på de fördomar som finns om psykiatrin. Medierna underblåser en negativ syn på psykofarmaka vilket kan bidra till stigmatisering och onödig oro hos patienter och anhöriga. Det finns ungdomar som trots psykoterapi inte blir bättre och som har god nytta av antidepressiva mediciner. För dem är det verkligen ett läkemedel och inte ett ”piller” som man ”går” på. För både patienten och anhöriga kan det vara ett svårt beslut att börja med mediciner. Det blir inte lättare när man ständigt får höra och läsa hur fel det är att använda psykofarmaka.

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: Åsa Borg (asa.borg@sll.se)
Vetenskaplig sekreterare: Ulf Wallin (ulf.wallin@skane.se)
Utbildningsansvarig: Gunnel Svedmyr (gunnel.svedmyr@akademiska.se)
Medlemsansvarig: Valeria Varkonyi (valeria.varkonyi@lvn.se)
Ledamot: Shiler Hussami (shiler.hussami@nll.se)
Ledamot: Håkan Jarbin (hakan.jarbin@regionhalland.se)
ST-representant: Christian Lindberg (christian.lindberg@lio.se)

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

I våras såg jag en notis i Dagens Medicin. Det var en privat BUP-mottagning som Praktikertjänst hade startat i Järva. De var tvungna att sluta då det inte gick ihop ekonomiskt. I artikeln säger de att ”Vi förstod inte vidden av de problem som fanns i området”. Lanstinget svarade med att säga ”Vi börjar lära oss vad det kostar att bedriva psykiatri” och bestämde sig sedan för att göra en ny upphandling. Det är lustigt att det är först när psykiatrisk vård bedrivs i privat regi som landstinget upptäcker vad det egentligen kostar.

I veckan kom en rapport att 5 vuxna patienter fick svår hjärtsvikt när de medicinerade med metylfenidat eller amfetamin. Det är klart att man blir lite orolig. Jag tycker ändå att vi kan luta oss tillbaka på att det finns flera stora studier som visar att det inte finns någon ökad risk för hjärtproblem vid behandling med centralstimulantia. Senaste studien presenterades i februarinumret av J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Olfsson med medarbetare hade tittat på hur ofta barn, 6-20 år, som behandlats med centralstimulantia (171 126 individer) hade vårdats för ”cardiac symptoms” eller ”cardiac events”. Man studerade sammanlagt 1 miljon vårddagar och man kunde inte se någon ökad risk för dem som behandlades med centralstimulantia jämfört med obehandlade barn. Fallrapporten är en signal för oss som vi måste förhålla oss till. Det är viktigt att vi ökar användning av kvalitetsregister som kan fånga upp biverkningar och att vi får bra kliniska riktlinjer för att följa upp patienterna på ett säkert sätt.

Nu ser jag fram emot ett spännande program på Riksstämman med fria föredrag och två symposier. Jag hoppas att vi ses där!

Lars Joelsson
Ordförande SFBUP

Jag vill börja med att tacka alla medlemmar…

… som deltog i möten och mailväxlingar om, samt i själva skrivandet av, SRPF:s remissvar till SLS, SLF och Socialdepartement. Genom mail, brev, reklam på Psykiatrikongressen och notiser i Läkartidningen samt denna tidskrift känns det som att styrelsen nått ut till de flesta medlemmarna. Styrelsen beräknar att vi genom dessa kanaler fått direkta svar från 30 % av medlemmarna angående deras synpunkter på den föreslagna lagändringen. Alla håller vi med om att lagändringen innebär ett paradigmskifte inom rättspsykiatrin, varför styrelsen varit mycket angelägen om att medlemmarna fått komma till tals så att remissvaret speglade ”medelåsikten” inom SRPF.

I korthet kan innehållet sammanfattas på följande sätt: Majoriteten ställde sig positiva till att straff och vård skiljs åt för psykiskt störda lagöverträdare genom att krav på tillräknelighet införs och överlämnande till rättspsykiatrisk vård avskaffas som påföljd, så som det ser ut i övrig europeisk lagstiftning på området. Flera medlemmar uttryckte dock oro över att ”ribban” för att en lagöverträdare skall anses otillräknelig skall ligga för högt.

Medlemmarna är till stora delar stolta över den vård och rehabilitering psykiskt störda lagöverträdare har tillgång till i Sverige. Den rättspsykiatriska öppen- och slutenvården har en stor kompetens i att bemöta och vårda psykiskt störda lagöverträdare, så väl de med akuta och övergående tillstånd som de med svårbehandlade långvariga tillstånd. Det bedöms att behovet av dagens särskilda kompetens att psykiatriskt vårda dömda personer på ett säkert, respektfullt och framgångsrikt sätt kommer att kvarstå. Flera medlemmar har uttryckt en oro för att det i lagförslaget inte är tillräckligt klarlagt hur den befintliga erfarenheten, kompetensen och vårdmiljön inom rättspsykiatrin skall tillvaratas inom de olika omhändertagandealternativ som föreslås som alternativ till dagens rättspsykiatriska vård, dvs. psykiatri, Kriminalvård, särskilda skyddsenheter och stödenheter. Betänkandet föreslår att den psykiatriska vården av dömda personer skall ske åtskilt från icke-dömda men att denna vård inte skall kallas rättspsykiatri, något som SRPF ställer sig frågande till. På vår kammare har vi i styrelsen förfasat oss över flera olika namnalternativ som vi fantiserat ihop (t.ex. de dömdas psykiatri) och kommit fram till att psykiatrisk vård av lagöverträdare bör fortsätta att heta rättspsykiatri.

Många medlemmar inom SRPF anser att det är etiskt problematiskt att särskilja allvarligt psykiskt störda lagöverträdare, som begår en förhållandevis liten andel av den totala mängden våldsbrott i samhället, från övriga lagöverträdare i frågan om att kunna bli föremål för särskilda skyddsåtgärder efter avtjänat straff.

SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN
Ordförande: Kristina Sygel (ordforanden@srpf.se)
Vice ordförande: Harald Nilsson
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
Ledamöter: Klas Attrell, Sara Bromander, Per-Axel Karlsson, Eva Lindström, Anna-Karin Svensson,

Hemsida: www.srpf.se
Webmaster: Stina Djurberg (webmaster@srpf.se)

Vi menar att behovet av samhällsskyddsåtgärder bör utredas vidare och att en sådan utredning bör gälla samtliga lagöverträdare. Medlemmarna anser dock att när en person begått en allvarlig otillåten gärning och bedömts vara otillräknelig (är man otillräknelig så heter det inte ett ”brott” även om det rör sig om dödligt våld) så skall bedömningen av när personen kan vistas hela eller delar av tiden ute i samhället göras med noggrannhet. Vi anser det därför befogat med någon form av utvidgad rättslig prövning i sådana fall till skillnad från den stora majoriteten patienter som vårdas enligt psykiatrisk tvångsvård och inte begått en allvarlig otillåten gärning.

Styrelsen noterade att flera av SRPF:s synpunkter gick att känna igen i remissvaren som SLS och SLF skickat till Socialdepartementet och hoppas att de tillvaratas även på denna nivå. Vi avvaktar nu om lagförslaget kommer att antas och ser framför oss många spännande möjligheter att optimera rättspsykiatrisk utredning och vård framöver inom en ny straffrättslig och psykiatrisk kontext, men även inom den gamla om så skulle bli fallet.

SRPF
SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

Kristina Sygel
Ordförande SRPF

BUP-KONGRESS 2013

Stegvis vård – från primärvård till heldygnsvård

*Sätt ett kryss i kalendern för **23-24 april** och **Hotel Tylösand i Halmstad** för en spännande kongress. Vi har engagerat många inspirerande föreläsare: Christopher Gillberg, Josephine Stanton, Tord Ivarsson, Anders Broberg, Bo Hejlskov, Lars Joelsson med flera.*

Dagarna kommer att ge ”State of the Art” föreläsningar med breda uppdateringar av våra stora diagnosområden ångestsyndrom, adhd och depression men framförallt våra 12 interaktiva symposier och workshops, där vi lyfter fram angelägna frågor från BUP-jobbet i vardagen. Vi gästas av Josephine Stanton från Nya Zeelands heldygnsvård med fokus på det viktiga arbetet”på golvet” i heldygnsvården. Vårt mål är att alla får med sig något bra och matnyttigt hem till sitt BUP.

Vi hoppas att personal från öppenvården såväl som heldygnsvården/mellanvården och ST-läkare har möjlighet att delta. Under konferensen ger vi inspiration till bra grepp för att skapa samarbete med en första linjens barnpsykiatri inom primärvård, socialtjänst och skola.

Vi kommer med definitivt program och länk för anmälan omkring den 1 december.
Vi ses till våren på Hotel Tylösand!

SFBUP Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri och BUP Halland.

SVENSKA 2013 BUP KONGRESSEN
STEGVIS VÅRD – BARNPSYKIATRI
FRÅN PRIMÄRVÅRD TILL HELDYGNSVÅRD

Region Halland
Barn- och ungdomspsykiatrin

www.regionhalland.se/svenskabupkongressen2013

Hur jag lärde mig att känslor inte alltid har med känslorna att göra, utan kan bero på andra, biologiska grejer

2004 dök det upp symtom som förebådade något allvarligt, utan att jag riktigt fäste avseende vid dem. Det var på sommaren, familjen vistades hela långa sommaren på lantstället på Singö och mitt främsta uppdrag var att ta bort en i stort sett genomrutten altan och ersätta den med friskt virke. Till saken hör att jag tycker det är svårt att snickra, eller kanske snarare att jag egentligen inte är intresserad. Plankorna **var** verkligen ruttna, många fler än jag först trott och dessutom den bärande läkten. Det var i elfte timmen som jag satte i handling att byta ut skiten, i annat fall hade det nog funnits risk för någon att trampa igenom och falla ner på klipporna som altanen dolde.

Foto: Carol Schultheis

Jag blev överraskad över hur fruktansvärt jobbigt det var att riva bort träet, tänkte ”hur kan så ruttna plankor vara så svåra att få bort” och ”hur kommer det sig att spiken är jobbig att bända loss trots att balkarna den sitter i är mjuka som smör”. Tänkte närmast att jag ju faktiskt **är** extremt otränad och dessutom lat. Att bära upp det färska virket var ännu värre. Alla i familjen kämpade nog med det där men jag hade gett mig den på att bygga den där helvetesaltanen själv så där fick ingen hjälpa till. Jag svor och fräste och varje gång jag gjorde fel blev jag argare och argare. Men till slut stod den där. Altanen. Fin och rak, med precis rätt avstånd mellan trallen, och vattnet rann av så fint när man borstade av den och man kunde hoppa jämfota på den, högt.

Jag har hört att man ska bli stolt av såna bedrifter. Att man ska känna att slitet var värt allt eftersom det blev så bra efteråt. Det var nu inte vad jag kände, snarare tänkte jag ”tur att det är över, aldrig mer”. Under hela sommaren hade jag jobbat med den där altanen, det tog säkert fem gånger så lång tid som nödvändigt men jag blev så trött, det var så tungt. När jag behövde vila från det jobbet satte jag mig på cykeln med yngste sonen och cyklade några kilometer till affären för att köpa glass eller kaffe eller något annat viktigt.

Cyklingen var också ganska jobbig men jag tänkte inte så mycket på om det var jobbigt eller ej. Istället tog jag täta pauser och vi plockade smultron, trädde på strå som sonen fick äta upp tills det blev dags att stanna för att plocka fler smultron. Jag tänkte inte på att jag var tungandad, det är lätt att låtsas bort sånt man inte vill känna.

I slutet av sommaren gick det inte längre att förneka att något var konstigt. Det var när jag skulle såga ner några träd (ni hör, jag försökte verkligen bete mig som en som äger ett hus i skogen) som det var så vansinnigt jobbigt. Jag blev tvungen att stänga av motorsågen när den satt i trädet som jag skulle fälla, fällningen skulle vara ganska högt upp på stammen av nåt skäl som jag inte minns men armarna var högt lyfta och jag pressade och då kunde jag inte andas. Där någonstans insåg jag att det nog var något fel men jag gjorde ändå inte något åt saken, korkat nog. En vän till familjen, en kollega, hörde min beskrivning och hörde förstås det uppenbara – killen har angina. Hon uppmanade mig att genast nästa dag söka akuten för att jag var sjuk.

Förnekande är en effektiv försvarsmekanism, den hade fått mig att göra sånt som var nödvändigt men olämpligt för mig att göra just då.

Väl på akuten kom jag snabbt till kärlröntgen och man hittade ett trångt kranskärl som det sattes en stent i. Jag kände mig som att jag precis i det ögonblicket blev sjuk, men den kloke kardiologen besvarade mitt lakoniska ”in som en frisk människa, ut som ett vrak” med att bara säga att det faktiskt var tvärtom. Men det var en stor chock, en omvälvande erfarenhet som punkterade den känsla av ”odödlighet” som jag ännu hade kvar. Dessutom hade jag högt blodtryck, föga förvånande.

När jag lämnade sjukhuset var jag ganska bedrövad över sakernas tillstånd. Jag hade fått en massa läkemedel för att hålla tryck och blodfetter i schack. Under de kommande veckorna kände jag mig alltmer nedstämd. Det är inte så konstigt, resonerade vi hemma, det var en krishändelse jag varit med om och det kan ju förstås uttrycka sig på det här depressiva sättet. Lätt tänkt av en psykiater och psykoanalytiker, såklart förklaringen till hur känslorna rör sig är psykisk, självklart är det den första rimliga tanken. Det tråkiga var att den depressiva känslan inte gick över. Jag hankade mig fram, orkade med tvekan jobba fullt, vilket jag alltid tidigare gjort.

Månaderna gick. När det närmade sig tre månader efter ballongsprängningen började medicinerna sina och jag planerade att gå till apoteket för att hämta ut en ny omgång.

Har jag sagt att jag ibland tänker att jag är lat? Jag kom inte iväg till apoteket ens samma dag som medicinerna tog slut, trombylen hade jag mer av men betablockaden måste jag hämta.

När jag fortfarande tre dagar efter att burken tagit slut undlåtit att gå till apoteket upptäckte jag något konstigt. Jag kände mig normal. Min fru tyckte också att jag nu var som vanligt. Då slog det mig! Det som gjort mig deprimerad var inte alls den krisreaktion som jag befunnit mig i. Inte enbart i alla fall. Det som gjort mig deprimerad var Seloken. Helt enligt läroboken. Återigen hade jag missat det som fanns framför näsan på mig. Den kärlkramp jag hade hade lett till dåligt humör och stark irritation när jag inget orkade. Den medicin jag fått för att bli friskare hade bidragit till att göra mig deprimerad. Allt hade jag förhållit mig till som om det var psykiskt betingat.

Känslorna är äkta, orsaken kan variera. Som kliniker måste man vara mycket ödmjuk inför den uppsjö av bidragande faktorer som kan finnas för en person i nöd. Vi vet aldrig allt men det kan hända att man ibland får ett svar som man inte väntat sig. Och händer det, då måste man vara öppen för det. Såväl när det gäller ens eget liv som när det gäller våra patienters.

Daniel Frydman
Psykiater, leg. psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Lithionit® förstahandsval vid bipolär sjukdom

Sedan 1970-talet har litium varit förstahandspreparat vid bipolär sjukdom och evidensen har stärkts med åren. Åtskilliga studier och litteraturgenomgångar visar att litium är en hörnsten vid episodförebyggande behandling av bipolär sjukdom.[1-6] Litium har t ex evidensstyrka 1 (stark evidens) vid episodförebyggande behandling av bipolär sjukdom enligt SBU.[7]

Patientbroschyr

I vår nya patientbroschyr **”Behandling med litium. För dig som långtidsbehandlas med litium eller är anhörig”** kan patienter och anhöriga lära sig mer om bipolär sjukdom och behandling med Lithionit.

Beställ broschyrer till mottagningen via www.biophausia.se under sjukvårdspersonal eller ring 08-407 64 30.

BioPhausia® – a Medivir company

BioPhausia AB, Blasieholmsgatan 2, 111 48 Stockholm
Tel: 08-407 64 30, E-mail: info@biophausia.se, www.biophausia.se

Indikationer: Lithionit används profylaktiskt såväl mot maniska som depressiva recidiv vid manodepressiv sjukdom samt terapeutiskt vid maniska tillstånd. Den aktiva substansen är litiumsulfat (42mg per tablett). Litium har en relativt snäv terapeutisk verkningsbredd varför behandlingskontroll med bestämning av serumkoncentrationen är viktig. Lithionit tabletter är tillverkade som depottabletter för en jämn serumkoncentration. Verkningsmekanismen för litium är inte klarlagd. Lithionit är receptbelagt och ingår i läkemedelsförmånen. För doseringsanvisningar, priser och mer information se www.fass.se. Senaste översyn av SPC: 2012-03-06.

Referenser: 1. Licht RW. Lithium: still a major option in the management of bipolar disorder, CNS Neurosci Ther. 2012 Mar;18 (3):219-26. **2.** Rybakowski J. Lithium in neuropsychiatry: a 2010 update. World J Biol Psychiatry 2011;12:(5):340. **3.** Severus E et al. State of the art: treatment of bipolar disorders, CNS Neurosci Ther. 2012 Mar;18(3):214-8. **4.** Soares-Weiser K et al. A systematic review and economic model of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of interventions for preventing relapse in people with bipolar disorder, Health Technology Assessment 2007; Vol. 11: No. 39. **5.** Geddes JR et al. Long-term lithium therapy for bipolar disorder: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Psychiatry. 2004; 161(2):217-22. **6.** Yatham LN et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009. Bipolar Disord. 2009:11;225-255. **7.** SBU-rapport nr 166/1. Behandling av depressionssjukdomar, volym 1. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2004, ISBN 91-87890-87-9.

BioP121102

SUICIDPREVENTION UR KOGNITIVT SYSTEMTEORETISKT PERSPEKTIV

Granskad och godkänd kurs
www.ipuls.se

SPECIALISTKURS I STOCKHOLM OCH GÖTEBORG

Kursen vänder sig i första hand till psykiatrer, psykologer, psykoterapeuter och psykiatrisjuksköterskor. Kursen är sex dagar lång, förlagd vid tre olika tillfällen och anordnas både i Stockholm och Göteborg. Anmälan görs via mail info@suicidprev.com eller på telefon 031-775 79 77. Kursen är godkänd som del i specialistutbildning i psykologi. Läs mer på suicidprev.com

SUICIDPREVENTION I VÄST

Hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen

Har Du förslag på en person som Du vill nominera som hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen?

I våra stadgar står **”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”.

Skicka in nomineringen till någon i styrelsen senast den 31/12.

Valdoxan®

Agomelatin

Det första melatonerga antidepressiva läkemedlet

Resynkronisera den biologiska klockan

vid behandling av egentliga depressionsepisoder hos vuxna

Valdoxan® (agomelatin) Rx N06AX22 (övrigt antidepressivum). **Indikation:** Behandling av egentliga depressionsepisoder hos vuxna. **Egenskaper:** Melatonerg MT_1 och MT_2 agonist och 5-HT_{2C} antagonist. Ingen påverkan på extracellulära nivåer av serotonin. Inga utsättningssymptom eller effekt på sexuella funktionen, kroppsvikt, puls eller blodtryck. **Dosering:** Rekommenderad dos är en 25 mg-tablett dagligen peroralt före sänggåendet. Om ingen förbättring av symptomen skett efter två veckors behandling kan dosen ökas till 50 mg en gång dagligen. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Nedsatt leverfunktion (d.v.s. cirros eller aktiv leversjukdom) Samtidig användning av en potent CYP1A2-hämmare (t.ex. fluvoxamin, ciprofloxacin) **Varningar och försiktighet:** Användning till barn och ungdomar, äldre patienter med demens, Mani/Hypomani, Suicid/suicidtankar, kombination med CYP1A2-hämmare och laktosintolerans. Förhöjning av serumtrans aminaser (>3 gånger den övre gränsen av normalvärdet) har i kliniska studier observerats hos patienter som fått Valdoxan, särskilt i 50 mg dos (d.v.s. 1,4 % för 25 mg agomelatin och 2,5% för 50 mg mot 0,6 % för placebo). Serumtransaminaserna återvände vanligtvis till normal nivå vid utsättande av Valdoxan. Leverfunktionstester skall utföras hos alla patienter: i början av behandlingen och sedan periodvis efter cirka tre, sex (slutet på akutfasen), tolv och tjugofyra veckor (slutet på underhållsfasen) och därefter när det är kliniskt indicerat. När dosen ökas skall leverfunktionstester på nytt utföras med samma frekvens som när behandlingen påbörjades. **Priser:** 25 mg tabletter x 28 st = 441,00 SEK (AUP), 25 mg tabletter x 84 st = 1144,00 SEK (AUP). Valdoxan ingår i läkemedelsförmånerna endast som ett andrahandsmedel för patienter som på grund av biverkningar inte tolererat och därmed inte nått behandlingsmålet med SSRI eller annat läkemedel mot depression.
Senaste översyn av produktresumén oktober 2012. För fullständig information se www.fass.se

1 TABLETT DAGLIGEN VID SÄNGGÅENDET

SERVIER

Servier Sverige AB
Box 725
169 27 Solna
Tel. 08-522 508 00

www.valdoxan.com

1. Valdoxan® produktresumé, Servier, 10/2012, www.fass.se

* Responsfrekvensen var statistiskt signifikant högre för Valdoxan jämfört med placebo.

** Upprätthållande av den antidepressiva effekten visades i en återfallspreventionsstudie. Patienter som svarat på en 8/10-veckors akut öppen behandling med 25-50 mg Valdoxan en gång dagligen randomiserades till antingen Valdoxan 25-50 mg en gång dagligen eller placebo i ytterligare 6 månader. En statistiskt signifikant (p=0,0001) fördel för 25-50 mg Valdoxan en gång dagligen jämfört med placebo visades i det primära effektmåttet, prevention av återfall i depression, mätt som tid till återfall. Incidensen för återfall under den 6 månader långa dubbelblinda uppföljningsperioden var 22 % för Valdoxan och 47 % för placebo.

M-PRO-12-VALD-038-PF

Håll koll på din hjärna: så styr optimism och pessimism våra liv

Elaine Fox
Stockholm Norstedts, 2012

Att föra ut forskningsfynd
En viktig uppgift för forskare är att göra sina fynd tillgängliga, inte bara till kollegor utan också, om dessa fynd är av allmänt intresse, till en vidare läsekrets. Det är inte alltid lätt att väva en text som riktar sig till båda dessa målgrupper.

Ett angeläget försök har gjorts av Elaine Fox, professor i psykologi och neurovetenskap med inriktning på forskning kring kognition, neuroimaging och genetik. Hon presenterar bland annat fynd från studier av var olika psykologiska processers neurofysiologiska korrelat kan återfinnas i hjärnan och hur dessa processer också kan påverka hjärnans funktion mer permanent.

Optimism och pessimism
Författaren utgår ifrån två grundläggande livsinställningar, optimism och pessimism. Optimismen fokuserar på framtidens möjligheter och pessimismen på dess faror. Hon beskriver dessa förhållningssätt genom anekdoter och vinjetter ur berömda människors liv på ett både livfullt och underhållande sätt. Hon framhåller att båda förhållningssätten kompletterar varandra. Optimismens avigsida, överoptimismen, innebär ett omdömeslöst risktagande och pessimismens en depressiv svartsyn. Denna balanserade syn håller dock endast av och till i framställningen. Ofta kantrar den så att jämförelsen mellan de båda förhållningssätten utgår ifrån att ”optimisten” kännetecknas av en realistisk optimism medan ”pessimister” kännetecknas av ett ” sinne som översköljs av negativitet och av att varje motgång tas som ett bevis för att världen är emot dem”, dvs. i själva verket pessimismens extrem. Optimism handlar enligt författaren om mer än att må bra, leva ett meningsfullt liv, klara kriser, det vill säga att de har kontroll. Optimister tror innerst inne att de styr sina egna öden. Optimism handlar om synen på framtiden och mer om vad man gör än vad man tänker. Pessimismens fördelar beskrivs betydligt mer sparsamt, även om vikten av att kunna urskilja risker betonas. Trots stora förändringar i levnadsförhållanden tenderar optimister att förbli optimistiska och pessimister att förbli pessimistiska.

Solhjärnan och Regnhjärnan
Författarens redovisar inte bara sin egen forskning utan gör en bred exposé över forskningsfynd som hon anser vara relevanta för att belysa neurobiologisk och i viss mån psykologisk bakgrund till skillnaden mellan optimism och pessimism. Ofta skissar hon en fyllig bakgrund och intressant historik.

Författaren menar att den neurobiologiska skillnaden mellan optimism och pessimism kan tillskrivas balansen mellan två funktionella system kallade Solhjärnan/njutningshjärnan respektive Regnhjärnan/alarmhjärnan. Dessa neuronala system delar överordnat centrum, prefrontala cortex som bland annat står för tänkande: planering och problemlösning, Detta centrum står i förbindelse dels med nucleus accumbens, som påverkas av dopamin (längtan) och opioider (lust) dels med amygdala som styrs av serotonin (rädsla). Alarmhjärnan har av överlevnadsskäl överhöghet över njutningshjärnan.

Detta förstärks av att inkommande intryck från sinnesorgan och inre receptorer först scannas i amygdala för hot innan dessa intryck bearbetas i cortex. Reaktionen på påtagliga hot är närmast reflexmässigt blixtsnabb. Känslor/rädsla kommer först sedan alarmsystemet redan vidtagit bästa snabba åtgärd. Skador på den centrala kärnan i alarmsystemet, amygdala, leder till att man förlorar förmågan att se rädsla hos andra, inte känner igen vanliga tecken på fara, samt tar bort känslan för de personliga gränserna.

Sitter optimismen i generna?
Hon tar sin utgångspunkt i epigenetiken som fundament för samspelet mellan arv och miljö. Sammantaget tycks optimism till 40 % tillskrivas ärftliga faktorer. Gener har i sig ingen större påverkan men i kombination med ett liv fullt av påfrestningar kan en kombination bli farlig. Sårbarhetsgener skapar en svaghet men svagheten kommer fram när livet förändras till det sämre. Ett betydelsefullt fynd är att den serotonintransportgen som ingående studerats snarast är en plasticitetsgen. Den förstärker reaktionen på omgivningen var sig denna är bra eller dålig.

Inte så rationella som vi vill tro

Ett av de mest intressanta avsnitten i boken handlar om kognitiv forskning som visar hur vår perception styrs och kan påverkas. Denna forskning hämtar fynd från en mängd fält till exempel socialpsykologi och inte minst från experiment med registrering av emotionella och fysiska reaktioner på bilder som exponeras så snabbt att innehållet inte medvetet hinner uppfattas. Vår perception är ofta inte rationell. Konfirmationsbias innebär att vi tenderar att lägga märke till sådant som stämmer med vår innersta övertygelse - vi har en benägenhet att spontant leta bevis som bekräftar vår preliminära slutsats. Att ha positiva illusioner är helt normalt; 95 % av alla bilförare ansåg att de körde bättre än genomsnittet.

Systematiska serier av experiment visar hur de olika grundinställningarna, optimism/pessimism, påverkar vad som uppfattats, samt hur en grundinställning kan programmeras om till ett omedvetet urval av allt mer positiva aspekter. Detta kan leda till förstärkning av förmågan att se mer positivt på tillvaron. Man kan sålunda lära sig att välja bort negativa bilder och negativ information utan att själv vara medveten om det.

Hur verkar behandling i hjärnan?

Författaren för också resonemang om hur behandlingseffekter av ångest och depression kan förstås. Alla psykoterapiformer som aktiverar prefrontala cortex kan göra att aktiviteten i amygdala dämpas vilket kan verifieras genom iakttagelse av förändrat flöde i viktiga nervbanor. Gamla minnen präglade av rädsla utplånas vanligen inte, men kan överlagras av nya trygga minnen, till exempel genom exponering.

Användningen av SSRI-preparat tycks inte höja stämningsläget dvs. stimulera Solhjärnan, vilket till exempel kokain gör, utan snarare verka genom att minska amygdalaaktiviteten i Regnhjärnan. CMB-metoden som baseras på upprepade entimmarspass av datorträning kan åstadkomma den redan nämnda kognitiva omprioriteringen till undvikande av negativ information.

Svagheter i framställningen

Om författarens redovisning av vetenskaplig metodik och fynd är både noggrann och spännande är den mer populärt hållna delen av framställningen mer vidlyftig. Här placerar sig författaren enligt min mening av och till in sig bland andra optimistkonsulter trots att hon försöker hålla distans till denna kategori. Ett par exempel: Hon hävdar å ena sidan att det är den optimistiska respektive pessimistiska grundinställningen som bestämmer hur vi uppfattar tillvaron. Å andra sidan skriver hon att optimism handlar mycket om att acceptera världen som den är. Det är alltså i stort sett optimistens bild av världen som ska gälla.

Hon jämför två bröder uppvuxna på Irland. Den ene visar tidigt entreprenörstakter, tar risker, far till USA och blir mångmiljonär, den andre är plugghäst, stannar på Irland, blir lärare och mindre framgångsrik. Den ena är ett exempel på en optimistisk inställning, den andra mer pessimistisk. Skillnaden tillskriver hon deras olika livsinställning – de har ju samma gener, samma bakgrund, samma möjligheter. Detta synsätt håller inte vetenskapligt. Pojkarna har inte samma gener, de är inte ens tvillingar. Beteendegenetiker har visat att syskon i stort sett inte uppvisar större likheter i beteende än som förklaras av deras gemensamma genuppsättning. Bakgrunden kan te sig gemensam till det yttre, men de faktiska relationella förhållandena och respektive syskons subjektiva upplevelser är inte sällan påtagligt olika.

Några egna reflektioner

Författaren behandlar utförligt den patologiska pessimismen vilken kan kännetecknas av ångest, depression, eventuellt tvångsmässighet. Här redovisas som nämnts intressanta forskningsfynd och viktig metodutveckling. Den patologiska optimismen porträtteras via de extrema risktagarna som söker en kick i faran. Enligt min mening kan den överdrivna optimismen ha andra betydligt mer genomgripande konsekvenser. Den framgångsrika optimisten kan vara en företagare som tar risker som till slut leder till ekonomisk framgång – även om sådan framgång, vilket författaren framhåller i bokens slutkapitel, inte korrelerar med upplevelse av lycka och välbefinnande. Inom finansvärlden tycks det dock ha samlats en grupp naiva optimister, eventuellt ”sensationseekers”, vilkas handhavande av andras pengar leder till katastrofala, delvis globala konsekvenser. Kan det vara så att överdriven pessimism övervägande drabbar den enskilde och nätverket, medan överdriven optimism kan ha betydligt större negativa konsekvenser?

Kognitiv omprioritering för att behandla depression och ångest är angeläget att pröva. Kan det också tänkas att metoden får större spridning som ett sätt att stänga av tillvarons avigsidor och bli ett led i ”själens plastikkirurgi” så att vi kommer att modellera, inte bara kroppen utan också psyket efter behag i jakten på framgång och lycka?

Jag märker att jag tenderar att frondera något mot författarens framställning av optimismen. Det handlar om hennes framställning, inte om livsperspektivet i sig. Vad gäller min egen kognitiva bias i ämnet kan jag konstatera att jag, när jag fyllde i självskattningsformuläret LOT-R som presenteras i boken, blev diagnosticerad som ”försiktigt optimistisk” och sålunda icke kan betraktas som jävig!

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

SVENSK PSYKIATRI
TEMANUMMER UNDER 2013

NUMMER 1 2013
Tema: Psykiatrins sociologi
Deadline 13 februari
Utkommer vecka 10

NUMMER 2 2013
Tema: Psykiatrins psykologi
Deadline 15 maj
Utkommer vecka 23

NUMMER 3 2013
Tema: Ej bestämt
Deadline 28 augusti
Utkommer vecka 38

NUMMER 4 2013
Tema: Ej bestämt
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

De flesta som drabbas av en depression får ytterligare minst en sjukdomsepisod senare i livet och för varje ny episod ökar sannolikheten att insjukna på nytt.[1] Depression är för många en kronisk återkommande sjukdom.[1]

Det är inte ovanligt att patienter som tar läkemedel mot depression inte får tillräcklig effekt av sin första eller andra behandling.[2] Genom att byta behandling till Cymbalta har du en möjlighet att hjälpa de patienter som redan har provat SSRI och venlafaxin utan att ha fått tillräcklig effekt eller drabbats av biverkningar.[2] En hjälp mot ett liv mindre märkt av depression.

Referenser: 1. SBU. Behandling av depressionssjukdomar. 2004. SBU-rapport nr 166. 2. www.tlv.se.

Cymbalta® 30 mg och 60 mg enterokapslar, hårda (duloxetin). **ATC-kod:** N06AX21. **Indikationer:** Behandling av egentlig depression. Behandling av smärtsam diabetesneuropati. Behandling av generaliserat ångestsyndrom. Cymbalta är indicerat för vuxna. **Kontraindikationer:** Samtidig behandling med icke-selektiva, irreversibla monoaminooxidashämmare. Skall inte användas i kombination med potenta CYP1A2-hämmare. Leversjukdom med försämrad leverfunktion. Gravt nedsatt njurfunktion. Okontrollerad hypertoni. Datum för översyn av produktresumén: 20110726. För ytterligare information och priser se www.fass.se. R_X. F. Vid smärtsam diabetesneuropati ingår Cymbalta i läkemedelsförmånerna utan begränsning. **Begränsningar i läkemedelsförmånerna:** Cymbalta ingår även i förmånerna för patienter med depression eller generaliserat ångestsyndrom som inte nått behandlingsmålet med minst två andra antidepressiva läkemedel, varav det ena bör vara generiskt venlafaxin om inte särskilda skäl talar mot det.

Cymbalta®
duloxetin

hela vägen tillbaka

Eli Lilly Sweden AB. Box 721, 169 27 Solna, 08-737 88 00, www.lilly.se

Lilly

Kalendarium

6-8 februari 2013
ST-konferensen, Sundsvall
www.slupsykiatri.se/SLUP/ST-Konferensen.html

13-15 mars 2013
Svenska Psykiatrikongressen, Stockholm
www.svenskpsykiatri.se

6-9 april 2013
21st European Congress of Psychiatry
Nice, Frankrike
www.epa-congress.org/

10-13 april 2013
World Psychiatric Association Regional Congress
Bukarest, Rumänien
www.wpa2013bucharest.org/

18-19 april 2013
20th International Symposium on Current Issues and Controversies in Psychiatry
Barcelona, Spanien
www.controversiasbarcelona.org/english.html

21-23 april 2013
CINP Thematic Meeting: Pharmacogenomics and Personalised Medicine in Psychiatry
Jerusalem, Israel
www.cinp2013.com

23-24 april 2013
Svenska BUP-kongressen
Hotell Tylösand, Halmstad
www.svenskabupforeningen.se/kalender_2013.html

3-4 maj 2013
54th Annual Meeting of the Scandinavian College of Neuropsychopharmacology
Köpenhamn, Danmark
http://scnp.dk/

18-22 maj 2013
166th APA Annual Meeting
San Francisco, USA
www.psych.org/annualmeeting

6-9 juni 2013
4th World Congress on ADHD
Milano, Italien
www.adhd-congress.org

12-15 juni 2013
10th International Conference on Bipolar Disorders
Miami Beach, Florida, USA
www.10thbipolar.org

23-27 juni 2013
11th World Congress of Biological Psychiatry
Kyoto, Japan
http://www.wfsbp-congress.org/

29 juni – 3 juli 2013
21st World Congress Social Psychiatry
Lissabon, Portugal
www.wasp2013.com

6-10 juli 2013,
European Society for Child & Adolescent Psychiatry
Dublin, Irland

21-23 augusti 2013
110th Nordic Symposium on Forensic Psychiatry
Kuopio, Finland
www.forpsyk.se/2012/06/26/nordic-symposium-on-forensic-psychiatry-first-announcement-21-23-aug-2013-i-kuopio-finland-10299743

14-18 september 2014
XVI World Congress of Psychiatry
Madrid, Spanien
www.wpamadrid2014.com

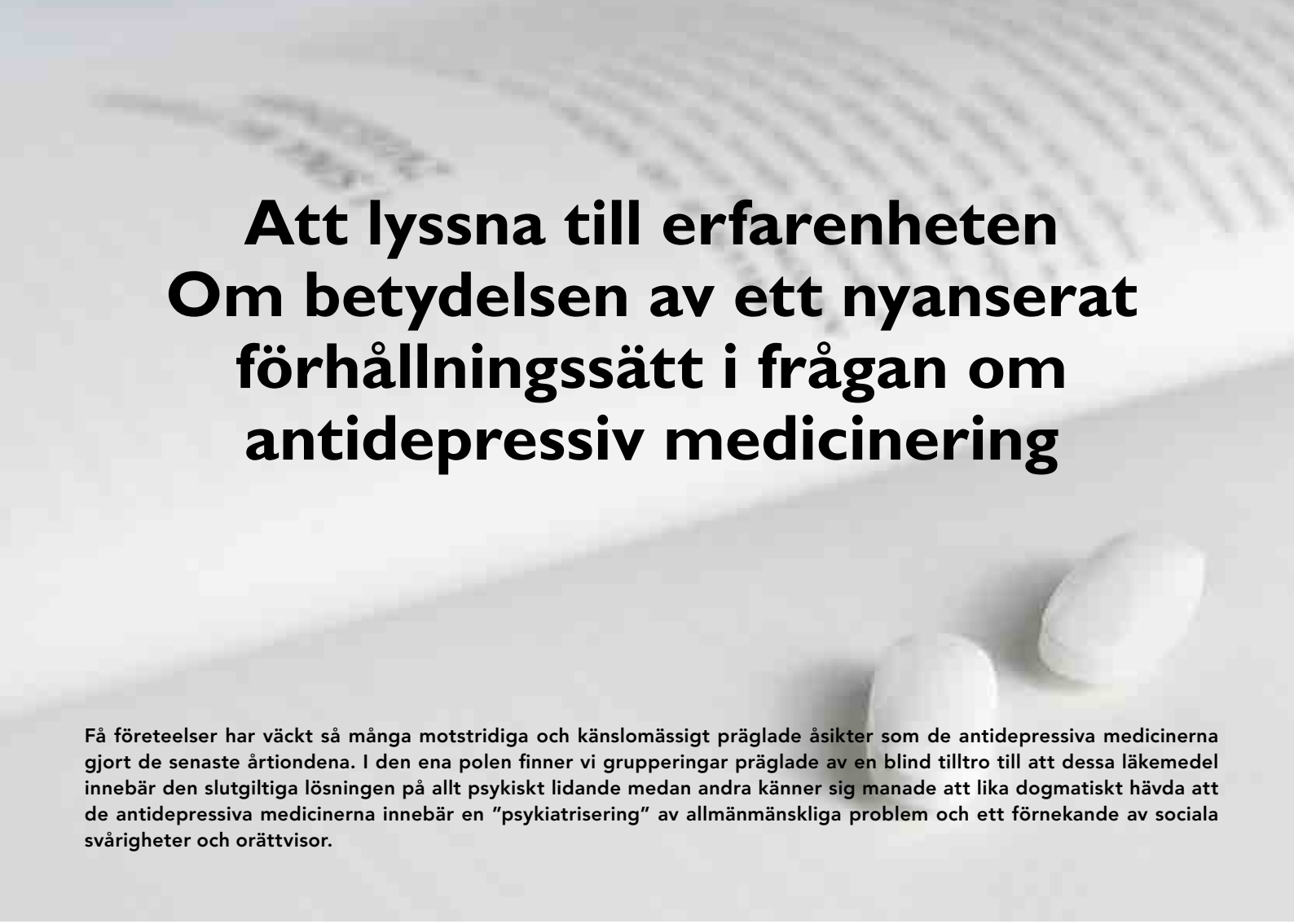
26-28 september 2013
4th European Conference on Schizophrenia Research
Berlin, Tyskland
www.schizophrenianet.eu

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/ecvcp/Invitation.html

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

Att lyssna till erfarenheten Om betydelsen av ett nyanserat förhållningssätt i frågan om antidepressiv medicinering



Få företeelser har väckt så många motstridiga och känslomässigt präglade åsikter som de antidepressiva medicinerna gjort de senaste årtiondena. I den ena polen finner vi grupperingar präglade av en blind tilltro till att dessa läkemedel innebär den slutgiltiga lösningen på allt psykiskt lidande medan andra känner sig manade att lika dogmatiskt hävda att de antidepressiva medicinerna innebär en "psykiatrisering" av allmänmänskliga problem och ett förnekande av sociala svårigheter och orättvisor.

