

Tidskriften för Svensk Psykiatri

#2

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - Juni 2010

TEMA: Kultur, psykiatri och psykisk hälsa



TEMA

Vi belyser konstens, litteraturens och musikens relation till psykiskt lidande och psykisk hälsa. Hur påverkas kreativt skapande av psykisk ohälsa? Hur påverkas psykisk ohälsa av kreativt skapande? Här diskuteras även psykiatrin som kulturell institution. Och så tar vi oss en titt på tatueringar.

VULKANASKAN

... ställde till med vissa bekymmer för UEMS-mötet i Stockholm. Vi avslöjar hur det gick, och rapporterar även från en rad andra möten och kongresser. Och naturligtvis har vi ett stort reportage från Svenska Psykiatrikongressen på Södra Teatern i mars!

ÖVRIGT

Tidigare temanummer följs upp med artiklar om själen och om vad psykiatrin gör med psykiatern. Ett bidrag belyser hur säkerhetssystemen för sjukvårdens IT i själva verket sänker säkerheten. Andra artiklar diskuterar ECT, behandling av sömnbesvär, psykoanalys av spädbarn, kanadensisk psykiatri och Frantz Fanon. Läs om detta och mycket mer!



Ansvarig utgivare:
Lise-Lotte Risö Bergerlind



Huvudredaktör: Tove Gunnarsson

sfbup



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN

Vi söker överläkare/ST-läkare!



Är Du intresserad av att arbeta som överläkare/ST-läkare inom en vuxenpsykiatrisk verksamhet som är komplett, förutom rättspsykiatrisk heldygnsvård?

Södra Älvsborgs Sjukhus, SÄS, är en av fyra sjukhusgrupper i Västra Götalandsregionen. Verksamheten bedrivs i huvudsak i Borås. Akutsjukvård bedrivs inom alla specialiteter. Under 2011 startar en om- och tillbyggnad av Psykiatrins Hus i syfte att få moderna och ändamålsenliga lokaler. I Borås finns specialiserade mottagningar inom områdena ångest, psykos, beroende, personlighetsstörningar, neuropsykiatri och affektiva sjukdomar. I kranskommunerna finns specialiserade mottagningar i Alingsås, Lerum, Skene, Tranemo, Ulricehamn och Vargårda.

För att läkarna skall kunna ge patienterna den bästa vården arbetas det kontinuerligt med att ge förutsättningar för det. Sedan ett par år finns läkarchefer som tillgodoser kompetensutveckling, god arbetsmiljö och kollegialitet. Klinikerna har ständigt strävat efter att ligga i framkant när det gäller medicinsk utveckling och utbildningsmiljö. Hösten 2007 genomfördes en SPUR med höga poäng vars resultat visar på att vi satsar på god återväxt av specialistläkare och båda klinikerna har idag ett stort antal ST-läkare anställda.

Vi arbetar strategiskt och systematisk med att förverkliga Socialstyrelsens målbeskrivning för ST-läkare. Det finns särskilt utsedda ST-studierektor och AT-studierektor. Dessutom är flertalet av klinikkens specialistläkare kursledare för de nationella METIS-kurserna.



Sammanfattande bedömning från SPUR-inspektion, november 2007:

"Vuxenpsykiatrien i Borås har en allsidighet i utbildningen, ett mycket gott utbildningsklimat och en genomtänkt strategi att utbilda och behålla specialister, men har också kunnat rekrytera specialister utifrån. Kliniken är fräsch och nyrenoverad, men ST-rummen på avdelningarna är för få och trånga, otillräckliga för optimalt kliniskt arbete och kunskapsinhämtning. Strukturerade utbildningsplaner, hög nivå på handledning och ökad delaktighet kan förklara att det är en klinik där ST-läkaren tycker det är roligt att arbeta och bli psykiater. Den kan rekommenderas för ST-utbildning"

För att ytterligare visa på att vi sätter patientperspektivet i centrum och för att ständigt förbättra och utveckla vården arbetar SÄS mål-inriktat för att bli ett processororienterat sjukhus. Processerna "Att vårda patienter med förstämningssjukdomar" och "Att vårda patienter med beroende/missbruk" har med engagerade processteam och överläkare som processägare framgångsrikt startat arbetet med att säkra omhändertagandet av dessa patientgrupper på hela sjukhuset. Fler processer är under utveckling.

Till våra två kliniker söker vi nu överläkare och ST-läkare.

Kvalifikation: Leg läkare respektive specialistläkare i psykiatri.

Upplysningar om tjänsterna och verksamheten:

Verksamhetschef Vuxenpsykiatrisk klinik 1,

Bengt-Arne Andersson, tfn 033-616 27 02

Versamhetschef Vuxenpsykiatrisk klinik 2,

Tobias Nordin, tfn 033-616 27 00

ST-studierektor

Istvan Böröcz, tfn 0761-28 51 71

AT-studierektor

Elisabeth Lundén, tfn 0702-05 06 94

Facklig företrädare: Läkarförbunder Per-Anders Abrahamsson
tfn vx: 033-616 10 00

Du hälsas välkommen med Din ansökan!

Södra Älvsborgs Sjukhus

HR-service, Samaritvägen 13

50 182 Borås

Ref nr

Överläkare VGR-57420-E

ST-läkare VGR-57324-E

Lindrig sömnlöshet ökar genialiteten...

REDAKTIONELL
LEDARE

... ska den finlandssvenska diktaren Edith Södergran ha yttrat. I detta nummer har vi gett oss i kast med sambandet mellan psykisk hälsa och kultur. Ordet kultur kommer av latinets cultura som betyder bearbetning, odling, bildning - vilket väl kan innebära nästan vad som helst. Då är det kanske föga förvånande att man finner helt olika förklaringar av begreppet beroende på vilket uppslagsverk eller vilken ordbok man konsulterar. Jag fastnade till slut för följande rader i Bra Böckers Lexikon:

"I vidsträckt betydelse alla mänskliga verksamheter samt andliga och materiella resultat av dessa verksamheter, som förs vidare till följande generationer".

Trots att begreppet kultur är så allomfattande tycker vi nog att det har särskilt intresse inom de psykiatriska specialiteterna. Finns det till exempel en relation mellan kreativitet och psykos? Hur kan konstnärlig verksamhet användas i det psykiatriska behandlingsarbetet? Flera av detta nummers bidrag berör dessa frågor. I en artikel avslöjas det dessutom hur tatueringar kan användas i den psykiatriska diagnostiken.

Temat för nummer 2 2009 var "Vart är vi på väg?" I nästa nummer ska vi istället blicka bakåt. Under temat "Psykiatrins Pionjärer" vill vi uppmärksamma de personer som haft särskilt stor betydelse för utvecklingen av psykiatri i Sverige. Det kan vara människor som levde för länge sedan men även sådana som är verksamma idag.

Valet är ditt. Tänk till och skriv till oss – du har hela sommaren på dig!

Tove Gunnarsson
Redaktör
Svensk Psykiatri



TIDSKRIFTEN FÖR SVENSK PSYKIATRI

Ansvarig utgivare: **Lise-Lotte Risö Bergerlind**
Huvudredaktör: **Tove Gunnarsson**
(redaktoren@svenskpsykiatri.se)

Redaktörer:

Daniel Frydman (ps-frydman@comhem.se)
Gloria Osorio (oskvika@hotmail.com)
Kristina Sygel (kristina.sygel@rmv.se)
Björn Wrangsjö (bjorn.wrangsjo@bredband.net)

Tekniska redaktörer/layout/grafisk design:

Stina Djurberg (stina.djurberg@bornet.net)
Carol Schultheis

Material skickas till:

redaktoren@svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till:

annonser@svenskpsykiatri.se

Omslag: Carol Schultheis
Grafisk design: Carol Schultheis

Hur visionär får en vision vara?

**LEDARE
SPF**
**Ordförande
Lise-Lotte
Risö Bergerlind**

SPF har sedan snart ett år tillbaka arbetat med sin nästkommande vision; 2011. Det berättade jag om i mitt inledningsanförande på SPK och materialet har sedan dess legat ute på vår hemsida www.svenskpsykiatri.se för möjlighet att kommentera. Vi hoppas att bli klara med den på vårt sista styrelsemöte före sommaren, i juni. Då har det varit en lång process med många inblandade i arbetsgrupper i olika steg. Ett varmt tack till alla!

Jag har de sista veckorna haft ytterligare anledning att fundera över begreppet. Jag var för en tid sedan med i SVT Debatt där suicid var temat. Det kom då till en diskussion om vi kan eller inte kan ha en 0-vision kring suicid. Debatten har tidigare även förts i Läkartidningen och i denna tidskrift. Kloka och kunniga personer har argumenterat mot, själv tycker jag att det både är möjligt och önskvärt. Vad står det för? Varför tycker vi så olika? Eller gör vi inte det - kan det vara så att vi lägger olika betydelse i begreppet?

När jag vill veta vad ett ord betyder går jag ibland till Wikipedia. Så här står det där: "Vision, något man vill uppnå. En vision uttrycks oftast som ett framtida tillstånd som man vill uppnå, och behöver inte uppfylla formella krav på realism, tidsbundenhet eller mätbarhet." En visions syfte är att bidra till att man som organisation närmar sig sina mål. Målen skall vara styrande för organisationen under en viss tidsperiod.

Mål, enligt Wikipedi, skall generellt sett präglas av ett antal viktiga karakteristika. Dessa kan beskrivas enligt modellen SMART:

1. Specifika; konkreta och tydliga
2. Mätbara
3. Accepterade, människor inom organisationen ska acceptera målen som sina egna
4. Realistiska, målen skall kunna nås
5. Tidssatta

Med detta är det lätt att förstå att vi inte skulle kunna ha "0 suicid" som mål för SPF, det uppfyller inte kravet på realism. Hur gärna vi än vill kommer det inte inom en överskådlig framtid att vara möjligt. Men det får inte hindra oss att på alla sätt anstränga oss att gå åt det hållet, vi vet ju redan en del av vad som behöver göras för att närma oss målet. Vi behöver fortsätta att forska inom suicidologi för att generera ny och fördjupad kunskap och vi behöver använda den kunskap som redan i dag finns men inte alltid tillämpas i praktiken. Vi behöver en psykiatri med tillgänglighet OCH kontinuitet. Både patienter och behandlare har allt att vinna på att få förutsättningar att träffas under längre perioder och slippa att ständigt möta nya ansikten. I dagens sjukvård prioriteras tillgänglighet men ofta på bekostnad av kontinuitet. När man mår psykiskt dåligt är man oerhört beroende av fasta och välfungerande kontakter.



SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

Ordförande: Lise-Lotte Risö Bergerlind (ordforanden@svenskpsykiatri.se)
Vice ordförande: Maria Starrsjö (vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)
Sekreterare: Hans-Peter Mofors (sekreteraren@svenskpsykiatri.se)
Skattmästare: Astrid Lindstrand (skattmastaren@svenskpsykiatri.se)
Vetenskaplig sekreterare: Diana Radu Djurfelt (vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)
Facklig sekreterare: Kerstin Lindell (facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)
Ledamot: Francisco Barca (barca@svenskpsykiatri.se)
Ledamot: Dan Gothefors (gothefors@svenskpsykiatri.se)
Ledamot: Fredrik Åberg (aberg@svenskpsykiatri.se)
ST-representant: Marcus Persson (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 jag, som läkare/behandlare, har så mycket lättare att värdera subtila symtom hos en patient jag känt under längre tid; ordval, tonfall, mimik. I dagens situation, med brist på bl.a. psykiater och sjuksköterskor med specialistkompetens inom psykiatri, i kombination med en marknad för s.k. hyrpersonal, ökar risken för att patienter med allvarlig psykisk sjukdom eller suicidala processer far illa. Här kan aldrig en kort väntetid på akutmottagningen uppväga det som den fasta kontakten ger. Vi behöver en psykiatri där man kommunicerar enkelt och självklart mellan öppen- och heldygnsvård och där det finns kännedom och förtroende för varandra. Vi vet att det ofta är i skarvarna mellan olika vårdformer som självmordsplaner realiseras. Suicidala patienter är oerhört känsliga för allt som kan kännas som ett avvisande och tar detta som intäkt på att de inte borde finnas till.

Detta underlättas inte av att öppenvården bedrivs av annan vårdgivare än heldygnsvården och att man efter några år väljer en annan s.k. utförare till den psykiatriska öppenvårdsmottagningen. Vår heldygnsvård måste vara utformad på ett sådant sätt att man upplever miljön och bemötandet som läkande. Detta kan vara svårt att åstadkomma på de ibland orimligt överbelagda avdelningarna. En tid i handen vid utskrivningen till "min" doktor eller behandlare i öppenvården kan vara det som får mig att orka ett tag till. Om detta inte är möjligt kan det innebära motsatsen.

Det jag beskriver är inte så mycket nytt. Egentligen självklara saker och förhållanden vi vetat om länge men ännu inte lyckats åstadkomma. För att trots detta orka det enträgna arbetet att nå dit behöver i vart fall jag visioner.

"I have a dream" sa Martin Luther King för många år sedan. Det han sa betraktades då som orimligt. I dag har USA sin första färgade president – vad vore världen utan visionärerna? Låt oss i SPF bli de visionärer som bidrar till att den psykiatriska vården blir allt bättre, till gagn för patienter, närstående och personal. Om vi dessutom får förutsättningarna i ramhöjande, långsiktiga satsningar och inte bara projekt vet vi att vi kan göra skillnad! I still have a dream! ◀

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande SPF



Foto: Carol Schultheis



SPF's "nya" styrelse: Från vänster; Diana Radu Djurfelt, Marcus Persson, Astrid Lindstrand, Dan Gothefors, Tove, Gunnarsson; Hans-Peter Mofors, Fredrik Åberg, Maria Starrsjö och i fronten Lise-Lotte Risö Bergerlind.
På bilden saknas: Francisco Barca och Kerstin Lindell



sfbup

SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

Ordförande: Gerd Mucchiano (gerd.mucchiano@skane.se)
Vice ordförande: Lars Joelsson (lars.joelsson@vgregion.se)
Facklig sekreterare: Mie Lundqvist (mie.lundqvist@lj.se)
Kassör: Mia Thörnqvist (marie.tornqvist@lvn.se)
Vetenskaplig sekreterare: Ulf Wallin (ulf.wallin@skane.se)
Ledamot: Åsa Borg (asa.borg@sil.se)
Ledamot: Christer Olsfelt (christer.olsfelt@vgregion.se)
Ledamot: Marie O'Neill (marie.oneill@ltkronoberg.se)
Ledamot: Lisa Palmersjö (lisa.palmersjo@dll.se)
ST-representant: Peggy Törn (peggy.torn@sil.se)

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

Samarbete på menyn är BUP:s framgångsrecept

Min far var inte så duktig på att laga mat, men desto bättre på att leka. När mor vid enstaka tillfällen inte var hemma och kunde se till att middagen kom på bordet, var situationen inte helt enkel. Far löste den genom att leka "förr i världen". Vi syskon fick grilla äpplen och pinnbröd i kakelugnen och till efterrätt serverades marsipanbitar och russin i små foliebaket som bakades över glöden. Andra gånger bestod menyn av "löjer och langkål" en danskinspirerad rätt, där grovbrödkanter doppades i senap och sedan i salt. Vi tyckte det var det godaste eller i alla fall det roligaste som fanns.

Med denna barndomsskildring hoppas jag att ni har fått en första bild av vem det är som ni har gett förtroendet att vara er nya ordförande i barn- och ungdomspsykiatriska föreningen.

Vi människor har som bekant både svaga och starka sidor. Somliga är kreativa och roliga, andra mer praktiska och nyttiga. Genom att hjälpas åt kan vi komma längre. Även organisationer har styrkor och förbättringsmöjligheter. Utnyttjas möjligheter att dela med sig och få stöd kan man komma långt.

Jag vet inte om jag lugnar er när jag berättar mer om min brokiga bakgrund. När jag så småningom blev vuxen och legitimerad läkare, trots nödortförsorg, arbetade jag bl.a. som administratör och chef i Småland och Östergötland, jag har doktorerat i patologi och arbetat med barn och ungdomspsykiatri de senaste 10 åren. För närvarande är jag överläkare på BUP i Eslöv.

Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) är en specialitet som har förstått att utnyttja samarbetet mellan olika kompetensområden, såväl inom som utom organisationen.

För att hjälpa barnen till en bättre psykisk hälsa tar BUP hänsyn till hur de mår både till kropp och själ, vi kartlägger den sociala situationen inklusive familjens mående och gör insatser där psykologisk, medicinsk och social kunskap behövs. Barnen och tonåringarna söker sig till oss i allt större omfattning, sannolikt inte bara för att vi mår dåligt utan också för att de tror på att de kan få hjälp. Det finns idag, jämfört med 10-20 år sedan, god evidens för tvärprofessionell behandling av barn med de vanligaste diagnoserna på BUP: depression, ångest och ADHD.

Barn och unga är beroende av en välfungerande familj och skola. BUP, skolhälsovård och socialtjänst är viktiga samarbetspartners. Goda förebilder för effektivt samarbete finns både för definierade problemområden som koncentrationssvårigheter och normbrytande beteende, och för bredare samarbete vid gemensamt omhändertagande i den s.k. "första linjen" av barn och unga med lindrig psykisk ohälsa.

Utvecklingen har varit positiv, men med ökade behov, förväntningar och möjligheter ställs krav på effektivisering av vår verksamhet. Rollfördelning inom och utom BUP behöver tydliggöras och samarbetsmöjligheter utnyttjas. Här har SFBUP en viktig uppgift.

Evidensläget kräver nya metoder med förändrade kompetenskrav. Hur snabbt kan verksamheten ställa om sig? Hur ska rollerna fördelas mellan olika professioner på BUP? Det tar 7 år att utbilda en examinerad socionom till legitimerad terapeut. De medicinska insatserna kräver helt andra resurser idag när vi ska rätta oss efter de riktlinjer som finns.

Det finns inte barnpsykiatriker i tillräcklig omfattning för att tillgodose behovet om inte ansvarsfördelningen och samarbetet inom och utom BUP förändras. Vilken roll i det interna BUP-arbetet ska barnpsykiatern ha för att barnen ska få så stor nytta av oss som möjligt? Kan vi som läkare idag fortsätta att bedriva terapi, ordna nätverksmöten och ge föräldrastöd? Eller måste vi koncentrera oss på de medicinska insatserna?

Hur samverkar BUP då utåt med andra aktörer för att effektivt förbättra den psykiska ohälsan som hela tiden ökar? Vem ska utreda barn med koncentrationsproblem, vem ska se till så att spädbarnen får en god anknytning till föräldrar i social misär med psykiska problem och vem hjälper stressade barn med huvudvärk och ont i magen?

BUP:s uppdrag behöver bli tydligare och mer enhetligt, samverkan mellan aktörer som kan hjälpa barn med psykisk ohälsa kan effektiviseras.

SKL verkar för en utveckling av en första linjes omhändertagande av barn och unga med psykisk ohälsa. BUP blir alltmer den specialiserade verksamheten som tar hand om de svåraste fallen och som kan bidra som konsult till skolhälsovård, primärvård och ungdomsmottagningar.

För att förbättra evidensläget behövs samarbete avseende forskning som SFBUP kan stödja. Idéer finns om samarbete mellan BUP, barnmedicin och habilitering för att bilda barnforskningscentra på våra universitetssjukhus.

BUP-föreningens uppgift är att utifrån riktlinjer från Socialstyrelsen betona rollen som en specialiserad psykiatrisk verksamhet. Det är också viktigt att beskriva vad som är barn- och ungdomspsykiaterns framtida ansvar. För att nya ST-läkare ska kunna rekryteras behöver de förebilder och veta vilken roll de har i sitt framtida yrke. Risken är att vi passivt låter kraven från omgivningen styra vad vi gör och att vi drunknar i det oändliga behovet av hjälp. Vi måste prioritera BUP-omhändertagandet om de svårast sjuka. Vår roll är också att bidra med kunskap så att kompetens om psykisk ohälsa finns i barnens vardagsmiljö i skolan och i primärvården som har en bred kontaktyta till befolkningen.

Med en tydligare rollfördelning i omhändertagandet av barn med psykisk ohälsa kan den positiva utvecklingstrenden fortsätta. BUP-föreningen ska vara drivande i det arbetet.

Undrar någon hur de grillade russinen i foliepaket smakade? De gick inte att äta alls, men det var roligt att spela kula med dem! ◀

Gerd Mucchiano
Ordförande SFBUP



Foto: Shutterstock.com

Psykiatrikongressen

**LEDARE
SRPF
Ordförande
Lars Eriksson**

Årets psykiatrikongress på Södra Teatern i Stockholm blev en trevlig och berikande upplevelse. Det gick verkligen att följa upp och utveckla vidare från åren innan. Programkommittén hade gjort ett fantastiskt bra jobb och vi kunde med stolthet konstatera att den "rättspsykiatriska förmiddagen" blev välbesökt och intressant. Nu gäller det att jobba vidare på den inslagna vägen. Kanske ännu mer av aktuell forskning, kanske fler inbjudna utländska forskare, kanske posterutställningar och korta muntliga presentationer.

Det är också bra att samarbetet med industrin sker under goda och ordnade former där vi varken får en kommersiell prägel på kongressen eller ett dogmatiskt avståndstagande från industrisponsrade aktiviteter likt det som APA tycks vara på väg mot.

Men vad ska vi nu göra med Läkarstämman? Kanske ska vi där satsa mer på rekryteringsbefrämjande insatser och information till kollegor inom andra specialistområden. Det är nog viktigt att vi, och då menar jag samtliga psykiatriska föreningar, tänker igenom hur vi vill använda stämman och samordnar våra insatser. Det är trots allt ett tillfälle att synas.

Det byggs inom rättspsykiatrin

Nyligen hade vi "första spadtaget" för vår nya vårdbyggnad för den göteborgska rättspsykiatrin och det byggs även i Vänersborg-Trollhättan och Falköping. Det är också på gång byggen på flera andra håll i landet. Det är givetvis tillfredsställande att komma ut från de gamla mentalsjukhusbyggnaderna och få moderna lokaler anpassade till verksamheten. Samtidigt är det en intressant utveckling i ett historiskt perspektiv. Nu bygger vi vårdbyggnader med självhushåll, arbetsterapi, träningsmöjligheter, möjligheter till arbetsrehabilitering m.m. Är det inte lite av lyxigare och mindre mentalsjukhus vi bygger upp och är det inte så att en stor andel av våra patienter är sådana som missgynnats av att mentalsjukhusen lagts ned och fallit igenom det allmänpsykiatriska skyddsnätet.

Som någon tänkare sagt: "Utvecklingen går med rasande fart – fram och tillbaka". ◀

**Lasse Eriksson
Ordförande SRPF**

SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

Ordförande: Lars Eriksson (ordforanden@srpf.se)

Vice ordförande: Kristina Sygel

Internationell sekreterare: Per Lindqvist (per.lindqvist@ki.se)

Facklig sekreterare: Lars-Håkan Nilsson

(facklige.sekreteraren@srpf.se)

Kassör: Mats Persson (kassoren@srpf.se)

Sekreterare: Margareta Lagerkvist (sekreteraren@srpf.se)

Vetenskaplig sekreterare: Henrik Anckarsäter

(vetenskapligsekreterare@srpf.se)

ST-frågor: Katarina Wahlund

Övrig medlem: Malin Hamrén

Hemsida: www.srpf.se

Webmaster: Stina Djurberg (webmaster@srpf.se)





*Låt inte kostnaderna
segla iväg*



Lamotrigin Actavis

– brett sortiment till lägre pris

Under 2009 förskrevs Lamictal i Sverige för cirka 122 miljoner kronor. Samma period var kostnaden för en behandling med Lamotrigin Actavis bara 50 % av den för Lamictal¹. Detta ger en besparingspotential på 61 miljoner kronor för hela landet under ett år.