Foto: Shutterstock © Dalibor Sevaljevic

Syftet med denna artikel är att visa på en möjlig väg bortom denna polariserade syn på antidepressiv läkemedelsbehandling, en väg som öppnar sig om man vågar lyssna till den erfarenhetsbaserade kunskap som de som själva medicinerar faktiskt bär på.

Det kontroversiella pillret – några nedslag i debatten kring de nyare antidepressiva läkemedlen

De första antidepressiva läkemedlen upptäcktes och utvecklades under 1950-talet (Healy, 1997). Dessa tidiga antidepressiva preparat var toxiska och hade dessutom förhållandevis svåra biverkningar, vilket medförde att deras användning begränsades till de mer allvarliga psykiatriska fallen. Från och med slutet av 1980-talet har det dock skett en närmast explosionsartad ökning av användningen av antidepressiva mediciner. Detta beror främst på upptäckten av de s.k. SSRI-preparaten (selective serotonin reuptake inhibitor), en ny typ av antidepressiva läkemedel. På grund av att dessa nyare antidepressiva mediciner hade få biverkningar och inte medförde några allvarligare risker för användaren så var de enklare att förskriva även för läkare utanför de psykiatriska klinikerna.

Detta innebar att framförallt allmänläkarna, som i sin kliniska vardag mötte många patienter med olika former av mer lindriga psykiatriska besvär, fick ett nytt och lovande verktyg bland sina behandlingsmetoder, något som i sin tur varit med och bidragit till att förskrivningen av antidepressiva läkemedel mångdubblats under de senaste två decennierna. Fredrik Svenaeus nämner i sin bok *Tabletter för känsliga själar. Den antidepressiva revolutionen* (2008) att försäljningen av antidepressiva läkemedel ökade med 700 % i Sverige mellan åren 1992-2007.

Denna dramatiska ökning vad gäller förskrivningen av antidepressiva läkemedel har varit kontroversiell och en livlig debatt har vid flera tillfällen förts både inom den akademiska världen och i massmedia (Carlberg, 2008; Svenaeus, 2008), en debatt som ofta tagit sin utgångspunkt i olika uppfattningar kring den biomedicinska grundsyn som fått ett allt större inflytande inom den psykiska hälsovården de senaste årtiondena (Roudinesco, 2001).

De debattörer som förespråkar ett biomedicinskt synsätt och en ökad användning av antidepressiva läkemedel utgår vanligen från den forskning som har sin grund i s.k. evidensbaserad medicin, ett forskningsparadigm som fått stort genomslag i senare års nationella riktlinjer avseende olika psykiska besvär och därmed även i hälso- och sjukvårdspolitiken i stort. Dessa förespråkare hävdar med hänvisning till denna forskning att en stor del av det psykiska lidandet bör betraktas som psykiatriska syndrom eller sjukdomar. Man menar vidare att antidepressiv medicinering har god effekt vid ett flertal av dessa psykiatriska besvär, att biverkningarna är få och samhällskostnaderna relativt låga (se exempelvis SBU, 2004). Man anser också att psykofarmakologisk behandling kan hindra att lindrigare psykiska tillstånd utvecklas till allvarligare svårigheter och att medicineringen därmed kan bidra till att minska sjukskrivningar, behov av psykiatrisk slutenvård och inte minst antalet självmord (Kessler, Merikangas, Beglund, Eaton, Koretz & Walters, 2003).

Förespråkarna av en ökad användning av antidepressiva läkemedel hävdar även att det finns ett stort mörkertal av personer med obehandlade psykiatriska störningar i vårt samhälle (Hirschfeld, Keller, Panico, Arans, Barlow, Davidoff, et al, 1997). Utifrån detta förordar man breda upplysningskampanjer som syftar till att människor ska lära sig känna igen eventuella symptom på psykiatriska besvär och därmed ges möjlighet att söka adekvat medicinsk behandling.

Vissa mer radikala förespråkare anser att antidepressiva mediciner och annan psykofarmaka bör användas för att bekämpa alla former av psykiskt lidande oavsett orsak (Kramer, 1996).

Man menar att det precis som i andra fall av smärtlindring är orimligt att tolerera lidande när det finns effektiva sätt att lindra eller ta bort det. Man ifrågasätter bestämt tanken att psykiskt lidande skulle vara utvecklande för en människa och menar att medicinering ofta är en nödvändighet för att klara av att hantera eller övervinna svårigheter. Samma förespråkare menar även att det inte behöver finnas någon motsättning i att erbjuda psykofarmakologisk behandling till personer vars psykiska lidande har sin grund exempelvis i sociala faktorer som arbetslöshet eller ekonomiska bekymmer. För det första tänker man sig att denna typ av yttre påfrestning ofta kan ge upphov till en faktisk biomedicinsk störning, som i så fall bör behandlas farmakologiskt. Dessutom anser man att det vore oetiskt att personer som lider psykiskt inte skulle få tillgång till medicinering som kan minska deras lidande bara för att orsaken står att finna i exempelvis sociala faktorer som diskriminering på arbetsmarknaden.

Kritikerna till den biomedicinska grundsynens ökade inflytande menar å sin sida att detta synsätt bidragit till en överdriven tendens att kategorisera mänskliga livsproblem i psykiatriska termer och att detta skett på bekostnad av andra sätt att betrakta och förstå olika former av psykiskt lidande (Elliott, 2004; Reeder, 2010). I debatten har kritikerna fört fram hypotesen att den biomedicinska ideologin bidragit till en ökad användning av antidepressiva läkemedel, men även det omvända orsakssambandet att den ökade användningen av antidepressiva mediciner varit med och förstärkt denna ideologis maktställning. Att på detta sätt ”psykiatrisera” allmänmänskligt lidande innebär enligt kritikerna en flykt från de faktiska svårigheter som en människa oundvikligen möter i livet och dessutom att hänsyn inte tas till den kanske inte alltid så uppenbara funktion som det kan ha att konfronteras med och ta sig igenom dessa livsproblem.

En annan kritik mot den kraftigt ökade förskrivningen av antidepressiva läkemedel rör det som går under beteckningen ”Kosmetisk psykofarmakologi” (Elliott, 2004; Svenaeus, 2008), ett begrepp starkt förknippat med Peter

En möjlig väg bortom den polariserade synen på antidepressiv medicinering

D. Kramers bok *Lyssna till Prozac. En psykiater utforskar hur antidepressiva läkemedel kan omdana personligheten* (1996). Med kosmetisk psykofarmakologi avses en utvidgad användning av psykofarmakologiska preparat där dessa utnyttjas för att påverka allmänmänskliga tillstånd, som exempelvis blyghet, och inte enbart för att bota eller lindra sjukliga processer. Kritikerna menar att följden av en sådan kosmetisk användning av de antidepressiva läkemedlen är att tillstånd som tidigare ansetts falla inom det normala och icke-patologiska nu omtolkas i termer av diagnostiska kategorier, vilket vad gäller den ovan nämnda blygheten innebär att denna förvandlas till det psykiatriska tillståndet social fobi (Lane, 2008). Enligt vissa kritiker bidrar de antidepressiva läkemedlen på så vis till en anpassningsideologisk tendens i vårt samhälle där acceptansen för det som avviker från den sociala normen blir allt mindre (Elliott, 2004).

Dessutom medför, enligt kritikerna, denna utvidgade användning av antidepressiva läkemedel att lidande som har sin grund i sociala problem som exempelvis ekonomiska orättvisor, arbetslöshet eller följder av diskriminering felaktigt betraktas som orsakade av psykiska svårigheter på det personliga planet.

Följden av att man försöker lösa sociala problem på individuell psykiatrisk nivå är, enligt dessa kritiker, att uppmärksamheten riktas bort från de samhälleliga faktorer som givit upphov till lidandet och att man därmed inte lägger resurser på lämpliga sätt att bemöta dessa svårigheter (Svenaeus, 2008).

En möjlig väg bortom den polariserade synen på antidepressiv medicinering

Den kliniska vardagen så som den framträder exempelvis på en psykiatrisk mottagning ter sig oftast inte så entydigt svart eller vit som olika ideologiskt färgade uppfattningar vill göra gällande. Dessutom tycks det som att en del av debatten befinner sig långt ifrån den konkreta verklighet som både kliniker och framförallt användare av antidepressiva läkemedel brottas med. Ett möjligt sätt att komma förbi ofruktbara ideologiska strider står därför att finna om uppmärksamheten istället fokuseras på de områden som personer som själva står under antidepressiv medicinering uppfattar som centrala.

I en tidigare studie intervjuade jag en grupp personer om deras upplevda erfarenhet av antidepressiv läkemedelsbehandling (Sykes, 2012). Den bild som framträder ur mina informanters beskrivningar visar på en komplex och inte alltid entydig realitet. Bakgrunden till att påbörja antidepressiv medicinering var generellt sett mycket skiftande, där alltifrån tydliga aktuella påfrestningar till ett mångårigt eller t.o.m. livslångt lidande kunde vara fallet. Det är därför i den kliniska vardagen svårt att göra något absolut ställningstagande till om medicinering bäst lämpar sig vid renodlade psykiatriska störningar eller om läkemedelsbehandling är till lika stor nytta vid allmänmänskliga kriser. Denna fråga som varit så central i debatten kring antidepressiva läkemedel tycks faktiskt inte särskilt betydelsefull för de som själva medicinerar. Vanligen valde mina informanter att börja medicinera när basala behov som att kunna sova, få i sig mat eller att alls stå ut i samvaro med andra människor blivit nästan helt omöjliga att få tillfredsställda. För dessa personer är det därför av begripliga skäl inte lidandets orsak utan dess faktiska konsekvenser som står i centrum. Kanske är det för att vi befinner oss på denna pragmatiska nivå – där frågan om orsaken till det psykiska lidandet underordnas medicineringens förmåga att stödja det basala vardagsfungerandet – som den i debatten så vanliga polariseringen mellan biologiska respektive psykosociala förklaringsmodeller nästan helt lyser med sin frånvaro.

För mina informanter är det dessutom självklart att medicineringen inte leder till någon lösning på livets alla bekymmer, t.ex. relationssvårigheter eller svårighet att finna tillfredsställelse i sitt arbete.

Vid denna typ av problem anser man istället att psykoterapi är ett rimligare alternativ.

I detta sammanhang betonar informanterna betydelsen av att lära sig att tackla denna typ av svårigheter och motgångar i livet utan stöd av läkemedel och att man alltid bör tänka på vilken funktion och konsekvens den antidepressiva medicineringen har i det unika fallet. För mina informanter finns det alltså ingen inbyggd motsättning mellan läkemedelsbehandling respektive psykoterapi, utan de fungerar snarare som ett komplement till varandra. Dessutom tycks det finnas en ganska tydlig skeptisk inställning till idén att försöka medicinera bort den smärta som livet oundvikligen innehåller.

Bland mina informanter fanns inga uppenbara exempel på personer vars psykiska lidande kunde sammankopplas med sociala orättvisor som exempelvis diskriminering pga. kön eller etnisk tillhörighet. Det är därför utifrån detta urval svårt att ha någon uppfattning om i vilken utsträckning sociala svårigheter döljs av läkemedelsbehandling och om samhälleliga problem på så vis omtolkas i psykiatriska termer.

Som en sammanfattning av mina informanters erfarenheter av antidepressiv läkemedelsbehandling skulle man kunna säga att dessa mediciner ofta är till nytta men ibland ett hinder, ofta möjliga att kombinera med ett psykoterapeutiskt arbete men ibland inte, ofta till hjälp under en begränsad period men ibland nödvändiga som en livslång intervention. En viktig lärdom man kan dra av att faktiskt lyssna till de personer som av olika skäl medicinerar med antidepressiva läkemedel är alltså hur centralt det är att se till det unika livssammanhang en person befinner sig i när man bedömer värdet av psykofarmakologisk behandling och att denna bedömning inte får reduceras till en ytlig skattning av aktuella psykiatriska symptom.

Daniel Sykes
Leg psykolog, leg psykoterapeut
Göteborg

Referenser
www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html

Det råder idag en hysteri kring självmord

Utifrån en missriktad omsorg och iver att hjälpa har psykiatrins vision att alla patienter ska hitta fram till en meningsfull tillvaro och föras till en punkt där de vill leva vidare, gått överstyr och sätter i värsta fall krokben på sig själv. Hur sorgligt det än är känner en del med rätta att livet inte är värt att leva. Det är inget underbetyg för vården utan är en konsekvens av att vi de facto inte lever i den bästa av världar, det hela är således ett större problem än vad psykiatrins suicidriskbedömningar kan råda bot på.

Foto: Shutterstock

För många människor har livet blivit oerhört trasigt. De kan inte erövra ett värdigt liv: alltför mycket är förstört. En del har upplevt osannolikt mycket elände; de har älskats alldeles för lite och sveken har varit för många. För en del är det en ständig uppförsbacke – utan att någon väntar dem uppe vid krönet. Trots att livet uppenbart är outhärdligt för många tar sig en del rätten att säga att alla ska leva: oavsett hur illa det ser ut ska människor överleva sig själva. Människor ska – enligt deras affekterade logik – alltid hjälpas till den punkt där livet är värt att leva. Alla ska med in i framtiden oavsett hur denna framtid ser ut.

Frågan kring självmord är svår och berör oss alla på ett känslomässigt plan. Det är oerhört sorgligt och oåterkalleligt när någon bestämmer sig för att ta livet av sig. Många gör det överilat: ett misstag som inte går att reparera. Alla måste verka i den riktningen att människor inte hamnar i så utsatta situationer att självmordet upplevs som enda utväg. Kring det råder ingen tveksamhet.

Det råder dock i dag en hysteri kring självmord. Jan Beskow, professor i psykiatri, har länge propagerat för en nollvision kring denna fråga. Hans mission är att ingen ska behöva ta livet av sig. En återkommande jämförelse som förs fram är nollvisionen kring olyckor i trafiken. Det låter mycket bra. Dåvarande folkhälsominister Maria Larsson gjorde också denna nollvision för självmord till regeringens, då den från 2008 ingår som en del i folkhälsopropositionen.

Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen var kritiska till denna vision när den lanserades. Herman Holm, psykiater, och Nils-Eric Sahlin, professor i medicinsk etik i Lund, uttryckte sin oro mycket pregnant och klokt i Läkartidningen (nr 17, 2009). Deras kritik inriktade sig på att visa på de stora skillnaderna mellan de båda nollvisionerna: dödsolyckor i trafiken och självmord.

De menade också att nollvisionen motverkar sitt goda syfte genom följande fyra faktorer: 1) det ökar skammen kring självmord 2) man kan inte förutsätta att alla självmord begås utifrån ett psykiskt sjukdomstillstånd; enligt Sveriges lag har man rätt att ta livet av sig 3) nollvisionen är oförenlig med läkarassisterat självvalt livsslut 4) tvångsvården kan paradoxalt öka risken då det innebär ytterligare en förlust av den egna kontrollen som är så viktig för att känna människovärdighet; tvång är inte en långsiktig lösning på problemet.

Denna kritik som riktas mot nollvisionen av Holm och Sahlin är viktig att erinra sig, deras andra och fjärde punkt tangeras i mitt resonemang. Min kritik har framför allt två anslag, dels kring vilka tokigheter denna vision kan få i det dagliga kliniska arbetet, dels en mer övergripande ideologisk kritik av att alla förutsätts vilja leva. Kritiken mot nollvisionen bör förnyas då den fortsätter att leva kvar i psykiatrin. Folkhälsopropositionens skrivning gäller fortfarande och vi som verkar inom psykiatrin ser hela tiden avlagringar av denna vision i form av nya riktlinjer kring suicidprevention.

Nollvisionen inget önskvärt ideal

Denna nollvision är inte bara omöjlig – det kan passera då visioner ofta bara har sin betydelse som något eftersträvansvärt – utan allvarligare är att den inte ens är önskvärd som realiserat ideal. Det är en vision som, om den faktiskt blev sann, skulle vara fruktansvärd. Det skulle innebära att människor var dömda att fortsätta leva ett liv som bara var en lång plåga, eller skulle först vara förnuftig om man förutsätter att världen är paradisisk: ett Guds rike på jorden. Kanske jag är blind, men när jag försöker skapa mig en bild av vår tid och vår plats på jorden så är det inte Guds rike jag ser.

”Det hjälper inte en människa att man frågar henne om hon har självmordstankar.”

Nollvisionen borde alltså enligt förespråkarnas logik innebära att man på allvar tror det är möjligt att skapa en värld där alla har det bra och upplever sina liv som meningsfulla. En Edens lustgård, ett Eldorado, ett Shangri-La. Så har tyvärr världen aldrig varit inrättad och så kommer den sannolikt heller aldrig att inrättas. Man måste ha glömt av människans allt annat än vackra historia, och vara smått fanatisk om man tror att en sådan utopi vore möjlig.

Nollvisionen innebär i förlängningen att man ska få människor att uppskatta och vilja leva ett liv som inte är för handen.

Har man bytt plats med Gud och tror att man kan omforma världen efter sitt eget önsketänkande? Det är mycket olyckligt att denna ordning införts i psykiatrin: en ordning där överlevnad har prioritet framför allt annat. Det har dessutom ibland motsatt effekt. Det finns en tröst i tanken att få ta sitt liv, och att det i alla fall finns en radikal lösning på en ohållbar situation: en tröst som får många att paradoxalt orka leva vidare. Livet är svårt helt enkelt. Att känna att man ändå har makten att bestämma över sitt liv balanserar den annars kompakta maktlösheten. Det är givetvis en skyldighet inför sig själv och andra att göra något meningsfullt av sitt liv om det är möjligt. Ibland är detta dock inte möjligt. Detta måste erkännas. Önsketänkandet kan inte ta verklighetens plats och dölja det faktum att livet är oerhört plågsamt för somliga.

För att kunna säga ja måste man på allvar kunna säga nej. Enligt en mycket enkel logik. Man kan bara välja livet om man också kan välja bort livet. Annars är det ett val utan värde: ett låtsasval, ett pseudoval. Det måste anses som människans yttersta rätt att bestämma över sitt eget liv och därmed också rätten att välja bort livet. Det är, mig veterligen, bara i fascistiska stater som självmord varit förbjudet i modern tid.

Att leva är ingen skyldighet

Man kan inte förnumstigt måla upp livet som värt att leva inför en desperat människa vars liv är fullständigt söndertrasat. Det är ett fullständigt hån och en självgod respektlöshet – för att inte tala om ofoget att påtala den desperates ansvar gentemot de efterlevande. Då har man inte förstått något av självhatets och desperationens logik. Det vanliga är att man upplever sig som en belastning och att man således gör världen en tjänst genom att försvinna. Det är ingen skyldighet att leva ett miserabelt och ovärdigt liv, utan hopp om att finna en plats i ett sammanhang, och i en mänsklig gemenskap. Vår uppgift som träffar dessa förtvivlade människor är inte att direkt omyndigförklara dem, eller skönmåla tillvaron och därmed ogiltigförklara deras tankar och känslor. Vår uppgift borde i rimlighetens namn i stället vara att på lång sikt hjälpa till att skapa en mer värdig och meningsfull tillvaro för personen i fråga.

Det hjälper inte en människa att man frågar henne om hon har självmordstankar. Varje gång den frågan ställs lite halvhjärtat och pliktskyldigast från någon representant från vården – för så är det påbjudet i någon sorts gullig välmening – så ökar snarast risken. Detta givetvis om inte frågan är en inledning till ett allvarligt menat försök att förstå vad som får just den människan att inte vilja leva. I sådant fall har frågan en stor betydelse och har säkert bidragit till de senaste decenniernas minskade självmordstal. Men om frågan bara ställs som en oreflekterad del i en bedömning korrumperas ordens betydelse: att ställa en fråga utan att på allvar vara beredd att ta emot svaret är respektlöst och rent oanständigt.

Det måste finnas en beredskap och vilja att föra ett samtal om den utsatthet och desperation som patienten befinner sig i. Att inte vårdpersonalen direkt agerar kan i bästa fall förmedla att man kan stå ut i det svåra och på detta sätt stärks patientens tillit till sin egen förmåga.

Enskilda psykologer/psykiater – särskilt oerfarna sådana – har hamnat i ett dilemma på grund av det höga tonläget kring självmord. De måste för egen del skydda sig juridiskt genom att alltid fråga kring självmordstankar oavsett nyttan: även när det ibland är kontraindicerat att ställa frågan. Den mänskliga kontakten uteblir inte sällan när klinikern förväntas med hjälp av statistiska kategorier sia om en patients framtida öde. Att undersöka patientens totala lidande är många gånger mer givande än att specifikt bedöma självmordsrisken. Frågan kring den eventuella handlingens sannolikhet överskuggar lätt frågan kring anledningen till den eventuella handlingen.

Att utröna risken för självmord har alltså inget värde om man sedan inte kan erbjuda något som gör skillnad kring patientens livssituation på lång sikt. Man kan inte för alltid spärra in människor. Detta förutom att den eventuellt uppmärksammade risken föranleder insättning av psykofarmaka. Mitt resonemang rör dock, utifrån min profession, företrädesvis de psykologiska spörsmålen.

Vårt arbete får inte bedrivas medels lögner

Slentrianmässigt – också enligt påbud – ska vården vara ett ställföreträdande hopp när patienten inte kan uppamma ett sådant. Det är på sin plats vid rätt tillfälle, men inte urskillningslöst. Man ska givetvis aldrig ge upp om ett liv, men man kan inte pådyvla en människa ett hopp som det inte finns förutsättningar eller täckning för. Att ljuga ogenerat på det sättet minskar bara ytterligare personens tilltro till andra och omvärlden. Givetvis fungerar suggestion kortsiktigt: men att fara med osanning urholkar långsiktigt tilliten. Ibland är det självfallet påkallat att med sina ord försöka bära någon över en svår period; att med språket försöka få den självmordsbenägne att föreställa sig en morgondag som är något annat än det hopplösa nuet; att med språket försöka lysa upp i ett totalt mörker. Det får dock inte ske medels lögner.

En självmordshandling måste ses som en fullständigt desperat handling. Att innan eller efter kunna redogöra på ett instrumentellt sätt för vilka faktorer som ökar eller minskar självmordsrisken är att fullständigt missförstå dynamiken bakom självmordshandlingen: man tar inte livet av sig för att fyra av sju saker inte fungerar i ens liv. Statistik har mycket liten bäring i det enskilda fallet. Att sakligt kunna redogöra för sin aktuella livssituation är just det en desperat människa inte är i stånd att göra. I så fall vore en självmordshandling långt borta.

En människa talar inte med någon om sitt innersta för att denne sedan ska bokföra denna information i en journal. Det är inte patientens primära intresse. Sedan måste man vara verklighetstillvänd och se att kravet på utvärdering av verksamheter kommer att fortsätta öka; registrering av fakta i de patientadministrativa systemen är då viktiga för att legitimera sin insats och sin existens som hjälpande institution, detta förutom det självklara patientsäkerhetsperspektivet. Men för den enskilda patienten är förhoppningen snarare att någon skall lyssna med ett känsligt öra – till deras smärta och förvirring – och att sedan få höra några försiktiga och väl valda ord riktade till just dem och deras belägenhet. En människa som försöker säga något sant om sitt liv utlämnar sig och gör sig sårbar. Om patientens ord då enkom noteras som underlag för diagnossättande och bedömning av självmordsrisk så blir ju det ett drastiskt sätt att avfärda den människans försök att säga något om sin belägenhet: ett sätt för vården att hålla sig på armslängds avstånd från det psykiska lidandet och försök till mänsklig dialog. I linje med det föredrar många i vården att tala om suicid istället för självmord, suicid från latinets suicidum, den som mördar sig själv. Uppenbart är att ordet suicid inte tillför något till det vedertagna svenska språkbrukets självmord och självmördare, dock är det ett sätt att känslomässigt distansera sig från företeelsen.

Vi som möter människor i yttersta nöd måste vara ödmjuka inför vår uppgift: psykoterapi, psykofarmaka och andra behandlingsinsatser har sina begränsningar, hur viktig roll de annars spelar. Vissa liv är skrämmande trasiga; alltför mycket i deras liv är förstört. Det skulle i vissa fall behövas en helt ny spelplan, ett helt nytt liv. Och vi i psykiatrin förfogar bara till mycket liten del över medlen att skapa ett samhälle som erbjuder värdiga och meningsfulla sammanhang för alla. Det är i stället en fråga för politiker, eller för att vara mer korrekt: en fråga för utopister. Tänk på det nästa gång någon med darr på rösten talar om det fantastiska med en nollvision för självmord. I sin iver att hjälpa gör dessa nollvisionens språkrör paradoxalt många patienter mer stumma och – hemska tanke – kanske mer förtvivlade och självmordsbenägna.

Anders Almingefeldt
Leg psykolog
Specialist i klinisk psykologi
Leg psykoterapeut
Alingsås

METIS och ny pedagogik på AMEE 2012

Varje år hålls en konferens om medicinsk pedagogik i Europa. Föreläsningar, workshops och posterpresentationer varvas med debatter, mingel och kaffe. Pedagogiken i de medicinska utbildningarna har genomgått många omvälvande förändringar de senaste åren. AMEE (Association for Medical Education in Europe) är en mötesplats för nya tankar om pedagogik inom medicinsk utbildning. I år deltog METIS-projektet med en short communication med titeln ”Improving postgraduate education through collective reflection, the teachers views.” som författats av undertecknad, Raffaella Valigi Björck och Carl Savage, KI. Artikeln kom som ett resultat av vår utvecklingsdag för METIS-kursernas kursgivare och ifrågasätter bland annat om vi lever som vi lär som lärare. Läs gärna abstract som finns på AMEEs hemsida www.amee.org.

METIS-projektet har på många sätt använt uppdaterad pedagogik och mycket av detta är fortfarande okänd mark i flera delar av världen, något som blir uppenbart vid en konferens som AMEE. Exempel på delar av den uppdaterade pedagogik som METIS-projektet använder finns bland annat att läsa om i Läkartidningen nr 45 ”Många läkarutbildningar bygger på tradition – inte evidens” där Cees van der Vleuten berättar om hur man arbetar med medicinsk pedagogik i Nederländerna. En uppdaterad pedagogik inom de medicinska utbildningarna är synnerligen aktuellt även i Sverige både inom grundutbildning och ST-utbildning. Mycket mer finns att utveckla och förbättra inom METIS-projektet och möjligheten att få vara med på AMEE är alltid att få lära sig om lärande och skaffa verktyg som kan hjälpa oss att göra våra kurser ännu bättre.

Tove Janarv
ST-läkare
Psykiatri Nordväst och METIS-projektet
Stockholm

Reflektioner från METIS-kursen i Konsultationspsykiatri och psykosomatik

I mitten av september samlades tjugoåtta ST-läkare från olika psykiatriska kliniker runt om i landet i Eugeniahemmets lokaler, för METIS-kursen i Konsultationspsykiatri och psykosomatik. Under ledning av konsultationspsykiatrerna Pia Östryd och Anders Lundin fylldes tre dagar av föreläsningar, diskussioner och rollspel på teman som exempelvis bemötande, medicinskt oförklarliga symtom och smärta.

Min personliga favorit var professor Ulrik Malts föreläsning ”Psykofarmakologisk behandling av kroppsliga symtom” där han på ett elegant och pedagogiskt sätt visade hur vi kan skräddarsy den psykofarmakologiska behandlingen så att patienterna, förutom förbättrat psykiskt mående, kan få positiva effekter på samtidiga somatiska symtom eller åtminstone inte försämras i sina somatiska sjukdomar.

Trots att diskussionerna handlade om ämnen som komplex problematik, svåra patienter, juridik och samarbetssvårigheter över klinikgränser lyckades kursledarna förmedla glädje och entusiasm över sitt val av specialitet. Det är roligt att vara konsultpsykiater!

Andrea Ekroth
ST-läkare
Norra Stockholms Psykiatri

En ny chans att delta i den enda svenska högskolekursen i mentaliseringsbaserad psykoterapi. Kursen anordnas av Karolinska Institutet och MBT-teamet Huddinge.

Mentaliseringsbaserad terapi

Teori och praktik - 7,5 hp - kursstart 20 februari 2013

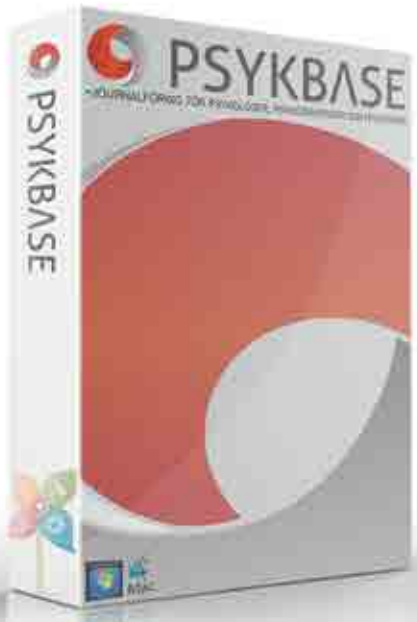
Kursen ger grundliga kunskaper om mentalisering ur ett utvecklingspsykologiskt och biologiskt perspektiv. Fokus läggs även vid mentaliseringsbaserade terapitekniker som kursdeltagaren ska kunna börja tillämpa i sitt kliniska arbete redan under utbildningen.

Ur kursinnehållet

- Bedömning av mentaliseringsförmågan
- Mentaliseringsbaserat förhållningssätt
- Interventioner vid specifika situationer
- Psykopedagogik och mentalisering

För mer information och anmälan, gå in på www.ki.se/uppdragsutbildning eller ring 08-524 838 91

Karolinska Institutet



PSYKBASE

Journalsystemet som **97%** av Norges psykiatriker, psykologer och psykoterapeuter använder...

NU ÄNTLIGEN I SVERIGE!

Besök **www.psykbase.se** eller ring **031-788 47 46** för mer information!

ASPIT

Insikt Psykiatri - Beroendemedicin 2012

Inom ramen för vidareutbildningsprogrammet ”Insikt Psykiatri” hade man nu kommit fram till ”Beroendesjukdomar, ett växande område inom psykiatrin”. Ett fullmatat program redovisades vid möte i början av oktober 2012, under ledning av ordföranden i Missbruksutredningen Gerhard Larsson, tid. statssekreterare, tid. landshövding och mycket verksam med olika utredningar och lagförslag. Han påpekade att bara en av fem med beroende kommer till vårdinsatser, och 2500 avlider för tidigt. I 8 av 10 våldsbrott är droger inblandade. En aktuell siffra är att de samhällsekonomiska konsekvenserna av missbruk hamnar på 133 miljarder årligen. I 24 av 27 länder har sjukvården ansvar för beroendevården – Sverige har utgjort ett undantag.

Ett spännande inslag förmedlades av *Jenny Häggkvist*, Karolinska Institutet. ”Vad händer i hjärnan?” Initialt använder man alkohol för att uppnå positiv förstärkning – för att få en kick, känna eufori eller belöning. Alla narkotiska substanser påverkar hjärnans belöningssystem, men specifikt för varje substans. Med tiden avtar de positiva effekterna. Amfetamin ökar frisättningen av dopamin med 1000 %! Hjärnans struktur förändras; vissa effekter blir svagare medan andra förstärks. PET och MR används för att studera förändringarna i hjärnan, vilka kan förklara förändringar i beteende. Hjärnan kan återhämta sig, men det tar lång tid.

Anders Helander är adjungerad professor i beroendeforskning vid KI men startade som zoofysiolog. Han har en internationellt ledande roll vad gäller att med kemiska markörer upptäcka alkoholmissbruk. De klassiska ”leverproven” är både för ospecifika och för okänsliga. CDT kan användas för att mäta regelbunden alkoholkonsumtion de senaste veckorna. Fosfatidyletanol (PEth) kan påvisa lägre konsumtionsnivåer. Etylglukuronid (EtG) och etylsulfat (EtS) är konjugerade metaboliter som utsöndras i urin ett par dygn efter alkoholintag.

Anders Håkansson, Lund och Malmö, berättade initierat om akut omhändertagande vid olika beroendetillstånd och hänvisade till SBU-rekommendationer och Socialstyrelsens riktlinjearbete. Han fortsätter förtjänstfullt med att fullfölja traditionen med att ge kurser i beroendelära på olika nivåer.

Att sätta patientens egna önskemål och att se individuellt underströks av *Bo Söderpalm*, professor vid Sahlgrenska akademien. På alkoholområdet verkar både akamprosat och naltrexon via belöningssystemen.
Öronakupunktur saknar evidens. Disulfiram kanske är effektivare än de nyare medlen, men kan i vissa fall ge livshotande biverkningar. På opiatsidan är läckaget av metadon och buprenorfin avsevärt. Andelen ADHD hos alkohol-missbrukare har uppgetts till 23 %. De rekommenderade läkemedlen bör användas mer frikostigt, vilket också Läkemedelsverket påtalat.
Agneta Öjehagen är känd professor i psykosocial forskning vid Lunds universitet, vetenskapligt råd och aktiv vid arbetet med nationella riktlinjer. Hon nämnde att personer med beroendeproblematik kan vara aktuella på olika håll inom sjukvården men har oftast inte kontakt med socialtjänsten. Ca 20 % av psykiatrins patienter har samtidigt missbruk/beroende. Varje tillstånd måste behandlas optimalt för sig. Beroendebehandlingen kan behöva upprepas.

Också *Louise Brådvik* har samarbetat med professor emer. *Mats Berglund*. Hon har studerat sambanden mellan insjuknande i depression och vid alkoholmissbruk. Tillstånden förstärker varandra ömsesidigt. Fullbordat självmord förekommer vid depression i ca 50 % och vid alkoholism i 45 %.

Tom Palmstierna är bitr. professor i Norge och docent i Sverige. Han har arbetat med våld inom psykiatrin, men talade vid detta möte om andra psykiska sjukdomar, främst personlighetsstörningar. De försämrar prognosen högst avsevärt.

En personlig betraktelse gavs av *Roger Nilsson*, som började som kirurg och ”sensation seeker” med världskappsegling som passion, men hans alkoholkonsumtion nådde orimliga höjder, och han genomgick tolvstegsprogram med god framgång, och arbetar nu som läkare i beroendevården.

Professor *Sven Andréasson* med bakgrund inom socialmedicin påtalade att vi har planerat en vård som de flesta berörda inte vill ha. Han lyfter fram de ofta goda effekterna av korta vårdinsatser. Unga vuxna en problemgrupp. Internetbehandling och biblioterapi bör prövas mer. Arbetsfördelning mellan olika vårdformer måste effektiviseras.

Från Norge deltog *Jan Fredrik Andresen*. Från att felaktigt ha betonat de sociala sidorna överför man nu beroendevården till sjukvården. ”Tvärfacklig Specialiserad Rusbehandling” (TSR) ett vedertaget begrepp. Man inför också en särskild medicinsk specialitet inom beroendesjukdomar.

Inom SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) verkar eldsjälen, psykiatridocent *Ing-Marie Wieselgren* från Uppsala. I stället för att ha två huvudmän skulle vi kunna skapa innovativa, samordnade lösningar. Hjälpen ska vara sammanhållen och synkroniserad. Tätt samarbete med familj, arbetsgivare eller skola krävs.

Gerhard Larsson fungerade som engagerad och utmärkt moderator och hoppas på att Missbruksutredningens gedigna arbete ska leda till både lagförslag och ekonomiskt stöd.

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

Foto: Shutterstock © Sunny studio-Igor Yaruta

Somatik eller psykiatri?

Kropp & själ

Psykiatrins ansvar samt implementering av nya riktlinjer vid Psykosenheten, Nyköpings Psykiatriska Klinik

Somatik eller psykiatri?

Det var det stora valet när jag skulle välja inriktning efter AT och det var inte ett helt självklart val då jag trivdes lika bra på vårdcentralen som på psykiatriska kliniken. I den bästa av världar ville jag arbeta med bägge så det blev till slut en variant med ST i psykiatri inkluderat en dag i veckan på VC för att hålla kvar mitt somatiska intresse och tänk. Inom psykiatrin var det psykospatienterna som jag ville arbeta med och för, och det stod snabbt en inriktning klar; jag skulle bli psykos-läkare och insåg att här kunde jag även dra nytta av mitt somatiska intresse.

Jag träffade här många patienter med somatisk ohälsa av olika slag utöver sina psykiatriska diagnoser. Det var bland annat patienter som inte hade någon kroppskännedom och inte kunde tolka sina symptom rätt.

Smärta i kroppen kunde uppfattas som att ”grannen strålar mig via någon slags maskin i väggen” eller ”SÄPO har låtit operera in sändare i mitt huvud”. En stor tumör på ena kinden bortförklarades med ”äsch, det är ingenting, lite psoriasis bara”. Att man kanske skulle gå och kolla upp denna smärta eller andra symptom på vårdcentralen kunde te sig som en totalt främmande tanke för patienten.

Denna ”omtolkning” av symptom kan då leda till att svårt psykiskt sjuka patienter inte söker den somatiska vården i samma utsträckning som övriga populationen. Dessa patienter är ofta utsatta och ensamma där det kanske inte finns någon som sett deras rygg eller kropp på många år, då de saknar familj eller någon annan som kan observera.

Boendestöd och kontaktpersoner kan inte göra allt och vi som behandlare och förskrivare av läkemedel som vi vet även kan ge metabola biverkningar, prolaktinstegringar samt EKG-förändringar måste ta ett ökat ansvar för hela patienten.

I Nyköping införde vi allt mer basala undersökningar av våra patienter och i samband med att man lyssnade på hjärta och lungor fick man en snabb översikt av huden där vi bland annat fann hudförändringar, av vilka en del visade sig maligna och blev opererade, samt hjärtsvikt, arytmier, höga blodtryck mm.

Man vet att patienter med schizofreni har visat sig ha en förväntad högre grad av morbiditet samt mortalitet, jämfört med övrig population vilket bland annat professor Jari Tiihonen har påvisat i sin 11-årsstudie, där han tittat på mortalitet och orsak hos 66 881 schizofrenipatienter i Finland. Resultat därifrån påvisar att schizofrenipatienter har cirka 20 år kortare livslängd jämfört med övriga populationen samt en överdödlighet vad gäller hjärtkärl-sjukdom. Utöver läkemedel kan en bidragande orsak förstås vara att de i flera fall har försämrade levnadsvanor vad gäller rökning, kosthållning, motion mm. Men oavsett vad som orsakat deras somatiska ohälsa bör de erbjudas hjälp och behandling, samt

Att förebygga och behandla metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom

något av det viktigaste av allt; vi måste monitorera för att hitta dem som behöver hjälp.

Runt om i världen har man allt mer tagit detta problem på allvar och kommittéer har tillsatts och riktlinjer arbetats fram, bland annat i Sverige där Svenska Psykiatriska Föreningen i ett stort gemensamt arbete tillsammans med olika specialistföreningar har tagit fram riktlinjerna *"Att förebygga och behandla metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom"*.

Detta tog vi till oss på Psykosenheten i Nyköping och vi började med implementeringen av riktlinjerna. Det var i samma veva dags för mig att välja ST-projekt varpå vi som en början genomförde riktlinjernas införande upplagt som en studie för att komma igång och få en ordentlig genomgång av neuroleptika-behandlade patienter inskrivna på vår enhet, med avsikt att utröna hur omfattande problemet var med metabola förändringar jämfört med de nya kliniska riktlinjerna. Vi började då kalla patienter för ett hälsosamtal inklusive provtagning och undersökningar samt läkarbesök. Vid hälsosamtalet fick patienterna svara på frågor om levnadsvanor som kost, motion, rökning mm. Även EKG, BT, vägning och mätning utfördes.

Innan besöket har patienten varit och lämnat blodprov gällande blodsocker, kolesterol, leverstatus mm. Efter kontroller och hälsosamtal hos sjuksköterska träffar patienten sin doktor och går då igenom provsvaren, resultatet utifrån hälsosamtalet samt EKG mm. I samband med läkarbesöket auskulteras även hjärta och lungor för att få en så komplett bedömning som möjligt.
Detta förfarande har slagit väldigt väl ut hos patienterna där flera uttalat sig mycket positivt och det är förvånansvärt många som hörsammar kallelsen. Det har också varit lättare att motivera till eventuella uppföljningar om vi hittat något avvikande eller annat som behövts följas upp.

Från våra undersökningar på kliniken har vi hittills fått fram en hel del resultat som vi har kunnat sammanställa och som kommer att presenteras mer precist längre fram. Där ser vi att en stor andel av patienterna har övervikt, midjemått som överstiger de fastställda gränserna, vi har hittat förhöjda blodsocker, blodtryck samt prolaktinstegringar. Utöver detta fann vi, som förväntat, att de flesta röker dagligen och har en lägre motionsgrad än gemene man.

I de fall det krävs remitterar vi till respektive enhet som VC, hudklinik, kirurg, medicin mm. Det är inte vår mening att vi ska fungera som en extra vårdcentral eller vara behandlande enhet vad gäller de somatiska åkommor vi har upptäckt samt i framtiden kan tänkas upptäcka. Däremot ska vi bli bättre på att monitorera, fånga upp och remittera. Att få till ett välfungerande samarbete med någon VC eller dylikt kan vara mycket värt. I de fall det handlar om övervikt får patienterna direkt på Psykosenheten samtal, erbjudande om att ingå i grupper som stavgång, cykling, matgrupp mm. Vi upplever att via detta utvidgade omhändertagande kan patienterna få ett ökat medvetande om sin kroppsliga hälsa samt få hjälp att tolka sina somatiska symtom och då även få en större kroppskännedom.

Hur man använder sig av riktlinjerna och hur långt man har kommit på de olika behandlingsenheterna runt om i Sverige kan skilja sig åt. Detta innebär för många ett ändrat arbetssätt och det är viktigt att man får kollegor och övrig personal med sig. Utbildning och information samt att bli inkluderad i arbetsgrupper, kost- och motionsgrupper mm. har vi sett ger ett ökat engagemang hos hela personalen och ger en chans att alla får känna delaktighet.

Jag hoppas att vi alla tar både riktlinjer och ansvaret på allvar och att vi genomgripande i Sverige kan bli riktigt bra på att fånga upp och hjälpa patienterna när de behöver det som mest både vad gäller psykiatri och somatik då kropp & själ faktiskt hänger ihop … eller hur!?

Yvonne Lowert
T.f. överläkare

Psykosenheten, Nyköpings Psykiatriska Klinik

Nu finns Cipralex® (escitalopram) som munsönderfallande tablett!

Den nya beredningsformen av Cipralex kan öka möjligheten till följsamhet och därmed remission[1]. De munsönderfallande tabletterna med mintsmak löses upp snabbt och priset är detsamma som för de traditionella Cipralextabletterna.

Lundbeck Cipralex escitalopram
Tillbaka till livet

cipralex.se | eLundbeck.se

Cipralex® (escitalopram) Rx (F), ATC-kod: N6A, INDIKATIONER: Depression, paniksyndrom, social fobi, generaliserad ångest och tvångssyndrom (OCD). SPC 2012-01-19. DOSERING: 10-20 mg en gång per dag. Cipralex finns som 5-, 10-, 15- och 20-mg tabletter, orala droppar, lösning 20 mg/ml, 15 ml flaska, munsönderfallande tabletter 10- och 20 mg. För pris och vidare information, se FASS.se.
1. Navarro, Adv Ther (2010), 27 (11):785-795. 2. Nilausen, Linde, VanGerven, Poster presented at EPA Vienna 2011.

H. LUNDBECK AB. BOX 23, 250 53 HELSINGBORG. TEL 042-25 43 00. FAX 042-20 17 19. lundbeck.se

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

Postrar till Svenska Psykiatrikongressen 2013!

Nu finns det möjlighet för ST-läkare att presentera sitt arbete enligt vetenskapliga principer (à 10 veckor) inom ramen för specialiseringstjänstgöring i psykiatri som en poster under Svenska Psykiatrikongressen 2013, 13-15 mars, i Münchenbryggeriet i Stockholm.
Posterabstrakt på max 250 ord ska innehålla en kort beskrivning av bakgrund, metod, resultat och konklusion.

Posterabstrakten ska mailas till:
vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se **senast den 31 december 2012.**

Jussi Jokinen
Med.dr. Överläkare
Rådsforskare
Vetenskaplig sekreterare
Svenska Psykiatriska föreningen

Vem är du Mårten?

Marianne Swedmark
Recito Förlag 2012

Rara ärter

När man lagar en viss maträtt har man vissa ingredienser. När man bygger hus använder man det material man tänker huset ska byggas av och de verktyg som behövs för att huset ska fogas samman. När man spelar månskenssonaten använder man noterna och pianot.

För att maträtten ska bli njutbar, huset välbyggt och sonaten välljudande krävs förutom det nödvändiga, helst förstklassiga, råmaterialet också ett handlag som gör ritningen, receptet och noterna rättvisa. Bearnaisesåsens äggula och smör kan gifta sig på det vackraste och lenaste sätt eller skära sig. Smaken blir därefter. Husets dörr hänger på gångjärnen, om det är jag som hängt upp dörren efter att ha satt in karmen är jag säker på att dörren aldrig kommer hänga rakt, inte kommer stängas tätt.

En roman lyder under samma krav på ett gott hantverk. Råmaterialet kan vara intressant och gott i sig men om ”spikarna slås i snett”, meningarna inte är väl sammansatta blir det slutgiltiga resultatet mycket svårare att tillägna sig. Så är fallet med Marianne Swedmarks ”Vem är du Mårten?”. Tyvärr, kan man säga. Det är en bok som hade kunnat bli hur stor som helst. Den beskriver Mia, som blir vuxen just när andra världskriget tar slut och Sveriges välstånd tar fart. Berättelsens beståndsdelar är viktiga, ett ungt par som får det allt bättre materiellt och där behovet av statusökning beskrivs. Berättelsens inre ingredienser är ännu viktigare än den spännande klassutvecklingshistorien.

Den man som Mia gifter sig med, efter intensiv uppvaktning och övertalning, visar sig ha en psykiatrisk ohälsa med kraftiga bipolära drag. Mias svårigheter i relation till makens projekt, och makens omdömeslöshet och egocentriska sätt att hantera alla möjliga svårigheter är stora.

Hon tillåts inte arbeta utan måste vara hemmafru – kvinnan ska vara mannens ägda statussymbol – och känner en stark ofrihet. Genom historien får man skönja, mer än möta, Mia i många situationer som driver henne till ett ofullbordat självmordsförsök och till valhänta flyktförsök från äktenskapet. Makens växlingar av aktivitetsnivå, hans stora projekt och hans ångestfyllda sessioner där han oavbrutet rökte och Mias grubblerier om vad hon själv gjort för fel varvas med små fragment av Mias flyktresor till varmare länder. Vid bokens slut dör maken av en hjärtinfarkt och begravs stilla.

Tyvärr är allt skrivet med samma sorts tunnhet, texten är en rapport mer än en berättelse. Det är synd då den har något mycket viktigt att förmedla. Det finns flera viktiga historier i den här boken som alla går förlorade. En berättelse om folkhemmets utveckling ur ett kvinnoperspektiv och en berättelse om hur det är att inte förstå vad som händer med ens livskamrat. Det finns också en mycket viktig berättelse om hur sjukvården på olika sätt med ett dåligt bemötande av anhöriga missar viktig information och låter såväl patienten som dess familj passera ohållna. Förhoppningsvis är det bättre ställt med vår tids anhörigkontakter än 50- och 60-talens men det finns nog risk att även vi i vår tid underlåter att tillmötesgå de anhörigas behov av att få berätta och även att få stöd och information.

Den här boken har viktiga saker att berätta, som sagt. Liknande saker är berättade med ett bättre hantverk i andra böcker men innehållet stannar ändå kvar efter läsningen.

Daniel Frydman
Psykiater, leg. psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Foto: Carol Schultheis

Psykiatrin syns!

Svenska Psykiatriska Föreningen på Bok- och Biblioteksmässan i Göteborg september 2012

För fjärde året har Svenska Psykiatriska Föreningen funnits på plats under Bok- och Biblioteksmässan i Göteborg under rubriken; ”Psykisk Hälsa genom livet”. Det är ett gigantiskt evenemang med mer än 99 000 besökare som pågår torsdag t.o.m. söndag. I år var vi 7 olika organisationer som delade montern; Västerbottens läns landsting, Hjärnkoll Västerbotten, HFS Temagrupp Psykisk hälsa, SKL:s Psynk, NSPH, Socialpsykiatriskt Forum och SPF.

Biblioteksmässan
i Göteborg september 2012

Foto: Carol Schultheis

I montern skedde många möten med människor som ville dela med sig av sin syn på psykisk hälsa och ibland psykiatrin. Vi delade ut vår broschyr med SPF:s vision och mål samt vår tidskrift Svensk Psykiatri. Materialet hade stor åtgång och vi fick fylla på efterhand.

I år fanns vi, medlemmar i SPF, också med på flera scener. På torsdagen på debattscenen var det så välbesökt att det fick bli ståplatser efter en stund. Rubriken var: *"Sjuk eller brottsling?" och ingressen "Var det paranoid schizofreni eller en extrem politisk åsikt som drev Breivik till massmorden på Utöya? Hur kan de psykiatriska utlåtandena bli så olika? Vilken betydelse ska gärningsmannens psykiska tillstånd ha för straffet? I förslaget till ny psykiatrilagstiftning ska psykiskt störda lagöverträdare som bedöms som farliga kunna hållas kvar i "skyddade boenden" på obestämd tid. Kommer det att skydda oss mot en svensk Utöya-tragedi eller riskerar vi istället begå övergrepp mot en av samhällets mest maktlösa grupper i strid mot grundläggande mänskliga rättigheter?"* lockade så många åhörare att alla inte fick sittplats.

Medverkade gjorde: Ulrik Fredrik Malt, professor i psykiatri från Norge. Jimmie Trevett, förbundsordförande RSMH. Tuula Wallsten från SPF. Anna Nilsson, doktorand i rättsvetenskap, Lunds universitet. Moa Kindström Dahlin, doktorand i allmän rättslära, Stockholms universitet. Linda Weichelbraun, journalist, filmare, utbildare, anhörig. Anders Printz, samordnare för handlingsplanen för Psykisk ohälsa på Socialdepartementet. Moderator var Ing-Marie Wieselgren.

Simon Kyaga från SPF berättade på Forskartorget om hur kreativitet och psykisk sjukdom hänger ihop, och Jill Taube pratade på Hälsotorget om fysisk aktivitet och psykisk hälsa.

På lördag e.m. hade vi hyrt egen lokal i anslutning till mässan och där talade flera av SPF:s medlemmar: Jan Beskow om suicidalitet, Ingvar Karlsson om motionens betydelse och påverkan på hjärnan hos äldre, samt Jill Taube om Kerstin Thorvalls författarskap och hälsa kopplat mot dans. Rebecca Anserud, författare med egen erfarenhet av bipolär sjukdom berättade om sitt liv och sin bok "Det bipolära hjärtat".

Sammanfattningsvis var det en mycket lyckad mässa. Det är viktigt att psykiatrin syns i dessa sammanhang där så mycket människor rör sig och att vi tar alla chanser att berätta om allt gott vi gör och forskningens framsteg. Vi måste alla bidra till att sprida den bilden så att människor vågar söka hjälp och att vi får unga människor att förstå varför våra jobb och vår "bransch" är så fantastisk!

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande SPF

Ett varmt och innerligt tack till ST-läkare och specialister vid Vuxenpsykiatriska kliniken, Södra Älvsborgs Sjukhus som ansvarade för montern, för SPF´s räkning, alla dagarna.
Tack för er insats!

Förnuft och kvantfysik
Tankar om verklighet och medvetande

Under 1900-talet fördjupades vår syn på tillvarons minsta beståndsdelar genom arbeten av bland andra James Maxwell, Max Planck, Albert Einstein, Niels Bohr och Werner Heisenberg. Fysiker som Erwin Schrödinger (1944), Richard Feynman (1965) och Stephen Hawking (1988/2010) har sökt förklara hur verkligheten egentligen är beskaffad för dem av oss som inte är fysiker. Nya kvantfysikaliska fynd i CERN väcker stor entusiasm, t.ex. när en av fysikern Higgs beräknad partikel - som i möte med andra partiklar skulle kunna skapa massa – nyligen upptäckts, och som trots osäkerheter kallas *Gudspartikeln*.[1] I samband med Nobels fysikpris nyligen återlanserades tankeexperimentet *Schrödingers katt* från 1935, som skulle innebära att en svart katt i en låda samtidigt skulle kunna vara både levande och död i enlighet med en teori om *supersymmetri*.

Några skedar kvantfysik

Stephen Hawking presenterar tillsammans med Leonard Mlodinow (H/M) en uppdatering av kvantteorierna i boken *Den stora planen*.[2] Vi möter många begrepp och beteckningar, från skoltidens atomer, elektroner och protoner till nytillkomna kvarkar och antikvarkar, fermioner och bosoner, strängteori och M-teori ("teorin för allt") bland andra.

H/M menar att filosoferna inte har följt med i utvecklingen inom naturvetenskaper och fysik, av vilket följer att *"filosofin är död"*. [3] Möjligen har författarna inte stiftat bekantskap med filosofen John Searles arbeten och möjligen är filosofi i betydelsen tankeverksamhet lite för tidigt dödförklarad – H/M visar prov på ett fascinerande och fantasirikt filosoferande i nämnda bok.

H/M varnar för otillförlitligheten hos det sunda förnuftet som bygger på vardagserfarenheter, *"inte på universum så som det visar sig vara när vi med våra avancerade tekniska metoder kan blicka in i atomens innersta skrymslen eller utforska universums barndom."* [4]

För att något dra undan mattan under våra fötters verklighet upplyser H/M inledningsvis att vårt universum kanske inte finns till, eller tvärtom att ett mycket stort antal universa – multiversa - kan existera och har *skapats ur intet*, något som går att härleda ur naturlagarna *"utan besvär"*. [5] (Kvantteori har på den punkten utvecklats vidare. I en tidigare bok av Hawking från 1988 framhålls: *"Eftersom energi inte kan nyskapas ur intet …"* [6]).

Att kortfattat försöka beskriva kvantteori vore givetvis hybris och absolut inte utan besvär.

Let us admit no more cause of natural things than are both true and sufficient to explain what we see.

The Good Book. A Humanist Bible

Den som anser sig förstå kvantmekaniken har inte förstått vad det handlar om.

Tillskrivet fysikern Richard Feynman

(i Hawking & Mlodinow 2010/2011)

Att naturalisera det medvetna sinnet och plantera det i hjärnan minskar inte kulturens roll i uppbyggandet av människan, minskar inte människans värdighet och utgör inte slutet på mysterium och förvirring.

Antonio Damasio 2010

Foto: Carol Schultheis

Några erfarna fysiker och biologer får därför bli våra ciceroner – den nämnde fysikern Stephen Hawking, astronomen och författaren Peter Nilson samt molekylärbiologen Ingemar Ernberg och medarbetare.

Universums uppkomst och konstruktion

Kvantteori lämnar ett stort utrymme för dualitet, d.v.s. andra tänkbara världar än vår egen kända: *"Enligt detta betraktelsesätt har universum inte bara en tillvaro eller ett förflutet, inte bara en 'historia'. Nej alla tänkbara versioner av universum finns till på samma gång, i något som kallas kvantmekanisk överlagring",* [7] […] *"var och en med sin grad av sannolikhet."* [8]

I programmet "Vetenskapens värld" våren 2012 har verkligheten antagits kunna vara ett *hologram* och att våra *medvetanden* och *minnen* befinner sig vid universums ytterkant.

Uppfattningen får stöd hos H/M: *"Och om den relativt nyupptäckta holografiska principen visar sig vara korrekt, är vi själva och vår fyrdimensionella värld kanske bara en skugga på gränssnittet till en större femdimensionell rumtid."* [9]

Jan Pilotti, fysiskt/matematiskt bevandrad och uppskattad meddebattör, menar att *med* den kända fyrdimensionella rumtiden (tre rums- och en tidsdimension) *är allt förutbestämt*. Men han menar också att med en matematisk generalisering av den fyrdimensionella rumtiden till en sexdimensionell rumtid (tre rums- och tre tidsdimensioner) skulle förekomsten av fri vilja kunna finnas, och i denna sexdimensionella rumtid skulle minnen och medvetande kunna existera utanför hjärnan. [10]

Strängteori, hoprullade multiversa och M-teori

H/M förklarar: *"Strängteorin […] hänger ihop <u>om</u> och endast om rumtiden har tio dimensioner och inte bara de fyra vanliga"* (tre rums- och en tidsdimension). [11] *[…] "Om de nu finns, varför märker vi dem inte? Det beror på att de, enligt strängteorin, är så oerhört små och ligger liksom hoprullade i ett ofattbart litet utrymme."* [12a]

H/M fortsätter: *"Enligt M-teori har rumtiden tio rumsdimensioner och en tidsdimension. Tanken är att sju av rumsdimensionerna ligger hoprullade och är så små att vi inte märker dem, vilket ger oss den felaktiga föreställningen att vi har tre stora rumsdimensioner, punkt slut."* [12b] Den nämnda M-teorin har därutöver *"lösningar som tillåter många sorts inre rymder, eventuellt upp till 10^{500}, vilket betyder att den tillåter 10^{500} olika universa, vart och ett med sina lagar."* [13]. Ulf Danielsson, professor i teoretisk fysik, menar att *strängteorin* pekar på *"de möjliga världarnas rikedom"*. [14]

Något mer jordiskt förankrade tankar om universums beskaffenhet erbjuder astronomen Peter Nilson: *"En världsrymd med tre dimensioner: men varför just tre?[…] Faktum är att det inte kunde ha varit annorlunda. Bara i en rymd med tre dimensioner kan planeter kretsa i någorlunda stabila banor kring en stjärna. Allt som behöver lång tid för att hända – evolutionen, jordens långsamma åldrande, människans tillblivelse – kräver ett rum med tre dimensioner och ingenting annat. Bara i en rymd med ett udda antal dimensioner kan en ljusstråle röra sig med en enda, oföränderlig hastighet: i två, fyra, sex eller åtta dimensioner skulle ljuset tänjas ut under sin färd genom rymden, och alla signaler skulle förstöras, alla budskap bli oläsliga. Hade rymden fyra dimensioner eller sex vore ingen astronomi möjlig. Radio och TV skulle inte kunna existera där. I en tredimensionell rymd, och bara där, kan varelser se varandra med ögon och nå varandra med elektromagnetiska signaler. Bara där kan någon betrakta stjärnorna. Men inte heller vårt nervsystem skulle fungera i ett annat slags rymd. De tre dimensionerna är antagligen den yttersta förutsättningen för liv och känslor, kunskap och intelligens. Ett universum med tänkande och förnimmande varelser kan inte ha annat än tre rumsdimensioner."* [15]

Samma ståndpunkt intar faktiskt Hawking och Mlodinow tjugo år senare: *"Det är väl uppenbart att när varelser på en planet som gynnar liv undersöker sin omvärld, finner de att livsmiljön motsvarar de villkor som krävs för att de ska finnas till"* [16] *[…] Vårt universum och dess lagar har uppenbarligen en utformning som är skräddarsydd åt oss …"* [17]

H/M påpekar också att *"Vår varseblivning – och i förlängningen de iakttagelser som våra teorier bygger på – är inte direkt och ovillkorlig utan formas genom ett slags lins, nämligen den mänskliga hjärnan som är uppbyggd och inrättad för att tolka intryck."* [18] Så sant. Det vore onekligen underligt om evolutionens många prototypiska försök innan människan skulle ha skapat henne för ett annat universum än det hon lever i, något som skulle ha inneburit hennes snara undergång.

Tanken på fem, sju eller tio dimensioner i universum alternativt många universa är onekligen både spännande och sinnesvidgande. Men kan det ändå vara rimligast att betrakta *multiversas existens* endast som matematiskt möjliga beräkningar och tankarnas språng? Fysikern Paul Davies har lite tillspetsat i en artikel i Nature anmärkt att det är *"nästan omöjligt för en icke-naturvetenskapsman att skilja mellan det som är legitimt konstigt och det som är rena vanvettet"*. [19]

Har kvantfysik betydelse för förståelsen av det vanliga livet?

Beträffande existensen av fri vilja menar H/M att *"Vi människor tycker att vi väljer vad vi gör, men genom molekylärbiologin vet vi att biologiska processer styrs av fysikens och kemins lagar och följaktligen är lika förutbestämda som planetbanorna. […] Det verkar som om vi inte är annat än biologiska apparater och den fria viljan en illusion."* [20]

Yttrandet får mig att undra om det finns fler kunskapsgrenar som möjligen lider brist på stimulans utifrån.

Men det visar sig snart att H/M är helt införstådda med gränserna för kvantteoriers tillämpbarhet: *”Även om vardagsföremålens minsta byggstenar lyder under kvantfysiken, så gäller alltså Newtons lagar fortfarande. De utgör en väl fungerande, effektiv teori för hur stora sammansatta strukturer som formar vår vardagsvärld fungerar.”* [21] *[…] ”Det enskilda neuronets reaktioner ger knappast någon fingervisning om hur den mänskliga hjärnan som helhet reagerar, inte heller säger oss kunskapen om en enskild vattenmolekyl något om hur en insjö fungerar.”* [22] *”Vi nämnde […] att kvantteorin för det mesta inte är tillämplig i praktiken när man undersöker universums storskaliga struktur. Kvantteori gäller ju främst när man beskriver naturen på elementarpartikelnivå.”* [23]

I boken *Vad är liv i kosmos, i cellen, i människan?* av Ingemar Ernberg m.fl. diskuterar fysiker och biologer relationerna mellan kvantfysik och biologi: [24] *”När vi ser på de stora molekylerna i en cell och deras funktioner kan vi i stor utsträckning lämna de kvantmekaniska grunderna och fortsätta med en mycket enklare, väsentligen klassisk beskrivning.”* [25] *”Enbart från atomerna kan man inte få en klar uppfattning om en möjlig viktig molekyl.* [26] *”Något tillspetsat kan vi fråga oss huruvida man med hjälp av fysikens principer kan göra menings-fulla beräkningar och förutsägelser över biologiska systems aktioner och utveckling.”* [27] *”En annan olöst problematik är att de fysiska naturlagarna över huvud taget inte hjälper oss att förstå, eller ens analysera, den biologiska evolutionen.”* [28]

Fysikern Ulf Danielsson menar på annat ställe att *”Den mänskliga hjärna som vi förväntar oss skall kunna begripa sig på hela universum väger drygt ett kilo och innehåller runt hundra miljarder nervceller. Men detta är ändå inte fler celler än att det i synliga universum finns ungefär lika många galaxer. Vår Vintergata är en av dessa galaxer och innehåller i sin tur ett par hundra miljarder stjärnor […] Detta jättelika kosmos med en historia bakåt på nära 14 miljarder år skall alltså greppas av en liten grå klump som i sin tur är en del av det som den själv försöker att fånga.”* [29]

Kanske blir ekvationen mer rimlig om man vänder på resonemanget. Varje cell i kroppen innehåller mer än en miljard makromolekyler och är således ett universum i sig. [30] Antalet celler i kroppen uppskattas till ca 10 biljoner [10^{13}], och antalet nervceller numera till ca 100 miljarder [10^{11}]. Med lika mycket nervceller i hjärnan som det finns galaxer i hela det ofantligt stora universum är det troligt att vår hjärna är tillräckligt komplex för att rymma *medvetande, minnen, exekutiva funktioner och andlighet* utan att ytterligare rymd utanför *hjärnans universum* behövs (förutom våra bibliotek). Hjärnans förmåga att utforska universum är troligen bara i sin linda.

(Är kanske den mänskliga hjärnan att betrakta som ett hoprullat universum på ett kosmiskt sett ”ofattbart litet utrymme”?).

Att vi lever i *en* värld och *ett* universum stöds vidare av den fantastiska *stabiliteten* i den med mänskliga mått synnerligen långsamma förändringen av världen. Eruptioner som jordbävningar och vulkanutbrott påminner om att förändringar pågår, men stabiliteten är ändå det dominerande: luftens sammansättning, våra årstider; vardagsföremålens varaktighet; återkommande liv och död för homo sapiens sedan minst 6500 generationer. Stabiliteten i planeternas omloppsbanor har just möjliggjort en ny prestationsfylld landning av utrustning på planeten Mars efter 9 månaders rymdfärd.

Av enkla byggstenar skapas komplexa funktioner i biologiska system

Neurologen Antonio Damasio har beskrivit hur enkla element (nervceller, dendriter, axoner, synapser) i stora mängder kan bygga upp ytterst komplexa hjärnnätverk och skapa supersystem av underordnade system. [31]

Samma slutsats kommer Ernberg m.fl. fram till i *Vad är liv?* – ett program med endast 8 instruktioner (s.k. cellulär automat) kan skapa en ”obegränsad komplexitet”. *”Att ett fenomen är komplicerat behöver alltså inte betyda att de underliggande processerna är det.”* [32]

I kapitlet *Tankemodeller för levande system* i samma bok beskrivs hur man från data över geners och proteiners aktiviteter i cellen kan bygga modeller som gör det möjligt att ställa frågor som: *”Hur kan enkla delar ge upphov till avancerade funktioner och anpassning till miljön (myror -> stack, nervceller -> tankar)?”* [33]

När det gäller kvantfysikens relation till högre nivåer säger filosofen John Searle : *”Vi vet också att det är en villfarelse i kompositionen att anta att de individuella elementens egenskaper också måste vara helhetens egenskaper […] Med exakt analogi, det faktum att individuella mikrofenomen är slumpmässiga innebär inte slumpmässighet på systemnivå.”* [34]

”Vi måste anta att uppkomsten av ett medvetande har att göra med nervsystemets organisation och processer, att mänskligt medvetande handlar om den mänskliga hjärnans organisation och sättet att hantera information” säger neurofysiologen Peter Århem i *Vad är liv?* och påpekar att i denna *”pre-kopernikanska tid”* är det nödvändigt med spekulativa hypoteser [om hjärnan] för att komma vidare.[35]

Sammanfattning av tankar om kvantteori, förnuft och medvetande

Tidigare - när människans högre mentala funktioner inkluderande *medvetande och själ* har föreslagits vara funktioner i hjärnan - så har detta a priori beskrivits som *reduktionism* och således otänkbart. Högtstående mentala egenskaper har länge ansetts kräva en okänd dualistisk värld utanför vår kända. I takt med att vårt vetande om häpnadsväckande komplexitet i våra biologiska system ökar, blir tanken att alla våra mentala egenskaper (och störningar i dessa) skapas i hjärnan, alltmer plausibel. Hjärnan - och dess omvärldssamspel – förblir våra primära forskningsfält.

Antonio Damasio's förnuftsgrundade uppfattning får avsluta vår diskussion: *"Synen på sinnet som ett icke-fysiskt fenomen som inte hänger ihop med den biologi som skapar och upprätthåller det är orsak till att sinnet placerats utanför fysikens lagar […] Den mest anslående yttringen av den här underligheten är försöket att koppla det medvetna sinnet till hittills ej beskrivna egenskaper hos materien och exempelvis förklara medvetenheten utifrån kvantfysiska fenomen. Den logiska grunden för tanken verkar vara följande: det medvetna sinnet tycks vara ett mysterium; eftersom kvantfysiken fortfarande är ett mysterium kanske de två mysterierna hänger samman."* [36]

Här ovan har idén och förekomsten av *ett* universum med tre rums- och en tidsdimension försvarats gentemot matematiskt möjliga och tänkbara multiversa. Vidare att det finns en gräns för kvantteoriers tillämpbarhet för tolkning av verkligheten ungefär vid molekylnivån. Det hävdas också att teorier om holografiska, sex- eller tiodimensionella, strängteoretiska multiversa *inte* utgör nödvändiga antaganden för att framgent kunna förstå utvecklingen av det mänskliga medvetandet och andra själsliga förmågor. D.v.s. komplexa emergenta förmågor som skapas av ett astronomiskt antal relativt *enkla element* i hjärnan.[37] Vi vet ännu inte men kan börja ana hur våra hjärnnätverk ger medvetande och subjektiva upplevelser – "relationen mellan det neurala och det mentala".

Hjärnans universum, liksom vårt kosmiska universum, är långt ifrån färdigutforskade.

Tord Bergmark
Psykiater, psykoterapeut
Stockholm

Referenser: www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html

Münchenbryggeriet

Svenska Psykiatrikongressen 2013 äger rum i Münchenbryggeriet på Söder i Stockholm. (Se vår annons på sista sidan) Den enorma byggnaden, med fasad i renässansstil och nygotiska gavlar, utgör en viktig del av stadens siluett.

På denna plats vid Söder Mälarstrand har det rått intensiv aktivitet i snart 275 år. På 1740-talet grundades här en klädesfabrik, med som mest 150 anställda, och på 1840-talet tillkom en kakelfabrik. 1855 bytte anläggningen ägare och lokalerna byggdes om till bryggeri. Man valde namnet Münchens bryggeri för att föra tankarna till huvudprodukten som var bayerskt öl. Läget för bryggeriet var väl valt, vid öltillverkningen behövdes det stora mängder is som kunde hämtas direkt ur den intilliggande Riddarfjärden.

Under en ombyggnad 1893 utbröt en våldsam brand som förstörde bryggeriet. Man byggde snabbt upp en helt ny anläggning, modern och mer praktisk än den gamla, vilket möjliggjorde expansion, och kring år 1900 var det Sveriges största bryggeri.

1910 köptes Münchenbryggeriet upp av AB Stockholms Bryggerier som genom det rådande kartellavtalet fick fullständigt ölmonopol i Stockholmsområdet. I Västsverige var det Pripp & Lyckholm som härskade. Man fortsatte att bygga ut och modernisera Münchenbryggeriet och som mest hade det en kapacitet på 60 000 flaskor i timmen.

1964 slogs Stockholms Bryggerier och Pripp & Lyckholm samman och bildade Pripp-Bryggerierna AB. Tillverkningen flyttades 1971 till nya lokaler i Bromma och därmed var ölepoken slut vid Söder Mälarstrand. Istället flyttade det in diverse småindustrier, kontor och fritidsverksamheter. Mest känt blev väl dansverksamheten i Mälarsalen på sjunde våningen.

Stockholms stad köpte lokalerna 1974 i syfte att riva dem och bygga bostäder på tomten. En våldsam folkstorm utbröt och över 20 000 personer skrev på uppropet, däribland Astrid Lindgren och Evert Taube. Trots att opinionen fick stöd hos både Stockholms stadsmuseum och Riksantikvarieämbetet röstade Stockholms kommunfullmäktige för en rivning med endast en rösts övervikt. Byggnaden räddades av valet 1976 - den nya majoriteten beslutade att lyssna på opinionen och stoppade rivningen, endast 11 dagar innan den skulle ha påbörjats!

Efter renovering är lokalerna idag ett mäss- och konferenscenter med 14 lokaler på en yta av 6000 kvm. Från de vackra lokalerna som fått behålla sin industrikaraktär har man en makalös utsikt över staden.

Adressen är Torkel Knutssonsgatan 2, närmaste tunnelbanestation är Mariatorget som har en uppgång på samma gata ca 400 meter bort.

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Gud är

Tord Bergmark ställer i SP nr 3 frågan Finns Gud? och ger en fin och spännande översikt av olika svar från Onfrays och Dawkins aggressiva ateism, via teodicé-problemets avskaffande av en Gud som är både allsmäktig och kärleksfull, via Spinozas Gud är Verkligheten till Naess "Gud-i-färd-med-att-bli-till genom människorna.

Det kortaste och enklaste svaret på frågan Finns Gud? – Ja - Gud finns eller bättre

Gud Är

som i Dag Hammarskjölds uttryck får den kraft som kan väcka oss till igenkännandets insikt bortom orden – "om jag kan finnas *är* Gud".

Ett annat svar i samma anda på frågan Finns Gud? – Ja - vem är det annars som kan fråga?

Detta svar kan enligt min mening tydas lite mer för tanken. En av kvantmekanikens grundare fysikern Erwin Schrödinger har skrivit om djupa frågor i Mind and Matter.
Schrödinger menar:

"from the two premises:

(i) My body functions as a pure mechanism according to the Laws of nature

(ii)Yet I know, by inconvertible direct experience, that I am directing its motions, of which I foresee the effects…in which case I feel and take full responsibility for them.

The only possible inference from these two facts is, I think, that I- I in the widest meaning of the word, that is to say, every conscious mind that has ever said or felt 'I'- am the person, if any, who controls 'the motion of the atoms' according to the Laws of Nature."
och vidare
"..its daring to give this conclusion the simple wording it requires. In Christian terminology to say: 'Hence I am God Almighty' sounds both blasphemous and lunatic. But… consider whether the above inference is not the closest a biologist can get to proving God and immortality at one stroke." [1]

Att "tro på Gud" är i detta perspektiv att tro på sig själv. Lika självklart, lika "ologiskt" och lika omöjligt att förklara: om jag kan vara *är* Gud.
Dag Hammarskjöld Vägmärken.

Vidare

"..the empirical fact that consciousness is never experienced in the plural, only in the singular"

och

"There is obviously only one alternative, namely the unification of minds or consciousness. Their multiplicity is only apparent in truth there is only mind."[2]

Schrödinger konstaterar att insikten inte är ny utan beskrevs redan i Upanishaderna för över 2500 år sedan genom ATHMAN=BRAHMAN (dvs. det personliga självet = det allestädes närvarande, allomfattande eviga självet) och att detta i den indiska tankevärlden

".was...considered, far from being blasphemous, to represent the quintessence of deepest insight to the happenings of the world."[1]

Dessa djupa insikter har alla vishetslärare i alla tider förmedlat vilket den amerikanske filosofiprofessorn Ashok Gangadean[3] idag ger klart uttryck för:

"When we stand back from our more localized mental lenses and cultural perspectives and dilate our heartminds into the more expansive global (holistic, integral, dialogical) space across and between diverse worldviews, astounding patterns come into relief that could not be clearly seen before. In this global space, the deep common ground where our diverse worldviews meet and co-originate, we begin to see more clearly that our great evolutionary elders (Socrates, Buddha, Jesus, Krishna, Lao Tzu, Rumi…to mention a few) were calling us to more powerful "transpersonal" awakened global consciousness and cultural literacy."

Gangadean menar också att

"Awakening the global enlightenment it is not a luxury but a necessity"

för att vi som mänsklighet ska klara den kris och utvecklingsmöjlighet vi nu står inför.

Men frågan om Gud väcker till synes berättigat motstånd både för intellektet och också för känslan.
En svensk som enligt min mening mycket klargörande belyst detta är Karl-Erik Edris, i sin senaste bok I Ett Annat Ljus[4]. Edris har en bred akademisk bakgrund med tyngdpunkt på statskunskap. Han har varit lite känd i massmedia som ”spärrvakten som lär chefer leda företag”. Han fick nämligen större intellektuell frihet i spärren än på Universitetet.

I boken beskriver han hur han fått kämpa för att försona sitt skarpa intellekt med en inre övertygelse om Guds existens. Han löser det med att erkänna att vi människor har två olika kunskapsorgan, intellektet och intuitionen. Intellektet som är vetenskapens grund ger oss kunskap om den materiella världen. Men för att få kunskap om den inre andliga världen måste vi öppna oss för intuitionen. Ett problem är att den ”inre ljusbaserade intuitiva kunskapen” är bortom ord så den är svår att beskriva och förmedla. Därför kallar han sin bild av universums utveckling för en saga men en saga byggd på kunskap. Han fokuserar på människans evolution från apa till vår evolutionära bestämmelse att förverkliga vår gudomliga natur.
Han kritiserar och visar begränsningen av både religiös dogmatism och vetenskapstro.

”Till religionens företrädare är mitt budskap. Teologi i all ära, men den får inte tysta ner Guds levande och intuitionsförmedlade tilltal i nuet. Om den gör det blir religionen en stundom av heta kollektiva känslor omfattad intellektuellt skarpslipad dogmstruktur, som stänger ute människorna från evolutionens nyskapande nuflöde. Religionen gör då sig själv till en tvångströja för människans gudomliga natur. Och därigenom förvandlas den obönhörligen till en död form, som förr eller senare kommer att överges och ersättas av något som kan svara mot människornas existentiella behov i nuet.

Till vetenskapens företrädare är mitt budskap att vetenskapen kan och bör i stort sett fortsätta på den väg den redan följer. Den enda nödvändiga justeringen är att den omedelbart bör upphöra att spela med i propagandan kring att den slump- och meningslöshetskult, som den låtit sig lieras med, är en världsbild som är exklusivt uppbyggd på fakta och därmed odiskutabelt sann. För genom denna verksamhet använder den kraften i det vetenskapliga tänkandet till att stympa människan. Till att försöka ta ifrån henne det som är hennes enda hopp och evolutionära bestämmelse. Det vill säga hennes gudomliga natur.”