Actavis är marknadsledande på generiskt lamotrigin. Vi erbjuder ett brett förpackningssortiment, både vanliga och dispergerbara tabletter och anpassade förpackningsstorlekar. Lamotrigin Actavis finns även i praktiska endosförpackningar för kliniker och vårdavdelningar.

*Låt inte kostnaderna segla iväg – skriv **Lamotrigin Actavis** på receptet nästa gång!*

Indikationerna är: Epilepsi. Vuxna och ungdomar från 13 år: Tilläggsbehandling eller monoterapi av partiella och generaliserade anfall inklusive tonisk-kloniska anfall. Anfall i samband med Lennox-Gastaut syndrom. Barn och ungdomar från 2–12 år: Tilläggsbehandling vid partiella och generaliserade anfall inklusive tonisk-kloniska anfall. Anfall i samband med Lennox-Gastaut syndrom. Monoterapi av typiska absenser. Bipolär sjukdom. Vuxna från 18 år: Prevention av depressiva episoder hos patient med bipolär sjukdom, typ I, vilka upplever övervägande depressiva episoder.

Suicudtankar och självmordsbeteende har rapporterats hos patienter som behandlas med antiepileptika för flera indikationer. Lamotrigin Actavis är receptbelagt och omfattas av högkostnadsskyddet. Informationen är baserad på produktresumé daterad 2009-02-20. För fullständig indikationstext och aktuellt pris se www.fass.se eller www.actavis.se 1. IMS Health, kostnad per expedierad DDD 2009.

 **actavis**
creating value in pharmaceuticals

Ett stort tack... från avgående ordföranden i sfbup



Det har varit fantastiskt att ha förtroendet från medlemmarna i sfbup att vara er ordförande. Nu har jag lämnat över till Gerd Mucchiano och önskar henne och den nya styrelsen lycka till i det fortsatta arbetet.

Under de år jag arbetat i psykiatri och haft möjlighet att följa utvecklingen närmre genom styrelsearbetet har det hänt mycket inom BUP, kunskapsutvecklingen har varit stor, något som alla är väl förtrodda med inom fältet. Min bild av världen i det psykiatriska fältet där barn och unga behandlas idag, är att vi har en mer gynnsam situation för barnen och deras familjer än någonsin förr - där vi kan se både/och, där kropp och själ samspelar, där hjärnfunktion, synapser, genetisk sårbarhet, svåra psykosociala förhållanden och social ärftlighet ryms under en och samma hatt. Där vi tidigt kan upptäcka symtom, förebygga och uppskjuta insjuknande, anpassa tillvaron efter barnet och inte tvärtom. Där man väljer behandling efter noggrann sammanvägning av svårighetsgrad, mest framträdande symtom, vad som orsakar mest lidande, vad det finns för evidens och där det alltid finns möjlighet att prova en annan vedertagen behandling – medicinsk och/eller psykologisk sådan - om inte den första hjälper. På samma sätt som man gör i alla andra specialiteter.

När jag blev avtackad på årsmötet i Göteborg

för några veckor sedan var det 10 år sedan jag valdes in i styrelsen och nästan 25 år sedan jag besökte mitt första BUP-möte i Sverige. För en liten specialitet med ett stort och växande kunskapsområde är det oerhört angeläget att fortsätta ha mötesplatser där kunskapens fana hålls högt, där det finns plats för debatt och personliga möten och där alla som arbetar på mindre kliniker, små orter, ibland alldeles ensamma i sin profession, får möjlighet att träffa kollegor.

Vårt senaste vårmöte, BUP-kongressen 2010 inte minst, var ett exempel på detta, där föreläsningar och seminarier runt **Att lära känna barnet**, vittnar om en mognad i hela branschen kring synen på diagnostik och behandling. Det finns självklart många svårigheter i vårdvardagen som handlar om att införa ny kunskap, att få den att fästa, att byta spår, att hitta ett snabbt och säkert sätt att sprida de goda exemplen.

Specialiteten känner sig ibland påhoppad eller klämd,

nu senast i ett oseriöst inlägg av två svenska barnläkare på DN Debatt, men oftast känner man som kliniker eller chef snarare att man inte räcker till för alla förväntningar och förhoppningar som finns.

Men - en hel del av det som åstadkommits under senare år är ur ett inifrånperspektiv, dvs. det som åstadkommits i föreningen eller genom att *sfbup* finns, bådär gott och jag vill gärna påminna om det i mitt avskedsord. **Samverkan** med SPF och den övriga psykiatri är idag självklar - denna tidskrift inte minst är ett av många goda exempel på denna samverkan.

Aktiv verksamhetschefsgrupp

En annan sak är att det finns en mycket aktiv grupp **verksamhetschefer**, som träffas varje år, som är sampratade och utgör en stark kraft i utvecklingen.

Och som numera har formerat en språkrörsgrupp tillsammans med *sfbup*:s ordförande för att BUP ska kunna uttala sig med en tydlig röst i olika frågor. Dit hör också **Röda Tråden** - en fruktbar samverkan mellan akademien, styrelsen och utbildningsutskottet där flera viktiga utvecklingsfrågor sett dagens ljus.

Den fråga som ännu inte landat är **första linjens barnpsykiatri**. Jag gissar att den fortsatt kräver diskussioner både på det nationella planet mellan alla berörda specialitetsföreningar och med t.ex. Psykologförbundet och Vårdförbundet och intensivt arbete i regioner och landsting för att hitta strukturer som gynnar barn och unga. Det steg som återstår är att i handling komma vidare och man kan hoppas att SKL:s modellområden hjälper till här. För ideologiskt är alla aktörer överens om vikten av samverkan och olika, tydliga uppdrag för var och en. Barn- och ungdomspsykiatri har ett tydligt avgränsat område, men liksom alla andra verksamheter som arbetar med människor finns överlappande gränsområden (gyllene zoner som jag nyligen hörde någon säga om dessa istället för gräzoner) - där både barnmedicin, elevhälsa/skolhälsovård och primärvård, vuxenpsykiatri liksom socialtjänst finns.

Under ett antal år i rad har vi som arbetar för barns psykiska hälsa gemensamt anordnat seminarier på Medicinska Riksstämman - där oftast både barnpsykiatrer, barnläkare, psykologer, familjeläkare och vuxenpsykiatrer deltagit utifrån delvis överlappande kunskapsfält - för att lyfta fram och belysa vad som idag är den bästa kända kunskapen om hur vi förebygger, behandlar och botar psykisk ohälsa och psykiska sjukdomstillstånd.

Behov av evidens

Slutsatsen i dessa diskussioner landar i behov av evidensbaserade, breda program i förskola/skola, på BHV och inom BUP för förebyggande insatser och god, bred diagnostik och både medicinsk och psykologisk behandling av definierade psykiatriska tillstånd. Förutsättningen är alltid att man har rätt kompetens för att besluta om och genomföra insatserna. Och för barnens bästa är jag säker på att det är detta som behövs - många goda professionella som kan sitt jobb, som vet vad som hjälper och som kan och vågar arbeta tillsammans över gränserna när det behövs, och arbetar utifrån riktlinjer och konsensus byggda på vetenskap och beprövad erfarenhet parat med socialt patos, engagemang, intresse för individen och hans/hennes sammanhang och en god portion sunt förnuft.

Tack för mig! ◀

Lena Eidevall



Foto: Carol Schultheis

SLUP på AT-stämman

Varje vår sedan några år anordnas AT-stämman – ett arrangemang för AT-läkare med föreläsningar, seminarier, workshops och sociala evenemang. Ofta besöks AT-stämman någon gång i slutet av AT; man återser gamla kursare, lär sig nya saker och inte minst planerar man för sin fortsatta karriär. I likhet med många andra föreningar fanns SLUP (Sveriges läkare under utbildning i psykiatri) närvarande på Norra Latin i Stockholm den 25-26 mars, i vårt fall för att informera och svara på frågor om hur det är att arbeta inom barn- och vuxenpsykiatri.

Alessandra Hedlund hade gjort ett fint arbete med planering och arrangemang inför stämman. På torsdagen den 25 mars fanns Lisa Härdelin (ST BUP Stockholm) på plats, på fredagen tog Maria Lindahl (ST BUP Stockholm) och jag över uppgiften att "marknadsföra" vårt gebit och samtala med stämmodeltagarna. Det delades ut pennor och informationsfoldrar. Vi hade ett bokbord med titlar från det psykiatriska fältet och många AT-läkare deltog i det boklotteri som anordnades. För att delta fick man svara på frågor som: "Vilken är den vanligaste dödsorsaken bland yngre i Sverige?" Detta gav anledning till reflexion och fortsatta samtal med de tävlande.



På kvällen den 25 mars anordnades en speciell AT-kväll på Svenska Läkaresällskapet. Där fick AT-läkarna första lyssna till några föredrag om utlandstjänst som läkare i försvaret, läkares roll som debattörer i media och hur man kan jobba som privatpraktiserande läkare. Sedan var det dags för mingel med dryck och tilltugg bland representanter för specialistföreningarna. Från psykiatriens sida fanns Hanna Edberg (ST Psykiatri, Stockholm), Marianne Kristiansson (verksamhetschef vid rättspsykiatriska avdelningen vid Rättsmedicinalverket i Huddinge), Peggy Törn (ST BUP Stockholm) och jag själv. Det var många intresserade som kom till vårt rum för att prata om psykiatri, rättspsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. Av diskussionerna att döma fanns flera som fascinerades av och övervägde psykiatri som framtida yrkesval, medan vissa avskräcktes av dålig organisation som de mött vid tidigare placeringar inom psykiatri.



Det var en trevlig kväll i Läkaresällskapets anrika lokaler och det var roligt att möta så stort intresse för den del av medicinen som vi representerar.

Rekrytering till psykiatri är en viktig fråga. Det är angeläget att duktiga blivande kollegor ser psykiatri som ett attraktivt alternativ. Detta görs nog bäst genom gott omhändertagande på väl fungerande kliniker ute i landet under utbildningarnas placeringar. Men det är också viktigt att våra specialiteter representeras i sammanhang som AT-stämman där nyfikna kan ställa frågor och diskutera med oss som jobbar inom psykiatri.

Slutligen får vi hoppas att flera av de förväntansfulla AT-läkare vi mötte under stämman väljer just psykiatri när de fått sin legitimation om några månader. ◀

Isak Sundberg
ST-läkare Psykiatri med inriktning beroende, Uppsala.
adjungerad ledamot SLUP styrelse
Text och foto



Brister i ECT-behandling

ECT-behandling är en effektiv behandling för personer med svåra depressioner, samtidigt är det en behandling att ha respekt för. Det konstaterar Socialstyrelsen i en pilotstudie om ECT-behandling som publicerades i april.

Socialstyrelsen har i en pilotstudie undersökt användandet av ECT-behandling i Sverige. Bakgrunden till pilotstudien var ett antal ärenden som inkommit till Socialstyrelsens tillsynsenhet och som berörde långvariga minnesproblem efter ECT-behandling. Socialstyrelsen har undersökt tillgängliga data på nationell nivå och fört en dialog med såväl patienter som profession och experter. Resultatet visar att inrapporteringen till Socialstyrelsens patientregister är bristfällig. Det tycks vad gäller inrapportering bland annat bero på att vårdgivarna uppfattat det som att det bara är ECT-behandling som ges med tvång som ska rapporteras. Trots bristfälliga data så kan det sägas att en ökning skett av antalet ECT-behandlingar efter att det under perioden 1970 – 90 var en kraftig minskning av antalet behandlingar.