Edris visar med klar argumentering att det går att vara intellektuellt hederlig och acceptera vetenskapliga fakta och ändå ha en inre visshet om att, som han skriver,

”Vi lever i en av Guds medvetande uppburen och därmed av avsikt styrd och mening genomsyrad verklighet där livet är evigt och kärleken har sista ordet.”

Edris är mycket väl medveten om att detta kan var svårt att acceptera både intellektuellt och känslomässigt så som världen ser ut men han visar på ett hederligt förhållningssätt till teodicéproblemet: Hur kan det finnas så mycket lidande om Gud är både allsmäktig och kärleksfull? Gud är Kärlek och Allsmäktig men delegerar till oss människor att förverkliga kärlekens bud.

Då jag själv brottades med den frågan fick jag ett svar som stillat mitt hjärta och förhoppningsvis hjälper mig att göra mitt lilla bidrag till att förvekliga en värld värdig människan och Guds kärlek och vi är **alla-mäktiga** att göra vårt bidrag.

Jag är Gud i er och för mig är allt möjligt
När jag ikläder mig begränsning så kan jag inte längre skilja gott och ont,
jag vet inte ens att jag är Gud och varför jag finns och vad jag söker
men jag är Gud och genom mörker, sorger och lidande går min väg
tills jag möter någon där jag har kunnat uttrycka kärlek
och jag känner igen mig och börjar vandra kärlekens väg -
men jag vet ännu inte att jag är Gud och kan ännu inte handla bara gott -
Du lider av ondskan i världen och ber mig Gud göra något åt den -
Du anklagar mig för att ha gjort en skapelse med lidande -
men jag kunde inte skapa på annat sätt
ty kärleken krävde att jag gick bort från mig själv
för att kunna finna mig själv
att jag Gud måste glömma att jag är Gud fast jag är Gud -
att glömma att jag är Gud fast jag är Gud krävde så starka begränsningar
att jag inte kunde skilja gott och ont -
därför är världen som den är -
men kärleken kan väcka mig i alla
SE GUD I MÄNNISKAN

Jan Pilotti
Ungdomspsykiater
Fil kand. matematik, teoretisk fysik

(Endnotes)
1. Schrödinger, E. What is Life? § & Mind and Matter. P. 92-93 Cambridge at the University Press 1969
2. a.a. p. 140 and 139
3. http://www.drpilotti.info/eng/ashok-gangadean.html
4. Edris, K-E. I Ett Annat Ljus. Om de stora livsfrågorna. Edris-Idé-Förlag 2010, http://www.edris-ide.se/bocker/

10 frågor till.....

I detta nummer möter Du

Daniel Frydman

Redaktionsmedlem, Svensk Psykiatri

Född
14 juni 1960 på Södra BB i Stockholm. Planen mot psykiatrin blir tydlig, när man tänker på att Södra BB blev Mariakliniken, numera Capio Maria.

Bor
På Södermalm sedan 30 år, numer på Tjurberget på Södermalm, strax ovanför Ringen. Lugnt, nästan som på landet. Eller åtminstone som i en liten småstad.

Familj
Gift med Katarina Nolkrantz Frydman. Berikad med fem barn och två barnbarn som jag älskar högt, min äldsta dotter blir precis 30 och min yngste son är 12. En fånig welsh springer spaniel, Moses, som inte kan vara ensam utan att gråta i timmar. Hans beteende har lett till att han är med mig på jobbet, till glädje för mina patienter. Men han borde få träffa en bra terapeut som kan bota honom, eller få honom att stå ut i alla fall.

Arbetar
Sedan snart 4 år jobbar jag privat som psykoterapeut och psykiater. Innan dess var jag medicinskt ansvarig på den allmänpsykiatriska mottagningen på Södermalm men blev för sur på ryckigheten i beställningarna, sa upp mig för att jag inte gillade utvecklingen. Om det har jag skrivit i den här tidningen.
Jag föreläser också land och rike runt, framför allt om suicidprevention. Det är väldigt roligt, jag träffar folk som jobbar dels inom vården och inom socialtjänsten och det blir alltid så väldigt intressanta samtal som lär mig något nytt.

Vad gör Du när Du INTE jobbar?
Å herregud finns ICKE-jobb? Det går åt ganska mycket tid till att jobba och tänka. Men när jag trots allt inte jobbar och utåt maskerar allt som händer i huvudet, är jag supporter åt min yngste son vid tennisbanor och fotbollsplaner.
När jag gör något som bara är för mig så leker jag musik. Just nu håller jag på att göra klart en skiva med låtar där jag använder inläsningar av Nelly Sachs (som jag skrivit om i SP vid några tillfällen). Här är ett exempel på hur det kommer att låta, följ länken: http://soundcloud.com/daniel-frydman/3-du-har-tappat-ditt-namn/s-CgUcn

Favoritmat
Periodare. Har sen rätt länge hamnat i koriander-och-chili-träsket och har en vitkålssallad med koriander, mycket chili, japansk soja och krossade jordnötter som jag just nu alltid gör. Den är det svårt att tröttna på.

Kämpar med konflikten mellan lusten till rött kött och vetskapen att mina kranskärl mår bäst av att jag avstår.

Recept på salladen finns i faktarutan nästa sida. (red.)

Senast lästa bok
Jag är lite otålig när det gäller läsande, skuttar mellan olika böcker och författare, flera böcker och texter på samma gång. Nelly Sachs' "glödande gåtor" snurrar jämt, Freuds "anteckning om evighetsblocket" fick jag impulsen att läsa häromdagen, för att jag har en skådespelande kompis som gjort en föreställningsföreläsning om hjärnan och medvetandet.

Den lilla Freudtexten är charmig i sin enkelhet för att den på ett effektivt sätt ger en bild av förhållandet mellan medvetandet och minnesregistreringen.

Tack och lov är jag också med i redaktionen för en fin tidskrift och får ibland i uppdrag att recensera böcker, vilket gör att jag måste läsa lite mer ordentligt.

Senast fullästa bok är därför ”Vem är du Mårten” av Marianne Swedmark och Knausgaards volym 1, som deltagandet i en bokcirkel fått mig att läsa klart.

Vad gör Dig lycklig?
Lycklig är väl mer en process än ett tillstånd. Det finns så många viktiga saker. Kärleken till min familj är det viktigaste. Det finns en lycka i att vara tillsammans.
Jag tycker så mycket om musik men är usel på att traktera vartenda instrument jag provat. När jag då och då får chansen att göra musik med andra, känner jag en stor lycka. Ibland låter det bra också.

Vilka förebilder har Du?
På mitt första psykvik efter läkarexamen hade jag en överläkare som med sin kombination av saklighet och personlig ingång i ärenden öppnade för en attityd där kunskap och rätten till tankefrihet båda vägde tungt. Jag påminns ibland om hennes sätt när jag har vissa sorters svårigheter. Karin Bondesson heter hon.
Patrick Jane, huvudpersonen i den larviga kriminalserien Mentalisten, dyker ofta upp i huvudet, hans sätt att följa spår är roligt, som honom skulle jag vilja vara.
Och Katarina, som med sin breda blick och sitt intresse för mentalisering och intersubjektivitet lärt mig väldigt mycket.

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

- Hur kommer DSM-V påverka våra verksamheter?
- Jag är orolig för att ett ensidigt evidenskravsperspektiv kan utarma psykiatrins kunskapsmassa. Men jag vet inte om det är psykiatrins problem eller världens.
- Vetskapen om att många psykiatriska tillstånd är komplexa och att flera olika behandlingar för olika tillstånd kan vara indicerade på samma gång, borde leda till en psykiatri som på samma gång har dels en högre grad av specialiserad kunskap och dels en större förmåga till flexibilitet. Metoder behöver fortsätta utvecklas och vårdkontinuitet måste kunna finnas, somliga patienter behöver verkligen mångårigt stöd, trots att ingen bot finns i sikte. Det kan vara direkt livräddande.

Stina Djurberg
SP redaktion
Foto: Mirjam Frydman

Foto: Shutterstock © Giuseppe_R

Bystmeiers koriandersskarpne chili

1. Asiatisk **koriander**, ett paket, rotdelen finhackas längs stjälken upp till strax under delen med bladen.
2. Den minsta **chilisorten** som säljs i affären som säljer koriandern, efter smak men typ 10 stycken. Stjälken bryts av resten används, finhackas eller hellre mortlas, tillsammans med den finhackade rotdelen av koriandern
3. **Vitkål** finstrimlad, tätt arbete med kniven eller osthyveln, beroende på huvudets storlek men jag hade väl ett kvartskilo lite drygt kan vara mkt mer
4. **Gurka**, en dm ungefär, skuren på längden i cm-breda skivor som sen strimlas tvärsöver i smala längder
5. **Strösocker**, 1 1/2 matsked, ainomoto 1 tsk, japansk soja, fisksås, sesamolja
6. **Jordnötter**, grovkrossade

Rör om allt.

CULLBERGSTIPENDIET 2013

Resestipendier för specialister i psykiatri, barnpsykiatri eller rättspsykiatri samt för läkare i specialistutbildning inom samma fält. Stipendierna på sammanlagt 150 000 kronor utdelas med stöd av Stiftelsen Natur & Kultur.

Syftet med Cullbergsstipendiet är att stimulera till fördjupat kliniskt tänkande med inriktning på vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri eller rättspsykiatri. Det kan gälla att vidareutveckla kunskaper om psykosociala och biologiska integrativa synsätt, men också förebyggande arbete och/eller behandlingsprojekt.

Resestipendiet ska användas till resa och uppehälle vid auskultation på en psykiatrisk klinik eller institution utomlands under en begränsad tid. Det kan handla om att delta i klinisk forskning, undervisning eller metodutveckling. Den sökande kan vara ST-läkare eller verksam som psykiater.

Stipendiet består av tio "poster" om vardera högst 15 000 kronor där man kan söka en, två eller flera sådana poster. Stipendierna ska täcka rese- och levnadskostnader under en kortare period om två–fyra veckor i valfritt land. Om resan endast kan genomföras om partner och barn följer med, är det inget principiellt hinder att använda medlen också till dem – så länge de räcker.

Det råder i dag inom svensk psykiatri en stark slagsida mot engelsk-amerikansk klinik och forskning, medan psykiatrin i exempelvis Tyskland och Frankrike är ganska okänd. Det finns också många spännande psykiatriska projekt i Norden som är väl värda en studieresa.

Krav för ansökan

- En redogörelse för målet och avsikten med den önskade resan.
- Kort CV.
- Kontakt med en ämnesföreträdare i utlandet, som man tror har något att ge, och en förfrågan om man kan få auskultera eller om ett studieprogram kan ordnas. Det ska framgå att den mottagande kliniken/institutionen är införstådd att ta emot studiebesöket.
- Ett rekommendationsbrev av en erfaren kollega, såsom överläkare, handledare eller studierektor.
- En ekonomisk plan inkluderande rimliga rese- och uppehållskostnader. Det ska framgå om en eller fler poster à 15 000 kronor söks och motivet därtill.
- Om resan utökas med turistande utanför studierna måste detta bekostas privat.
- Resan ska genomföras och redovisas under år 2013.

Redovisning

- Efter resans genomförande förväntas en kort (1–2 sidor) redovisning till stipendienämnden för vad resan innehållit och givit, skriven i artikelform så att den kan publiceras i Svensk Psykiatri.
- Kort ekonomisk redovisning. Eventuellt icke förbrukade medel återsändes till Stipendienämnden.
- Muntlig presentation av resan på max 15 minuter på nästkommande ST-konferens eller deltagande i paneldiskussion på Svenska psykiatrikongressen.

Ansökan ska vara stipendienämnden tillhanda senast 15 februari 2013. Stipendiaternas namn tillkännages vid Svenska psykiatrikongressen i mars 2013.

Så sätt igång med att diskutera med kollegor och läs de färska tidskrifterna för att se var det sker spännande saker! Det går mycket bra att maila till även framstående personer och fråga om man kan få komma. För de flesta ställen är det en fjäder i hatten att få studiebesök även om det kräver en viss ansträngning av dem.

Ansökningar sändes till

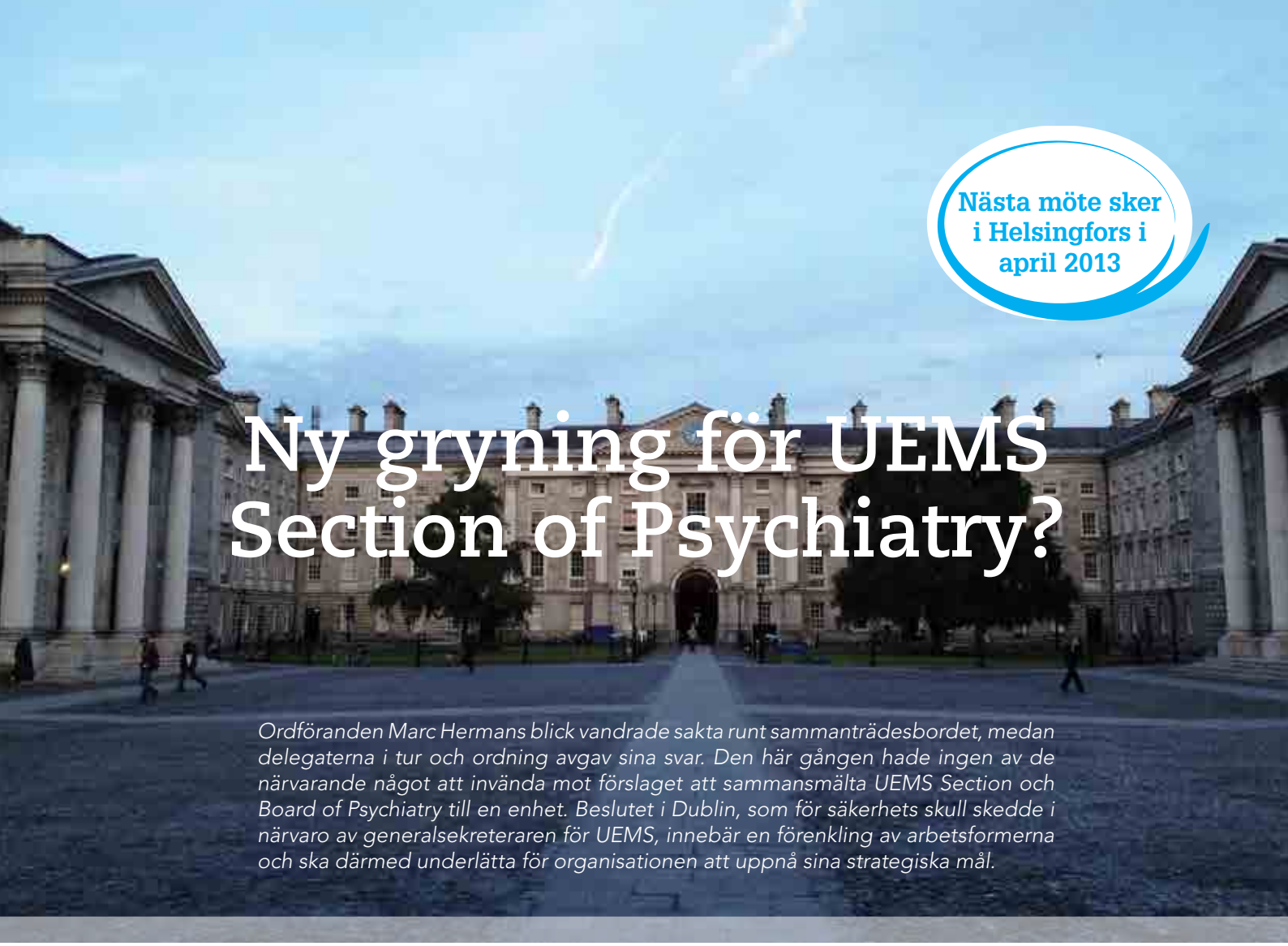
cullbergstipendiet@svenskpsykiatri.se
Svenska Psykiatriska Föreningen/Cullbergstipendiet
851 71 Sundsvall

Vid frågor kontakta kanslisten@svenskpsykiatri.se

Stipendiekommitté

Ansökningarna handläggs och bedöms av en stipendiekommitté bestående av Tove Gunnarsson (Svensk psykiatri), Pauliina Ikonen, Peggy Törn, Lena Forssén (Natur & Kultur) och Johan Cullberg.

STIFTELSEN
NATUR & KULTUR



Nästa möte sker i Helsingfors i april 2013

Ny gryning för UEMS Section of Psychiatry?

Ordföranden Marc Hermans blick vandrade sakta runt sammanträdesbordet, medan delegaterna i tur och ordning avgav sina svar. Den här gången hade ingen av de närvarande något att invända mot förslaget att sammansmälta UEMS Section och Board of Psychiatry till en enhet. Beslutet i Dublin, som för säkerhets skull skedde i närvaro av generalsekreteraren för UEMS, innebär en förenkling av arbetsformerna och ska därmed underlätta för organisationen att uppnå sina strategiska mål.

Den första informationen jag mottog efter att jag landat i Irland kom från den vänlige och mycket talföre taxichaufför som förklarade för mig att arbetslöshet och fattigdom var den huvudsakliga orsaken till självmord i landet. Vidare menade han att det unika mötet som en taxiresa innebär gav honom möjlighet att i vissa fall genom en snabbterapeutisk insats rädda individer från detta öde. Trots att arbetet inom UEMS Section and Board of Psychiatry ibland kan kännas komplicerat och svårbegripligt kände jag mig inte särskilt nedstämd vare sig när jag kom eller när jag åkte, om det beror på hans insats ska jag låta vara osagt.

Mötet i Dublin, det andra för året, samlade 24 delegater från 18 länder och organiserades på sedvanligt sätt. Torsdagsmorgonen började med en genomgång av specialistutbildningen i Irland. Därefter gjordes ett besök på S:t Vincent's Hospital där klinikchefen Arthur McCormack, tillika ordförande för Royal College of Psychiatry i Irland, berättade lite om organisationen av vården. Just detta upptagningsområde var relativt välförsörjt med irländska mått mätt, med 46 bäddar för ca 100 000 invånare (vilket är i paritet med svenska förhållanden, enligt SKLs kartläggning från 2010).

Som för att illustrera kopplingen mellan vård och akademi fortsatte dagen sedan med ett besök på Trinity College. Universitetet, som grundades 1592, har sett storheter som Jonathan Swift, Oscar Wilde och Nobelpristagaren Samuel Beckett passera förbi som studenter.

Fredagens möte ägnades åt att diskutera organisationens mål, samt hur dessa skulle uppnås. I de olika diskussionsgrupperna var man överens om att de frågor som rör utbildning var högst prioriterade.

Viktiga uppgifter just nu är att utveckla det nyligen utarbetade dokumentet Framework for Training, som är utskickat till respektive länders föreningar för kommentarer (och behandlades av vårt utbildningsutskott bara några dagar efter Dublinmötet), samt att fullfölja arbetet med ackreditering av CME-kurser. Samtidigt förelåg det också konsensus kring att man först behövde hitta en lösning på arbetsformerna som visat sig bli alltför ineffektiva, där förvirringen kring uppdelningen av arbetet mellan Board och Section ansågs vara en bidragande faktor. Vidare beslutade man att sammanställa arbetsbeskrivningar för alla funktioner i styrelsen, samt för delegaterna.

Under fredagen fattades också beslut om att acceptera föreliggande dokument kring Non-commercial Interests och Stigma. Dessa kommer inom kort att publiceras på hemsidan. En arbetsgrupp tillsattes för att sedan införliva Framework for Training med det nya kapitel 6 i UEMS kring utbildning.

Dagen avslutades med ett besök på Guinness ursprungliga bryggeri vid S:t James som etablerades år 1759 och en gång var världens största ölbryggeri. Noterbart är att grundaren Arthur Guinness en gång skrev ett hyreskontrakt för fastigheten på 9000 år (!), till en kostnad av £45/år. Företagets världsberömda logotyp, starkt inspirerad av nationalsymbolen Harp of Brian Boru, gör sig påmind lite varstans i stadsbilden och SPFs utsände kan rapportera att den djupsvarta drycken bland annat passar alldeles utmärkt som bas i en mustig köttgryta!

Vid lördagens möte närvarade generalsekreteraren för UEMS, som tillfrågats som stöd efter de kapsejsade förhandlingarna vid föregående möte i Bergen (se föregående nr av SP). Edwin Borman, till vardags anestesiolog och klinikchef på University Hospital of Coventry and Warwickshire, inledde med att ge en kort beskrivning av UEMS. Det förtydligades att UEMS inte är en del av EU, utan en fristående organisation som arbetar för att påverka lagstiftningen inom EU främst genom lobbyverksamhet. Organisationen har sitt säte i Bryssel och de tre stora uppgifterna är 1) politisk påverkan 2) att genom de olika Section & Boards hantera specialitetsspecifika frågor, främst kring utbildning och 3) att sköta ackrediteringen av CME-kurser genom European Agency for Crediting of CME.

En ny inriktning är att man vill skapa strukturer för att följa upp specialisternas utbildning och kompetensutveckling.

Här kan man säga att SPFs utbildningsutskott ligger i framkant, redan 2008 skickades en motion till Läkarförbundet där man föreslog att förbundet centralt skulle ta fram ett regelverk för kvalitetssäkring av specialisternas kunskap och som bekant har satsningen ”Fortbildningsprogram för specialister i psykiatri” nyligen lanserats via IPULS.

Ordföranden Marc Hermans gav sedan besked från möten med UEMS om att det inte finns resurser centralt att översätta samtliga dokument till franska (vilket är ett önskemål som framförts), samt att sektionen själv inte kan ändra på det system som ligger till grund för avgifterna som hämtas in från medlemsländerna. Slutligen genomfördes så röstningen om det ändrade arbetssättet, som praktiken innebär att UEMS Board of Psychiatry läggs ned och att organisationen nu samlas under en gemensam styrelse.

Därefter avslutades mötet, den här gången i en mer positiv anda med en förhoppning om att organisationen nu kan lägga mer kraft på att förbättra utbildningen av Europas framtida (och nuvarande) specialister i psykiatri, i syfte att förbättra den psykiatriska vården och vår gemensamma arbetsmiljö!

Nästa möte sker i Helsingfors i april 2013. Undertecknad representerar Dig som medlem av SPF. Synpunkter eller frågor? Skicka ett e-mail till EUMSdelegat@spf.se!
Se även www.uemspsychiatry.org

Text och foto:
Simon Cervenka

Överläkare
Psykiatri Nordväst, Stockholm
UEMS-delegat

FAMILJEVÅRDSSTIFTELSEN
i Göteborg

Välkommen till tre intensiva dagar med elva internationella föreläsare och gruppdiskussioner för alla deltagare

Med konferensen vill vi bemöta argumenten för ett allt mer manualiserat agerande inom människovårdande yrken, argument som hänvisar till evidensbaserad kunskap och ekonomiska besparingar. Vi ser vikten av att lyfta frågor kring hållbarhet och forskning kopplat till humanism.

Familjevårdsstiftelsen anordnar internationell konferens

Närvaro och Delaktighet

Argument för det humanistiska och hållbara arbetet där människor möter andra människor

25-27 April 2013
Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap
Göteborg

Ett urval av föreläsningarna

Voices and Silence
Adela Garcia, professor i psykologi, Argentina

The humanistic bases of mental health service: A scientific perspective
Bruce Wampold, matematiker och professor i psykologi, USA

The Extended Therapy Room
Carina Håkansson, socionom, leg. psykoterapeut och författare, Sverige

Creating Hope in Troubled Times
Glenda Fredman, psykolog, systemisk psykoterapeut och författare, England

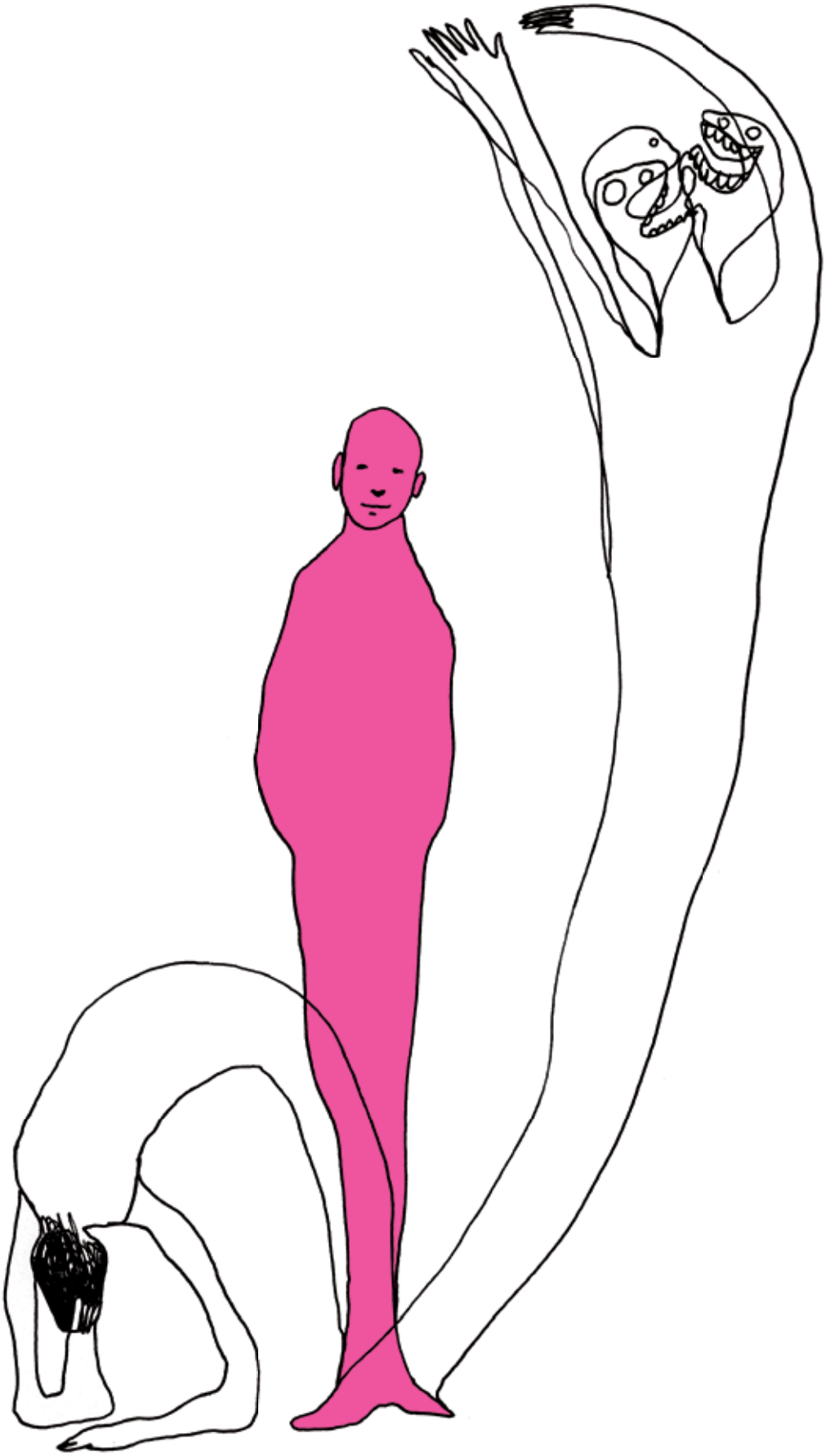
Bad Things That Happen To You Can Drive You Crazy!
Jacqui Dillon, författare och internationell föreläsare, England

10 Billion Happy People on This Planet?
John Holmberg, professor i fysisk resursteori på Chalmers, Sverige

Rethinking the Use of Psychiatric Medication
Robert Whitaker, journalist och författare, USA

Pris: 2950 kr innan 31 januari, 3250 kr vid senare inbetalning. Se vår hemsida för information om anmälan eller ring 031-698 401.
Tid och Plats: 25-27 april 2013, Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap, Nya Varvet, Göteborg.

www.familjevardsstiftelsen.se



Seroquel® Depot (quetiapin XR), Rx, F, depottablett 50 mg, 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg. Farmakologisk grupp: N05AH04.
Indikationer: Seroquel Depot är indicerat för behandling av schizofreni, inklusive underhållsbehandling för att förebygga återfall hos patienter med schizof

Behandling av bipolär sjukdom: - vid behandling av måttliga till svåra maniska episoder vid bipolär sjukdom -vid behandling av depressiva episoder vid b
depressiva episoder.

Tilläggsbehandling av depressiva episoder hos patienter med egentlig depression (MDD) som erhållit ett suboptimalt svar på antidepressiv monotera

Seroquel Depot har ej indikation för behandling av barn och ungdomar under 18 år. För fullständig information om kontraindikationer, försiktighet, biverkn

AstraZeneca AB AstraZeneca Sverige 151 85 Södertälje Tel 08-553 260 00 www.astrazeneca.se. www.astrazenecapsychiatry.se

Ett läkemedel för alla faser av bipolär sjukdom.

Den bipolära patienten skiftar mellan mani och depression. Och depressionen varar ofta länge.

Jämfört med andra atypiska antipsykotika, som tas en gång dagligen, är fördelen med Seroquel Depot att det även är godkänt för behandling av bipolär depression.

Seroquel Depot är det enda läkemedlet, av dem som tas en gång per dag vid bipolär sjukdom, som kan sättas in vid mani, depression eller för att minska risken för återinsjuknande.

	BIPOLÄR SJUKDOM		
	Mani	Återfallsprevention	Depression
Seroquel Depot	X	X	X
Quetiapin IR	X (2-dos)	X (2-dos)	X
Olanzapin	X	X*	
Aripiprazol	X	X**	
Risperidon	X		

Jämförelse mellan de fem mest använda perorala atypiska antipsykotiska läkemedlen. En dos dagligen där inget annat anges.

* Om svarat på olanzapinbehandling vid manisk period.
** Om huvudsakligen maniska episoder och vars maniska episoder svarat på aripiprazol.

Seroquel® Depot
quetiapin XR

freni i stabil sjukdomsfas som redan är inställda på Seroquel Depot.

ipolär sjukdom - för att förhindra återfall i skov vid bipolär sjukdom hos patienter som tidigare svarat på behandling med quetiapin under maniska eller

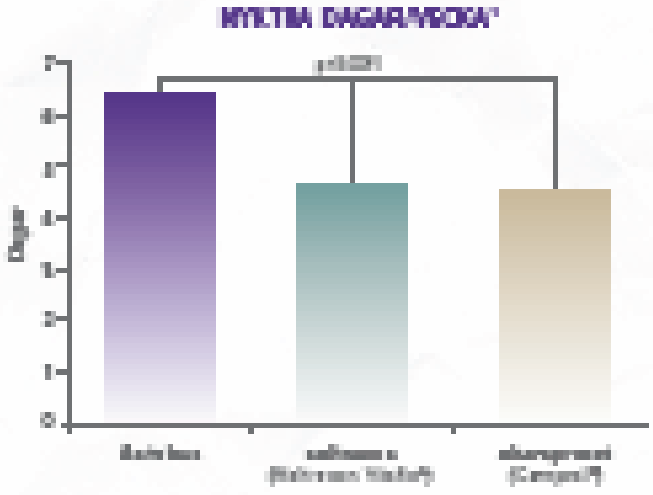
pi. Innan behandlingen sätts in skall läkaren beakta säkerhetsprofilen för Seroquel Depot.

ningar, pris och dosering, se www.fass.se. SPC 2012-05-16

CNS_24419

Tror du att Antabus® blivit omodernt? Då är det dags att tänka om!

Antabus är effektivare än både naltrexon och akamprosat på att uppnå nykterhet.



Använd alltid den rätta pollenet som är kommunicerande pålitlig behandling med Antabus. Då kan du ge hopp om ökar kanske en möjlighet till att nyktra till.

antabus®
DISULFIRAM

Vart är den moderna vuxenpsykiatrin på väg i det förändrade samhället?

Här följer ett debattinlägg. Det handlar om min oro för psykiatrin i framtiden i det nu alltmer komplexa samhället. På slutet tar jag också upp några funderingar över samhällets utveckling och som kan påverka och öka behovet av psykiatri.

Foto: Shutterstock © djgis

För mig är det självklart att psykiatri och samhälle hänger ihop. Jag tar inte alls upp de många bra saker som utvecklats i den moderna psykiatrin sedan jag började arbeta i psykiatrin 1976. Lyckan tiger ju som bekant still. Jag vet att det finns många medarbetare som är jätteduktiga och gör ett mycket bra arbete trots alla besparingar som psykiatrin råkat ut för. Förutom forskar- och lärarår har jag över 30 års erfarenhet av kliniskt arbete inom psykiatrin på olika nivåer; slutenvård, öppenvård, allmänpsykiatrisk mottagning, psykosmottagning, alkoholmottagning, enhet för transkulturell psykiatri, mottagning för unga vuxna, vårdlagschef och klinikchef på den tiden då man hade både ansvar och befogenheter. Under en lång tid upplevde jag att psykiatrin utvecklades på ett positivt sätt, men under de sista fem åren upplever jag att psykiatrin håller på att få alltmer svårigheter, men att vi kliniker inte säger ifrån och att många av nutidens chefer inte törs eller orkar påpeka svårigheterna. Ordet kvalitet verkar vara på väg att försvinna! Att mäta kvalitet tar lite tid men är inte alls svårt.

Även om politikerna i det moderna samhället inte orkar sätta sig in verksamheter, så bör varje enhetschef lägga ner tid och prioritera kvalitet.

I min artikel här är jag lite polemisk. Men jag vet att jag inte äger sanningen i allt, till skillnad från en del enstaka fundamentalistiska kollegor jag under åren till min förvåning träffat på. Kan det vara att psykiatrin med sina fyra naturliga referensramar: biologiska, psykologiska, sociala och existentiella ramar gör att vissa medarbetare inte klarar av mångfalden? Hur som helst vore det väldigt roligt att få kommentarer och motbevis! Jag vill ha en diskussion!

En mottagning, teamarbete och specialisering

Det psykiatriska arbetet blir naturligtvis olika om mottagningen ligger i glesbygd eller i storstad. Min bild är att det är lättare att samverka med vårdgrannarna i glesbygd. Man vet att man behöver varandra och hjälps åt. I storstäder är strukturen mer komplicerad, fler antal socialenheter och vårdcentraler t.ex.

Det blir dessvärre då också lättare att spela Svarte Petter, d.v.s. någon annan enhet skall hjälpa patienten, än att hjälpa varandra och ta emot patienten.

Självklart måste vi inom psykiatrin specialisera arbetet. Det verkar emellertid nu som man på många håll inte längre talar om affektiva mottagningar och ångestmottagningar. Ett intressant problem verkar ha varit att om den affektiva mottagningen fått en remiss, så vill man skicka över den till ångestmottagningen och får ångestmottagningen en remiss säger man att det mer är affektiva symtom. För mig är det vanligt att patienter både är ledsna och ångestfyllda samtidigt! Enligt min uppfattning bör man återinföra ”sektoriseringen”. Det var på sin tid ett lyft för psykiatrin. Med sektorisering menas att enheten har ett definierat geografiskt upptagningsområde. Det kan mycket väl förenas med fritt vårdval. Troligen är det rätt få som väljer en mottagning längre bort än den närmaste. Självklart kan friskare och välutbildade lättare välja en annan mottagning men de kan ju inte enligt Hälso- och sjukvårdslagen prioriteras och få så mycket vård.

Det är faktiskt inte svårt att specialisera verksamheten även på mindre mottagningar, om man litar på varandra och arbetar i team. Tyvärr verkar man på vissa ställen glömt bort att psykiatriskt arbete, när det är som bäst, är teamarbete. En person i teamet kan inte klara allt som de olika yrkeskompetenserna tillsammans kan. Vi måste fokusera och tydliggöra bättre på vikten av teamarbete. Även om varje medarbetare oavsett yrke måste kunna möta och arbeta med de fyra referensramarna, så tillkommer ju specialkunskap.

Här bara några exempel på specialisering, flera andra finns. En överläkare kan vara särkilt kunnig i äldrepsykiatri och hjälpa äldreomsorgen t.ex. göra konsulter på äldreboenden, en kurator är fast kontaktman mot socialtjänsten, en sjuksköterska håller i ADHD-patienterna och samverkar med läkaren, en medarbetare kanske sjuksköterska håller i anhörigutbildningen och kontrollerar i journalerna att anhöriga ofta är delaktiga i vården. Det är mycket sällan en patient säger nej, när man frågar om den anhörige som ofta sitter i väntrummet, kan få komma in på slutet av samtalet. Det här bidrar till bra kvalitet. En medarbetare i teamet skall också bevaka att vi inte glömmer bort våra patienters barn.

Normalt gör man en uppdelning mellan psykosmottagning och allmänpsykiatrisk mottagning. Man kan också på heltid eller deltid ha mottagning för t.ex. unga vuxna eller en geropsykiatrisk mottagning. Här är det ju smart att slå ihop och hjälpa varandra; barn- och ungdomspsykiatrin när det gäller unga vuxna och geriatriken när det gäller äldre. Det är konstigt att det är så svårt att samverka. En anledning är att chefer på golvet inte längre har några mandat och befogenheter utan endast från högre ort ses som budgetslavar. Man vill att någon annan verksamhet ska stå för kostnaden. Där jag arbetar nu hade man tidigare en gemensam mottagning på deltid mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin för ungdomar. Tyvärr har barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen gått på knäna resursmässigt och man orkade inte deltaga längre. Däremot prioriteras fortfarande unga vuxna på allmänpsykiatriska mottagningen. De får fort en tid. En kontaktman finns som är lätt att få tag på för skolkurator och skolsköterska. Det finns också en liten mottagningsdel, deltid för missbrukare med personal och samverkan mellan socialtjänsten och psykiatrin. Ett tag fanns också medverkan i det arbetet från vårdcentralen. Primärvården i den aktuella kommunen är nu privat och de har avböjt att träffa oss inom psykiatrin. Det kanske är så illa att de bara får pengar för patientbesök.

Men två andra vårdcentraler i andra kommuner träffar vi två timmar, två gånger per halvår för att diskutera samverkan. Vi hinner också med en del patientärenden. Vi har sedan många år tillbaka gjort upp i stort vilka patienter som bör gå i psykiatrin och vilka som i första hand hör hemma inom primärvården. Det fungerar mycket bra. Det här är inte något absolut utan behövs det gör vi undantag. Vi känner varandra och ofta har vi telefonkontakter och diskuterar patienter. Vill man vara lite konsultaktig kan vi skoja och säga att vi arbetar med Lean-production. Det spar tid och pengar. Remisserna från den privata allmänläkarmottagningen är ofta mycket dåliga, oftast beroende på hyrläkare. Från de två andra vi samarbetar med är remisserna mycket bra och de hjälper oss med våra patienter som behöver somatisk kontroll. När det gäller en mottagnings arbetssätt och utvärdering återkommer jag i ny artikel.

Slutenvården

Tyvärr har jag under senare år blivit mer och mer frustrerad över hur psykiatrin ibland fungerar. Alldeles för få vårdplatser inom många landsting.

Svårt sjuka får ofta alldeles för korta vårdtider. Jag lade in en psykotisk patient på vårdintyg med fyra poliser som medverkade. Patienten skrevs ut efter två dagar och jag fick på nytt ha poliser med för nytt vårdintyg. Jag orkade inte skriva en avikelserapport. Tidigare när vi skrivit avvikelserapporter har de aldrig resulterat i några åtgärder.