Bristande information

Socialstyrelsen konstaterar att det också finns brister i informationen till patienterna och deras närstående om såväl behandling, sjukdom och de biverkningar som är förknippade med ECT-behandling. Det är också många patienter som vittnat om att det brustit i omhändertagandet efter behandlingen när patienterna påtalat problem med till exempel minnet.

Risken för biverkningar i samband med ECT kan bero på flera faktorer, bland annat hur behandlingen utförs. Patientens grundsjukdom kan i sig också medföra olika typer av minnesstörningar. Det är trots många enskilda vittnesmål ganska få anmälda fall till Socialstyrelsen, HSN eller patientförsäkringen. Forskningen har under de senaste åren också redovisat olika resultat om i vilken omfattning och på vilken grund som biverkningar av längre eller svårare art uppstår.

Klinisk praxis

Socialstyrelsen konstaterar i sin studie att det finns stora regionala skillnader i landet när det gäller användandet av ECT, både vad gäller praxis och indikation. En viss indikationsglidning har iakttagits som innebär att fler grupper än patienter med svåra depressiva tillstånd fått ECT-behandling. Det har också förekommit enstaka fall där enskilda fått fler behandlingar än vad som i regel rekommenderas. En viktig aspekt som belystes under arbetet med studien var behovet av att klargöra vilken kompetens som krävs för att ge ECT-behandling och att det även innefattar anestesilogisk kompetens.

Åtgärder

Socialstyrelsen vidtar nu en rad åtgärder i syfte att förbättra behandlingen med ECT. Under 2010 ska en vägledning tas fram för att tydliggöra vårdgivarnas skyldighet att erbjuda patienter stöd och rehabilitering vid minnesstörningar eller andra biverkningar i samband med ECT, samt huvudmännens ansvar för att ge en fullgod information. Socialstyrelsen har också tagit kontakt med Svenska Psykiatriska Föreningen i syfte att ge stöd till utvecklingen av kliniska riktlinjer för ECT-behandling.

SBU har i sin tur tagit ett initiativ till en SBU-Alert för att uppdatera tidigare kunskapssammanställningar när det gäller ECT-behandling. ◀

Susanne R Suvanto
Mårten Gerle
Utredare
Socialstyrelsen



Foto: Emma Werelius



Foto: Susanne R Suvanto

Valdoxan®

Agomelatin

Det första melatonerga antidepressiva läkemedlet

**Resynkronisera den biologiska klockan
vid behandling av egentliga depressionsepisoder hos vuxna**

återfallsprevention ^{1**}

Vecka 24

Behandlingssvar ^{1*}

Förbättrad insomningstid,
ökad sömnkvalitet
och bibehållen funktion dagtid ¹



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

www.valdoxan.com

M-PRO-10-VALD-115-PF

Valdoxan® (agomelatin) R_x N06AX22 (övrigt antidepressivum). **Indikation:** Behandling av egentliga depressionsepisoder hos vuxna. **Egenskaper:** Melatonerg MT₁ och MT₂ agonist och 5-HT_{2c} antagonist. Ingen påverkan på extracellulära nivåer av serotonin. Inga utsättningssymptom eller effekt på sexuella funktioner, 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 serumtransaminaser (>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. 1,1 % för agomelatin 25/50 mg mot 0,7 % 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 sex veckor (slutet på akutfasen), tolv och tjugofyra veckor (slutet på underhållsfasen) och därefter när det är kliniskt indicerat. **Priser:** 25 mg tabletter x 28 st = 474,83 SEK (AUP), 25 mg tabletter x 84 st = 1330,49 SEK (AUP). Ingår för närvarande inte i läkemedelsförmånerna. **Senaste översyn av produktresumén** 2009-02-19. För fullständig information se www.fass.se

1 TABLETT DAGLIGEN VID SÄNGGÅENDET

1. Valdoxan® produktresumé, Servier, februari 2009, 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 dubbelblindade uppföljningsperioden var 22 % för Valdoxan och 47 % för placebo.

En psykiater kan läsa dina tankar

Den föreställningen tror jag många av oss har mött. Framförallt på sociala tillställningar har jag själv många gånger mött en förskräckt blick och ett ryggande när jag förklarat att jag arbetar som psykiater. Det är besvärande och jag har inte alltid vetat hur jag ska hantera det. Numera försöker jag släta över reaktionen och prata på som folk gör mest och då brukar det lösa sig. Att vi skulle kunna läsa tankar är förstås en myt men jag har kommit fram till att vi i vissa situationer kan det. Det handlar förstås inte om något övernaturligt fenomen men det skrämmande är att det ter sig så.

Jag arbetade en period som läkare vid ett mobilt akutteam och bedömde dagligen människor som sökte hjälp i akut psykisk nöd. De ringde först till personalen som tog den första anamnesen. Den redovisades för mig och sedan kunde vi bestämma om ett gemensamt besök. Ofta låg det vi kallar en psykisk kris bakom att personerna sökte hjälp. En sådan innebär som vi alla vet att personen inom sig har en konflikt av något slag som den inte själv har identifierat eller formulerat för sig själv. Det kan röra sig om en lojalitetskonflikt eller en konflikt mellan medvetandets olika delar. Ibland när jag talade med dessa personer och kommenterade något kunde de förskräckt titta på mig och säga: "Hur kunde du veta det?" I själva verket var det så att jag hade identifierat den inre konflikten redan när jag hörde anamnesen. I samtalet kunde jag därför tänka ut och förutsäga vad patientens nästa tanke skulle bli.

I den sociala situationen med en främmande människa är detta förstås inte fallet men vi kanske ändå kan utläsa något av beteendet. Ett kraftigt ryggande kanske innebär att han eller hon någon gång i livet blivit "tänkläst" av en psykiater. Men det är nog i alla fall ett olämpligt ämne att ta upp som konversationstråd. ◀

Arne Stenstedt
Pressekreterare SPF

Professor Jan Beskow utsågs till hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen

vid årsmötet den 18 mars 2010. En längre intervju med Jan Beskow kommer i nästa nummer av Svensk Psykiatri.

Medlemsbrev:

På Svenska Psykiatriska Föreningens hemsida kan Du anmäla att Du vill ha vårt medlemsbrev. Där sänder vi kontinuerligt ut de senaste nyheterna inom föreningen och vad som är på gång när det gäller kongressen.

www.svenskpsykiatri.se

Glöm inte våra hemsidor:

På respektive förenings hemsida läser Du alltid senaste nytt:

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

Svenska Psykiatriska Föreningen:
www.svenskpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:
www.srp.se

Hur mycket säkerhet krävs för att förhindra kommunikation helt?

Hur många lösenord har du att hålla reda på i din vardag? Hur många av dem har du nedskrivna på en post-it-lapp under tangentbordet på jobbdatorn? Hur säkert är det?

På Läkaresällskapets IT-inspirationsdag den 21 april fanns en stor mängd oerhört tekniskt kunniga kollegor som arbetat i decennier med bland annat standardisering, metadataorganisation, implementering av IT-system, och säkerhetslösningar för elektroniska medicinska databaser. Som en katt bland hermelinerna var även jag där, utsänd av SPF för att redovisa en högst ovetenskaplig sammanställning av områden där psykiater och psyk-ST tycker att sjukvårdens IT-system har förbättringspotential. Jag är i och för sig ohälsosamt teknikintresserad, men mina formella meriter vad gäller IT är mycket ringa. Det var alltså en utmaning att övertyga denna erfarna och väl pålästa grupp om att tillmätta något värde till vad en icke-representativ grupp psykiater har att säga om IT.

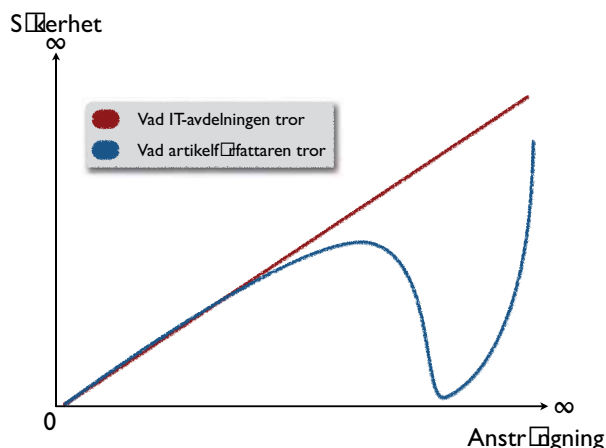
Det tekniska och organisatoriska perspektivet

Att rättvist sammanfatta vad de övriga deltagarna presenterade är nästan ogörligt, jag råder envar att gå till www.svls.se/delegation/10475.cs för att titta på presentationer och litet bakgrundsmaterial. Låt mig här bara återberätta en anstötlig historia som Socialstyrelsens representant presenterade:

En IT-nisse på ett icke namngivet landstings tekniska support hade som arbetsuppgift att rensa kirurg- och kardiologiklinikernas datorer från skadlig kod. Eftersom han föredrog sin bekväma kontorsstol framför ansträngande promenader i sjukhusets korridorer löste han uppgiften genom att ta kontroll över datorer på avstånd, starta om dem i felsökningsläge, och gå igenom all exekverbar kod på datorerna. Så hade han jobbat länge, och ingen hade någonsin klagat. Eller, det hade många gjort, bland annat på att det var frustrerande att förlora osparat arbete när ens dator plötsligt började bete sig som att den var besatt av en poltergeist. Dock hade ingen bibringat vår IT-nisse denna information, så han var utan skuld.

Just denna dag steg stressnivån till ohälsosamma nivåer i en operationssal någon kilometer bort från IT-nissens kontorsstol. En hjärkateterisering var pågående när man plötsligt tappade kontroll över var katetern befann sig, och saknade möjlighet att säkert avbryta operationen eftersom datorn som körde kateteriseringsprogramvaran plötsligt hade startat om och nu var utom kontroll. En stund senare började poltergeists styra muspekaren i operationssalen och skriva saker i inloggningsrutor. Tack och lov kom patienten inte till någon skada, men trots att det rörde sig om en direkt patientsäkerhetsrisk så var det först när Socialstyrelsen gjorde sin Lex Maria-utredning som det gick att identifiera poltergeisten som identisk med IT-nissen.

Carina Forsberg från Socialstyrelsen, som berättade denna historia och många andra, hade huvudsakligen tekniska och organisatoriska förbättringsförslag att komma med för att förhindra framtida liknande händelser.



Om man inte tar hänsyn till användarbeteenden kanske man tror att säkerheten ökar med varje tillägg av nya säkerhetssystem. Om man istället räknar med att användaren är smart och självständig kommer den totala säkerheten för systemet att sjunka när kraven på användaren ökar över en brytpunkt. Var det är vettigt att man som organisation lägger sig på ansträngningsaxeln beror på hur stor del av arbetstiden arbetsgivaren tycker det är värt att man lägger på säkerhetsbefrämjande åtgärder, såväl som var användarna i organisationen har sin "brytpunkt".

Beteendeperspektivet

Efter att ha frågat nästan alla psyk-kollegor jag träffat under en tvåmånadersperiod om vad de såg för problem med IT-systemen på sina arbetsplatser hade jag ett 20-tal till synes disparata uttalanden. Förvånansvärt nog gick de lätt att sammanfatta. Den mest frekventa, och samtidigt mest kontroversiella punkten var att användarupplevelsen måste bli bättre - speciellt måste väntetider vid programstart och inloggning kortas. Några hade kopplat besvärliga användarupplevelser till säkerhetssystem som tar för mycket tid och ansträngning.

Det är lätt att inom sjukvården hitta säkerhetssystem som är för jobbiga för sitt eget bästa. Smarta ID-kort som sitter i kortläsaren över natten för att doktorn skall vinna en värdefull minut efter ankomst till avdelningen, samtidigt som koderna för identifiering och signering ligger fint hopvikta under kortläsaren. Lösenord som behöver bestå av stora och små bokstäver såväl som specialtecken och som måste bytas varannan månad, med följd att det aktuella lösenordet står på en post-it-lapp under tangentbordet (kolla hos din kollega), under stativet till bildskärmen, eller under översta

utdragslådan i skrivbordshurtsen. Lösenord man inte får välja själv, med samma effekter. Kort och gott: Användaren tar till beteenden som är rationella ur ett användarperspektiv, men som gör att de utarbetade säkerhetssystemen leder till sänkt säkerhet.

Kanske lösningen för att komma tillrätta med osäkra användarbeteenden är att utbilda användarna i IT-säkerhet? Möjligt, men inte troligt.

Om man inte jobbar med IT-säkerhet eller tycker att det är roligt så kommer man att prioritera sådant man ser som sitt arbete framför att lägga tid på sådant som skulle öka säkerheten. Jag skulle hellre föreslå att utbilda IT-avdelningarna i användarbeteenden. Den största internetbokhandeln, Amazon.com, har gjort ett försök där de låtit hälften av besökarna randomiseras till att få en tiondels sekund förlängd väntetid vid varje klick i betalningsprocessen. De visade HALVERAD försäljning vid förlängd väntetid. Känner man till att hälften av alla som bestämt sig för att köpa några böcker, lagt dem i sin kundvagn och börjat försöka betala, ger upp om de får vänta en tiondels sekund längre när de klickar sig runt - då förstår man att inloggningsförfaranden som stjälar sekunder och minuter av användarnas tid kommer att motarbetas av användarna.

Vet man om att människor typiskt sett inte klarar av att hålla mer än fem till sju informationsblock i sitt arbetsminne och att det är nödvändigt för inlärninng utan minneslapp att informationen man skall lära sig "ryms" i arbetsminnet - då förstår man att lösenord som användaren inte väljer själv kommer att stå på lappar, åtminstone en period. Då kan man analysera huruvida åtgärder som synes förstärka säkerheten verkligen kommer att göra det, eller om de kommer att leda till användarbeteenden som sänker den totala informationsöverföringssäkerheten.

Hur gick det då att övertyga den väldigt kompetenta skaran kollegor på Läkaresällskapet om att lyssna till vad en IT-amatör från SPF hade att säga? Jotack, ganska bra faktiskt! Jag uppfattade gruppens konsensus vid slutet av dagen som påverkad av de uppfattningar från SPF-medlemmar som jag redovisat, och jag hoppas på att detta i sin tur kommer att i någon mån påverka framtida förändringar i världens IT-system till att genomföras med hänsyn tagen till användarna. ◀

Erik Nilsson

MD PhD

ST-läkare, vice ordförande i SLUP (f.d. SPFST)

Foto: Gun Smedberg-Nilsson



Foto: Carol Schultheis

SPF har fått en pressekreterare

I SPF:s styrelse har vi sedan en tid diskuterat behovet av att ha en egen pressekreterare. Till vår glädje har Arne Stenstedt tagit på sig uppdraget, vilket innebär att han nu även är adjungerad ledamot i styrelsen. Arne började arbeta i psykiatrin på Danderyds sjukhus 1989. Numera arbetar han på en psykosmottagning hörande till Psykiatri Nordväst i Stockholm. På fritiden ägnar han sig bl.a. åt familjen som består av hustru och tre barn, åt att åka långfärdsskridskor och att barbequa kött.

Det som fått Arne att vilja bidra till SPF:s arbete är att han tycker att föreningen och gärna psykiatrin i sin helhet ska synas mer i den allmänna debatten, gärna i dagspress. ◀

Tove Gunnarsson

Redaktör Svensk Psykiatri

Föreningen för KONSULTATIONSPSYKIATRI

Presentation av styrelsen:

Ordförande Pia Östryd

Smärt- och rehabcentrum

Universitetssjukhuset i Linköping

Jag kommer från Linköping där jag gått utbildning och gjort ST i psykiatri. 1998 blev jag specialist och 2000-2005 var jag öl på psyk-kliniken i Linköping. Sedan 2005 arbetar jag på Smärt- och rehabcentrum där jag var medicinskt ledningsansvarig för smärtehabiliteringen 2006-2008. Jag är även specialist i smärtlindring.

I min kliniska vardag möter jag patienter med psykiska besvär i kombination med långvariga smärtor som inte kan förklaras av kroppslig sjukdom. Min uppfattning är att vi har en stor uppgift att sprida psykiatrisk kunskap till våra kollegor inom primärvård, somatisk vård och till de psykiatriker som inte arbetar inom konsultationspsykiatri.

Sekreterare Anders Bergstedt

Psykiatri Sahlgrenska

SU/Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg

Jag är vårdenhetsöverläkare för Diagnostik- och konsultationsteamet vid Psykiatri Sahlgrenska. Arbetar kliniskt med konsultationer i somatisk slutenvård på SU/Sahlgrenska och viss specialiserad öppenvård (subakuta uppföljningar efter besök på SU:s gemensamma psykiatriska akutmottagning, mobila verksamheten, utvidgad diagnostik, "second opinions", läkemedelsstudier, bedömning inför poliklinisk ECT, elektiv mottagning för kollegor och annan personal vid SU mm). Jag har medverkat i forskningsprojekt angående uppföljning av suicidförsökspatienter och är doktorand i Jan Svedlunds grupp avseende psykiatri-inflammatorisk/ickeinflammatorisk tarmsjukdom.

Kassör och webbmater Anders Lundin

PRIMA vuxenpsykiatri

Danderyds sjukhus

182 87 Danderyd

Jag är neurolog och psykiater och blev färdig dubbelspecialist 1991. Jag har som psykiater mest arbetat inom konsultationspsykiatri, företrädesvis mot neurospecialiteterna.

Jag disputerade 2007 på en avhandling om Postcommotionellt syndrom efter hjärnskakning.

Jag arbetar från 1 mars 2010 på Prima vuxenpsykiatri, en privat klinik som övertog driften av gamla Psykiatri Nordöst vid Danderyds sjukhus.

Jag har suttit i styrelsen sedan 1998 och var föreningens ordförande 2000-2006.

Ledamot Calle Sjöström

NPU-enheten i Gävle

Jag läste medicin i Uppsala och gjorde AT i Hudiksvall. Efter AT gjorde jag ett och ett halvt års ST i neurologi i Hudiksvall, men bytte därefter till psykiatri. ST i psykiatri gjorde jag i Gävle och blev specialist i april 2010. Under ST har jag fördjupat mig inom somatisering och funktionella tillstånd och har varit knuten till ett forskningsprojekt om personlighetsfaktorer vid psykogena, icke-epileptiska anfall vid Rikshospitalet i Oslo. Jag arbetar i Gävle på en enhet för utredning av Neuropsykiatriska tillstånd och är en dag i veckan psykiaterkonsult vid Rehabkliniken i Sandviken. Jag deltar också i konsultmöten med smärtenheten.

Ledamot Ursula Werneke

Vuxenpsykiatri

Sunderby Sjukhuset i Luleå

Jag läste medicin i Tyskland och gjorde ST i psykiatri på Maudsley Hospital i London med subspecialisering som konsultpsykiatriker på Royal Marsden Hospital. Jag är medlem av det brittiska Royal College of Psychiatrists (RCP) inklusive fakulteten för liaison psykiatri. Jag var under fem år öl i London och även adjungerad lektor vid Londons Universitet.

Jag är nu öl och studierektor på Sunderby Sjukhus i Luleå. Jag är intresserad av e-learning och har bidragit med e-utbildningsmoduler för CPD-online, ett webbaserat utbildningsprogram från RCP.

Min forskningsportfölj omfattar tvärvetenskapliga epidemiologiska studier, klinisk farmakologi samt komplementär- och livsstilsmedicin.

Ledamot Marie Bendix

Psykiatri Sydväst

Konsultenheten, Karolinska Huddinge

Jag har gjort min läkarutbildning i Tyskland och tog examen 1999. Jag gjorde AT i Oskarshamn och ST i Södertälje. Jag är specialist i allmän psykiatri sedan oktober 2009 och sedan augusti 2009 är jag verksam vid Konsultenheten, Psykiatri Sydväst, Karolinska Huddinge.

Jag är styrelsemedlem i föreningen sedan hösten 2008 och medlem i World Psychiatric Associations Early Career Council 2008-2011 samt har samarbete med Östeuropakommittén med fokus på samarbete mellan unga psykiatriker. ◀



Foto: Shutterstock.com

SVENSK PSYKIATRI

TEMANUMMER UNDER 2010

SKRIV TILL OSS redaktoren@svenskpsykiatri.se

NUMMER 3 2010

Tema: Psykiatrins pionjärer
Deadline 1 september 2010
Utkommer vecka 38

NUMMER 4 2010

Tema: Det omedvetna
Deadline 20 november 2010
Utkommer vecka 49

NUMMER 1 2011

Tema: Kultur, psykiatri och psykisk hälsa del 2
Deadline 20 februari 2011
Utkommer vecka 10

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.
Du kan också skicka en bild med "snigelposten".
Välkommen med Ditt bidrag!
Redaktionen

SPF medverkar i Almedalen och på Bok- och Biblioteksmässan!

Under Almedalsveckan i Visby kommer SPF åter att finnas på plats i Visby på samma ställe som förra året: Visby Kaffé & Chokladaffär på Hästgatan 10. Denna gång är programmet utökat till 2 dagar, 6-7 juli. Andra som finns med under dessa dagar är sfbup, Psykiatri Gotland, Akademiska Sjukhuset och SKL. Representanter för SPF kommer bl.a. Jan Beskow, Olle Hollertz samt Ingvar Karlsson att vara, och de kommer att prata om suicid ur olika aspekter. Vi hoppas också få till ett anförande om psykiatri i media, kanske med utgångspunkt i hur media rapporterar kring suicid.

Måndag 5 juli resp. torsdag 8 juli kommer vi att delta i det program som NSPH ordnar tillsammans med bl.a. Handisam och SPF på Högsolan i Visby. På måndag kl 13.00 -14.30 är temat "Bortom stereotyperna; vem syns i media?" Deltagare är Ann-Sofie Magnusson (JMG, Göteborgs universitet), Rickard Bracken, (projektledare, Handisam), Lise-Lotte Risö Bergerlind (SPF), representant från SVT samt Anki Sandberg (samordnare psykiatrinätverket NSPH). Torsdag kl 15.00 - 16.30 kommer vi att tala om "Arvet efter Milton". Deltagare är

riksdagsledamöter, Ing-Marie Wieselgren (verksamhetsansvarig på SKL), Rickard Bracken, Olle Hollertz (SPF), Anki Sandberg samt Jan-Olof Forsén (AU-ledamot psykiatrinätverket NSPH). Båda dagarna kommer vi att hålla till i Högsolan, rum B 23.

Bok- och biblioteksmässan, B & B, äger i år rum 23-26 september och som alltid i Göteborg. Det brukar vara totalt nästan 100 000 besökare. Torsdag kl 9 t.o.m. fredag kl 14 är det enbart branschfolk, kl 14 på fredagen släpps allmänheten in och mässan stänger på söndag kl 17. SPF finns även i år med, denna gång ihop med NSPH och Handisam.

Vid både Almedalen och B & B kommer även representanter för Äldrepsykiatriska Föreningen och Psykiatrifonden att finnas med. Kul med de kontakter och samverkan som uppstår runt dessa aktiviteter.

Jag hoppas att få se många medlemmar i Visby och Göteborg! Ni kan följa detta och "allt annat" som händer på vår hemsida: www.svenskpsykiatri.se. ◀

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande SPF



Foto: Ingvar Karlsson



Foto: Carol Schultheis



Debattbok "Från mitt psykiatriska källarhål"

Sven Jonas Dencker var redaktör för det första numret av *Psykiatrifonden informerar* som lanserades januari 1995 "som ett forum för att diskutera psykiatrisk forskning, vård och behandling samt för korta meddelanden om svensk psykiatri".