Ibland när jag behövt lägga in en svårt sjuk patient och ringt bakjouren, säger den stackars hårt trängda bakjouren.
"Det går inte, vi har inga platser". Då får jag dessvärre "hota" bakjouren och säga. "Jag skickar nu patienten med vår personal till er. Sedan blir det din ansvarsfråga vad du gör". Patienten blir förstås inlagd. Slutenvårdspersonalen arbetar ibland nästan ihjäl sig och hinner inte med. En genomgång av psykiatrins slutenvårdsplatser på alla kliniker i Sverige gjordes 2009. Då fann man till förskräckelse att antalet vårdplatser inom ett landsting inte berodde på vårdbehov utan på vad landstinget ville betala för (1).

Öppenvårdens fragmentarisering bl.a. genom ersättning med besöksstatistik

Min bild är också att öppenvårdspsykiatrin på många håll alltmer "knappifieras" och fragmentariseras. Jag upptäckte till min förskräckelse, då jag hoppade in på en mottagning för unga vuxna, att när jag tittade i journalen hade man på många ungdomar satt 3 – 5 diagnoser, men det fanns nästan inga uppgifter hur man fått diagnoserna, ofta inte ens vilka självskattningsskalor man möjligen använt.

Inom psykiatrin i Stockholms läns landsting ger man nu mottagningarna ersättning till 50 % efter besöksstatistik. Jag hade ett konsultuppdrag där och tittade på hur besökssiffrorna stämde överens med journaluppgifter (2). Det var tyvärr dålig överensstämmelse men det berodde inte på fusk utan på dåliga och tidsödande regelsystem. Man har därför nu avvaktat med att öka ersättningen till 70 % av besöken. Självklart skall man mäta antalet olika typer av besök i utvärderingen av verksamheten. Men tyvärr blir det väl för psykiatrin som för allmänläkarvården i Stockholms läns landsting, att man måste korrumperas för att överleva. Som en hederlig chef på en vårdcentral sa till mig, för att klara de svårt sjuka måste vi ha korta besök med friska och läkarbesök för blodtryckskontroller i stället för sjuksköterskebesök som ger sämre ersättning. Sedan kan vi lägga ner mer tid på de svårt sjuka. Ett sätt att klara sig, kan ju vara att i stället för att göra klart dela upp på flera besök. Dock tror jag inte att man låter patienten gå ut genom dörren och att man sedan minuten efter tar in patienten igen och bokför nytt besök. Det vore faktiskt bättre kanske än att ge ett nytt besök nästa vecka. Det finns ju en hel del skrivet om det här (3.4.5.6.). Men mediedebatter drar ju förbi och snart kommer en kändisskandal och landstinget kan lugnt bida sin tid och kanske slippa göra något. En elak tolkning är att man på hög landstingsnivå inte på något sätt är intresserad av vårdkvaliteten utan ideologiskt är pinnstatistik ett första steg för att enklare kunna privatisera vården. Jag har absolut inget emot privat vård med hederliga bolag som inte sysslar med skattesmitning. Det finns privata mottagningar som fungerar bra. Det framkom i mitt konsultarbete med besöksstatistik. Uppföljningen av kvaliteten och vården kan göras på samma sätt inom privat och offentlig vård.

Jag beskriver det i min andra artikel om hur en psykiatrisk mottagning skall arbeta. Tyvärr finns det en stor risk att andra landsting vill ta efter och också bara ersätta verksamheten på "pinnstatistik".

Foto: Shutterstock © dundanim

Privat verksamhet och kundorientering
Det kom ju en mycket intressant studie utgiven av Studieförbundet Näringsliv och samhälle (SNS): Konkurrensens konsekvenser – vad händer med svensk välfärd? (7). Rapporten är balanserad och framför allt visar den att man ännu inte kan dra några slutsatser att privat och konkurrensutsatt vård, skola och omsorg ger bättre kvalitet och resultat än offentlig verksamhet. Man efterlyste kvalitetsutvärderingar vilket man inte gör. På SNS försökte man tysta redaktören. Som hederlig forskare begärde hon då avsked. Rapporten är nu självklart glömd. I en annan rapport funderar man om inte valfrihet och konkurrens riskerar att leda till en dyrare och mer byråkratisk sjukvård när en tanke var att spara pengar. Inte minst kan det bero på att man måste bygga upp en byråkratisk dyr kontrollverksamhet för att stävja fusk (8). Det är ju något man inte gjort inom landsting och kommun i Stockholm ännu. Man kan ju också jämföra med kostnaden i den amerikanska sjukvården. Men observera det finns säkert också hederliga privata verksamheter i svensk vård, omsorg och skola. Till exempel alla friskolor försöker nog inte fuska med att höja betyg eller vägra barn med speciella behov även om sådant nu framkommit (9.10.).

Det finns nu ett inslag att vi läkare skall vara kundorienterade. Patienten är en kund som har rätt att få t.ex. antibiotika. Friska patienter har också rätt att få en snabb tid. Självklart reagerar en del allmänläkare mot detta. Här finns även en pågående mediedebatt (11). I Läkartidningen 2008 nr 34 och 35 sökte ett känt stort vårdbolag via annonser bl.a. läkare och sjuksköterskor. När det gällde meriter skrev man ”Kanske har du under studierna eller innan arbetat inom något serviceyrke såsom hotell och restaurang, försäljning eller liknande då ser vi det som meriterande”. Däremot stod ingenting i annonsen om krav på medicinska kunskaper eller erfarenhet av arbete inom sjukvården (12). Men missförstå mig inte, det är absolut inget fel att servera på restaurang eller arbeta i affär, men sjukvård och resurser för sjukvård är något helt annat! När en kund handlar i en affär är kunden jämställd med handlaren. Blir kunden illa bemött går hon till en annan affär. I vården är kunden svag och har inte den medicinska kunskapen. Det är inte lätt för en svårt sjuk patient att välja en annan mottagning och så gott om psykiatriska mottagningar är det inte (13).

I den nämnda rapporten ”Konkurrensens villkor” konstaterar man självklart att det inte rör sig om någon fri marknad utan att det är en kvasimarknad. Det fria vårdvalet behöver inte bara i glesbygd med långa avstånd utan även i storstäderna vara en chimär.
Jag efterlyser en studie från Stockholm hur många i psykiatrin som valt bort den närmaste mottagningen och vad dessa människor fått för diagnoser. Professorn i äldreomsorg Mats Thorslund har upprepade gånger påpekat att äldre inte kan göra ett fritt vårdval. En studie visar att hälften av äldre över 77 år saknar förmåga att göra ett fritt vårdval för sjukvård eller äldreomsorg (14).

Däremot skall man på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning vara beredd att efter ett samtal med chefen, så kan patienten få byta behandlare. Det är inte alltid kemin mellan behandlare och patient fungerar. Det är att visa patienten respekt och det behöver heller inte betyda att behandlaren är dålig. Vi borde i psykiatrin vara bättre på att patienter ibland får träffa en annan kollega för second opinion. En socialsekreterare som gått i däck skall självklart inte behöva gå på den mottagning hon eller han samverkar med utan få komma till en annan mottagning Självklart finns det sedan fall med t.ex. borderlinepatienter där man inte kan byta gång på gång.

Åtgärdsraseri
Datajournalerna är ett lyft för samverkan mellan öppenvård och slutenvård, särskilt om patienten p.g.a. överbeläggningar skrivs ut efter 2 dagar. Men datajournalen Cosmic innehåller också en mängd åtgärdskolumner. Här kan det vara frestande på hög administrativ nivå att försöka ge ersättning efter åtgärder. Då kan det bli rätt absurt. Då jag träffar en patient idag, skulle jag t.ex. kunna notera följande åtgärder på samma besök. Att jag gjort en klinisk bedömning, psykologiska funktioner (AU 002). Klinisk undersökning, psykiskt tillstånd (AU 009). Självmordsriskbedömning (AU 012). Anamnesupptagande (AV 018). Bedömning av levnadsomständigheter (AV 115). Klinisk funktions- och aktivitetsbedömning t.ex. boende, arbete, sysselsättning (AV116). Haft ett stödjande samtal (DU 007). Ordinerat ett läkemedel (DT 026). Skrivit ut ett läkemedel (XV008) och gjort en sjukskrivning(GD 002). Naturligtvis säger det mer om hur flink jag varit på att notera åtgärder än om besöket haft kvalitet.

En komplicerad värld
Jag börjar närma mig slutet på denna tuffa betraktelse. Jag vill ändå nu försöka försvara våra politiker. Vi specialister inom olika medicinska verksamhetsområden kan inte fördela pengarna. Varje område vill ha mer pengar. När jag började som läkare fanns ”skrikmetoden”. Den som skrek mest fick mest pengar. Det fungerar inte idag. De är politikerna, inom kommun, landsting, regering och riksdag som måste stå för fördelningen av resurser. Det finns bra politiker. Hur skall politikerna klara en åldrad befolkning, nya behandlingsmetoder med bl.a. dyra mediciner? Törs man höja skatten och ändå bli återvald? Tyvärr har man nog inom en del landsting tillsatt höga chefer och tjänstemän som är ja-sägare och dessvärre ger politikerna uppgifter om att allt är så bra.

Skönt för politiker som då inte själva behöver gå ut i verksamheten. Är politikerna inom Stockholms läns landsting medvetna om att de tvingar vårdcentralerna att bryta mot Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf? Skall man nu på sikt tvinga psykiatrin att också bryta mot lagen? Vi som arbetar på golvet måste bli bättre på att tala med politikerna och inte lämna det till de högsta cheferna, som kanske ibland är mer rädda om sitt arbete än att påpeka svårigheter på ett

vettigt sätt. En hög chef som idag vill hävda sin verksamhet och säga ifrån får faktiskt ofta sparken. Det som hänt under senare år är att politiker inte tror att man kan diskutera sakfrågor, utan att man måste pr-marknadsföra sig, skapa ett varumärke för sitt parti som inte behöver vara sant och att det då riskerar att bli en manipulation som gör att folk tappar förtroendet för våra partier och inte kommer att rösta i samma utsträckning (15). Jag rekommenderar en viktig bok, Postdemokrati av Colin Crouch (16). Jag har dessvärre aldrig hört en politiker kommentera denna bok!

Sverige har ju varit ett av världens mest jämlika och trygga samhällen. Det finns hur många variabler som helst att jämföra här med andra länder (17). Ett samhälle där man haft lättast att från enkla förhållanden göra en klassresa och karriär. Nu har vi ett samhälle där ojämlikheten ökar hela tiden, vilket kommer att medföra ökat behov av psykiatrisk vård, ökat våld och kriminalitet. Vi är på väg mot ett slimmat näringsliv med outsourcing och tillfälliga arbeten på bemanningsföretag. Man vill inte anställa människor med låg utbildning, invandrare eller personer med visst handikapp. För städning kan man ju t.ex. hyra in ett underbolag som hyr in ett underbolag och fuskar med skatt och löner. Sedan kan man inom offentlig sektor och näringsliv säga. ”Det var ju inte vårt fel. Det har vi ju inget ansvar för”. Otäckt nog verkar det som man försummar städningen inte bara i slutenvård utan även på vårdcentraler. Resistenta bakterier har spridit sig. Men vårdcentralen kan väl inte gå över budgeten för städning?

Alla partier talar sig varma om att få lågutbildade och handikappade i arbete. Men jag har ännu inte sett ett konkret förslag som fungerar. Om man inte lagmässigt tvingar företag och offentlig sektor att per viss lönesumma anställa en person med låg utbildning eller handikapp, kommer de aldrig få arbete. Man vill ju inte ha dem, trots att det finns mängder av arbetsuppgifter de kunde göra. Tänk vad skönt det skulle vara när man t.ex. ringer en växel eller en kundtjänst och slippa höra det man alltid får höra nu. ”Just nu är det många som ringer, vi gör allting för att väntetiden skall bli så kort som möjligt”. Sedan får man vänta i 28 minuter. Eller att slippa stå i en lång kö i en stor mataffär, där man vill tvinga alla att använda shop-express i stället för att anställa en kassör/kassörska. När jag är på gott humör brukar jag ibland skoja med kassörskan, oftast hon, och fråga om det inte finns någon golvmopp att använda. Hon ser frågande ut och jag säger att som kund måste jag väl göra en del av affärens arbete. Då skrattar hon.

Vad man glömmer bort och vi inte tydliggjort för våra politiker är att alla patienter kan inte fixas på några korta återbesök. Det finns många studier som slår fast att en god patient – behandlarrelation är den viktigaste faktorn i all sjukvård för ett gott resultat och naturligtvis inte minst inom psykiatrin. Hur skall t.ex. en nittonårig kille som aldrig kunnat eller haft anledning att lita på en enda vuxen människa och som nu håller på att totalt falla ur samhället, kunna på några få återbesök på ett par månader kunna lita på sin terapeut, hur trygg och skicklig terapeuten än är. Det är naturligtvis svårt att visa ekonomiskt, men kan man hjälpa den killen sparar samhället på sikt pengar. Men det är klart det är ju inte psykiatrins kassa utan kanske kriminalvårdens och socialtjänstens kassa som då slipper användas. Dagens ekonomiska tjänstemän kan nog inte se detta. Det finns studier som visar att om patienten inte litar på sin läkare, oavsett disciplin, så följer bara ca 31 % ordinationen. Med följsamhet räknas då att man tar medicinen +/ - 20 % (18). Vilket slöseri på kvalitet! Kanske har jag fel. Har man träffat en psykiatrisk doktor på 10-20 minuter för första gången och fått tre typer av mediciner utskrivna på en gång, kanske det är bra att man inte tar medicinen!

Vi måste börja säga ifrån

Vi som arbetar på golvet i psykiatrin måste bli bättre på att ibland tydligt säga ifrån. Vi måste tydligare stå för kvalitet. Här är ett exempel där vi borde ha protesterat bättre. En mycket duktig överläkare och verksamhetschef i Stockholm fick ”röda siffror”, d.v.s. överskred budgeten, på en mottagningsdel för invandrare. Hon hävdade att det fordrades mer pengar för en mottagning i utsatt område. Hon fick sparken! Klinikens personal blev mycket upprörda och protesterade skriftligt men sådant hjälper ju ej. Alla, flera hundra anställda, borde ha gått till landstingshuset en halv timme varje dag och sagt ifrån. Då hade media kommit och det blivit fart.

Min bild är att behovet av psykiatri ökar inte minst på grund av samhällets alla förändringar. Samtidigt är psykiatrin kanske det sjukvårdsområde som sparat mest jämfört med andra. Ekvationen går inte ihop. Jag inser att politikerna sitter i en mycket svår situation. Det som förvånar mig är att politikerna på regeringsnivå hävdar att man satsat pengar på psykiatrin, men det går inte riktigt att se. Dessutom är det ju landstingen som bestämmer vårdsatsningarna och om jag förstår rätt alla besparingar.

Tyvärr är vi inom psykiatrin alltför snälla. Vi säger inte ifrån. Vi borde lära oss av Stéphane Hessel och Säga ifrån. Han är nu den enda levande medlemmen kvar som var med och skrev FN:s mänskliga rättigheter. Läs hans bok (19)! Kanske skall vi vägra lämna in ”pinnstatistik” om man inte vill göra en vettig kvantitativ och kvalitativ utvärdering av vårt arbete. Det kanske är orealistiskt men tänk om vi gemensamt skulle kunna säga ifrån, inte för att göra ner våra högsta chefer och politiker men för att de skall sätta sig in i verksamheten och förstå den.

Lars Albinsson
Med.dr. Överläkare i psykiatri
lars.albinsson@hotmail.se

Möjligt paradigmskifte inom psykoterapin

Frågan var alltså vilka biologiska fynd jag anser har varit viktigast för psykiatrins utveckling. Då väljer jag enbart att se på en mycket ny utveckling. Det handlar om affektiv neurovetenskap och kallas minnes-återkonsolidering och jag bedömer att denna kunskap kommer att åstadkomma en förändring av psykoterapi som kan bli av sådan avgörande betydelse att det kan kallas paradigmskifte.

Omlärning av känslor i psykoterapi

Sedan slutet av förra seklet så har ett nytt kunskapsområde börjat växa fram. Det handlar om hjärnforskning i bred bemärkelse inriktat både på människor och försöksdjur, då huvudsakligen möss. Forskingen började då förändras på grund av två utvecklingar; den var att känslorna, som tidigare inte varit i fokus, blev legitima forskningsobjekt och viktiga att inrikta sig på, och det andra var framväxten av nya analystekniker som bättre kunde notera förändringar i aktivitet i olika delar av hjärnan relaterat till olika känslolägen. Från början rymdes denna utveckling inom begreppet kognitiv neurovetenskap, men nu har kunskapen ökat så mycket att ett nytt paraplybegrepp, affektiv neurovetenskap, börjar formuleras.

Inlärning var tidigare det viktigaste inom neurovetenskap och inlärningsfrågeställningen är viktig inom känsloforskningen. Det handlar då både om hur känslor och reaktioner lärs in och också om hur de kan förändras vilket är i centrum för psykoterapi. Psykoterapi kan definieras som en aktivitet hos patienten själv, i samarbete med en psykoterapeut, som syftar till att förändra perception, reaktion, tanke och beteende från ett sämre till ett bättre relaterande till existensen. Som kontrast har vi inom psykiatrin mekanisk behandling där yttre agens förutsätts påverka den i förhållande till agens passivt mottagande individen i en gynnsam riktning; sådana behandlingar kan vara neurotropa substanser, elchocker, vagusstimulering, magnetisk hjärnstimulering eller psykokirurgi. Inom psykohistorien finns mekaniska metoder som numera hör till hospitalmuseets rekvisita som överraskningsbad, långbad och snurrstol.

Förändringsmekanismer

I syfte till att göra psykoterapi mer standardiserad, kvantifierbar och reproducerbar i likhet med mekanisk psykiatri finns en strävan efter att hitta vad som brukar kallas förändringsmekansim (”mechanism of change”).

Presentationen av sådana mekanismer anses också vara en viktig del av en framgångsrik psykoterapi (”rationale”) och är ofta inbäddade i den tankevärld som finns i en given psykoterapeutisk skola och växlar allt eftersom tankeklimatet förändras. Exempelvis poängterades inom psykodynamisk terapi tidigare insiktens och sexualitetens betydelse, sedan mer betydelsen av relationsförmåga och interaktivt samspel. Inom Jungianskt inspirerad psykoterapi är det imaginativa i bred betydelse en benämnd mekanism. Inom behaviourismen var inlärningen med bland annat aversion en mekanism. Sedan kom teorin att förändring av tankar, kognitiv terapi, utgjorde en viktig mekanism och för närvarande är exponering en populär mekanism. Denna exponerings-mekanism bedöms som varande av begränsat värde eftersom symptomen är så lättväckta efter avslutad behandling (1).

Utvecklingen inom affektiv neurovetenskap öppnar nu förhoppningar om att psykoterapeutiska mekanismer kan bli mer grundade i forskningsfynd vad gäller känslor hos djur och människor. Det är här begreppet minnes-återkonsolidering kommer in (”memory re-consolidation”). Viktiga namn i framväxten av kunskap kring minnes-återkonsolidering är Nadel, Nader, leDoux, Monfils, Schiller och Forcato. Nyligen har även svenska forskare, Thomas Ågren och medarbetare i Uppsala påvisat minnes-återkonsolideringsmekanismen på människa (2).

Vi minns våra minnen

Vad är då kärnan i detta nya begrepp? Jo, det handlar om att känslor som har blivit aktiverade blir så att säga hågkomna på nytt, det vill säga att det krävs en ny minnesprocess, minnes-återkonsolidering, i hjärnan för att minnet skall finnas kvar. Detta betyder att vi inte minns den ursprungliga händelsen i ograverad form utan att den byggs på och förändras vid varje ny aktivering, eftersom det då blir återkonsolidering i aktuell form, vilken inte är densamma som den ursprungliga händelsen. Detta ger en större förståelse för hur en rädsla efter en traumatisk händelse kan utvecklas till en mer omfattande fobi allteftersom rädsla aktiveras och återkonsolideras i en form som inkluderar de aktuella nya omständigheterna. Nu kommer det verkligen nya: det finns en tidsbegränsad period då återkonsolideringen äger rum. Känslominnet befinner sig i en labil form under kort tidsperiod, och detta skapar möjlighet till förändring av känslominnet. Om upplevelsen då bearbetas och blir ihågkommen i ett nytt ljus och med andra känslor, så blir det detta minne som återkonsolideras. Detta tidsfönster handlar om några timmar efter att känslominnet blivit aktiverat.

Affektiv psykoterapi

Denna kunskap är redan föremål för metodutveckling både med mediciner som påverkar minnesåterkonsolidiseringen, det vill säga används enbart under terapisessionerna, och psykoterapiformer som försöker utforma ett protokoll utifrån denna nya princip.

En sådan ny psykoterapi är Affektiv Psykoterapi som har utvecklats uttryckligen från denna nya teoretiska bas (3). Affektiv Psykoterapi är från början utformad för deprimerade ungdomar med självskadande eller suicidala tendenser och har skapats i ett gemensamt arbete mellan forskare på BUP Stockholm och vid Karolinska Institutet. Protokollet är under prövning i en randomiserad och kontrollerad studie vid BUP i Stockholm. Protokollet kan användas med olika psykoterapeutiska tekniker och kommer även att provas för vuxna patienter. Eftersom principen vid psykoterapi som bygger på minnes-återkonsolidering är att känslor måste aktiveras under psykoterapi-sessionen innebär denna kunskap en satsning på upplevelseorienterade psykoterapier såsom konstterapier, kroppsinriktade terapier och imaginativt inriktade terapier.

Göran Högberg
Specialist i allmän psykiatri, specialist i barn och ungdomspsykiatri, legitimerad psykoterapeut, med dr

Överläkare BUP Huddinge

Referenser: www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html

Hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen

Har Du förslag på en person som Du vill nominera som hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen?

I våra stadgar står **"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".

Skicka in nomineringen till någon i styrelsen senast den 31/12.

Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser inom psykiatrin

Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse har beslutat instifta:

Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser inom psykiatri

Priset kommer att delas ut första gången i samband med Svenska Psykiatrikongressen i Stockholm mars 2013.

Vill du nominera någon till priset?
Skicka Ditt förslag och motivering per e-post till webmaster/teknisk redaktör Svensk Psykiatri: webmaster@svenskpsykiatri.se **före 15/1 2013.**

Vill du skänka ett bidrag till prissumman?
Sätt in pengarna på bankgiro 5112-0020 och ange att Du vill att pengarna skall gå till Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser inom psykiatri.

Hjälp oss att hålla Raffaellas brinnande intresse för psykiatri och pedagogik levande på detta sätt!

Styrelsen
Svenska Psykiatriska Föreningen

Kanske har du något att berätta?

Men tycker det känns övermäktigt att skriva en hel artikel?

Vi blir glada även för korta notiser!

Redaktionen

Kroppen, själen och psykiatrin

Kroppen är den bok som själen skriver, hette ett lästips jag fick tidigt under mina medicinstudier. Fullt så enkelriktat såg jag inte på förhållandet mellan psyke och soma, men jag hade en föreställning om att människor som mådde psykiskt dåligt någonstans på vägen farit illa.

När jag gjorde min psykiatriplacering slogs jag av att en del människor med depression inte mådde dåligt på grund av sin aktuella livssituation, utan snarare trots sina aktuella omständigheter. Dessa endogent deprimerade individer skämdes lite extra över sitt usla mående, när de egentligen inte hade något att vara ledsna för. Med tiden har jag kommit att tänka att ju mer psykiska symtom en patient har i förhållande till sin aktuella kontext, desto mer rör det sig om egentlig psykiatri.

Kroppens betydelse för själen gör sig mest påmind inom somatiken, när en kroppslig sjukdom eller skada ger psykiska symtom. En kvinna jag mötte på min dåvarande mottagning hade debuterat i psykiatrin i sena år efter att ha fått ena hippocampus bortopererad på grund av sin epilepsi. Efter att ha varit psykiskt kärnfrisk i hela sitt liv sjönk kvinnan ned i en djup depression postoperativt. Psyk-konsulten som träffade henne efter operationen konstaterade att hon hade tecken på en svår depressiv episod, men inte ”yppade något suicidalt”. Hennes tystnad kom av att hon skämdes för sina långt gångna självmordsplaner. Något kom emellan och hon överlevde den värsta fasen av depressionen, för att så småningom landa på min mottagning. Kvinnan hade med psykiatriska mått mätt goda coping-strategier och hon hade hanterat morgonångesten genom att se till att ordna halv förtidspension. Efter att hon gråtit sig igenom förmiddagen, lättade dimmorna vid lunchtid och hon pallrade sig iväg till jobbet. Med klassiska symtom som dessa förväntar man sig effekt av antidepressiv behandling, varför vi mätte hennes läkemedelskoncentration, som inte var mätbar på grund av interaktion med det karbamazepin patienten tog emot sin epilepsi.

Efter byte av medicin mot depressionen och doshöjning blev patienten helt återställd och en lågfrekvent kund i psykiatrin.

Samtidigt räcker inte ett ensidigt biologiskt synsätt för att förstå den psykiskt sjukes lidande. Psykosociala faktorer spelar minst lika stor roll inom psykiatrin som i den övriga sjukvården och till syvende och sist är var person sin egen berättelse. En annan kvinna jag mött på samma mottagning presenterade sig som en melankolisk depression, som osade av förstämning redan i väntrummet. Kvinnan hade förberett sin egen sorti från jordelivet och jag blev lättad när hon tog emot förslaget om inläggning och prompt elbehandling. Vårdförloppet var glatt och kvinnan skrevs ut återställd från sina depressiva symtom. Någon vecka efter hemkomst sjönk kvinnans stämningsläge ånyo, trots adekvat farmakologisk underhållsbehandling. Det kröp sedan fram att kvinnan behandlades illa av sin man, som vände hennes sjukdom emot henne och förödmjukade henne på ett nedbrytande sätt. Vi satte in psykologiska stödsamtal på veckobasis och kunde med det hålla läget under någorlunda kontroll. Med sokratisk teknik fick vi kvinnan att reflektera över makens påverkan på hennes mående, utan att för den skull gå så långt som till att ordinera en separation.

Kropp och själ förhåller sig som gin till tonic, och som psykiater har man förmånen att gästspela som oliven i denna drink. Vi behöver förstå hjärnan, utan hjärna ingen psykiatri, och sätta den i sitt sammanhang. Kanske kan vi dela synsätt med forne KI-professorn i psykiatri Bror Gadelius: ”hjärnan är det instrument på vilket själen spelar”.

Mikael Tiger
Överläkare
Psykiatri Nordväst, Stockholm

UPPDATERA DIN KUNSKAP!

Är din journalföring säker?
"journalföring enligt Socialstyrelsens nya föreskrifter och PdL."

Martin Malm
Informationssäkerhetsexpert och rådgivare åt Socialstyrelsen.
Martin är en duktig talare och föreläser om Socialstyrelsens nya föreskrifter (som kommer 2013) och konsekvenser avseende informations- och patientsäkerhet.

Camilla Damell och Jenny Klefbom
Författarna till boken Journalföring för psykologer föreläser om säker journalföring inom den psykiska hälso- och sjukvården.

Camilla är förbundsjurist på Sveriges Psykologförbund.

Jenny är leg. psykolog och författare, med uppdrag för bland annat Psykologförbundet och Tv4.

Göteborg	11/4
Stockholm	25/4
Örebro	16/5
Malmö	23/5

I kursavgiften ingår:
-Exklusiv lunch och tilltugg.
-En kort presentation av journalsystemet *"PsykBase."*
-Boken *"Journalföring för Psykologer."*

Anmäl dig före den 31/1 med koden *"psykiatriker2013"* och få 200 kr rabatt!
Pris: **1595** kr ex moms.

Besök **www.psykbase.se** eller ring **031-788 47 46** för anmälan eller mer info! ASPIT

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.srpf.se

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

Du som är specialist och medlem i SPF:

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

Gå till vår hemsida

www.svenskpsykiatri.se

Foto: Shutterstock © Konstantin Sutyagin

Mindfulnessträning på arbetstid reducerade stressymtom hos äldreomsorgspersonal

Stressrehab i Norrtälje har i sin nuvarande form funnits i fyra år. Vi har sedan starten liksom många andra stressmottagningar använt oss av KBT-strategier i stresshanteringsgrupper. Vi har också sedan starten med mycket goda resultat för stressreducering använt oss av Mindfulnessträningskurser enligt MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) och MBCT (MindfulnessBased Cognitive Therapy) (Åsberg et al. 2006).

I mindfulnessträningen använder vi oss av yoga och meditation, där de verksamma delarna är att bli medveten om nuet och om förhållningssättet till tankar, känslor och vad som händer i kroppen, men också i stor utsträckning att träna sig i att inte värdera det som händer som dåligt eller bra.

Mindfulnessträningen i form av MBSR ligger bakom den allt mer växande populariteten för medveten närvaroträning inom sjukvården. MBSR skapades av Jon Kabat Zinn i slutet av 1970-talet och har i ett stort antal undersökningar visat sig vara en värdefull metod för stressreducering (Kabat Zinn 2003) och medfört påtagliga resultat vid behandling av ångestsyndrom, bulimi, depressioner, hjärtkärlsjukdomar m.m. (Grossman et al 2004). MBCT har också visats ha mycket god effekt att kunna förhindra recidiv av depressioner (Segal et al 2002).

I vårt rehabiliteringsarbete på Stressrehab har det blivit allt mer påtagligt för oss att vi inte bara kan nöja oss med att behandla och rehabilitera individer. Vi har därför börjat använda oss av arbetsgivardialoger för att möjliggöra återgång i arbetet.

En annan möjlighet att arbeta förebyggande på arbetsplatsen har varit att erbjuda mindfulnessträning för en hel personalgrupp. Vi har på Stressrehab kunnat identifiera flera arbetsplatser som stora ”leverantörer” av personer med utmattningssyndrom i behov av rehabilitering och det har i första hand gällt arbetsplatser med huvudsakligen kvinnor arbetande inom hemtjänst, äldreomsorg, barnomsorg och skola.

Vår konstruktion av sjukvården i Norrtälje, som innebär att äldreomsorg, sjukhus, primärvård och specialistvård hör till samma organisation, TioHundra AB, har underlättat för oss att från Stressrehab, som är en specialistenhet knuten till primärvården, kunna hjälpa till med att genomföra ett mindfulnessprogram för personal på en avdelning för äldreomsorg.

För att göra det möjligt att genomföra detta på arbetstid har det dock varit önskvärt att hitta en form som varit mindre tidskrävande än de vanliga formerna för 8-veckorsprogrammet för mindfulnessträning.

De vanliga formerna för MBSR och MBCT innebär en åtgång av 2,5 timmar i grupp under 8 veckor och en heldag vilket skulle innebära en kostnad för arbetsgivaren på 28 timmars bortfall per person för en kurs. Jag tror att det är över smärtgränsen för många arbetsgivare.

Klatt (Klatt et al 2008) utvärderade en ”mindfulnesskurs MBSR low- dose” som man genomförde på en personalgrupp på arbetstid. Personalen där fick träna mindfulness i grupp en timme per vecka och man förlade denna timme delvis till lunchen vilket medförde en mycket begränsad kostnad för arbetsgivaren. Man hade dessutom ambitionen att den här kursen skulle kunna utföras på en vanlig arbetsplats utan tillgång till yogarum och det ingick därför bara mycket enkla yogarörelser. Även hemuppgifterna var reducerade till att omfatta ca 20 min per dag.

Trots detta fick man signifikanta förbättringar av stressymtom när man jämförde mätningar i en grupp med mindfulnessträning med en kontrollgrupp med väntelistepersoner. Deltagarna randomiserades där till aktiv träning och väntelista och resultaten blev lika påtagliga som man får vid de mer omfattande MBSR-kurserna.

Denna studie inspirerade mig till att genomföra en mindfulnessgruppträning med reducerat omfång på arbetstid med en personalgrupp från äldreomsorgen inom TioHundra.

Utformning av kursen

I vår aktuella studie ville jag skapa en mindfulnesskurs där jag som instruktör kunde använda materialet från våra vanliga mindfulnesskurser. Det innebar att jag lade upp ett program som följde det vanliga programmet från MBSR men med en gruppträning omfattande endast en timme per vecka under 8 veckor.

Jag behöll också de hemuppgifter som brukar finnas på de vanliga kurserna med viss modifikation. Det innebar att deltagarna i personalgruppen fick åta sig att göra hemuppgifter 30-60 min per dag under den tid kursen pågick. Heldagsträningen ströks, men deltagande i den erbjöds senare frivilligt för dem som ville.

Varje deltagare fick i hemuppgifterna använda några CD med olika intalade guidningar av meditationer och yoga och skriva protokoll över vad som hände när de övade hemma. Här fanns också specifika övningar som uppmärksammade stressreaktioner i kroppen och vilka aktiviteter som ger energi och tar energi samt hur känslor påverkar våra tankar etc.

I kursen ingick också uppgiften att i arbetet använda medveten närvaro och ta tre ”andrum” några minuter under dagen och kartlägga egna stressmönster.

Metod

Från två äldreomsorgsavdelningar fick personal anmäla sig till mindfulnesskursen och till denna antogs 13 personer, från resten av personalgruppen utvaldes en kontrollgrupp. I utvärderingen återfanns alltså 13 personer i mindfulnessgruppen med en medelålder på 47 år, 12 kvinnor och en man. I kontrollgruppen återfanns 14 personer, alla kvinnor, från början (men där ströks 2 som lämnat ofullständiga skattningsformulär). Ingen randomisering skedde pga. otillräckligt med resurser och eftersom jag ville att alla som gick kursen skulle ha en egen önskan om att delta. Eget ansvar har alltid varit en förutsättning för deltagande i mindfulnesskurser och erfarenhet finns från många håll att det är de personer som tränar regelbundet som har nytta av kurserna.

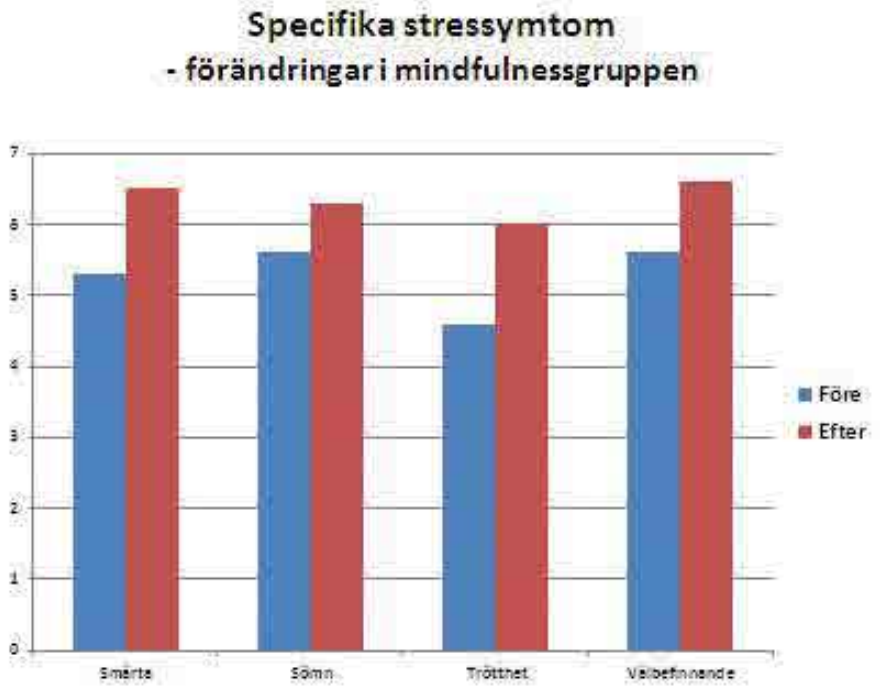
Varje deltagare i mindfulnesskursen fick göra ett skriftligt åtagande om att träna hemma.

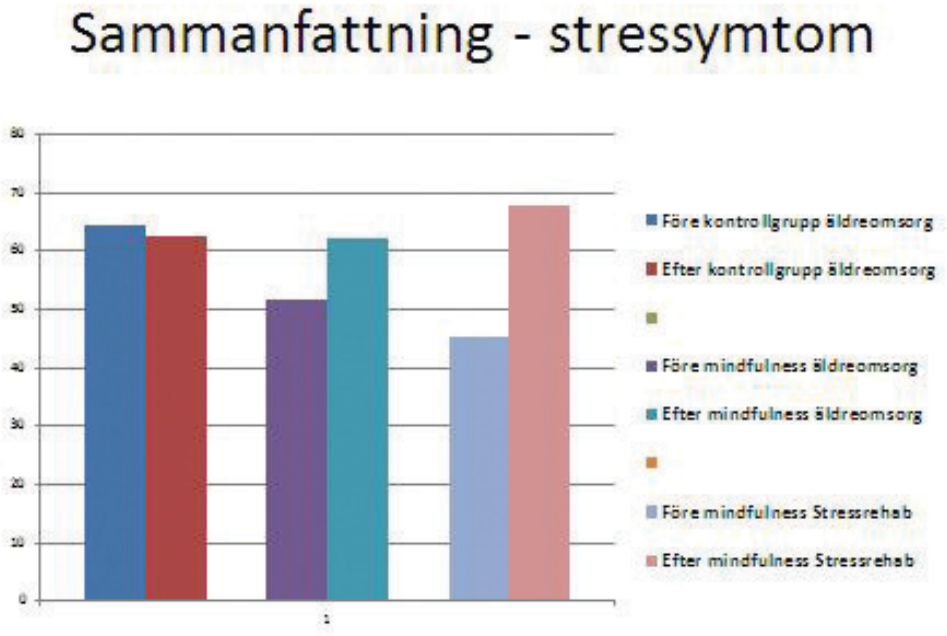
Alla i mindfulnessgruppen, och i kontrollgruppen, fick före och efter kursen fylla i ett eget konstruerat formulär där man på en 10-gradig skala får skatta graden av symtom gällande koncentration, minne, sömn, smärta, fysisk hälsa, trötthet, kondition, välbefinnande och arbetsförmåga samt göra en uppskattning av den totala hälsan (VAS). Eftersom jag utgick ifrån att detta var en vanlig normalfrisk personalgrupp valde jag i den här utvärderingen att inte komplettera med de skattningsformulär jag vanligtvis använder, t.ex. MADRS-S eller HAD.

Deltagarna fick istället fylla i ett formulär FFMQ (Lilja et al l 2011) som mer specifikt

mäter förmågan att vara medveten om det som händer i nuet och då med 5 aspekter som är särskilt viktiga i mindfulnessträningen: observationsförmåga, förmågan att kunna beskriva med ord, förmågan att inte döma, att inte reagera automatiskt och att agera med medvetenhet.

Syftet med denna utvärdering har varit att se om man med begränsade medel kan genomföra en mindfulnesskurs på arbetstid och med hjälp av den kan uppnå lika bra stressreducering som med en mer kostnadskrävande traditionell mindfulnesskurs.