Han har under hösten 2009 lagt ut en debattbok på 132 sidor på egen hemsida <http://web.comhem.se/dencker.debatt/> för alla att läsa och ladda ner fritt.

Efter ett inledande kapitel börjar debattavsnittet i kapitel 2, där han ger sin uppfattning om centrala delar i den psykiatriska behandlingen. Kapitel 3 behandlar den centrala platsen som samtalet har inom psykiatrin. Kapitel 4 innehåller en beskrivning om arbetet på "det goda mentalsjukhuset". Hanger även synpunkter på det som kan ha gått förlorat genom alla omorganisationer. Juridiken har fått större plats inom psykiatrin och beskrivs i kapitel 5. I kapitel 6, "psykiatri och politik", avhandlas det politiska ansvaret för "nedmonteringen av psykiatrin i Sverige". Politiken har övertagit kyrkans tidigare roll som både övergripande ideologi och specificitet i detaljerna. I det sista kapitlet ger Sven Jonas Dencker förslag till förändring av psykiatrin som han själv betraktar som det centrala avsnittet för sin presentation.

"Varje historia har sin förhistoria" och "Känner Du ej det som varit, förstår Du ej det som är och kan ej forma det som kommer".

Sven Jonas Dencker välkomnar alla som vill utbyta synpunkter att använda hans email-adress "dencker@comhem.se". ◀

Lennart Wetterberg
Professor emeritus Karolinska Institutet
E-mail: lennart.wetterberg@ki.se



Foto: Shutterstock.com

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

Kompositörer och deras psykiska sjukdomar

*Darkness reigned in silence
at the dead of night,
a moonbeam struck the fountain
with a pallid, dismal light,
when a low moaning
became audible in the breeze,
and here, here, on the brink you see,
the ghost appeared to me,
Ah!
I saw the ghost moving its lips
like someone who is speaking, and,
with its inanimate hand,
it seemed to beckon me.
It stood motionless for a moment,
then vanished rapidly,
and the water that had been so clear before
turned red and bloody [11: pp. 32-35].
G. Donizetti: Lucia de Lammermoor*



Musik och galenskap

Först ett prosaiskt konstaterande: Psykisk sjukdom är vanligt. Det är således inte förvånande om några av de kompositörer vi känner led av psykisk sjukdom. Ändå är det något som får oss att fastna vid de öden som finns beskrivna. Det verkar som att kreativa personer blir mindre kreativa under perioder av sjukdom än mellan dessa episoder, vilket

framkommer av en genomgång av Robert Schumanns skapande där man fann att han under perioder av uppvarvning skrev mer än vanligt. Men de stycken som levt vidare och som bedöms som nyskapande har han skrivit när han mådde bra (Weisberg 1994). Det förefaller som att det är svårt att befinna sig i en psykisk sjukdom och samtidigt skapa musikaliska verk. Möjligen kan detta bero på de höga krav som komponerande ställer på kognitivt fungerande då ett partitur kräver en genomtänkt struktur, instrumentation, tonartshantering och arbete med harmonik för att kunna bidra till en sammanhängande lyssningsupplevelse. Många kreativa personer har således varit ganska friska...

Med detta sagt så finns ändå några kompositörsöden som fångat vårt intresse och några har även blivit föremål för vetenskapliga artiklar. Det gäller bland annat W A Mozart, Erik Satie och G Donizetti (Peschel and Peschel 1992; Huguelet and Perroud 2005; Fung 2009). Vad som är intressant med just dessa artiklar är att de lyfter fram den eventuella betydelse som olika tillstånd

haft på deras unika skapande. Under 1800-talet var det framför allt en sjukdom som tippade flera kompositörer över vansinnets rand – Franz Schubert, Robert Schumann, Gaetano Donizetti och Hugo Wolf hade alla en sjukdom gemensam – syfilis.

Renässanskompositören Gesualdo (1560-1613) mördade 1590 sin unga hustru, sin egen kusin, Maria d'Avalos, hennes älskare och möjligen ett barn. Detta kom att påverka hans psykiska mående under återstoden av hans liv. Hans madrigaler handlar oftast om kärlek och död. Även om melankoli var känslan på modet vid den tiden kan man här se en mycket personlig klangbotten. G F Händel (1685-1759) komponerade sitt stora oratorium Messias på 3 veckor. Han lär ha haft andra perioder av våldsam kreativitet, och bipolär sjukdom i familjen. Man har därför hävdats att Händel led av bipolär sjukdom, men det går inte entydigt att bestyrka detta när man går tillbaka till källorna (Frosch 1996).

Nuförtiden talar vi inte om neuroser utan om ångesttillstånd, förstämningssyndrom och personlighetsstörningar. Flera av de stora kompositörerna hade särskilda personlighetsdrag: Johannes Brahms lär ha pendlat mellan en väldig ömhet för dem han kände väl och en sällspord taktlöshet som i sociala sammanhang kunde få förödande konsekvenser. Dmitrij Sjostakovitjs memoarer andas så mycket bitterhet och negativ grundton att det är svårt att inte fundera i termer av en dystymi eller depressiv personlighetsstörning, trots alla de reella umbäranden som han fick utstå under Stalintiden (Shostakovich and Volkov 1979).

Psykisk sjukdom i musiken

Läkaren Eddie Persson har skrivit en förnämlig bok om Opera med undertiteln "död, dårar och doktorer" (Persson 2002). Med forskarens nit har han sammanställt en tabell över de olika kategorier av psykiska sjukdomar som förekommer i operor samt noterat hur dessa fördelas mellan de olika röstlägena. Man bör ta sig i akt om man är sopran, baryton eller tenor. Altar och basar förefaller vara skyddade mot psykisk sjukdom. Han gör sedan en förnämlig genomgång av kända operafigurer som Lucia di Lammermoors psykos (Donizetti), Lady Macbeths skulddrivna sammanbrott (Verdi och Sjostakovitj), Wotans narcissistiska oförmåga att respektera gudars och familjens lagar (vilket sannolikt är ett lika elegant som omedvetet självporträtt av Richard Wagner...), Elektra i Rickard Strauss opera som får sin bror Orestes att dräpa modern Klytaimnestra som i sin tur dödat fadern Agamemnon - ett psykoanalysens *gefundenes Fressen*, och Alban Bergs svältfödda och psykotiske Wozzeck som till slut skär halsen av sin sambo Marie efter att hon varit otrogen med en stilig tamburmajor med orden: "Was ist das für ein rotes Schnur um deine Hals --- Der Mond ist blutig" ("Vad är det för rött snöre om din hals --- månen är blodig").

Foto: Wikipedia

Gustav Mahler – om upprepningstvång och bearbetning i musikalisk dräkt

Gustav Mahler (1860-1911) som i år firar 150-årsjubileum gjorde stor succésandal när hans första symfoni uruppfördes i Wien. Den konservativa publiken uppskattade inte den tredje satsens tema på melodin ”Frère Jacques” som först presenteras av kontrabasar för att sedan varieras och presenteras av klarinetstämman med en hård, hänsynslös klang. Sådana all dagliga melodier passade sig inte i en konsertsal. Av olika skäl, bland annat för att Mahler lär ha varit en utomordentligt hårdför dirigent, men sannolikt huvudsakligen på grund av den antisemitism som rådde i Wien runt sekelskiftet, manövrerades han så småningom ut som operans chefsdirigent. Han fick därefter arbete som dirigent på Metropolitan opera i New York där han tjänstgjorde några år men dog alltför tidigt i vad som idag hade varit en banal infektion 51 år gammal.

Hans hustru, Alma Mahler, berättar i sin biografi över sin make, om hur hans barndom präglades av faderns brutala våldsamhet och hänsynslöshet (Mahler and Mahler 1940; Mahler 1948). Föräldrarnas äktenskap präglades av bråk och faderns brutalitet. En av Gustav Mahlers bröder suiciderar. Modern förefaller ha varit hans trygga punkt.

Under många år lever han mycket nära sin syster Justine men blir djupt besviken när hon träffar en man som hon förälskar sig i. Under en tid lever han som lehemann, känd för att krossa hjärtan omkring sig. Alma Schindler, som tog privatlektioner i komposition för Alexander von Zemlinsky (som även var Arnold Schönbergs lärare) lyckas emellertid fånga hans intresse och de gifter sig. Inför hotande separation söker han upp Sigmund Freud. Det är inte utan motstånd; tre gånger ställer han in mötet i sista stund. Men 1910 träffas de i Leyden, Holland. De samtalar under en 4 timmars promenad som kort finns beskriven i Alma Mahlers självbiografi men som även Freud beskrivit i brev till Marie Bonaparte (Mitchell 1958). Det är inte mycket vi får veta, men Freud hade uppfattat att Mahler led av ett ”Holy-Mary-syndrome” som även innebar konsekvenser för hans skapande. Hans musik nådde aldrig de högsta nivåerna eftersom de vackraste passagera ständigt svärtades ner av burliska ”commonplace melodies” som till exempel ”Frère Jacques” i första symfonin.

Mahler berättar om en episod från barndomen där hans mycket brutale far bråkar med modern och den unge Mahler rusar ut ur huset för att på gatan höra en vevlira spela ”Ach du lieber Augustin”. Just denna spänning mellan det outhärdligt, djupt tragiska och all dagliga, burliska är något som går som en röd tråd genom hela Mahlers skapandegärning men som också förfinas alltmer genom symfonierna. I det sena verket, Das Lied von der Erde, som Mahler aldrig själv hann höra uppföras, har denna burliska melodi förvandlats och förädlats till mycket långsamma trioler som bidrar till en intensiv, emotionellt laddad och sorgsam förväntan in i oväntade harmonier. Även om Mahler aldrig, enligt Alma Mahler ”erkände” sitt moderskomplex verkar konsultationen hos Freud ha bidragit till att relationen med hustrun förbättrades påtagligt. De försonades och levde sida vid sida fram till hans död kort därefter.

Även om nu inte Mahler själv verkar ha lidit av någon svårare psykiatrisk sjukdom så ger dessa två minnesanteckningar från två källor en ögonblicksbild av hur ett personligt psykiskt trauma kan återkomma och knådas i konstnärlig form på ett sätt som gör den musikaliska upplevelsen allmän, igenkännbar, samtidigt som den gömmer en rest av en djupt och högst konkret personlig erfarenhet. Vad lär vi av detta? Ett trauma är ett trauma och som sådant riskerar det att ständigt återkomma som en förstörande kraft, men genom bearbetning, om det sedan är som psykoterapi av vilken form det än må vara, eller som komponerande, finner det en väg i kreativiteten att bli meningsbärande och på det viset också kunna bli en röst för andra. ◀

Göran Rydén

Överläkare, leg. psykoterapeut

Affektiva sektionen, Norra Stockholms Psykiatri

Referenser

- Frosch, W. A. (1996). ”Creativity: is there a worm in the apple.” *Journal of the Royal Society of Medicine* 89(September): 506-508.
- Fung, C. H. M. (2009). ”Asperger’s and musical creativity: The case of Erik Satie.” *Personality and Individual Differences* 46(8): 775-783.
- Huguelet, P. and N. Perroud (2005). ”Contribution of an international classification of mental disorders to the understanding Wolfgang Amadeus Mozart’s psychopathology (1756-1791).” *Annales Medico-Psychologiques* 163(7): 549-560.
- Mahler, A. (1948). *Gustav Mahler, kompositören och människan*. Stockholm,, Natur och kultur.
- Mahler, A. and G. Mahler (1940). *Gustav Mahler: erinnerungen und briefe*. Amsterdam,, Allert de Lange.
- Mitchell, D. (1958). ”Mahler and Freud.” *Chord and Discord* 2(8): 63-68.
- Persson, E. (2002). *Opera - död, dårar och doktorer*. Stockholm, Santérus Förlag.
- Peschel, E. and R. Peschel (1992). ”DONIZETTI AND THE MUSIC OF MENTAL DERANGEMENT - ANNA-BOLENA, LUCIA-DI-LAMMERMOOR, AND THE COMPOSERS NEUROBIOLOGICAL ILLNESS.” *Yale Journal of Biology and Medicine* 65(3): 189-200.
- Shostakovich, D. i. D. and S. Volkov (1979). *Testimony: the memoirs of Dmitri Shostakovich*. New York, Harper & Row.
- Weisberg, R. W. (1994). ”GENIUS AND MADNESS - A QUASI-EXPERIMENTAL TEST OF THE HYPOTHESIS THAT MANIC-DEPRESSION INCREASES CREATIVITY.” *Psychological Science* 5(6): 361-367.

Intryck från vistelse på psykiatrisk klinik i Vancouver

- Stipendieresa oktober 2009

Perspektiv

“Is Sweden mostly a developed country”? “Are most marriages in Sweden love marriages or arranged marriages”?

Taxichaufförens frågor i taxin från Vancouvers flygplats fick mig direkt att inse att jag landat i en annan del av världen, där vårt lilla land med det konstiga språket som bara talas av ca 9 miljoner invånare inte utgör centrum i universum – och där det inte är självklart att alla känner till landet Sverige överhuvudtaget...

Jag är en av dem som hade turen att få ett av Cullbergstipendierna 2009. Jag är mycket intresserad av affektiva sjukdomar och bipolaritet och ville se hur man arbetar med dessa patienter i någon annan del av världen. Jag hade fått Vancouver och UBC Mood Disorders Centre rekommenderat som en av de mest framstående klinikerna i världen inom detta område och därför valt denna klinik som mitt resmål.

Vancouver och UBC

Första intrycket av Vancouver var – heltäckningsmattor. Det var så tyst på flygplatsen när man klivit av planet, kändes väldigt märkligt och lite överkligt – så insåg jag att det berodde på heltäckningsmattorna, som fanns överallt.

Vancouver ligger på västkusten, vid Stilla Havskusten, i en vidunderligt vacker natur där havet och de omgivande bergen kändes ständigt närvarande. Staden har ca 2 miljoner invånare totalt och ligger i British Columbia (BC), en av Kanadas 10 provinser.

Vancouver som stad var fantastisk med sin underbara natur. Vancouveriterna brukar stolt säga att de kan åka skidor på förmiddagen och vara på stranden eller segla på eftermiddagen i sin stad.



Invånarna kändes generellt som väldigt aktiva och out-doorsy – man joggar, promenerar, cyklar mm. Man såg inte många överviktiga. De vackra omgivningarna inbjuder verkligen till utomhusaktiviteter.

Huvuddelen av kanadensisk sjukvård är statligt finansierad. UBC Hospital ligger på University of British Columbias (UBC) stora campus och Mood Disorders Centre har 4 slutenvårdsavdelningar med 15 vårdplatser på varje avdelning. Jag auskulterade på avdelningen med inriktning på affektiva sjukdomar och deltog även i mottagningsarbetet inom denna division.

UBC är ett stort universitet med ca 48 000 studenter, varav ca 1000 läkarstudenter. Läkarutbildningen tar 4 år (efter 4 års pre-med studier), sedan tar det ytterligare 5 år tills man är specialist inom psykiatri. ST-läkarna i psykiatri hade 1 dag/vecka då de hade föreläsningar och gruppmöten, diskussioner, artikelredovisningar mm och alltså inte hade någon klinisk tjänstgöring. Man hade även skriftliga examen för varje år av ST. ST-läkarna hade även varje år kliniska examinationer med observerade patientintervjuer, diskussioner kring diagnostisering och behandling mm.

Utbildning i psykoterapi ingick även, de läste både psykodynamisk, interpersonell och kognitiv inriktning och skulle fullfölja en utbildningsterapi inom varje terapigren under sin ST.

Intryck

Det första som slog mig när jag kom till avdelningen första dagen var att avdelningen inte var låst. Det kändes ganska befriande att inte behöva ha några nycklar för att ta sig in och ut. Ändå hade man patienter vårdade enligt LPT på avdelningen, men det verkade fungera även med en öppen avdelning.

De patienter som inte fick lämna avdelningen fick inte heller ha sina egna kläder på sig, utan fick ha på sig sjukhuskläder. Det var läkarna som ”ordinerade” när man kunde ha egna kläder på sig. En kollega berättade att det varit rättsliga fall i andra delar av Kanada kring detta, då man fann det förnedrande för patienten, så det var något som debatterades. Jag upplevde under min tid inte att det var något problem, inga patienter tog upp det, i stället var det vi doktorer som fick uppmuntra och pusha patienterna att verkligen börja ha sina egna kläder igen när det blev aktuellt.



LPT hade i mångt och mycket samma förutsättningar som i Sverige. Det är en två-läkarbedömning även där, men första vårdintyget gäller i 48 timmar.

Det andra jag noterade var den fysiska miljön på avdelningen – det var med svenska mått mätt en ganska gammal och sliten inredning. Det var heltäckningsmattor överallt på sjukhuset, gamla tunga mörka möbler, ofta trångt med små utrymmen och små expeditioner. Man hade en enda liten gemensam öppen arbetsyta där läkare och sjuksköterskor samsades om utrymmet, här satt man och dokumenterade mm.



Det tredje jag la märke till var att det var ett mycket positivt arbetsklimat på avdelningen. Det kändes som en mycket humoristisk och gemytlig stämning mellan personalen, det fanns mycket arbetsglädje och professionalism och även ömsesidig respekt mellan yrkesgrupperna för varandras arbete. Jag upplevde inte att det förekom något gnäll, vilket var mycket befriande. Även tonen mellan patienter och läkare upplevde jag som ganska lättssam och humoristisk.

Avdelningens organisation

Som specialist hade man hand om ca 3-5 inneliggande patienter, det fanns fyra läkarlag knutna till avdelningen. Läkarna var på avdelningen på förmiddagen och hade sedan mottagning alternativt arbetade med forskning på eftermiddagen.

En del kollegor arbetade även mera terapeutiskt inriktat och hade psykoterapipatienter på eftermiddagen. Man hade samtal med inneliggande patienter varje dag. Rond hade man teamvis en gång/vecka med sjuksköterska, kurator, arbetsterapeut och farmaceut. Patienten kom då in till oss i konferensrummet för samtal. Att enbart ha rond 1g/vecka kändes mera effektivt, inget dagligt rondande som inte alltid känns som att det gagnar patienten – man pratade mer *med* patienten än *om* patienten. Kommunikationen mellan personalen tycktes ändå fungera väldigt smidigt, man sågs på expeditionen och kunde samråda och man läste varandras anteckningar.

Det var en mycket forskningsinriktad klinik, man hade många intressanta pågående studier och projekt och kliniska prövningar och även en mycket väl uppbyggd och bemannad organisation kring detta med clinical research assistants, coordinators och clinical monitors. De olika grupperna hade research meetings 1 gång/vecka där man uppdaterades kring vad som pågick i de olika studierna, antal inkluderade patienter, insamlade data mm. Man hade studier kring olika farmaka vid unipolär och bipolär depression, first mania episode, KBT mm. Man arbetade mycket med olika skattningsskalor och vid nybesök till mottagningen ombads patienterna fylla i ett kit med olika skattningsskalor.

Det fanns i princip inga skötare på avd, utan endast sjuksköterskor.

Dokumentationen skilde sig mycket – man hade inte datoriserade journaler utan allt dokumenterades för hand. Även om det datasystem jag är van vid, Melior, absolut inte är optimalt kändes det som ett otroligt bra system jämfört med handskriven dokumentation – mer eller mindre läslig – och där journalen, dvs. en pärm, bara var tillgänglig för en person i taget. Receiptblanketterna skrevs också för hand och bestod av små vita, ca 10 x 5 cm stora, lappar.

Det fanns även en pharmacist knuten till avd. Han deltog i rond 1g/vecka och hade även en egen informationsgrupp med patienterna 1g/vecka. Jag upplevde hans medverkan som mycket positiv.

Läkemedlen kom till avdelningen 1g/dag från sjukhusapoteket, sjuksköterskorna delade inte några mediciner på avdelningen.

Kuratorn och arbetsterapeuten var mycket aktiva i avdelningsarbetet och jag var otroligt imponerad av deras insatser. Kuratorn deltog mycket i utskrivningsplanering, tog öppenvårdskontakter, ordnade uppföljningstider, skrev remisser angående patientens sociala situation mm. Hon deltog även i en hel del grupper för patienterna. På suicidala patienter fyllde hon tillsammans med patienten i ett dokument ("safety plan") som patienten sedan fick med sig hem vid utskrivningen där det stod mycket personligt och konkret kring vissa fasta rubriker – hur brukar mina negativa tankar börja, hjälpsamma tankar, vem ska jag ringa när mina negativa tankar kommer, om inte den svarar vem ringer jag då i andra hand, telefonnummer till akutmottagningen och kontaktperson osv. Det fanns ett speciellt program, SAFER: Suicide Attempt Follow-up Education and Research.

Jag fick uppfattningen att det fanns mycket öppenvårdsresurser – case manager, home support, personal support worker, personal care giver mm. Både läkemedelskostnader och kostnader för läkarbesök täcktes oftast av arbetsgivaren via försäkringar.

Arbetsterapeuten ledde många grupper för patienterna på avdelningen. Det var en mycket strukturerad tillvaro för patienterna på avdelningen – det fanns dagliga grupper i t ex avslappningsteknik, recovery skills, motionsaktiviteter, "social tea" mm. Hon gjorde även individuella bedömningar av varje patients funktionsförmåga inom olika områden och gjorde tillsammans med varje patient en individuell veckovis målsättning, som hon sedan också följde upp och utvärderade. Det väckte mycket tankar kring hur viktigt det är att en slutenvårdsvistelse verkligen leder till någonting bra och en förändring för patienten och inte blir ett tillstånd av en mera destruktiv passivitet utan egentligt innehåll.

Vid inskrivning av patient skulle ett utförligt admission sheet fyllas i av läkare, där även preliminärdiagnos och differentialdiagnos skulle framgå. Axel 1-5 diagnos skulle framgå. Man gjorde även en suicidbedömning där man kryssade i om patienten hade suicidtankar, suicidplaner, tidigare suicidförsök och i så fall om mer än ett, bedömning av hur hög dödlighetsrisken i tidigare suicidförsök varit.

Inom öppenvården hade man en psykoedukativ grupp för bipolära patienter, den bestod av 8 träffar med sjuksköterska och kurator, även anhöriga inbjöds vara med vid ett tillfälle. Patienter som tidigare genomgått gruppen deltog också som någon slags mentorer/förebilder för nya patienter och som diskussionspartners.

Farmakologisk behandling skilde sig egentligen inte så mycket från Sverige, förutom att jag uppfattade att man använde sig av Seroquel mer än vi gör, både vid unipolära och bipolära depressioner. Man hade även ECT knutet till avdelningen, både för inläggande och polikliniska patienter.