Specifika stressymtom
- förändringar i mindfulnessgruppen
7
6
5
4
3
2
1
0
Smärta
Sömn
Trötthet
Välbefinnande
Före
Efter


Sammanfattning - stressymtom
80
70
60
50
40
30
20
10
0
1
Före kontrollgrupp äldreomsorg
Efter kontrollgrupp äldreomsorg
Före mindfulness äldreomsorg
Efter mindfulness äldreomsorg
Före mindfulness Stressrehab
Efter mindfulness Stressrehab

Resultat
Jag har sedan 4 år tillbaka, utan vetenskapliga ambitioner, utvärderat alla mindfulnesskurser jag har haft på Stressrehab och oftast har jag använt mitt eget symtomskattningsformulär och kompletterat med några andra skattningsformulär. Genomsnittligt för alla deltagare sker det nästan alltid signifikanta förändringar gällande i stort sett alla symtom som brukar förknippas med långvarig stress. Ca 75 % av deltagarna brukar vara aktiva i kursen och tränar bra hemma och där ser man nästan alltid positiva förändringar. Resultat för en ganska typisk mindfulnessgrupp på Stressrehab brukar se ut så här:

Symtomskattning före en vanlig mindfulnesskurs: 44 p där 90 är maximal besvärsfrihet.
Symtomskattning efter en vanlig mindfulnesskurs: 68 p.

Resultat för personalgruppen
Minskningen av stressymtom blev påtaglig för mindfulnessgruppen.

Symtomskattning i kontrollgrupp före mindfulnesskurstiden 64 p i totalpoäng.
Symtomskattning i kontrollgrupp efter mindfulnesskurstiden 62 p
Dvs. ingen signifikant skillnad

Symtomskattning i mindfulnessgruppen före kursen 51 p.
Symtomskattning i mindfulnessgruppen efter kursen 62 p.
Dvs. signifikant förbättring av symtom vanliga vid stress.

Notabelt är att mindfulnessgruppen från början har så pass mycket symtom att de i sin skattning ligger närmare vår ”vanliga” stressgrupp av patienter på Stressrehab än de ligger kontrollgruppen på avdelningen. En sannolik förklaring till det är att de som själva vill gå i mindfulnessträning är de som inte mår så bra.

Genomsnittligt för alla deltagarna i mindfulnessgruppen får vi förbättringar i alla symtomkategorier.

Resultat på specifik förmåga till medveten närvaro
Även här fick vi en påtaglig förbättring för mindfulnessgruppen i förhållande till kontrollgruppen men resultaten är inte signifikanta beroende på för stor varians.

Sammanfattningsvis
I vår utvärdering fick vi en påtaglig reducering av stressymtom hos den grupp som deltog i den bantade mindfulnessträningen på arbetstid, men hos oss innebar resultatet inte riktigt lika stor reducering av symtom som i den grupp stresspatienter som fått vår vanliga, mer omfattande, mindfulnesskurs på Stressrehab

Diskussion
Den här utvärderingen visar att det är möjligt att genomföra en mindfulnesskurs på arbetstid i en personalgrupp och få bra resultat när det gäller stressreducering hos personalen. Eftersom mindfulnessträningen till stor del handlar om ett förhållningssätt, men också lär ut verktyg som kan användas för avstressning i vardagen, blir det här också ett förebyggande arbete.

Det är överraskande att en så stor del av en ”frisk” personalgrupp har så mycket symtom på långvarig stress. I det här fallet är det mycket som talar för att det inte varit specifika förhållanden på avdelningen som orsakat detta utan snarare att det är en selektion av personer som söker sig till arbete på en avdelning för äldreomsorg, dvs. kvinnor som sätter andra människors behov före sina egna och ställer stora krav på sig själva (och är kritiska mot sig själva). Och därigenom utvecklar stress.

I en särskild utvärdering av kursen som sådan fick deltagarna värdera på en skala 1-10 hur värdefull de bedömde kursen vara, där 10 är maximalt värdefull och där blev medelvärdet 8.25, dvs. en hög uppskattning av kursen.
På en liknande fråga hur mycket de kunnat använda sig av mindfulnessträningen i vardagen svarade de med ett medelvärde 7.0. De allra flesta ansåg att de också haft nytta av träningen i sitt arbete.
100 % av deltagarna ansåg att andra avdelningar borde få möjlighet till mindfulnessträning på arbetstid.
Något mer än hälften tyckte att hemuppgifterna varit för omfattande.
Några av deltagarna har haft mycket stor nytta av kursen och halverat sina symtom.

Enhetschefen deltog i kursen och en undran jag hade inför kursen var om detta skulle kunna hämma deltagarna, men det verkar snarast ha varit en fördel.

För min egen del var det här en positiv erfarenhet, inte bara resultatmässigt utan det var också positivt att det blev så uppskattat. Jag kommer gärna att ha ytterligare kurser med personalgrupper och kommer då förmodligen att också, som Klatt et al, minska ned omfattningen av hemuppgifterna. En allt för hög ambitionsnivå kan ha en kontraproduktiv effekt i dessa sammanhang som handlar om att träna sig i ”att vara” istället för att enbart göra.

Bengt Annebäck
Spec. i allm. psykiatri
Överläkare på Stressrehab
Tiohundra AB, Norrtälje

Referenser: www.svenskpsykiatri.se

Nationell konferens om självskadebeteende Stockholm 3 oktober

Salen fylldes snabbt till sista plats, och vi hälsades vänligt välkomna av moderator Göran Rydén. Den konferens vi var där för att delta i är en del i det Nationella Självskadeprojektet, ett treårigt projekt under ledning av Stefan Bergström.

Dagen hade ett elegant upplägg, under förmiddagen fick vi ta del av befintlig kunskap inom området, och under eftermiddagen bjöds vi på några exempel på fungerande verksamheter, för information och inspiration. Dagen avslutades med en paneldiskussion.

Anders Printz, regeringens samordnare inom området psykisk hälsa, inledde dagen genom att berätta om hur regeringens arbetar med frågor om självskadebeteende.
Printz, utbildad jurist med konkret erfarenhet från psykiatrin (han har själv arbetat cirka tio år som mentalskötare), berättade att regeringens mål för 2016 är att minska förekomsten av självskadebeteende hos barn och unga. Han underströk det kontinuerliga i arbetet, där man vill komma ifrån korta projekt och arbeta mer långsiktigt.

Foto: Shutterstock © Olga Sapegina

Lars-Gunnar Lundh, professor i Lund, gav oss en översikt av det aktuella forskningsläget vad gäller behandling av självskadebeteende, det som i DSM-5 föreslås kallas "non-suicidal self injury". Man har studerat olika terapier, inkluderande DBT och MBT, och såväl lång- som korttidsterapi.
Slutsatsen var att resultaten är långt ifrån enhetliga och visar på svårigheterna att behandla dessa patienter. Gemensamma nämnare för effektiva terapier kunde dock skönjas, och dessa var tydlig behandlingsstruktur, en empatisk, utforskande och validerande inställning hos terapeuten, fokus på emotionell reglering, en tydlig plan för att förebygga iatrogena skador/konsekvenser, samt en behandlingslängd om minst ett år. I nuläget är evidensen för DBT starkast, vad gäller behandling av personer med självskadebeteende och samtidig borderlinediagnos.

Den efterföljande diskussion i publiken lyfte bland annat följande fråga: Överdiagnosticeras personlighetsstörningar hos personer med självskadebeteende, när det kanske i själva verket rör sig om ångesttillstånd eller autismspektrumstörningar? Många i publiken hummade medhåll.
Efter detta presenterades en randomiserad, kontrollerad studie av Kim Gratz och Matthew Tull, verksamma vid University of Mississippi Medical Center. Gratz och Tull har studerat gruppterapi - som komplement till treatment as usual – med fokus på känsloreglering. Behandlingen pågick under 14 veckor, och vid uppföljning nio månader efter avslutad behandling var resultaten mycket goda.

Gratz och Tulls studie styrker Lundhs tes om vikten av känsloreglerande behandling som del i en effektiv terapi vid självskadebeteende.

Sofia Åkerman, sjuksköterska och författare, presenterade sin studie ”Vården kände sig drabbad av mig och jag kände mig drabbad av vården”, om patienters upplevelse av vården. Resultaten var tyvärr inte alltför upplyftande, och lyfte fram exempel på patienters upplevelse av kränkningar och bristfälligt bemötande. Åkerman lade fram flera möjliga förbättringsområden: attityder och förhållningssätt hos personalen, bättre tillgänglighet till vård och utveckling av alternativa vårdformer.

Efter detta fick vi göra bekantskap med SHEDO (Self Harm and Eating Disorders Organisation). SHEDO är en organisation som syftar till att sprida information, stötta drabbade och anhöriga, och verka opinionsbildande. Ordförande Conny Allaskog talade med stor entusiasm om organisationens arbete och relaterade projekt.

Under eftermiddagen fick vi ta del av flera goda exempel från den kliniska verkligheten, bland annat berättade överläkare Bodil Person och vårdenhetschef Magnus Skoog om öppenvårdsmottagningen Solhem i Borås, en verksamhet med fokus på självskadebeteende och personlighetsstörningar som uppvisat mycket goda resultat.

Från Psykiatri Nordväst i Stockholm kom enhetschef Hanna Sahlin Berg och överläkare Giulia Arslan och berättade om borderlineenheten och dess verksamhet. De pekade inte minst på behovet av stöd för behandlarna, då arbetet kan vara mycket emotionellt utmanande. För att citera Sahlin Berg: ”Som behandlare skall man ha ett varmt hjärta och ett kallt huvud.”

Klarhet, precision och medkänsla skall gå som en röd tråd genom arbetet med självskadepatienter, och värdet av acceptans och vikten av validering kan inte nog betonas.

Vad gäller den kliniska behandlingen lyfte Arslan formuleringen ”Skills instead of pills”, vilket talar sitt tydliga språk.

Slutligen berättade psykologerna Göran Skogman och Susanne Svensson samt sociolog och kurator Elin Björkstam från MBT-teamet i Malmö om sina erfarenheter från det första året med MBT-programmet. Programmet pågår under 18 månader och inkluderar såväl gruppterapi, individuell terapi som psykoedukation. Liksom vid Lundhs och Gratz/Tulls presentationer lades tonvikt vid affektidentifikation och affektreglering.

Den avslutande paneldiskussionen knöt ihop dagens presentationer och diskussioner. Det pågår ett intensivt arbete runtom i landet för att förbättra vården av personer med självskadebeteende, och det aktuella projektet är ett steg i rätt riktning! Vi har kommit en bit på väg, men det finns mycket kvar att göra.

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

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN
GRUNDAD 1905

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 (specialister)
The psychiatrist
Läs mer på hemsidan under ”medlem” där Du också kan registrera Dig för både Nordic Journal och CPD Online

www.svenskpsykiatri.se

En resa genom den svenska psykiatrins historia

Del 8: Pension från december 1996

Med min väninna Gunilla Dahlgren utbrast jag då:
”Det heter inte pensionstid utan passionstid, för nu har jag tid att ägna mig åt mina passioner”.

Ja inte blev det passioner precis, men nog blev det en aktiv pensionärstid!
Ett år innan jag gick i pension tog jag ett mycket bra beslut. Det lilla antal patienter som jag haft behandlingsansvar för under flera år, meddelade jag nu, att när jag gått i pension skulle jag inte längre vara deras behandlande läkare. De skulle på egen hand eller med hjälp av remiss från mig, skaffa sig en ny doktor. Samtidigt lovade jag att inte försvinna helt och hållet, vi kunde träffas och fika, om någon ville det. Detta gick bra – i något fall med gråt och tandagnisslan. Fortfarande har jag några ”flickor” som jag träffar ibland och några som ringer eller skriver till jul och påsk. Det var ett riktigt bra beslut. Jag disponerade nu min tid helt efter egen önskan!

Och vad skulle jag använda tiden till då? Arbetsuppgifter saknades inte. Jag var fortfarande ordförande i Svenska Anorexi/Bulimi Sällskapet och – från 1997 – även i Nordiska Sällskapet, ordförande i Mestertonska Stiftelsen, ledamot i KÄTS och ECED (European Council on Eating Disorders) och OHD-stiftelsen, och jag fortsatte också mina sakkunniguppdrag. Jag utvärderade ätstörningsvården i Östergötlands, Jönköpings och Kalmar län och gjorde också ett kortare gästspel i Patientnämnden.

Svenska Anorexi/Bulimi Sällskapet, som vi bildade 1993, är fortsatt livaktigt. Nuvarande ordförande, PhD Andreas Birgegård, också tillförordnad enhetschef för KÄTS och programansvarig för programområdet Ätstörningar, berättar:
SABS är fortfarande ett uppskattat mötes- och diskussionsforum, särskilt för dem utanför storstadsregionerna. De har inte så många likasinnade att diskutera och interagera med. Trots att man är överens om mycket verkar man dock handla ganska olika och har olika perspektiv. Man planerar därför en ny konsensuskonferens 2013 alt. 2014 – den förra var 1993.
Det nordiska samarbetet tycks fungera väl. Man har dock börjat fundera över om det nordiska sällskapet möjligen ska förändras till att bli en samordnande organisation för ett antal ämnesspecifika samarbetsnätverk (typ ”Special interest groups”).

Ordförandeskapen avslutade jag 1999 resp. 2004.

Mestertonska stiftelsen
Ordförandeskapet där blev mitt sista officiella uppdrag, jag avgick år 2011.
Stiftelsen gick på sparlåga hela -90-talet, men 2004 fick vi en stor donation. Ett äkta par donerade hela sin kvarlåtenskap till stiftelsen, med förbehåll, att utdelade medel skulle gå till behandling av ätstörningar. Under namnet *Ulla och Vallis Holmstedts stiftelse* förvaltas den av Mestertonska stiftelsen. Med hjälp av ideella insatser från advokat och ekonomisk rådgivare har förmögenheten ökat och vi har en, ibland två gånger per år, kunnat dela ut bidrag för terapi och rekreation till behövande patienter.
Efter 24 år har jag nu överlämnat ordförandeklubban till Madeleine Mesterton. Hon var den som startade patientföreningen AnorexiKontakt 1984, numera Riksföreningen Anorexi/Bulimi Kontakt, och var dess ordförande i 25 år.

KÄTS - kunskapscentrum för ätstörningar är en enhet inom Stockholms läns landsting som arbetar med kunskapsspridning, utbildning och kvalitetssäkring av ätstörningsvården. Uppdraget är att stödja forskning, utveckling och utbildning om ätstörningarnas förekomst, orsaker, förebyggande, diagnostik och behandling. KÄTS inrättades 1997 av professor emeritus Tore Hällström. Projektmedel utlystes årligen fram till år 2000. Projekten beviljades av KÄTS ledningsgrupp, där jag under några år var en av 7 medlemmar. Bland resultaten finns akademiska avhandlingar, vetenskapliga publikationer, utbildnings- och självhjälpslitteratur. Efter några år förändrades uppdraget så, att kvalitetssäkring och behandlingsutvärdering prioriterades. Enskilda forskningsprojekt får inte längre ekonomiskt stöd utan man satsar på den tekniska utvecklingen av ett nytt internetbaserat kvalitetssäkringssystem, Stepwise.
(Källa: 10 år med KÄTS, kunskap i vården. Caroline Björk, 2008.)

Tillförordnade enhetschefen PhD Andreas Birgegård berättar att Centret har vuxit under de senaste 4 åren och har nu 17 anställda. Kvalitetssäkring är ett högt prioriterat område. Stepwise är en utvidgning och vidareutveckling av Riksät, där Riksät idag utgör en del av Stepwise, och har spridits till de flesta specialistmottagningarna och personal utbildas. Det mesta av kunskapsspridningen sker numera via nätet, man har även självhjälpsprogram.

Forskning sker bl.a. på diagnostik och internetbehandling. Man lägger stor möda på att informera skolhälsovården, ungdomsmottagningarna och sjukvårdspersonal. Man ser stora kunskapsbrister hos många som möter en ätstörd person, det kan dröja åratal innan personen får hjälp. Men KÄTS är ett livaktigt centrum med entusiastiska medarbetare så framtiden ser ljus ut för forskning och kunskapsspridning.

ECED-möte i Stockholm
Ordförandeskapen var väl inte så tidskrävande men vid ECED:s möte i Padua 1997 lyckades jag ”sälja in” nästa möte, som skulle äga rum två år senare, till Stockholm, i skarp konkurrens med Barcelona. Vackra sommarbilder gjorde väl sitt! Det var Svenska Anorexi-Bulimi Sällskapet som var inbjudare och stod som värd för mötet. Det blev mycket lyckat. C:a 200 delegater från hela världen kom till ett sensommarvackert Stockholm. Staden bjöd på välkomstmottagning i Stadshuset, mötesförhandlingarna ägde rum på Grand Hotel och festmiddagen på Vasamuseet.

OHD – Olga Hildegard Danelius arbetsstuga för nervsjuka var det ursprungliga namnet på det som 1931 kom att kallas Stiftelsen OHD, fonden för arbetsterapi. När jag blev Läkaresällskapets representant i stiftelsen i mitten av 1980-talet, var verksamheten förlagd till en stor lägenhet på Götgatan. Styrelsen bestod av 8 personer, 4 var politiskt tillsatta och en av dem var ordförande. Därtill kom Läkaresällskapets och Läkarförbundets representanter, föreståndarinnan och en ekonomiansvarig person. Vi sammanträdde ungefär en gång i månaden. Kommuner betalade för att pykiskt störda – framförallt kvinnor – skulle få komma till OHD och få gemenskap, äta lunch tillsammans, väva och/eller brodera. Mycket vackra vävnader och broderier producerades, de såldes vid en – alltid mycket välbesökt - försäljning vår och höst. Så småningom fick kommunerna föreläggande om att inrätta egna träfflokaler/verkstäder, och då fanns det inte ekonomi längre att köpa platser på OHD. Så år 2003 fick verksamheten läggas ner, till stor sorg för de patienter som under kortare eller längre tid funnit gemenskap och meningsfull sysselsättning på OHD.

Sakkunniguppdraget.
Sedan den nya tvångslagen kom 1991 – LPT, LRV och LVU – hade jag tjänstgjort som sakkunnig. Det fortsatte jag med efter pensioneringen. Det jag uppskattade i den nya lagen var öppenheten inför patienten. Patienten fick uttrycka sin mening inför rätten liksom hans/hennes överläkare fick göra. Därefter fick den sakkunnige läkaren alltid ställa frågor till patienten och dikterade sedan i allas närvaro ett utlåtande, där man tydligt motiverade varför man tyckte att patienten skulle/skulle inte bli utskriven. Patienten fick alltså höra en helt oberoende uppfattning. Sedan rätten överlagt fick patienten domen uppläst.

Om jag inte var överens med överläkaren om att patienten skulle ha fortsatt tvångsvård – då uttryckte jag det i mitt utlåtande och så fick rätten ta ställning hur det skulle bli med vården. Oftast gick rätten på min sida. Jag såg både utmärkta och mindre bra vårdförhållanden. En gång när patienten inte var närvarande vid förhandlingen och jag tyckte att patienten skrivits ut för tidigt, sa jag till överläkaren ”detta är vanvård”. Javisst, fick jag till svar, men vad gör man, vi har inte tillräckligt med vårdplatser.

En annan gång gällde frågan en äldre psykiskt sjuk, hemlös kvinna som var ”portad” från samtliga härbärgen. Hon ville inte komma till förhandlingen, min fråga om jag fick besöka henne besvarades också nekande. Efter någon halvtimme kom emellertid personalen och knackade på, nu gick det bra att få besöka patienten. Hon hade eget rum med dusch och toalett. Nyduschad låg hon i en nybäddad säng med frukostbricka bredvid sig. Vi samtalade en stund men berörde inte hennes predikament. Efteråt gav jag personalen en eloge, de hade behandlat henne utmärkt respektfullt.

Efter min pensionering tjänstgjorde jag också i Västmanlands och Södermanlands län. Överallt upplevde jag samma respekt för patienten. Det har ju talats en del om att nämndemännen har för hög medelålder, men oberoende av ålder såg jag bara engagerade, aktiva nämndemän!
Sakkunnigs ålder har däremot inte diskuterats. När jag hade fyllt 75 fick jag, utan att ha bett om det, från Socialstyrelsen ett nytt 3-årsförordnande! När de tre åren gått fick jag ett nytt brev från myndigheten. De tackade för min medverkan under 18 år, men nu var det nya tider. Numera fick man inte vara mer än 63 år gammal för att få ett 3-årsförordnande. Så nog hade jag jobbat på övertid!

Utvärdering av Videgården, regionalt kompetens- och utvecklingscentrum för patienter med ätstörningar (i stencil, Karin Enzell 1998).
Tillfrågad om jag ville åta mej detta, tvekade jag först, men nya utmaningar har alltid varit frestande…!
Uppdraget innebar ett omfattande utredningsarbete om hur givna målsättningar uppfyllts av ätstörningsvården i Östergötland, Jönköping och Kalmar län.
Videgården, en stor villa ganska centralt belägen i Linköping, var navet i arbetet med ätstörningar i regionen, remissinstans för hela länet, där fanns öppenvård, dagvård och slutenvård. Kunde inte Videgården ta emot en remitterad patient, var det Videgården som remitterade till utomlänsvård.
Det blev många resor och spännande möten med kunniga och entusiastiska företrädare för de olika mottagningarna/centra, även med ansvarig för anonyma rådgivningen och ett par patienter på Videgården. Min slutsats blev att satsningen på en sammanhållen ätstörningsenhet varit positiv, att personalens kompetens ökat och att man uppnått resultat som var jämförbara med övriga specialiserade ätstörningsenheter.

Efter redovisningen blev jag erbjuden överläkartjänsten på Videgården, vilket jag omedelbart tackade nej till. Istället ställde jag mig till förfogande som handledare för läkare och sjuksköterska, vilket accepterades.

Ett tillfredsställande uppdrag som jag fortsatte med i drygt ett år.
År 2012 är Videgården nedlagd, vården splittrad till centra i Linköping, Norrköping och Motala, slutenvård för vuxna ätstörda patienter finns vid psyk.klinikerna i Linköping och Norrköping, för barn på barnpsyk. I Motala finns dagvård, familjevård och mottagningen fungerar också som konsultationscentrum. Men… nu pågår planering för att återinrätta en central verksamhet i Linköping, 6-7 år efter Videgårdens nedläggning. Man har insett sitt misstag och gör helt om. Vad det felaktiga beslutet har kostat patienter i lidande, och personal och verksamhet i förlorad kompetens, kan man bara spekulera om.

Kortfattade patientvinjetter
Många patientmöten har det blivit genom åren. Mitt första underläkarvikariat som psykiater – på Ulleråker – fick jag på mina sjuksköterskemeriter, jag hade ännu inte gått kursen i psykiatri! Det var på våren 1964, på sommaren flyttade vi till Stockholm. Jag fick god kontakt med en tvångsintagen kvinna från Stockholm. Man hade vid den tiden beslutat att stockholmspatienterna skulle tas ”hem” från utomläns-placeringar. Av någon anledning avvek patienten från sjukhuset. Hon ringde emellertid till mig och mitt meddelande till henne var: ”Om Du kommer tillbaka till sjukhuset nu, så kommer Du att bli överförd till Beckomberga och jag lovar att bli God man för Dig”. Hon kom tillbaka och jag infriade mitt löfte under ett par år.

Många ätstörda flickor/kvinnor har jag behandlat under åren med växlande framgång. En del hade en underliggande bipolär sjukdom, någon en paranoid psykos, någon har blivit framgångsrik offentlig person. En som gladde mig mycket, var hon som under många år motstod alla behandlingsförsök. Jag träffade henne första gången i mitten av 70-talet, hon var då nyss fyllda 18 år, över 170 cm lång och enligt remissen vägde hon 37 kg. Hon bar vid besöket en tunn kappa med skärp, som hon drog åt hårt. Jag minns att jag tänkte ” nu går hon av!” Men hon höll sig vid liv, arbetade, eller studerade och långa perioder försvann hon ur mitt synfält, hon gick i olika terapier. I mitten av 90-talet meddelade hon, att nu hade hon uppfyllt en dröm, hon tog motorcykel-lektioner! Och något år senare kom hon farande på villa-uppfarten på en jättestor motorcykel, såg frisk och fräsch ut!

En annan kvinna med psykisk störning tvångsvårdades under många år på mentalsjukhus. I samband med sektoriseringen i början av 80-talet överfördes hon till min klinik på Beckomberga. När den avdelning, som hon var placerad på, skulle läggas ner, fick hon komma på ett behandlingshem och vårdintyget avskrevs.

Efter en tid förvärrades hennes symtom och efter en kortare vårdtid på psyk.klin. St Göran kunde hon flyttas till ett nyöppnat gruppboende.

Där trivdes hon bra tillsammans med ett par andra patienter. Vi tappade kontakten när jag övergick till Embla. Döm om min förvåning när jag något år efter min pensionering träffade henne på en verkstad, där jag hälsade på en annan före detta patient. Hon såg förtjusande ut, helt opåverkad av många års neuroleptikamedicinering, hon tillverkade fina smycken och bodde i egen lägenhet! Se där vad en stark personlighet i kombination med nya mediciner och en stöttande öppenvård kan åstadkomma!

Ätstörningsvården i dag
Från ingenting på 70- och 80-talen har ätstörningsvården byggts ut kraftigt, enligt sjukvårdslandstingsrådet Birgitta Rydberg med runt 10 % per år under senare år (DN 18/8-12). 1999 slogs Embla ihop med övriga team i Stockholm, även med slutenvården på Löwenströmska, och blev så småningom SCÄ – Stockholms Centrum för ätstörningar – alla delar av vården samlade under ett tak på Wollmar Yxkullsgatan. Öppenvård, individualterapi, gruppterapi, familjeterapi, multifamiljeterapi, dagvård för yngre och äldre, mobila team, familjevårdsavdelningar, nät-baserad terapi, slutenvård och nu senast gruppterapi för män.… Nordens största ätstörningsenhet!

Verksamhetschefen Anna Maria af Sandeberg berättar att drygt 100 personer är anställda på SCÄ, därav 13 läkare. Forskningen ingår som en integrerad del i verksamheten med bl.a. Stepwise. Datoriseringen av vården är en av de största förändringar som skett under de senaste åren. Mycket tid kan gå åt till krånglande system men fantastiskt när det fungerar! Det tyckte i alla fall jag, när Anna Maria berättade att hon kunde stötta en patient, som studerade utomlands, med hjälp av skype!

Dagens psykatri
Stora förändringar i den psykiatriska vården har naturligtvis skett sedan min aktiva tid.
Enligt artikeln i DN den 18 augusti i år drivs nu en tredjedel av psykiatrin i Stockholms län i privat regi. Om psykiatrin skrivs både ris och ros i Läkartidningen och dagspressen. För att börja med det positiva: efter en period av depressivitet inom specialiteten, när budskapet från politikerna var att all slutenvård inom psykiatrin skulle lokaliseras till länets B-sjukhus och inte ens Nya Karolinska skulle få några psykiatriplatser så har, enligt psykiatrisamordnare Anna Stenseth, nu framtidstron och optimismen återvänt: de nedslitna slutenvårdsplatserna på St Görans psykiatriska klinik kommer att ersättas av nyrenoverade platser på Sabbatsbergs sjukhus. Avdelningar kommer att finnas kvar på Huddinge och Danderyd. En viktig utveckling som skett på senare år är övergång till datoriserad journal och därmed ökad möjlighet att följa upp vården. Ett annat viktigt arbete som gjorts är utveckling av vårdprogram för olika patientgrupper.

Detta har bl.a. varit avgörande för ökad subspecialicering med bl.a. mottagningar för unga patienter med psykossjukdom. Beroendevården var sedan tidigare egen klinik, men så är nu också fallet för Rättspsykiatrin. Så långt Anna Stenseth.

Ett team som har tillkommit efter nedläggning av mentalsjukhusen och kommunalisering av en del verksamheter - och som jag inte i min vildaste fantasi hade kunnat föreställa mej för 20 år sedan - är Team för hemlösa! Dessa drivs nu i privat regi.

Och nu till det negativa: enligt professor Sven Britton är det kris i psykvården (DN 30 okt. 2012): Personalbristen inom psykiatrin är svår, omsättningen hög, andelen hyrläkare högre än i någon annan specialitet. Bristen på specialister är den största bland de medicinska specialiteterna. Utbildningen är eftersatt och den psykiatriska forskningen är, inte minst på senare år, så gott som avsomnad. Flera av de åtgärder Anders Milton föreslog i psykiatriutredningen 2005 är inte genomförda alls, eller bara delvis. Och den breda satsning på psykiatrisk forskning som föreslogs i Kungliga Vetenskapsakademiens utredning 2011 har ännu inte kommit igång.

Nog blir man lite ledsen. Men det är klart att det finns välfungerande enheter och engagerade medarbetare även om den övergripande bilden är mörk. I min bekantskapskrets har jag dels en familj med en ung, nyinsjuknad psykotisk dotter, dels en familj med en nu medelålders psykiskt sjuk familjemedlem. Den unga flickan får, enligt hennes farmor, utomordentligt god vård/omvårdnad på S:t Göran, den äldre mannen får samma på Lidingö. Så låt oss se framtiden an med tillförsikt!

Familjen

Alla tre barnen har nu bildat familj och är väletablerade i arbetslivet. De har begåvat oss med 7 barnbarnspojkar! År 2006 sålde vi villan och flyttade till en ljus och bekväm våning på Kungsholmen. Ett par kvarter från oss bor nu vårt "mellanbarn". Han är pappa till våra två yngsta barnbarn, som vi alltså har glädjen att ha i vår närhet. Äldsta barnbarnet, från Östersund, har börjat på KTH i höst och bor också nära oss! Bilresorna har blivit färre när krämpor har tillkommit, men fortfarande gläds vi åt vårt sommarhus och vi besöker fortfarande både Östersund och Annecy i Frankrike!

Och där slutar min psykiatriska resa. Tack till dem som har orkat följa med och tack för mig!

Kain Enzell
Pensionerad allmänpsykiater, med dr, geropsykiater, ätstörningspsykiater…
Stockholm
karin.enzell@hotmail.com

Referenser

Björck Caroline: 10 år med KÄTS. Kunskap i vården
Karin Enzell: Utvärdering av Videgården, i stencil
Karolinska institutet. Norra Stockholms psykiatri: NSP Psykiatri S:t Göran 50 år 1961 – 2011. Lennart Wetterberg, Anna Stenseth, Bo Runeson
Artikel i DN 18 augusti 2012: Birgitta Rydberg "Psykiatrin bör inte privatiseras mer".
Artikel i DN 30 oktober 2012: Sven Britton "Tillsätt snabbutredning för krisande psykvård"

Kommentar

Sven Brittons beskrivning av läget för den svenska psykiatrin har bemötts av Lise-Lotte Risö Bergerlind, ordförande i SPF, och Hanna Edberg, ordförande i SLUP, i artikeln "Det ljusnar för svensk psykiatri" (DN 6 november 2012).
Läs den på
http://www.dn.se/debatt/det-ljusnar-for-svensk-psykiatri !

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

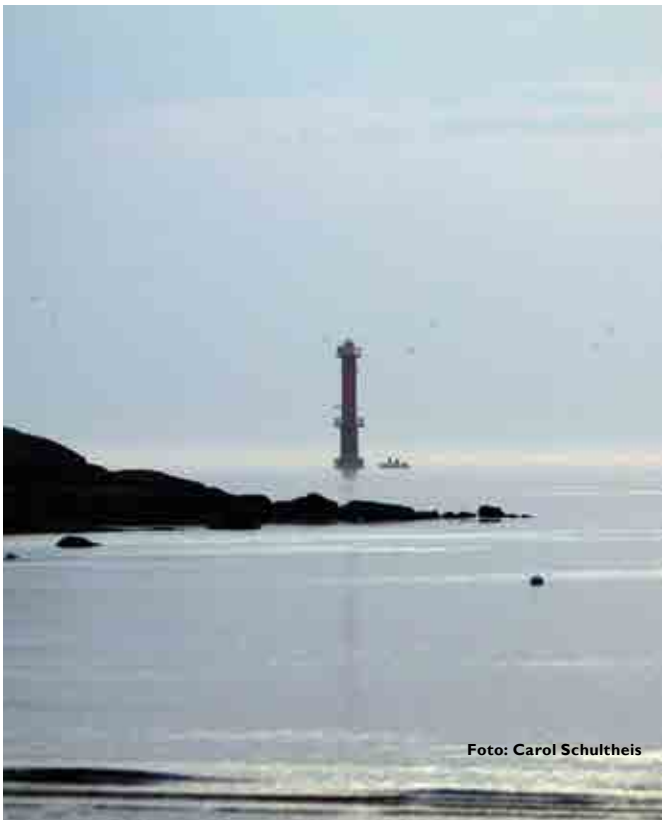
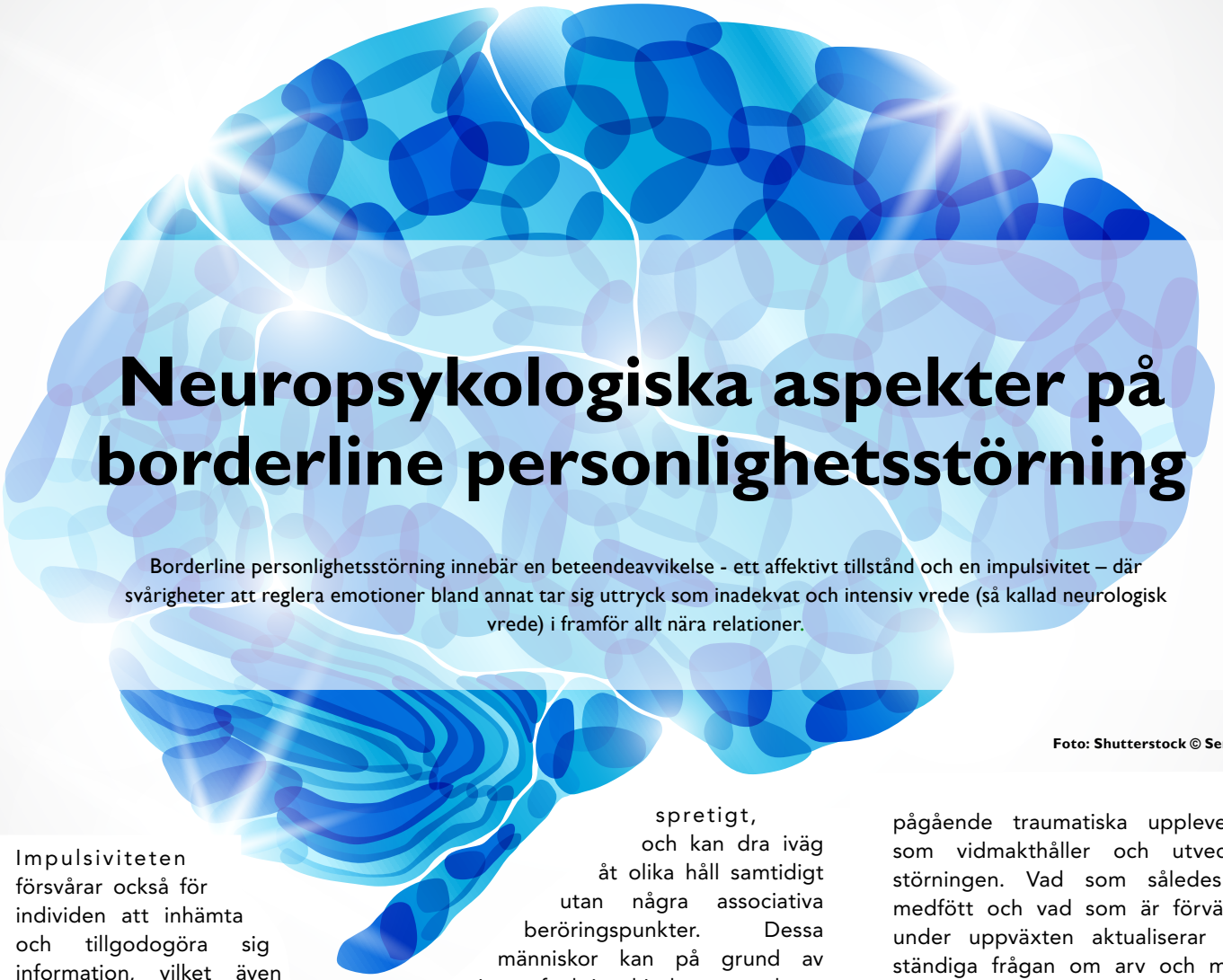


Foto: Carol Schultheis



Neuropsykologiska aspekter på borderline personlighetsstörning

Borderline personlighetsstörning innebär en beteendeavvikelse - ett affektivt tillstånd och en impulsivitet – där svårigheter att reglera emotioner bland annat tar sig uttryck som inadekvat och intensiv vrede (så kallad neurologisk vrede) i framför allt nära relationer.

Foto: Shutterstock © Sergio77

Impulsiviteten försvårar också för individen att inhämta och tillgodogöra sig information, vilket även påverkar den exekutiva funktion som har att göra med förmågan att planera och styra sina aktiviteter och hitta alternativa lösningar som är mer funktionella visavi uppgiften. Han hittar så att säga inte lösningar på problemen inom sig, utan lösningen blir i stället att han avbryter aktiviteten innan den är slutförd. Ett sådant dysfunktionellt tillvägagångssätt påverkar självklart hela hans personlighet och därmed också omgivningens syn på honom. Han får svårt att gå vidare och släppa taget om det som förnuftsstridigt besvärar honom. Han vet bättre än han förmår prestera och situationen blir frustrerande.

Med dessa svårigheter tenderar känslolivet att bli både intensivt och spretigt, och kan dra iväg åt olika håll samtidigt utan några associativa beröringspunkter. Dessa människor kan på grund av sitt funktionshinder upplevas som irrationella, oregerliga och klandervärda. Något som ger upphov till ytterligare känslor, symptom, besvär och relationsproblem.

Hur ser man neuropsykologiskt på denna affektiva avvikelse?
Vad kan den bero på och kan den härledas till en funktionsnedsättning någonstans i hjärnan?

Arv eller miljö?

Psykologer har i dag ett biologiskt – psykosocialt synsätt på borderline personlighetsstörning. Man resonerar att barnet redan vid födelsen har en biologisk sårbarhet, kanske på grund av miljöpåverkan under fostertiden – såsom missbruk, undernäring eller liknande – och tidiga och/eller pågående traumatiska upplevelser som vidmakthåller och utvecklar störningen. Vad som således är medfött och vad som är förvärvat under uppväxten aktualiserar den ständiga frågan om arv och miljö. Avhängigt detta är man väl som regel mest tillförlitlig i sitt kunskapssökande om man har en tvärvetenskaplig ambition. Om man nu, vill säga, förmår att ifrågasätta, granska och ompröva sina antaganden.

Skador i orbitofrontala hjärnbarken och amygdala

Hos en del människor med borderline personlighetsstörning har man i EEG-mätningar (elektroencefalografi) och fMRI (funktionell magnetresonansavbildning) konstaterat små avvikelser, som ”försvagningar” eller ”sämre utvecklade” områden i hjärnan, även om de dock sannolikt fortfarande befinner sig inom normalvariationen.

Men man har också visat att män med skallskador är två till sex gånger så aggressiva som män utan skador. Och de områden som är mest känsliga för slag och andra skador är tinningloberna och området framtill i hjärnan, det vill säga orbitofrontala hjärnbarken (cortex).

Funktionsnedsättning i främre området i hjärnan kan resultera i brist på hämningar och en tendens till känslomässig instabilitet och antisociala beteenden. Dessutom har bristfälligheter, dysfunktioner, i tinninglobsområdena samband med aggressiva beteenden, depression, ångest och impulsivitet. Tillstånd som alltså kan förknippas med borderline personlighetsstörning. Men alla människor som råkar ut för svåra skallskador drabbas självfallet inte av borderline personlighetsstörning, eller vice versa.

Det orbitofrontala hjärnbarksområdet har till uppgift att hålla tillbaka skadligt och olämpligt agerande med utgångspunkt från tidigare upplevelser, erfarenheter och inträngade regelverk, och det förefaller kunna ”välja” det beteende som bäst passar i den aktuella situationen. Härifrån går projektionsbanor vidare till amygdala som är ett viktigt kontrollområde för emotioner. Denna mandelformiga hjärndel sitter strax ovanför vartdera örat och är en slags hjärnans känsloreglerare, som har till uppgift att utlösa de fäkta-fly-reaktioner som till exempel får djur att fly undan hot eller angripa det hotfulla. Amygdalan underlättar alltså för oss att reagera känslomässigt och adekvat på sådant som är hotfullt.

Om man således kan tänka sig ett orbitofrontalt syndrom, utlöst av en ”minimal dysfunktion” i området, är det som främst påverkas därav personligheten och den sociala förmågan, då personen har svårt att uppleva sociala känslor på ett adekvat sätt. Relationer berörs ogynnsamt eftersom det uppstår problem med att kunna utestänga och hämma stimuli från både den inre och den yttre verkligheten. Man blir hyperaktiv, impulsiv och uppvisar ett ohämmat beteende.

Euforin, manin och irritabiliteten står i vägen för den ”moraliska” bedömningsförmågan avseende relaterandet till människor i den omedelbara omgivningen.

Man har kunnat konstatera att vissa patienter med funktionsnedsättningar på amygdala i båda hjärnhalvorna lever i en värld som saknar emotionella konturer och färger. Något som associerar till borderlinepersonlighetens svartvita tänkande vilket främst kommer till uttryck under stark stress och i nära relationer. Här kan man också anta att skador på amygdalan kan bidra till den ovarsamhet om sin säkerhet som många med borderline lever med.

Utvecklingsmöjligheter

Om denna typ av brist förvärvats i vuxen ålder har personen inga problem med att redogöra för de sociala reglerna, men klarar inte riktigt att rätta (in) sitt eget beteende därefter, och brister därför i förmåga att bedöma sig själv korrekt i relation till andra i omgivningen. Affekttrycket är för starkt för att självdistansen ska kunna ha en chans.

Människor vars hjärnor haft denna funktionsnedsättning sedan tidigt i livet kan inte ens beskriva reglerna, än mindre tillämpa dem. Man kan därför bara hoppas att den ansedda dialektiska beteendeterapi (DBT) som förordas som behandlingsmetod för borderlinepatienter, och dess inslag av färdighetsträning, hjälper personer med borderlinestörning att bättre klara av att överbrygga denna bristande överensstämmelse i sociala relationer till andra i omgivningen. Den hjälpen blir väl än mer förståelig och eftersträvansvärd med tanke på att borderlinepersonens längtan efter fostran troligtvis vittnar om att de själva inte alltid vet vad som är socialt acceptabelt och var gränserna egentligen går.

Kan man dessutom konstatera neuropsykologiska funktionshinder, och associationerna rusar iväg till scener ur filmen Gökboet, är det inte alls lika med att loppet är kört. Hopp finns!

Thomas Silfving
Psykolog och författare
Lidingö

Litteratur

Aamodt, S. & Wang, S. (2009) *Välkommen till din hjärna: Varför du glömmer var du lagt bilnycklarna men inte hur du kör.* Natur och Kultur.
Adler, B & Adler, H. (2000) Exekutiv funktion; Hjärnans dirigent.
Silfving, T. & Nilson, G. (2008) *Hotande närhet: Om borderlinerelationer.* Mareld.
Silfving, T. & Nilson, G. (2012) *Hotande närhet: Om borderlinerelationer.* Ny kompletterad och omarbetad utgåva. Studentlitteratur.
Silfving, T. (2011) *Kränkta människor: Om offerrollens farliga lockelse.* Books on Demand.

Människan i den slutna psykiatriska vården

Per Lindqvist
Studentlitteratur, Lund 2012

Acceptans, transparens och kritik

Psykiatrin är inne i ett intressant skede. Synen på psykisk sjukdom och handikapp förändras i stort sett mot allt större acceptans i samhället. Utgångspunkten - psykiskt sjuk eller inte - har förskjutits mot ett dimensionstänkande ”på en skala från 1 till 10” – där var och en kan få syn på sig själv utifrån hur mycket ADHD, autismspektrumstörning, depressivitet, ångestproblematik eller bipolaritet man har att hantera. Kända personer kan i ökad i utsträckning få ha med sig sin psykiatri ut i offentligheten och behöver inte förvara den i garderoben.

Detta ökar intresset för psykiatrin och kraven på den. I enlighet med tidsandan ställs större krav på transparens vad gäller den psykiatriska vården, vilket kan medföra mer kritik, kanske mer sällan ökad uppskattning. Hur mycket kritik tål psykiatrin – helt bortsett från hur mycket som finns att kritisera? När man inte orkar lyssna flyttas fokus från innehållet i kritiken till den som framför denna. ”Det skrivs så mycket negativt om psykiatrin… och så kommer Du nu också!!”

Ett vitalt ”testamente”

Per Lindqvist delar med sig av sin kunskap om och erfarenhet av psykiatrin i ”*Människan i den slutna psykiatriska vården*”. Författaren är docent i rättspsykiatri med svensk och internationell erfarenhet såväl av allmän psykiatri som barn- och ungdomspsykiatri och beroendevård. Hans bok har två ansatser som delvis tvinnas i varandra; en deskriptiv och en kritiskt granskande. Den deskriptiva ansatsen ger en översikt av psykiatrin i sig och i sitt sammanhang. Den tar upp ”lite om allt”, detta ”lite” är väl valt, koncist och informativt formulerat. Han berör bland annat psykiatrin som kunskapsområde och dess ”grannar”, dess juridiska och organisatoriska förutsättningar, dess inre processer och vårdkultur. Han berör läkarrollen, maktförhållanden och hantering av svåra patienter. Han beskriver och resonerar kring tvångsvård och rättsäkerhet, människosyn och normalitetsbegreppet. Denna översikt innebär kanske inte några direkta nyheter för dem som arbetar i psykiatrisk vård men kan dock vara nyttig som påminnelse om de komplexa politiska, ekonomiska, rättsliga, och vårdideologiska sammanhang som verksamheten styrs och påverkas av.

Den kritiska delen av författarens framställning tar sin utgångspunkt i hans uppfattning om och erfarenhet av de mest utsatta patienternas behov. Han frågar sig hur väl den psykiatriska slutenvårdens organisation och arbetsmetoder svarar mot dessa behov och i vad mån resurserna används på ett rimligt sätt. Framställningen är väl försedd med referenser till svenska och internationella publikationer.

Att vara i psykiatrisk slutenvård

Låt oss först påminna oss några utgångspunkter för arbetet i den slutna psykiatriska vården. Till den söker man sig när livet krackelerar och man själv, familjen och nätverket upplever en ökande hjälplöshet inför situationen. Är läget riktigt kritiskt, kanske livshotande blir man slutenvårdspatient, eventuellt mot sin egen vilja. Som patienten är man ur existentiell synpunkt i en mycket utsatt position. Den personal som möter patienten är också utsatt, fast i andra avseenden. Personalen ska möta och förhålla sig till all den outhärdliga och ohanterliga hjälplöshet, skräck, vrede, skam, skuld och förtvivlan som patienterna och ibland också anhöriga ”för med sig i boet”.

Att arbeta inom slutenvården är att i grunden alltid ha makten på sin sida även om det förmodligen ofta inte alls känns så i vardagen. Med denna makt följer ett ansvar som kan vara svårt att förvalta och maktlösheten kan vara lika stor hos den vårdare som är alltför ensam med en alltför aggressiv patient som hos den verksamhetschef som upplever att resurserna är alldeles otillräckliga för att kunna upprätthålla en etiskt och vetenskapligt försvarbar verksamhet. Författaren skriver ”Många inom psykiatrin, inklusive chefer blir nervösa om man tar patienter på allvar. Det blir som en obehaglig påminnelse om att vårt arbete handlar om riktiga människor som kunde vara våra bröder och systrar”.

Läkarens roll och patientens rätt

Författarens grundsyn är uttalat medicinsk och han föredrar begreppet psykisk sjukdom före psykisk störning. Han är dock kritisk mot den riktning som verkar för att psykiatrin åter igen ska bli en neurologisk specialitet och citerar en insändare i Läkartidningen från en kirurgisk kollega: ”Varför ska psykiatrin av alla medicinska specialiteter bli den psykologiskt mest torftiga”? Han visar tydligt att få befattningshavare i psykiatrin förutom läkarna har en gedigen postgymnasial utbildning som är direkt inriktad på arbete inom denna medicinska disciplin och beklagar att läkarna tenderar att reduceras till konsulter som kopplas in när annan personal tycker att det verkar lämpligt. Ett sådant förfaringssätt skulle aldrig accepteras i annan sjukvård menar han. Varje psykiatrisk patient har rätt till en väl utbildad specialistläkares bedömning.

Några områden med förbättringspotential

Författaren formulerar ett antal påpekanden som vid första anblicken kan te sig relativt okontroversiella. Det betänkliga är att dessa påpekanden över huvud taget behöver göras.

”Att inte ha någon professionell behandlare att samtala med när man är rädd att förlora förståndet eller redan har det, är hjärtlöst.

De sjukaste ska ha psykiatrisk vård först och den ska vara av hög kvalité.

Patienter som tvångsvårdats borde få hjälp med att efteråt prata igenom sina upplevelser, förutsättningslöst, gärna tillsammans med anhöriga.

Det råder ingen tvekan om att det är vården och inte patienterna som är ansvarig både för att förhindra att våld uppstår och för hur det hanteras.

Fortsätter på sidan 83

Psykiatrins biologi: Förklaring eller uttryck?

Kroppen är den större delen
Med ett litet hål för själen[1].

Är det verkligen så?

Psykiatrins två kunskapsfält
Den svenska psykiatrins nestor professor emeritus Jan-Otto Ottosson skriver i "Psykiatri"[2]
"Själen eller psyket är en sammanfattande benämning på företeelser som yttrar sig som upplevelser och beteenden" och att psykiatrins utgångspunkt är psykopatologi som kan uppstå på två sätt; genom störningar i hjärnans funktion (somatogenes) och genom upplevelser av omvärlden (psykogenes) och att det även ger behandlingar av två slag.

En god beskrivning - men två frågor inställer sig. Är detta "det hele" eller finns något själiskt utöver hjärna och omvärld? Och det finns nog många som håller med Ottosson för att i nästa stund ändå mena att "till syvende och sist" är psykiatri störningar i hjärnans biologi. Men man lämnar då enligt min mening Ottossons kloka beskrivning av psykiatrins två helt olika kunskapsområden naturvetenskap och humanvetenskap. Det finns t.o.m. en hel grupp av psykoanalytiker som tycks tro att psykoanalysen kan grundas i de nya neurofysiologiska data som strömmar in.

Så även om psykiatrins sociologi och psykiatrins psykologi förtjänstfullt ska tas upp i två kommande nummer vill jag redan nu beröra frågorna om "det hele" och "till syvende och sist".

Bara hjärnprocesser?
Att (fysiska) beteenden har ett uttryck i den fysiska/biologiska kroppen är väl självklart.
Men hur är det med upplevelser som sinnesupplevelser, känslor, tankar, minnen, fantasier, drömmar mm?. Är alla dessa upplevelser endast hjärnprocesser som Francis Crick skriver

" you, your joys and your sorrows, your memories and your ambitions, your sense of personal identity and free will, are in fact no more than the behaviour of a vast assembly of nerve cells and their associated molecules. This hypothesis is so alien to the ideas of most people alive today that it can truly be called astonishing." [3]

Eller är åtminstone en del av upplevelsen bortom kända hjärnprocesser? Jo det är nog många som går med på det men menar att upplevelserna ändå uppstår ur hjärnan genom "emergence". Den finlandssvenske filosofen och medvetandeforskaren vid Skövde Universitet, Paavo Pylkkänen skriver

"But as long as we are not given any clue about how "experiencing" could arise from the interactions of parts, the reference to "emergence" is no better than the Cartesian reference to God as the source of consciousness."[4]

Och finns det t.o.m. upplevelser helt bortom hjärnan och som kan existera även utan en hjärna? Svaren på dessa frågor bör ha betydelse för möjliga psykiatriska förklaringar och behandlingar.
Jag har tidigare[5] något berört dessa frågor och ska här bara kort belysa problemet.

Freuds ofullbordade projekt
Freud skrev 1895 om sitt projekt[6] att försöka förklara människans medvetande med hjärnans fysik.

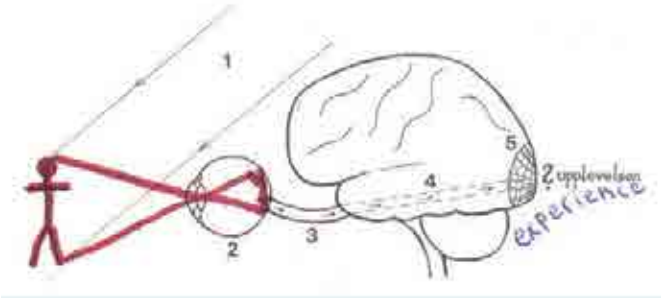
"The intention is to furnish a psychology that shall be a natural science: that is, to represent psychical processes as quantitatively determinate states of specifiable material particles, thus making those processes perspicuous and free from contradiction".[7]

Han lyckades som bekant inte, men inte pga. av oskicklighet utan för att det var en omöjlig uppgift, i varje fall med den fysik Freud behärskade och, enligt min mening, framförallt för att han trodde det räckte med hjärnan. I hans psykodynamiska modell känner vi dock igen begrepp från fysiken; kraft, impuls, laddning, spänning, energi, determinism. Men det är begrepp i den gamla klassiska Newtonska tappning som fysiken nu gått bortom.
Intressant att Freud inte tog med det likväl klassiska begreppet fält, fast det var nog inte så allmänt känt då, men som vi väl känner som t.ex. elektromagnetiska vågor till grund för radio, TV och hela den mobila IT-teknologin. Nog ligger det nära till hands att se beröringspunkter mellan fält och upplevelser[8].

Freud lyckades inte med sitt projekt och det har heller ingen annan gjort efter honom,
men Freud var medveten om den grundläggande svårigheten
"Eine Erklärung, wieso Erregungsvorgänge in den Wahrnehmungsneuronen (.N) Bewußtsein mit sich bringen, ist natürlich nicht zu versuchen. Es handelt sich nur darum, die uns bekannten Eigenschaften des Bewußtseins durch parallel veränderliche Vorgänge in den Wahrnehmungsneuronen (.N) zu decken. Das geht dann im Einzeinen nicht übel[9].

Ingen aning hur hjärnan gör
Trots mer än 100 års forskning, alla nya fascinerande metoder för att avbilda en levande hjärna och hjärnans årtionde har vi inte ens en minsta aning om *hur* vi kan förklara eller beskriva *hur* hjärnprocesser kan "vara" eller "skapa/emergera" upplevelser och en mer ödmjuk Crick skriver

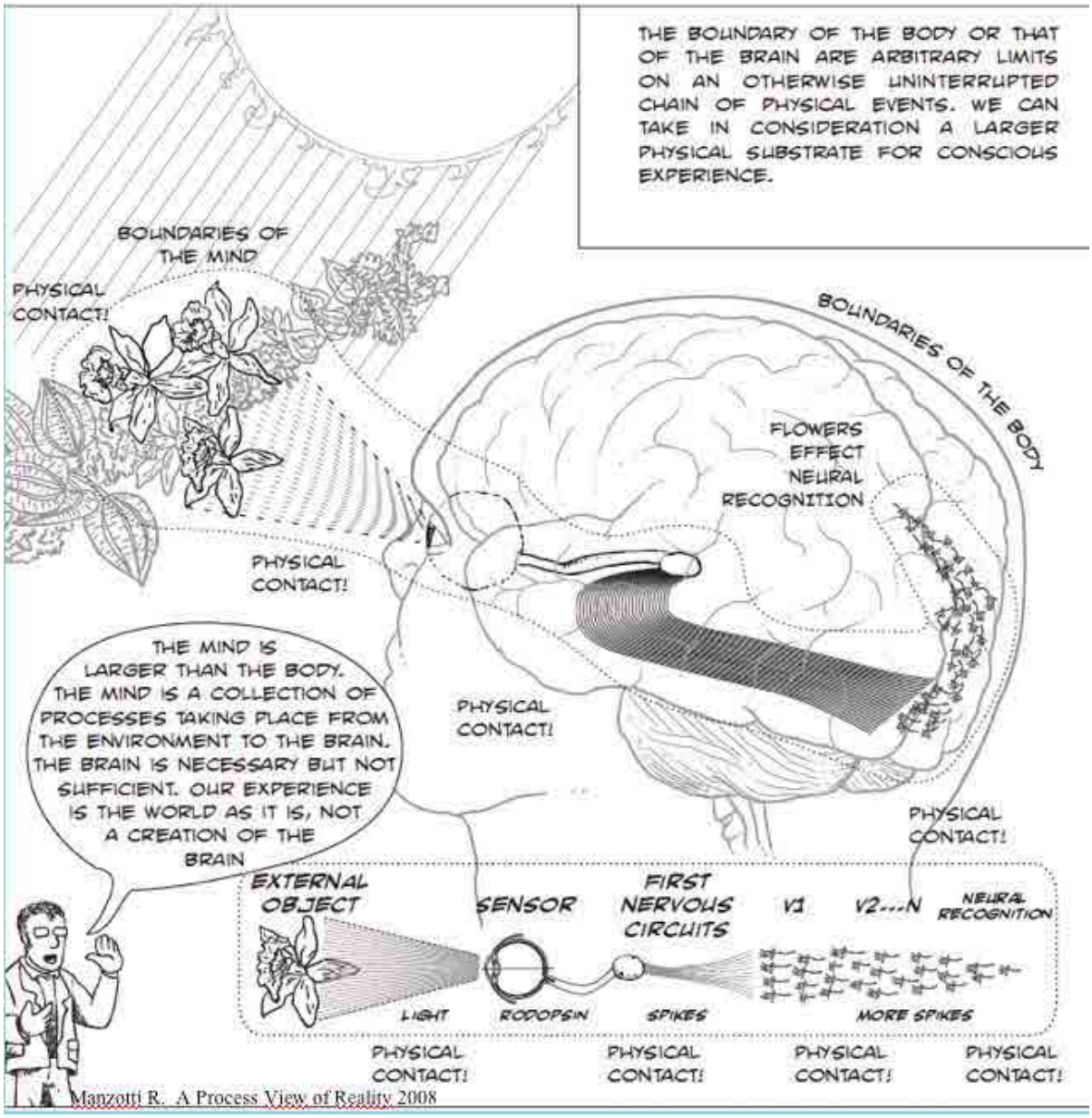
"No one has produced any plausible explanation as to how the experience of the redness of red could arise from the action of the brain."[10]



Mer än hjärnan
Alva Noé som är både professor i filosofi och neuroforskare vid Berkeley Institute for Cognitive and Brain Sciences, skriver med adress till Crick

"A really astonishing hypothesis
It would be astonishing to learn that you are not your brain. All the more so to be told that the brain is not the thing inside you that makes you conscious because, in fact, there is no thing inside you that makes you conscious….we've been thinking about consciousness the wrong way – as something that happens in us, like digestion - when we should be thinking about it as something we do, as a kind of living activity."[11]
Denna syn som går utöver hjärnan kallas "enactivism".

En annan sådan syn på medvetandet är "externalism" som presenteras i en informativ tecknad serie, där även medvetande-hjärna-problemet illustreras väl[12].



Författaren har tillstånd att använda bilden ovan.

Dualismen och andra möjligheter

David Chalmers är professor i filosofi och nog den som mest bidragit till att sätta medvetandeproblemet på den vetenskapliga kartan. 1994 presenterade han sin analys om ”easy problems”, väsentligen beteenden som har eller rimligt kan förklaras av hjärnprocesser och the ”hard problem” som gäller subjektiva upplevelser.

I sin senaste bok[13] 2010 analyserar han vad han anser är de viktigaste metafysiska synsätten gällande medvetandet: tre ”broadly reductive views, which see consciousness as a physical process that requires no expansion of a physical ontology” och tre ”broadly nonreductive views, according to which consciousness involves something irreducible in nature and requires expansion or reconception of a physical ontology.” Chalmers anser att alla de reduktiva synsätten är felaktiga[14] .

Chalmers tre icke-reduktionistiska synsätt är **interaction-dualism, epiphenomenalism dualism** och den kanske mindre kända **Russelian monism** där ”phenomenal or protophenomenal properties are located at the fundamental level of physics”, i korthet att alla fysikaliska grundelement har någon (för) medveten kvalité.

Tidigare menade Chalmers, som många andra, att interaktiv dualism var oförenlig med fysiken, men han har nu ändrat sig och argumenterar väl för motsatsen, dvs. det är helt förenligt med kvantmekaniken att ett icke-materiellt medvetande kan påverka det som i kvantmekaniken beskrivs som sannolikheter och slumpstyrda processer och som kallats ”vågfunktionens kollaps”.

Om kritiken skriver han nu

" There is some irony in the fact that philosophers reject interactionism on largely physical grounds (it is incompatible with physical theory) while physicists reject an interactionist interpretation of quantum mechanics on largely philosophical grounds (it is dualistic).Taken conjointly these reasons carry little force, especially in light of the arguments against materialism elsewhere .."[15] (i hans bok[14]).

Chalmers sammanfattar
"It is often held that even though it is hard to see how materialism could be true, materialism must be true since the alternatives are unacceptable". Men Chalmers argumenterar för att det finns "at least three prima facie acceptable alternatives to materialism", i.e. interactionism, epiphenomenalism and panprotopsychism , "..each of which is compatible with a broadly naturalistic (even if not materialistic) worldview and none of which has fatal problems"[16].
Möjligen försvagas epiphenomenalismen av ny forskning se Beuaregard nedan.

Filosofi, vetenskap eller tro?
Nu kanske många tycker att filosofer kan väl inte avgöra en vetenskaplig fråga.
Det måste väl avgöras med observationer och experiment. Ja om möjligt, men även experiment måste tolkas och det förefaller klart att alla data hittills kan tolkas på minst två sätt: att medvetandet restlöst "är/skapas av/emergerar från" hjärnan eller att medvetandet är en helt ny kategori som inte kan förklaras av något annat, som även kan existera fritt från hjärnan och som kan växelverka med hjärnan. Jag har tidigare argumenterat[17] för att frågan kanske också är oavgörbar i Gödels anda vilket utmynnande i en fråga jag gärna upprepar då jag inte fått något svar:

"Det går aldrig att bevisa själens icke-existens och själshypotesen är därför inte möjlig att falsifiera och i enlighet med Poppers kriterier därför inte en vetenskaplig hypotes utan ska med rätta betraktas som en tro.
Men precis detsamma gäller den materialistiska uppfattningen! Den är tillsynes inte heller falsifierbar och därför med samma kriterium en trosuppfattning! Den som inte håller med om detta måste jag be att presentera ett enda faktum som går att observera i detta liv, livet före döden, och som de skulle vara tvungna att acceptera som motbevis till att hjärnan är en nödvändig förutsättning för medvetna upplevelser!"

Mind does really matter
Ett exempel på mer handfast modern neurofysiologisk forskning som väcker dessa frågor är alla de korrelationer som de nya hjärnavbildande metoderna ger.

Men korrelationer är ingen förklaring, precis som Freud insåg, och de ger heller inget svar på den ontologiska frågan om medvetandets natur, utan de kan likväl tolkas på olika sätt.
Mario Beuregard , Ph.D.i neuroscience skriver i artikeln "Mind does really matter. Evidence from neuroimaging studies of emotional self-regulation, psychotherapy and placebo effect" att

"Collectively, the findings of the neuroimaging studies reviewed here strongly support the view that the subjective nature and the intentional content (what they are ''about'' from a first-person perspective) of mental processes (e.g., thoughts, feelings, beliefs, volition) significantly influence the various levels of brain functioning (e.g., molecular, cellular, neural circuit) and brain plasticity. Furthermore, these findings indicate that mentalistic variables have to be seriously taken into account to reach a correct understanding of the neural bases of behavior in humans".[18]

"Towards a science of consciousness"-konferenserna som ordnas årligen sedan 1994 spänner över hela fältet från strikt neurobiologi, via psykologi, modern fysik till andliga upplevelser och många spännande abstracts från flera år finns på deras hemsida[19].

Genetik och kroppsliga sjukdomar?
Men forskningen som "bevisar" psykiska sjukdomars genetiska orsak är väl ett tydligt tecken på psykiatrins biologi? Även denna forskning tycks dåligt underbyggd, uppenbart när det gäller ADHD[20], och psykologen Jay Joseph har också en mer generell kritik av vad den genetiska forskningen påstår[21].

Självklart finns kroppsliga störningar, t.ex. olika endokrina sjukdomar, med klarlagd biologisk mekanism, som också har psykiatriska symtom. Likväl är det även där bara korrelationer mellan det biologiska och psykiska vi kan uttala oss om, men med så god överensstämmelse mellan t.ex. blodsockernivå, symtom och relation till insulindos, så frågan om medvetandets natur inte behöver vara i första fokus.
Men det är helt annorlunda med de funktionella psykiatriska störningarna. Vi har bara korrelationer, vaga hypoteser och något mer robusta kliniska resultat när det gäller t.ex. farmakologisk behandling där frågan vad den grundläggande orsaken till placeboeffekten är måste beaktas.

Totalitetsanspråk ger biverkan
Även om nu hjärnmaterialismen vore sann kan störningar bero på hjärnan eller omgivningen och med de nya kunskaperna i epigenetik blir orsakssambanden mer komplexa.

Skulle nu medvetandet inte restlöst orsakas av hjärnan och (den vanliga fysiska) omgivningen utan medvetandet är en fundamental egenskap i tillvaron blir orsakssambanden än mer komplexa, svårstuderade men också mer intressanta och öppnar för flera behandlingsmöjligheter.
Självklart skulle det inte behöva finnas någon motsättning mellan farmakologisk, psykoterapeutisk och ”själslig” behandling.
Men när hjärnmaterialismen gör ogrundade anspråk på att vara den enda och sanna tolkningen finns en mycket allvarlig biverkan av all farmakologisk behandling av psykiatriska problem:
den bidrar till den felaktiga uppfattningen om att frågan om människans själ är avgjord, ja enligt min mening, bidrar den till illusionen om att människan enbart är kropp och hjärna.

Mängder av data i väntan på en teori
Min uppfattning är att biologin och psykiatrin befinner sig i ungefär samma situation som fysiken i slutet på 1800- talet. Den klassiska fysiken med Newtons mekanik och Maxwells elektrodynamik fungerade väl inom sina begränsade områden men det kom nya data som inte kunde förklaras. Man kunde inte ens förklara stabiliteten hos materiens byggstenar atomen. Och mängder av data från atomers ljusspektra insamlades och de kunde även beskrivas i matematiska formler som i Balmer-serien

$$\frac{1}{\lambda} = R\left(\frac{1}{2^2} - \frac{1}{m^2}\right)$$

m=3, 4, 5.. och i mer generell formel som sammanfattade alla väteatomens spektralserier

$$\frac{1}{\lambda} = R\left(\frac{1}{n^2} - \frac{1}{m^2}\right)$$

n=1,2,3 …m=n+1,n+2.. .

Men dessa kunde inte alls förklaras, förrän genom Bohrs atommodell[22] som ledde till kvantmekaniken som radikalt vidgade fysiken. Vi står sannolikt inför en liknande revolution när det gäller medvetandet. Vi behöver en teori som knyter samman en överväldigande mängd empiriska data och den teorin kommer sannolikt radikalt skilja sig från dagens hjärnhypoteser.

Medvetande i hjärnan eller bortom
Även om den ontologiska frågan om medvetandets natur f.n. är vetenskapligt oavgörbar är det väl tänkbart att det påverkar hur vi lever och mår psykiskt om vi tror att vårt medvetande är instängt i hjärnan eller om vi tror att vårt medvetande är friare att expandera över rum och tid.
I den transpersonella psykologin formuleras:
Vi är inte mänskliga varelser med andliga upplevelser.
Vi är andliga varelser med mänskliga upplevelser.
Och psykiatrin kanske mest ska ägna sig åt just de mänskliga upplevelserna men måste ändå förhålla sig till människans existentiella och andliga sida.
Så jag lutar åt
Kroppen är den synliga delen
Ett litet uttryck för den eviga själen

Jan Pilotti
Ungdomspsykiater
Fil kand matematik, teoretisk fysik

Referenser: www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.se

Ett bipolärt hjärta

Rebecca Anserud
Lindqvist Publishing

Detta, mina vänner, är en liten pärla. En liten omtumlande, snyftskapande och tankeväckande pärla. En liten bok, ja, jag säger så, eftersom den är ganska tunn och lättläst, språket är okomplicerat. Men den är på intet sätt liten till innehåll. På intet sätt.
Jag tycker att den här boken borde finnas på varje psykiatrisk avdelning och på varje öppenvårdsmottagning. Och nej, unga fröken Anserud betalar inte mig en krona för att skriva så.

Rebecca Anserud är 25 år gammal. En ung, vacker kvinna med hela livet framför sig. Hon fick diagnosen bipolär sjukdom typ I för fem år sedan, när hon var tjugo. Men då hade hon redan varit sjuk i flera år.
Hennes bok är häpnadsväckande modigt skriven. Rebecca Anserud är en häpnadsväckande modig kvinna.

För vet ni vad som är så fascinerande? Hon skriver om sig själv och om sin sjukdom, om sitt liv och sina erfarenheter, och hon gör det helt utan… helt utan… åh, vad det var svårt att sätta ord på det hon inte gör. Det tycks inte finnas någon parallell röd tråd, om jag uttrycker mig så. Hon varken förskönar eller förfular, ibland är upplevelsen bra och ibland dålig, till och med när hon kritiserar något så gör hon det så oerhört ”icke-kritiskt”. Det sagt, så verkar hon vara en kvinna med mycket starka åsikter. Inte på något enda sätt rädd för att uttrycka sig.

Rebecca Anserud har gått genom helvetet och tillbaka under sina sjukdomsperioder. Och hon låter oss ta del av det. Utan omskrivningar, utan lullull. Utan att demonisera, utan att avdramatisera.
Jag tror nästan att vi som arbetar inom psykiatrin dagligdags, vi som träffar hundratals patienter med psykiska sjukdomar, jag tror nästan att vi ibland glömmer bort vad våra patienter faktiskt möter därute. Rädsla, misstro, okunskap, fördomar.

Vi VET att det är så, men TÄNKER vi på det? KÄNNER vi det?

I mitten av boken finns ett bildgalleri. Det är foton på Rebecca och hennes familj, från det att hon var fem år gammal fram till idag. Bilder från familjesemestrar, från studenten, tonårsfoton… Hon blir så levande, det hugger till i hjärtat. Denna flicka som åkt in och ut från slutenvårdsavdelningar. Hon låter oss ta del av sitt liv.

När saker och ting presenteras personligt och ärligt brukar man inte sällan säga att det är ”naket”. Den här boken är sällsamt personlig och ärlig. Men det finns någonting i begreppet ”naket” som ändå inte passar in här. Kanske för att ordet i sig inbegriper någon form av utlämnande. Och för att utlämna sig behöver det finnas en hotbild. Det farliga i utlämnandet, och modet i att ändå göra det. Rebecca Anserud presenterar sanningen så som den är, men hon gör det utan rädsla. Det är så sällsynt. Boken är värd att läsa bara därför.

Hörni. Ta in ett par ex till era kliniker. Låt patienterna ta del av denna modiga unga kvinnas erfarenheter. En win-win, i ordets rätta bemärkelse.

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

Foto: Andreas Gradin, Fotonord

Psykofarmaka gör mer skada än nytta för den enskilde och innebär enorma kostnader för samhället

Det menar Robert Whitaker, som i sin senaste bok tar tempen på den amerikanska psykvården

Författaren och journalisten Robert Whitaker är på besök i Göteborg för att berätta om sin bok ”Anatomy of an Epidemic”. Trots att han är en känd debattör som föreläser över hela världen, så är detta hans enda framträdande i Sverige. Det är synd, för hans budskap är omtumlande och minst sagt kontroversiellt.

Robert Whitaker arbetade i slutet av 1990-talet som vetenskapsjournalist på Boston Globe. Tillsammans med en journalistkollega skrev han en serie medicinska artiklar som handlade om de häpnadsväckande undersökningar som Världshälsoorganisationen gjort av patienter med schizofreni. Studierna visade att personer som drabbats av sjukdomen i USA och resten av i-världen aldrig återhämtade sig utan blev kroniskt sjuka, medan de som levde i ett fattigt land, som Indien eller Nigeria, ofta blev helt återställda efter en kort tids behandling.

Robert Whitaker blev minst sagt överraskad över de resultat han fann, eftersom han på den tiden trodde att psykofarmaka fixade en kemisk obalans i hjärnan och därför var nödvändiga i behandlingen av schizofreni.

– Vi skrev bland annat om experiment i USA där schizofrenipatienterna tvingades sluta medicinera. Det tyckte vi var oetiskt. Man skulle ju aldrig ta ifrån en diabetiker hans insulin, så varför förvägra någon med schizofreni att ta sin antipsykosmedicin?

Artikelserien gjorde Robert Whitaker intresserad av ämnet och han skrev sin första bok ”Mad in America”.

– Den var kontroversiell och min agent rådde mig att aldrig mer skriva om ämnet, säger han.

Därför dröjde det tio år innan han skrev ”Anatomy of an Epidemic”. I den boken pekar han på vilka konsekvenser överförskrivningen av psykofarmaka i dagens USA får.

– Alltihop började med att Thorazine introducerades på ett mentalsjukhus i USA 1955. Thorazinet, som var ett psykofarmaka, betraktades som en revolution när det kom. Det jämfördes med upptäckten av penicillinet inom allmänmedicinen, säger Robert Whitaker.

Förväntningarna var höga inom psykiatrin; äntligen fanns ett botemedel mot alla psykiska sjukdomar. 1988 kom efterföljaren Prozac, som ansågs ännu bättre. Det amerikanska folket matades med tevereklam som påstod att depression berodde på serotoninbrist i hjärnan. Genom att tillföra serotonin skulle problemet vara löst. För många var det en ren lättnad att det nu verkade finnas en fysisk förklaring till deras psykiska problem. Men Robert Whitaker menar att folk blivit vilseledda.

– Vetenskapsmän konstaterade redan 1984 att teorin om serotoninbrist var felaktig. 2002 kom även psykiatriprofessorn Stephen Stahl fram till precis samma sak i sina undersökningar, vilket är intressant med tanke på att han är en person som gillar molekyler och väldigt gärna ville tro på historien om serotoninbrist.

Myten om serotoninet lever dock kvar hos cirka 85 procent av det amerikanska folket och det finns starka ekonomiska intressen bakom. Läkarna förser cirka 10 procent av den vuxna befolkningen med antidepressiv medicin. Det är patienterna själva som efterfrågar medicinen när de besöker sin husläkare för att de exempelvis har sömnproblem eller ligger i skilsmässa.

– 25 procent av alla kvinnor i åldern 18-65 år använder antidepressiv medicin. En del män tycker att det här är bra. Fruarna är lättare att leva med; de tjatar inte så mycket, säger Robert Whitaker.

Han ser ut över publiken och ger oss en tankeställare: Om nu medicinerna vore så verkningsfulla som de påstås vara, hur kommer det sig då att antalet psykiskt sjuka fortsätter att öka dramatiskt i USA? 1955 fick 355 000 vuxna amerikaner sjukersättning från staten på grund av psykisk ohälsa. 1985 var motsvarande siffra uppe i 1,25 miljoner och i dag överstiger den 4 miljoner. Men långt fler, cirka 30 miljoner amerikaner, har psykiska problem, enligt National Institut of Medical Health.

Forskningen visar att psykofarmaka i längden inte bara är verkningslösa, utan också farliga.
Hjärnan anpassar sig till medicinerna, vilket kan skapa nya problem hos patienten. Läkaren kan då skriva ut nya läkemedel, som inte heller fungerar efter ett tag. Resultatet blir att många patienter blir kroniskt sjuka.

– I USA är det praxis att låta personer med en schizofrenidiagnos ta medicin livet ut, vilket leder till kronisk sjukdom och svåra biverkningar som exempelvis stor viktuppgång och minnesproblem. Det finns bra research som förklarar varför, hävdar Robert Whitaker och hänvisar till Nancy Andreasen, framstående hjärnforskare och psykiatriker, som i sin forskning visat att hjärnan krymper vid långvarigt bruk av psykofarmaka.

Det som oroar Robert Whitaker allra mest är utvecklingen bland de unga. Under en tjugoårsperiod ökade antalet ungdomar som fått en psykiatrisk diagnos från 16 200 personer 1987 till 561 569 personer 2007. I dagens USA ligger siffran på över 600 000 och det är numera vanligare att barn får en psykiatrisk diagnos än en fysisk. Så små barn som tvååringar, medicineras för att de har problem med sin impulskontroll.

– Det kanske är bekvämt, men det finns inga bevis för att barn i längden blir hjälpta av psykofarmaka. Ingen frågar sig heller om det är bra för det enskilda barnet, som drabbas av svåra biverkningar i form av magproblem, viktuppgång, diabetes och motoriska tics.
Statistiken visar att gruppen fosterhemsplacerade barn och ungdomar är överrepresenterad.

Där har i stort sett alla någon form av psykiatrisk diagnos och får flera olika mediciner.

– Några av de här barnen kommer så småningom att bli bipolära som en följd av sin långvariga medicinering, säger Robert Whitaker.

Konsekvenserna för individen och samhället i stort oroar honom. Han menar att psykofarmaka blivit lösningen på den psykiska ohälsan eftersom amerikanerna vill ha ”a quick fix”.

– Men det är kontraproduktivt för samhället. Vi uppmanas att se på oss själva som veka och hjälplösa inför de känslomässiga svårigheter vi hamnar i. Det är inte bra för samhället! Vi behöver en filosofi som uppmuntrar oss att vara smarta, handlingskraftiga och dugliga för att kunna hantera de problem vi ställs inför. Svårigheter är också en del av livet.
Statens utgifter för mediciner och sjukhusvård är enorma. 2001 var kostnaden 85 miljarder dollar, 2007 hade den ökat till 170 miljarder dollar och 2015 förväntas den ligga på det dubbla.

– Samhället har inte råd med detta, säger Whitaker med eftertryck.

Han har givetvis fått kritik från fackfolk som tycker att han oroar allmänheten i onödan.

Men han har också fått många positiva reaktioner från läkare som säger ”varför fick jag inte lära mig det här under min utbildning? I fortsättningen kommer jag att tänka mig för innan jag skriver ut psykofarmaka.”

Robert Whitaker blir numera insläppt i psykiatrins finrum. Han föreläste nyligen på ett fullsatt möte hos American Psyciatric Association och han inbjuds till de ”great rounds” som finns på medicinutbildningarna runtom i USA, dit vanligtvis endast professorer har tillträde. Han är en engagerad talare som kan sitt ämne. Psykiatrikernas språk är evidensbaserat och för att nå dem måste han prata deras språk. Han ägnar mycket tid åt att visa statistik och referera till vad olika forskare kommit fram till.
– Det är ”deras folk” som har gjort undersökningarna, inte jag. Som reporter pekar jag bara på resultaten och säger ”titta vad de har funnit”. Min roll är att informera och få i gång en debatt.

Folk har rätt att veta vilka konsekvenserna är vid långvarig användning av psykofarmaka. Hur ska de annars kunna göra riktiga val? Forskarna anser att psykofarmaka fyller en funktion under en kort tid. Därför har de en plats i vården, men en annan plats än den i dag, menar Robert Whitaker.

– Personligen tycker jag att psykofarmaka ska användas så lite som möjligt. I det långa loppet blir de en fälla och vi bör försöka hjälpa så många som möjligt att sluta använda dem. Så vad gör vi istället? Vi borde läsa Shakespeare, tycker Whitaker och citerar dramatikern som säger att ”förmågan att bli galen finns inom oss alla”.

– Vi kan alla bli psykotiska om fel saker händer oss. Vem som helst kan gå över gränsen; det räcker med att låta bli att sova fem dygn i sträck.

Men ingen behöver fastna i psykosen. Det går att komma tillbaka, menar Whitaker och visar detta genom att flytta sig mellan talarstolen och bordet bredvid, och tillbaka igen.

– Vi måste se till hela människan och hitta andra lösningar, säger han och refererar till olika undersökningar med goda resultat.

Han nämner en studie i Finland som ett positivt exempel. Olika former av terapi användes och endast 29 procent av de psykosdrabbade patienterna medicinerade. Efter fem år var över 80 procent symptomfria och kunde arbeta.

Stöd från andra patienter som tillfrisknat, motion, yoga och diet, är förutom terapi, några exempel på alternativ till psykofarmaka. Robert Whitaker ser små tecken på förändring, bland annat hos patienterna själva. En del får helt enkelt nog. De vill inte längre vara patienter.

– Jag känner folk som blivit bra och återanpassat sig till samhället. De jobbar i dag som advokater, läkare eller entreprenörer. Men de vill inte prata om sina erfarenheter av långvarig och felaktig medicinering. I stället försöker de nu bli ”odiagnostiserade”, säger Robert Whitaker.

Ingemo Orstadius
Journalist, Göteborg

Bild: B.C. Colen; ADIL

FAKTA
Robert Whitaker är amerikansk journalist och författare, som framförallt skriver om medicin, vetenskap och historia. 1999 nominerades han till ”Pulitzer Price for Public Service”. Han har skrivit flera böcker, bland andra ”Mad in America” och ”Anatomy of an Epidemic”. För den senare vann han 2010 ”Investigative Reporters and Editors Book Award” för bästa undersökande journalistik. Läs mer om författaren på hans hemsida: www.robertwhitaker.org

Amerikansk psykiatrikritik värd att ta på allvar

Redaktionen för Svensk Psykiatri har bett mig kommentera Orstadius inlägg om Robert Whitakers föredrag i Göteborg. Whitaker är en påläst och kunnig vetenskapsjournalist. Tyvärr gör inte detta referat Whitaker full rättvisa på grund av dess många generaliseringar och sammanblandningar. Psykiatrer riskerar därför att lägga denna debatt åt sidan med sucken att här kommer ännu en överlevare från antipsykiatrin på 1970-talet.

Då är min bestämda rekommendation att i stället hämta hem några artiklar från New York Review of Books från 2011. (För länkar se nedan!) De är skrivna av dr Marcia Angell, chefredaktör på New England J of Medicine - en av världens högst rankade medicintidskrifter. Hennes odiskutabla status är viktigt – annars hade hon lättare kunnat sablas ner av den amerikanska läkemedelsindustrins lojala, välbetalda läkare och uthålliga advokater. Angell skriver två artiklar där hon granskar några av dagens viktigaste psykiatrikritiska böcker – Irwing Kirsch´ *The Emperor's New Drugs* om den exploderande behandlingen med antidepressiva, Robert Whitakers *Anatomy of an Epidemic* om hur de mentala sjukdomarna diagnostiserade med DSM-IV ökar lavinartat och hur detta underhålls av industrin, samt den privatpraktiserande psykiatern Daniel Carlats *Unhinged: The Trouble With Psychiatry – A Doctor's Revelations About a Profession in Crisis*. Och Angell håller i stort sett med författarna – åtminstone refererar hon dem mycket välvilligt. En tredje artikel i augustinumret 2011 av NY Review of Books innehåller svarsinlägg som hon bemöter.

Visst har industrin goda skäl att ifrågasätta kritikerna! 10 procent av alla amerikaner över 6 år sägs ta antidepressiva. Den tredje generationen av antipsykotika som Zyprexa och Seroquel har gått om kolesterolsänkarna som den mest sålda klassen läkemedel i USA. Förenklade teorier om orsaken till de psykiska sjukdomarna har rationaliserat psykiatrernas etik i förskrivandet av läkemedel, teorier som bygger på läkemedlens farmakologiska effekter: Schizofreni orsakas av för mycket dopamin, depression av för lite serotonin etc. Sådant köper allmänheten gärna. Carlat framhåller att med samma logik kunde man säga att alla smärttillstånd uttrycker en opiatbrist eller att feber orsakas av för lite aspirin.

Kirsch har gått igenom alla placebokontrollerade antidepressiva läkemedelsstudier som

FDA granskat under nittiotalet. Det var 42 studier av sex substanser. I snitt var placebo 82 procent så effektivt som aktiv substans mätt med Hamiltonskalan. Effektskillnaden mellan droger och placebo var endast 1,8 %. Det var visserligen statistiskt signifikant men kliniskt utan stort intresse. Då han granskade studier med ”aktiv” placebo (som atropin som ger torrhet i munnen d.v.s. där man får en selektiv nervfiberblockad men utan att vara ett antidepressivt läkemedel), fann man ingen skillnad mellan antidepressiva och aktiv placebo. Problemet är att ofta publiceras inte de studier som har negativa fynd utan försvinner i FDA:s arkiv. Och, menar Kirsch, eftersom läkarna mest läser de ”positiva” studierna, får de en falsk känsla av stora effektskillnader mellan aktiv substans och placebo. (För att slippa onödig debatt vill jag tillägga att jag personligen är övertygad om de avgörande terapeutiska effekterna vid fall av depressiva och/eller tvångspräglade tillstånd medan jag är erfarenhetsmässigt lika övertygad om att andra fall läker bra eller bättre med psykoterapi eller stöd. Många stora läkemedelsstudier innehåller alltför slarvigt eller ytligt diagnosticerade patienter, något som utplånar verkliga skillnader mellan olika grupper av deprimerade.)

Där Kirsch är upptagen med frågan om antidepressiva över huvud taget har mera positiva effekter än placebo frågar sig Whitaker om psykoaktiva droger i längden skapar mera problem än de löser. De kortsiktiga effekterna måste, menar han, balanseras mot de sena effekterna som hänger samman med att receptorerna anpassat sig till läkemedelstillförseln och dragit ner den egna transmittoraktiviteten. Det ger intrycket att personen ”behöver” läkemedlet eftersom han eller hon ofta förbättras då det insätts på nytt. Detta gäller inte minst dopaminblockerarna där man lätt kan visa på återfall i psykos eller psykosliknande tillstånd vid alltför snabba utsättningar och där utsättningarna sker utan andra aktiva psykosociala åtgärder. Den känsla många kliniker har att liknande gäller SSRI-preparaten är väl än så länge inte fullt bevisad. Att komma ur ett iatrogent drogberoende är mycket svårt, menar Whitaker, när den kompensatoriska mekanismen lämnas utan broms. Utsättningsprocessen måste få lång tid. Men om dessa psykoaktiva droger så ofta är utan verklig effekt eller försämrar den sena återhämtningen! Varför har de då fått ett sådant undergörande rykte inom psykiatriprofessionen liksom bland allmänheten? I USA har också nya grupper, som små barn, dragits in i riskabla långtidsbehandlingar bl.a. av s.k. juvenilt bipolära syndrom, en behandling som inte har någon evidens!

Även om doseringarna långsamt minskat – inte minst efter den svenska forskningen på slutet av 1980-talet – är fortfarande många långtidsschizofrenas stora problem att de är övermedicinerade med plågsamma biverkningar som följd och därmed får en negativ inställning till läkemedelsbehandling.

Carlat beskriver hur fyra av fem praktiserande psykiatrer idag har gått över till att enbart förskriva läkemedel och att de upphört med samtalsterapi. De kan då behandla tre patienter i timmen med farmakoterapi och tjäna 180 dollar från försäkringskassan. Skulle de ta en patient för ”talk therapy” skulle det ta lika lång tid men inkomsten skulle bli under 100 dollar. Arbetet beskrivs som att ställa patienten ett antal formulärstyrda frågor för att kolla om symtomet matchar en eller flera DSM-diagnoser. De kan då få ett läkemedel för varje diagnos. Ett problem i primärvården är att en tredjedel till hälften av patienterna också har psykisk sjukdom enligt DSM IV och som kunde få negativa följder om de inte behandlades. ”It looks as though it will be harder and harder to be normal”.

Även om kritiken i Angells artiklar skulle vara hårdragen är det väsentligt att vi sätter oss in i den och bildar oss en grundad uppfattning om dess relevans. Vi förskriver ju medel som påverkar våra patienters hälsa och livskvalitet på gott och på ont. Och samhällets höga läkemedelskostnader drar resurser från andra aspekter på vården.

Här är länkar till Marcia Angells artiklar:
http://www.nybooks.com/articles/archives/2011/jun/23/epidemic-mental-illness-why/

http://www.nybooks.com/articles/archives/2011/jul/14/illusions-of-psychiatry/

Där kan man också finna länken till hennes kritiker i augustinumret.

Johan Cullberg
Ersta Sköndals högskola

ZYPAdhera™
Olanzapin, pulver och vätska till injektionsvätska, depotsuspension

DET ÄR MER ÄN ATT PATIENTEN INTE TOG SIN TABLETT.

DET ÄR EN SIGNAL ATT GÖRA NÅGOT ANNORLUNDA.

SBU konkluderade nyligen att olanzapin och klozapin bör rekommenderas i högre grad än vad de gör idag eftersom dessa läkemedel medför lägre dödlighet och självmordsrisker samt färre återinläggningar än de flesta andra antispykotiska läkemedel.[1]

Med ZypAdhera™ får dina patienter med schizofreni effekten av olanzapin i en långtidsverkande beredningsform.

Är det dags att erbjuda dina patienter med schizofreni som har dålig behandlingsföljsamhet en ny möjlighet?

1. http://www.sbu.se/upload/psykiatrirapport_regeringen120111/Psykiatri_slutredovisning.pdf

ZYPADHERA 210 mg, 300 mg, 405 mg pulver och vätska till injektionsvätska, suspension (olanzapin)
ATC-kod: N05AH03. **Indikationer:** Underhållsbehandling av vuxna patienter med schizofreni som stabiliserats under akut behandling med oralt olanzapin. **Kontraindikationer:** Känd risk för glaukom med trång kammarvinkel. **Varning:** Ska endast ges som en djupt intramuskulär, gluteal injektion. Efter varje injektion ska patienten observeras med avseende på tecken och symtom tydande på olanzapinöverdos i minst 3 timmar av kvalificerad personal med tillgång till sjukvårdsresurser. Man bör förvissa sig om att patienten är klar och vaken och inte har några tecken eller symtom på överdos, och patienten ska observeras i 3 timmar efter injektionen. Innan injektionen ges ska läkaren/sjuksköterskan bestämma att patienten inte ska resa till sin bestämmelseort ensam. **Datum för översyn av produktresumén:** 2011-11-24. **För ytterligare information och priser** se www.fass.se. Rx, F.
Eli Lilly Sweden AB, Box 721, 169 27 Solna. 08-737 88 00, www.lilly.se. 2011.12.09

2012-03-23 | 12-0544 | SEZYA00179

Eli Lilly Sweden AB, Box 721, SE-169 27 Solna, Sweden
Tel +46 (0)8 737 88 00, Fax +46 (0)8 618 21 50, www.lilly.se

Lilly

Finns det ett behov av en svensk psykotraumaförening?

Vad skulle syftet med en sådan vara?

Som forskarstudent i Storbritannien med psykotrauma som främsta intresse har jag under några år varit medlem och engagerad i UKPTS, United Kingdom Psychological Trauma Society. Hösten 2012 var det slutligen dags för mig att återvända till Sverige efter nästan ett decennium utomlands. Givetvis sökte jag internet upp och ner för att finna en svensk motsvarighet till UKPTS. Jag fann ingen. Flertalet e-mail senare, till diverse personer verksamma inom psykotrauma, har det visat sig att det helt enkelt inte finns en sådan förening – samt skilda åsikter om detta. Med denna artikel vill jag därför väcka debatt med följande frågor.

Redan idag existerar dock en mängd andra svenska föreningar av intresse för personer verksamma inom psykotrauma, till exempel ESTD Sweden, Föreningen EMDR, EFT Sweden, Svensk förening för psykosomatisk medicin och Skandinavisk förening för Psykotraumatologer RITS®. Några av de personer som jag har varit i kontakt med förespråkar mer samarbete över bredare fält och mindre separation. Frågan är dock om var och en av de ovannämnda föreningarna inte har en alltför specifik fokus. EMDR, EFT och RITS, till exempel, är inriktade på en särskild behandlingsform. Vidare förutsätter inte somatiska besvär psykologiskt trauma och likaså leder inte ovillkorligen ett sådant trauma till somatiska besvär.

Detta leder oss in på följdfrågan om vad syftet med en svensk psykotraumaförening skulle vara. Bland de personer som jag har varit i kontakt med har en del olika syften nämnts. Ett uppenbart ändamål för en svensk psykotraumaförening skulle givetvis vara att lyfta kunskapsnivån om psykotrauma. Till exempel har traumabiologin och effekterna av trauma, såsom sjukdom och missbruk, berörts. Andra har påpekat brist på kvalificerad behandling inom vuxenpsykiatrin. Därför kan en svensk psykotraumaförening ha i syfte att främja utbildning inom traumabehandling. Ett tredje ändamål som föreslagits är att en förening kan verka för att hålla dess medlemmar uppdaterade inom ämnet, särskilt eftersom många upplever tidsbrist som ett hinder. Det dilemma som då möjligtvis uppstår är hur föreningen ska vara verksam, eftersom tidsbrist troligtvis även skulle leda till att tid för engagemang saknas.

I kontrast till ovannämnda föreningar skulle en generell svensk psykotraumaförening förhoppningsvis agera som ett forum där *alla* former av psykotrauma och *alla* sorters behandlingar kan diskuteras och utvecklas. Den Europeiska sammanslutningen för trauma och dissociation (ESTD) verkar möjligtvis vara den existerande förening som närmast uppfyller detta. Dock finns även där en mer specifik fokus: kroniskt eller komplext trauma. Jag undrar därför ifall någon existerande svensk förening kan komma att tillfredsställa behovet av ett övergripande forum för alla aspekter av psykotrauma, eller om en ny, generell svensk psykotraumaförening behöver bildas?

Är du intresserad av att engagera dig i startandet och drivandet av en svensk psykotraumaförening?
Om du tillhör skaran som anser att det finns ett behov av en svensk psykotraumaförening, skulle du då även vara villig att engagera dig i en sådan förening? Som jag nämnde tidigare har åsikterna gått isär bland de personer som jag varit i kontakt med. Några tycker som sagt att tid och energi bör läggas på att främja de föreningar som redan finns istället för att starta nya. Andra anser att initiativet att starta en generell svensk psykotraumaförening är bra men har själva inte tid att engagera sig. Jag har som sagt varit borta från Sverige under en längre tid och har därför inte den kännedom som jag anser vara nödvändig för att ta ett kvalificerat beslut i denna fråga. Det jag däremot har är god kunskap om och gott om erfarenhet från föreningsliv och jag skulle inte drömma om att starta ett projekt som riskerar att sluta med att en handfull människor träffas då och då på grund av brist på engagemang. Ett fåtal individer har uttryckt vilja att engagera sig i startandet och drivandet av en svensk psykotraumaförening.

Ett utkast till stadgar och ett förslag till hemsida har redan framställts och ESTSS, The European Society for Traumatic Stress Studies, har kontaktats och de är positiva till en svensk förening. Däremot är det sällan en bra idé att återuppfinna hjulet och ungefär nu skulle vara en bra tidpunkt att sätta stopp om stopp behöver sättas. Jag skulle därför vilja höra från er, experterna.

Skriv till mig från Sveriges alla hörn och kanter och berätta vad du tycker: behöver Sverige en generell psykotraumaförening och skulle du engagera dig i en sådan?

Vania Ranjbar
Göteborg
v.ranjbar@sms.ed.ac.uk

Fett trångsynta normer

- Var ätstörd (på ett normalt sätt)!

Misslyckas du med det som du tror alla andra klarar? Har du någonsin haft känslan av att denna värld inte är till för sådana som dig? Grattis! Du är inte ensam, detta är i själva verket en helt "normal" reaktion på de normer som ständigt kolliderar och cirkulerar bland oss. Vi upplever att kvinnor och deras kroppar ständigt är utsatta för blickar och kritik, vilket skapar starka åsikter om hur kvinnan bör se ut och bete sig.

Dessa smala och ouppnåeliga krav känns kvävande och skapar en maktlöshet hos kvinnor vilket kräver olika hanteringsmetoder. En sådan metod kan vara att kontrollera mat, ett sätt att protestera och återta makten över sitt liv. Normen ger det dubbeltydiga budskapet att du ska vara smal och samtidigt kunna äta vad du vill, det vill säga du ska vara lyckligt lottad med den mytomspunna omänskligt effektiva ämnesomsättningen. I sin tur leder detta till ett nedtystat skambelagt bantande inom nästan samtliga kretsar i samhället.

Kvinnlighet bygger på skam och tillbakahållande, att inte ge efter för sina begär. Att då svälta sig själv till undervikt eller tillåta sig själv att vara överviktig blir båda ett brott mot normen och kan ses som en ovilja att infinna sig i kvinnorollen och ett försök till en friare kategorisering av kvinnan. En kvinna måste inte bara vara duktig utan det blir ett ställningstagande för rätten till mångsidighet, mänsklighet och rätt att vara innehavare till flera egenskaper. Duktighetsbegreppet kan få förödande konsekvenser för någon som lyckas vara just j-ligt duktig, individen kan internalisera samhällets normer och gör det till sitt eget fängelse av duktighet och kontroll. Detta sammanfaller misstänkt väl med samhällets sätt att göra ätstörningar och annan psykisk ohälsa till privata problem, där samhället inte tycker sig behöva ta ansvar för individens "sjukdom".

Men var går gränsen mellan eftersträvansvärd duktighet och en diagnos som anorexia nervosa? Var finns det normala i de trendkänsliga dieter som vi via media uppmanas att följa?

Eller det rimliga i att en ätstörning finns inneboende i individen och uppkommer utan inverkan från samhället? Är det endast hos inkompetenta individer som inte kan skilja på retuscherad reklam och verklighet?

Vi finner inte detta särskilt rimligt och menar att diagnostiserandet av psykisk ohälsa är en metod samhället använder för att distansera sig från problemet och därmed ansvaret. Samhället skapar samtidigt en bild av den ätstörda individen som hjälplös och oduglig och paradoxalt nog är det denna individ som ska göra sig frisk. Risken med detta är att samhället återigen vill att individen ska vara duktig och följa normen att som kvinna inte vara "för mycket". Inte vara *för* självutplånande och inte heller begära *för* mycket.

Foto: Shutterstock © Mike Heywood

I diagnostiserandet av ätstörningar återupprepas en klassisk fokus på kvinnokroppen, då fastställandet av friskhet och sjukhet kopplat till ätstörningar endast baseras på en vikt eller ett kroppsligt utseende. På så sätt ignoreras de psykiska svårigheter många med ätstörningar upplever, och de som inte når upp till ett visst BMI frånsägs också rätten till vård.

Det är alltså kvinnokroppen som är boven i dramat, för det är där effekterna är synliga, då kan de verkliga svårförståeliga problemen fortsätta ignoreras. På så sätt skapas en enkel lösning; bota individens synligt sjuka kropp och samhället slipper förändras och ta det besvärliga ansvaret när även kvinnor tillåts ha ett komplicerat tankeliv.

På många sätt ser vi hur historien upprepas, kvinnan omyndigförklaras och görs beroende av tillrättavisande från det patriarkala samhället. Ur en mer konspiratorisk synvinkel kan ätstörningar ses som en metod för att hindra kvinnors rätt att ta plats i det offentliga rummet. Kvinnors rörelsefrihet blir begränsad genom det fysiska försvagandet och det psykiska fördummandet.

Men i det kapitalistiska samhället finns inte heller utrymme för sjuka människor då de anses resurskrävande och mindre värda. Med den kroppsliga behandlingen som följer den kroppsliga diagnosen försöker staten på kort sikt hålla nere kostnaderna. Vi menar dock på att inte bara kvinnan, utan också kapitalismen förlorar på denna förenklade lösning, då de behandlades psykiska ohälsa består och kräver fortsatt vård och resurser av samhället.

Det är även viktigt att ifrågasätta definitionen av sjuk och frisk, en dikotomi som inte lämnar utrymme för något annat än en misslyckad, sjuk ätstörd vs. en lyckad, frisk ”normal”. Finns det inte en vidare bild av den ätstörda och orsaken till dess problematik? Samhället uppmuntrar i det tysta ett ätstört beteende, men bara till en viss gräns. När denna gräns överskrids skapas en uppfattning om den ätstörda som extrem, trots att gränsen för vad som är ett socialt accepterat svältbeteende är subtil.

Samhället måste erkänna att det inte handlar om en sjuk individ i ett friskt samhälle, utan att individen är en del av samhället och den ätstörda ett resultat av synen på kvinnors kroppar och de förväntningar som kvinnor möts av dagligen. Samhället måste därför hjälpa individen att navigera genom de trångsynta normerna för att en ätstörd inte ska förbli ätstörd. Vi efterlyser en gråskala i fastställandet av diagnoser där det finns en medvetenhet kring den ätstörda kultur vi lever i och att skuldbeläggandet av individen får ett slut.

Sigrid Törnqvist
Ellen Dynebrink
Genusstudenter vid Göteborgs universitet

Referens och inspiration: ”Ätstört- En antologi om ätstörningar, fett, mat och makt” 2011

Fortsättning från sidan 69

Det är en hårfin gräns mellan att undersöka hur sjukdom och symtom ska förstås utifrån en helhetssyn och att se patienten som synonym med sin diagnos.

Moralism underminerar behandlingstanken... genom att den professionella insatsen fokuserar på patientens tänkta människovärde istället för på det problem man ska hjälpa till med.

Det borde vara obligatoriskt att intervjua familjen om tidigare erfarenhet av psykiatrisk vård.

Det är vår uppgift att utveckla läkekonsten inte vänta på att patienter ska bli mer lättbehandlade.

När missbrukaren blir utskriven pga. ett återfall kan man säga att han blir avvisad just när det problem han söker för manifesteras.”

Psykiatrins självkritik

En viktig sida av författarens kritik berör en metaaspekt – själva ifrågasättande av den psykiatriska vården. Vart tar all berättigad och livsbejakande vrede vägen undrar han. Kan det vara så att en del av den vrede som finns i personalgruppen kanaliseras via patienterna och att det till en del är vårdens egen vrede som medicineras? Vad händer den som framför kritik, till exempel mot patientbemötande, vårdkultur och arbetsförutsättningar? Kan det vara så att de anställda som inte står ut med vad de ser och hör lämnar psykiatrin? Borde personer som funderar på att försöka dra uppmärksamheten till brister i verksamheter, presumtiva ”visslare”, följa ett råd som författaren för vidare: ”1. Håll tyst, ingen kommer att tacka Dig. 2. Beakta det första rådet igen. 3. Om du tvunget måste ´vissla´, se till att du har fler personer som kan backa upp vad du säger och att du har ett annat arbete innan du visslar.”

Vad kan man göra med kritiken?

Att lyssna till kritik i professionella sammanhang, framför allt i offentlig verksamhet, är både en plikt och en konst. Personliga känslor måste kunna hållas ”i karantän”. Man kan läsa författarens kritik – eller fokus på utvecklingspotential som det väl heter nu för tiden – på flera sätt. Han ställer sig själv frågan hur ”rättvisande” den är. Man kan pröva att läsa den som en ”organisational single case study” med deltagande observation som metod. En fråga är då i vad mån ”forskningsfynden” är generaliserbara. Denna frågeställning skulle i sin tur kunna operationaliseras på följande sätt. Man skaffar boken till slutenvårdsenheten och ber ett slumpmässigt eller stratifierat antal anställda (inklusive chefen) läsa boken. Träffas sedan några gånger och jämför sin bedömning av i vad mån Per Lindqvists erfarenheter stämmer med ens egna. Alternativt skriver man ner resultatet av den egna bedömningen anonymt och lägger den i en särskild låda när ingen ser det…

Människan i den slutna psykiatriska vården är en lättläst bok vad gäller de informativa avsnitten men krävande vad gäller många av de kritiska, framför allt om man lämnar boken och går djupare in i de förhållanden författaren skildrar eller oftast snarast antyder. Dessa presenteras på ett sakligt, närmast lakoniskt sätt som lämnar åt läsaren att själv bestämma omfånget av sitt engagemang i det som skildras i texten. Boken har något att ge var och en som har ett intresse för psykiatri.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

PSYKIATRIFONDEN

Bli medlem i Psykiatrifonden!

Psykiatrifonden är en svensk, ideell insamlingsstiftelse med målsättningen att samla in medel till forskning inom hela det psykiatriska fältet. Medel delas ut årligen, senast 1 miljon 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 tag kontakt med Psykiatrifondens ordförande Lise-Lotte Risö Bergerlind, lise-lotte.risobergerlind@vgregion.se, tfn 033 616 40 55.

Jag stödjer Psykiatrifonden:
Maud Nycander

Foto: Lars Tunbjörk

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

PSYKIATRIFONDEN
WWW.PSYKIATRIFONDEN.SE

Abort i vecka 22 och barn som kan överleva i vecka 23

Etiskt dilemma för psykiatern?

Denna artikel baseras på intervju av Marc Bygdeman, professor emeritus, f.d. klinikchef gynekologiska kliniken KS, och Ulf Durling f.d. överläkare, Danderyds psykiatriska klinik, båda ledamöter i abort- och steriliseringsnämnden, Rättsliga rådet, Socialstyrelsen, författarens tankar och Abortlagen (1974:595).

Abortlagen säger att begär en kvinna abort får den utföras före 18:e graviditetsveckans utgång, d.v.s. 18 graviditetsveckor plus 0 dagar. Därefter måste Socialstyrelsen lämna sitt tillstånd, vilket ges i rättsliga rådet, Abortnämnden. Den består av en jurist, en psykiatriker, en gynekolog, en nämndeman, en representant från socialtjänsten och en kurator från en abortmottagning. Det krävs synnerliga skäl för att tillstånd skall ges. Totalt c:a 450 ansökningar per år, varav nästan samtliga beviljas.

Tillstånd får ej lämnas om fostret kan antagas vara livsdugligt enligt lagen - där man kliniskt nu har gränsen graviditetsvecka 22 plus 0 dagar. I vecka 23 har det funnits barn som överlevt. *Det är alltså bara en vecka mellan ett barn kan överleva och ett foster kan aborteras.*

I samtalet på abortmottagningen tar kuratorn upp alternativet adoption, men det accepteras sällan av kvinnan. Kanske kan här de stämningar som finns i samhället bidra till kvinnornas val mellan sen abort och adoption.

Varhelst i graviditeten är det alltid *kvinnan* som begär respektive söker abort.

Det finns fyra grupper av ansökningar avseende abort efter graviditetsvecka 18

- *Gynekologiska ansökningar:* oftast efter det rutinmässiga ultraljudet i graviditetsvecka 18 där man upptäcker Downs syndrom, svåra hjärtmissbildningar, ryggmärgsbråck, missbildningar ej förenliga med liv etc.

- *Risk för moders hälsa och liv:* När det gäller moders hälsa och liv finns inga tidsgränser avseende graviditetsveckor

- *Psykosociala ansökningar:* baseras på kuratorns utredning på abortmottagningen. Några exempel är; har redan flera barn och familjen mäktar inte med ett ytterligare barn p.g.a. kaotiska förhållanden i hemmet, mannen har lämnat kvinnan som saknar psykologiska resurser att ensam fostra ett barn samt har dåligt nätverk. Tidiga tonårsgraviditeter. Våldtäkt ger alltid bifall Grav utvecklingsstörning hos kvinnan leder däremot ej till abort, eftersom kvinnan måste förstå vad abort handlar om.

  I denna grupp blir psykiatriker ofta inblandad i diskussionen.

- *Psykiatriska ansökningar:* Missbruk av narkotika och måttligt till svårt alkohol- missbruk, ev. bortträngning av graviditeten pga. lättare utvecklingsstörning, ätstörningar, svår ångestproblematik, anknytningsproblem, depressioner, psykossjukdom (ansöker dock sällan) m.m. Krisreaktion räcker ej. C:a 4-5 fall per år.

Det finns möjlighet att återkomma med en ny ansökan om nya fakta tillkommer. Ibland är det bråttom med intyget. Man kan få buda intyget till Socialstyrelsen. I extremfall beslut per telefon.

Kvinnor i alla åldrar söker sen abort.

Hur går en sen abort till?
Kvinnan får ett progesteronhämmande preparat (Mifegyne) i tablettform. 36-48 timmar senare erhåller kvinnan ett prostaglandin i tablettform, vanligen Cytotec. Denna behandling inducerar ett värkarbete, vilket alltså leder till en abort.

Jag berättade för Marc Bygdeman (MB) att jag haft en patient i vecka 22 där flera i vårdpersonalen kom till mig och berättade hur hemskt det var att kvinnan skulle genomföra en abort, då jag var på kvinnokliniken för en konsultation avseende kvinnan i fråga. Detta måste säkert kvinnan ha känt av i behandlingskontakten med vårdpersonalen. På KS, Solna, får bara vårdpersonal, som är förstående till sena aborter ha kontakt med kvinnan, av detta skäl.

Hur skall ett psykiatriskt intyg för en sen abort skrivas?
Ulf Durling (UD), som suttit i Abortnämnden i 30 år, menade att ett intyg motsvarande en akutinläggningsanteckning skulle räcka, men då visste han inte hur kort den kan vara i exempelvis i TakeCare (journalsystem), så vi enades om 1- 1 ½ A4 sida. MB betonade att det skall kunna förstås av icke medicinare i Abortnämnden. Gärna skattningsskalor, som bifogas ansökan. Skattningsskalor och SCID ej obligat.

Jag har skrivit 3 intyg. Det jag upplevde, som det svåraste var etiken. När jag konsulterade min handledare så sade hon att ”Du skall bara beskriva den psykiatriska problematiken och hur grundat ställningstagandet till abort är”. Beslutet fattas av Abortnämnden.

MB och UD ansåg båda att patientens *nätverk* är väsentligt för bedömning abort kontra icke abort och jag upplever att kvinnans förmåga till att vara förälder också skall bedömas, om möjligt. (Det finns visserligen hjälp att få via Spädbarnsverksamhet när det gäller samspelsproblematik mor-barn. Ibland räcker inte detta.)

Diskussion
UD upplever inte etiken som ett stort problem, vilket däremot MB gör. Jag uppfattar det korta tidspannet mellan sen abort och möjlig överlevnad som svårt, endast en vecka. Nu står det i lagen att synnerliga skäl måste föreligga och att aborten inte får ske om det finns skäl att antaga att fostret är livsdugligt. Det är helt klart att verksamheten med sena aborter sker enligt lagen.

Det jag tror att lagstiftaren inte kunnat förutse är att den möjliga överlevnaden hos ett barn skulle sjunka så i graviditetsveckorna och kanske gör det ytterligare. Det ena året lyckas man kanske få ett barn som föds i en graviditetsvecka att överleva, för att ett foster kunnat aborteras i samma graviditetsvecka året dessförinnan. Man bör dock hålla i minnet att sena aborter definieras som 18 graviditetsveckor plus 1 dag och att långt ifrån alla hänger på gärdsgårdsstängslet, vilket gör att etiken inte känns så svår alltid.

Själv skulle jag försöka förorda adoption när den eventuella aborten är på gränsen tidsmässig, d.v.s. vecka 21-22. Kuratorn tar redan i dag upp adoption som ett alternativ. Samtidigt måste jag tillstå att jag skrivit två abortintyg, ett i vecka 21 och ett i vecka 22, där jag verkligen vinnlade mig på alla sätt om att föra fram *alla* aspekter på patientens psykiska sjukom, så att de skulle kunna beviljas en sen abort (1 ½- resp. 2-sidigt intyg).

Kvinnan har en synlig graviditetsmage och känner fosterrörelser i graviditetsvecka 21-22 (ofta redan tidigare). En sen abort måste vara ett mycket svårt psykologiskt trauma för kvinnan att gå igenom. (Vid aborter erbjuds alltid en samtalskontakt på abortmottagningen).

Sedan kan man fundera på hur vi ser på missbildningar. Måste exempelvis ett lågt sittande ryggmärgsbråck leda till abort? Om man frågar dem som lever med en skada på motsvarande nivå, så tror jag att de flesta tycker om att leva.

Samma sak gäller personer med Downs syndrom, även om de anses mycket handikappade. Jag minns från barnkursen att många hade hjärtfel och nedsatt intelligens samt ett speciellt utseende. Jag har under många års tid bott vid tre gruppboenden (ett åt gången) för i huvudsak unga vuxna med Downs syndrom och fått intrycket att de verkat glada och nöjda med tillvaron.

Sonja Ruppert
Psykiatriker, Lic. med. Sci.
F.d. överläkare, Norra Stockholms psykiatri
Mångårig specialinriktning kliniskt och forskningsmässigt på graviditetsproblematik och mor-barn relation

Vad gör du när resultatet varken är svart eller vitt?

Alternativ för de patienter som på grund av biverkningar inte nått behandlingsmålet med SSRI eller annat depressionsläkemedel.*

Voxra är en selektiv noradrenalin- och dopaminupptagshämmare (NDRI) som genom sin annorlunda verkningsmekanism har en antidepressiv effekt jämförbar med SSRI, men en biverkningsprofil utan serotonerga inslag.[1–8]

Den unika verkningsmekanismens selektiva effekter gör att Voxra kan ges till patienter med en symtombild som tyder på dysfunktion i noradrenalin- och dopaminsystemen. Med Voxra kan du därigenom undvika residualsymtom som trötthet och utmattning och minska risken för biverkningar som viktuppgång och sexuell dysfunktion.[1–9]

För patienter som på grund av biverkningar inte nått önskade behandlingsmål med SSRI eller annat inledande läkemedel, erbjuder Voxra ett effektivt alternativ vid behandling av egentlig depression.

Och en möjlighet till ett liv med fler nyanser.

**Voxra ingår i läkemedelsförmånen endast som ett andrahandsmedel för patienter som på grund av biverkningar inte tolererat och därmed inte nått behandlingsmålet med SSRI eller annat läkemedel mot depression.*

gsk GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline AB, Box 516, 169 29 Solna. Tel 08-638 93 00.
www.glaxosmithkline.se. info.produkt@gsk.com

Voxra®
bupropionhydroklorid

Voxra® (bupropionhydroklorid) Rx, F*. ATC-kod N06AX12. Indikation: Behandling av egentlig depression hos vuxna. Styrkor och förpackningar: Tablett med modifierad frisättning 150 och 300 mg, förpackning om 30 respektive 90 st av båda styrkor. Dosering: 1 gång dagligen. Tabletterna ska sväljas hela. Rekommenderad startdos 150 mg, kan ökas till max 300 mg. Kontraindikationer: Överkänslighet mot bupropion. Samtidig användning av annat läkemedel innehållande bupropion (Zyban®). Epilepsi eller tidigare (även enstaka) krampanfall i anamnesen. Känd tumör i centrala nervsystemet. Samtidigt avbrytande av läkemedelsbehandling eller alkoholmissbruk som kan tänkas öka risken för krampanfall. Bulimi eller anorexia nervosa (även tidigare i anamnesen). Svår levercirros. Samtidig behandling med MAO-hämmare. För fullständig förskrivarinformation och pris se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén 2011–03–29. *Voxra ingår i läkemedelsförmånen endast som ett andrahandsmedel för patienter som på grund av biverkningar inte tolererat och därmed inte nått behandlingsmålet med SSRI eller annat läkemedel mot depression.

Referenser: 1. Nutt et al. J Psychopharmacol 2007;21(5): 461–7. 2. Voxra produktresumé GlaxoSmithKline www.fass.se. 3. Fava et al. J Clin Psychiatry 2005;7:106–13. 4. Stahl et al. J Clin Psychiatry 2004;6:159–66. 5. Thase et al. J Clin Psychiatry 2005;66:974–81. 6. Weihs et al. J Clin Psychiatry 2000;61:196–202. 7. Kavoussi et al. J Clin Psychiatry 1997;58:532–7. 8. Kennedy et al. Can J Psychiatry 2006; 51:234–42. 9. Papakostas et al. European Psychiatry 2008;23:s205, abstract P0046.

SE/DEP/0026/11 augusti 2011

B

SVERIGE
PORTO BETALT

SPK 2013

Svenska Psykiatrikongressen

MÜNCHEN® BRYGGERIET
EVENT + KONFERENS

Välkomna!

13–15 mars

Från december månad finns möjlighet att anmäla sig
www.svenskpsykiatri.se

Inledning av
Göran Hägglund
Anders Printz
Ingmarie Wieselgren

Livstilsfrågor
Psykiatrisk diagnostik
Rättspsykiatri
Affektiv sjukdom
Psykos
Psykoterapi
Äldrepsykiatri
Forskare för framtiden
Trauma
Tillämpad neurovirologi
Neuropsykiatri
Suicidkurs
SPFs kliniska riktlinjer
Konsultations
Psykiatri
Beroende
KUL

Kongressavgift för medlemmar:	4 600:-
Icke medlemmar	5 500:-
Pensionärer	3 000:-
Med.stud	1 000:-

Mingel dag 1 ingår i kongressavgiften

Middagsbuffé den 14 mars på
Münchenbryggeriet : 500 kronor

Kulturspår med musik och dans som tema

Från december månad finns möjlighet att anmäla sig
www.svenskpsykiatri.se