Reflektioner

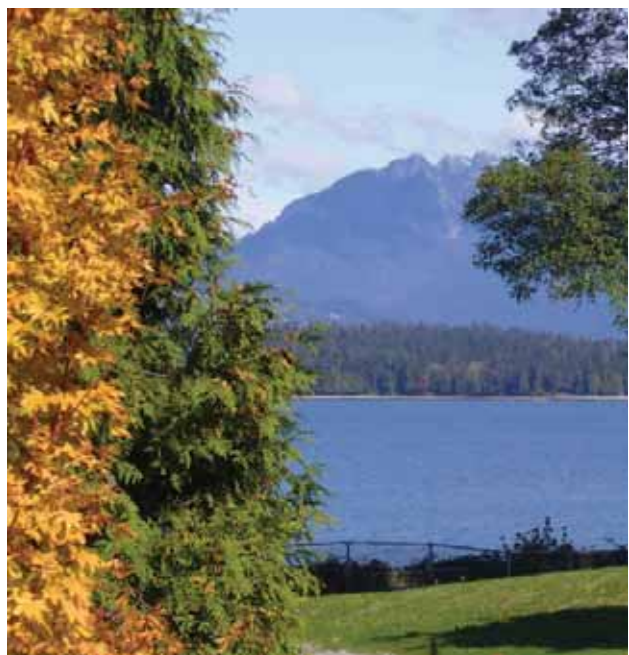
Det mest bestående intrycket är nog insikten att vi människor är väldigt lika varandra var vi än befinner oss – och vare sig vi är friska eller sjuka. Patienterna och deras symtom och lidande var desamma där som här.

De skillnader jag såg var mera i praktiska upplägg, rutiner mm, men själva samtalen med patienterna och de frågor som kom upp var väldigt likt vad jag erfarit i Sverige. Mina egna tankar kring att det är något grundläggande mänskligt och viktigt vi i vårt dagliga arbete ofta får komma nära i kontakten med våra patienter stärktes ytterligare. Det är just detta som också är fascinationen i psykiatri tycker jag.

Det jag bär med mig är att man kan komma i mål med behandling på flera olika sätt, det finns inte bara en väg man kan gå.

Allt som kan gagna patienterna är ju av godo. Framför allt tycker jag organisationen av slutenvården gav mycket tankar. Det är väldigt stimulerande och berikande att få komma ut och träffa medarbetare och kollegor i en annan del av världen för att diskutera vårt gemensamma yrke och dagliga frågeställningar. Det ger tankeväckande insikter och nya idéer och perspektiv. Jag är mycket tacksam över att ha fått denna möjlighet och ser fram emot att framöver få ta del av andras resor och intryck från olika delar av världen. ◀

Text och foto:
Annika Sturesdotter
Leg läkare
VO psykiatri Lund



ZYPREXA
Olanzapin
HJÄLPER LIVET VIDARE

Konsekvenserna
var värst
av allt.

Nu slipper
hon dem.

Zyprexa – förhindrar återfall vid bipolär sjukdom och hjälper patienter förbli i remission.

Zyprexa (olanzapin) N05AH03 Rx. **Indikationer:** Behandling av schizofreni, måttlig till svår manisk episod samt som profylaktisk behandling av återfall i bipolär sjukdom för patienter som svarat på olanzapin vid behandling av akut mani. **Beredningsformer:** Dragerad tablett 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg. Velotab, frystorkad tablett 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg. **Dosering:** Schizofreni, startdos 10 mg/dag. Manisk episod, startdos 15 mg/dag vid monoterapi eller 10 mg/dag vid kombinationsbehandling. Profylax av återfall i bipolär sjukdom, startdos 10 mg/dag. Patienter som fått olanzapin för behandling av manisk episod kan fortsätta med samma dos för den profylaktiska behandlingen. Dosen kan därefter, vid behandling av schizofreni, manisk episod och profylax av återfall i bipolär sjukdom, anpassas individuellt inom dosområdet 5–20 mg dagligen beroende på patientens kliniska respons. Datum för översyn av produktresumén, 2009-12-21. För ytterligare information och pris se www.fass.se. Eli Lilly Sweden AB, Box 721, 169 27 Solna. 08-737 88 00, www.lilly.se.



Bildterapi – en speglande och gestaltande dialog mellan inre upplevelse och yttre verklighet

Att gestalta och uttrycka sig själv visuellt är signum för bildterapi. Redan 1790 engagerade Pinel Freeing patienter i Paris att måla och teckna som "moralisk terapi" för att ladda ur och balansera starka och överväldigande känslor (Goldstein1993). Under 1900-talet präglades bildterapi av mötet mellan psykiatri och konstnären där bildskapandet inom psykoterapi sågs som ett redskap i det terapeutiska arbetet medan konstnären hävdade att bildskapandet i sig var terapeutiskt. Idag ser man på bildterapi mer som en syntes och integration av de båda synsätten.

Bildterapi har idag sin egen teori och metodik som är i grunden lika oavsett om man arbetar i USA, England, Australien, Ryssland eller Sverige. Som en kreativ psykoterapiform skapar bildterapi möte och kommunikation för de flesta människor, åldrar och symptom.

Som en visuell terapiform vilar bildterapi på tre grundvalar; bildskapande, kreativitet och symbolisering. I bildterapi är dessa

tre aspekter tre olika facetter som speglar varandra inom de för psyket fundamentala processer vi kallar för "mind". Mind anges som det flöde av energi och information som omfattar hela oss och som tar form genom symbolisering (Daniel Siegel 2007). Det är en ständigt pågående gestaltformerande process i nuet som omformar våra sinnesupplevelser till sinnesbilder (analog processer). Det vi gör, ser, hör och känner får en temporal kontur med specifika känslotillstånd (Daniel Stern 2005). Vi kan se, uppfatta och bli medveten om våra upplevelser.

Bildskapandet är en synliggjord beskrivning av symboliseringsprocessens olika faser. Mötet med det konstnärliga materialet aktiverar sensomotoriska och kinestetiska upplevelser som i den kreativa processen tar uttryck som rörelse, linjer, rytm, tryck, relationer, färgfält, impulser etc. innan det bildas gestalter som förmedlar känslor. I bildterapi, när klienten börjar uppfatta dessa gestalter, startar automatiskt en granskande



Foto: Shutterstock.com

och justerande process för att få yttre gestalt, känslouttryck och former att stämma överens med den inre upplevelsen. När processen sedan aktiveras på en högre symbolisk-kognitiv nivå länkas olika icke-verbala symboler ihop med verbala symboler. Bilder och underliggande känsla jämförs med rätt ord tills rätt kombination uppstår (Bucci 1995).

Bildarbetet kan beskrivas som en speglade terapiform där klienten för en dialog med sig själv i en gestaltningsprocess för att få inre och yttre verklighet att stämma överens med varandra.

När orienteringen mellan inre och yttre verklighet inte fungerar fullt ut blir symboliseringen dysfunktionell; det vi kallar för symtom är resultatet av missymbolisering – jämförelsen mellan inre och yttre gestalter och upplevelse stämmer inte överens. Gestalterna och dess konturer blir defekta ofta av allt för starka affekter (Deri 1984).

I bildarbetet repareras bristerna genom att gränser tydliggörs och tidigare former omformas och länkas till symboler. Som resultat neutraliseras de starka affekterna.

Den gestaltande korrigerings som görs via bildarbetet sker samtidigt på neurobiologisk nivå i hjärnan (Solomon & Siegel 2003).

Som exempel där bildterapi fungerar utmärkt är med traumatiserade patienter som uppvisar brister i sin symboliseringsförmåga. Oförmågan kan spåras till tidiga brister i anknytning (D-attachment) där grundläggande behov inte blev tillfredsställda. Många av de här patienterna hittar vi inom psykiatri.

Dessa patienter tillåter inte känslor och implicita minnen att bli medvetna. Som försvar aktiverar psyket förnekande, splitting och dissociation.

Det som krävs för att de ska våga släppa på sitt försvar är en trygg och tillåtande atmosfär där terapeuten är ovillkorligt närvarande. Bildterapi tar form som en både kognitiv och känslomässig upplevelse där dåtid tar form i nutid. Den ordlösa smärtan, sorgen och vreden får synlig form, blir möjlig att betrakta och att ta till sig, att dela med en annan, få ord och slutligen en berättelse.

Via bildarbetet och dialogen med terapeuten skapas en sammanhängande förståelse för dessa patienter, varför de fungerar som de gör. De kan via bilden närma sig det ordlösa och förstå sitt undvikande av det svåra. Förstå sin känsla av ensamhet och kontaktlöshet. Varför de upplever sig dåliga och mindervärdiga.

I bildarbetet är det möjligt att se hur patientens frusna och ensidiga självbilder förändras i bild efter bild. Den vrede som tidigare riktats inåt vänds utåt där bilderna tar form som "container" och "syndabocker" vilka bär smärtan, sorgen och vreden.

När skuld och skam tar uttryck som överväldigande ångest är det en lättnad när den kan hållas och bindas upp i bilder istället för att riktas mot en själv.

Att uppleva sig handikappad och mindervärdig dränerar livskänslan. En styrka med bildterapi är att när klienten aktiverar sin egen agens i bildskapandet aktiveras också livsenergi. Bildskapandet upplevs ofta som positivt även om det som tar form i bilderna kan vara tungt och svårt. Det är här som kreativiteten kommer in som en kraftfull resurs vilken ger klienten den kraft och det mod som krävs för att orka vidare in i det utsagda för att erkänna det smärtsamma. ◀

Kenneth Wide

Leg. psykolog, bildpsykoterapeut

Director och utbildningsansvarig för bildterapiutbildning på Bildterapi Institutet Niarte.

Referenser:

- Bucci W. (1995)** *Psychoanalysis and Cognitive Science: A Multiple Code Theory*. NY: Guilford Press.
- Deri S. (1984)** *Symbolization and Creativity*, International Universities Press.
- Goldstein J. (1993)** *Psychiatry in Bynum, W.F. and Porter, R. (eds) Companion Encyclopaedia of the history of medicine*. London: Routledge.
- Lusebrink V. B. (1990)** *Imagery and Visual Expression in Therapy*, NY: Plenum Press.
- Siegel D. J. (2007)** *The mindful brain*, Norton & Company, Inc.
- Solomon M. F. & Siegel D. J. (2003)** *Healing trauma*, Norton.
- Stern D. (2005)** *Ögonblickets psykologi*, N&K.
- Wide K. (2005)** *Bildens helande kraft*, Bokförlaget Mareld.

Rättelse

Nr 1 2010 Svensk Psykiatri

"Olika perspektiv inspirerade på årets ST-konferns Sidorna 46-47

Fotograf förutom Marcus Persson var även Pouya Mohaved Rad från Lund

Redaktionen

En mycket lyckad kongress – rapport från sfbup:s Vårmöte 2010

21-22 april Scandic Crown Hotel, Göteborg

Ja det var en mycket lyckad kongress 2010 - det är bara att konstatera att göteborgarna hade anordnat ett strålande möte! Tack ska ni ha!

Många deltagare, lokaler mitt i centrala stan med gångavstånd till vattnet, operan, affärer, fik och kommunikationer. Goda kakor (och många), en välsmord organisation – med trevliga, positiva och kunniga värdar och värdinnor i alla hörn. Och innehållet var så rätt.

Överord? Nej, det var verkligen ett bra möte. Det var kortare, mer koncentrerat än vi vant oss vid de senaste åren (2 dagar) och in i det sista av planeringen hotades det av flygkras, askmoln och oklarhet runt delar av programmet. Men allt löpte så smärtfritt, det var hög svansföring och ett sammanhållet program runt alla tänkbara aspekter på diagnostik i vid mening.

”Att lära känna barnet väl”

Temat ”Att lära känna barnet väl” var smått genialiskt - det gav utrymme för många typer av inspel, reflektioner och föredrag - från relationer till gener, från dåtid till nutid, från bred kulturhistoria till fenotyper och olika varianter av diagnossystem, från individdiagnoser till bedömningar i olika settings - familj, skola, nätverk. Och föreläsare med olika yrkesbakgrund och hög vetenskaplig klass. Det var kort sagt barnpsykiatri ”at its best”. Vid flera tillfällen under de två dagarna kommenterades också det faktum att det finns barn som är patienter inom BUP där man inte träffar barnet, inte sitter och samtalar/kommunicerar med det enskilda barnet/tonåringen - något som inte kan rimma med modern barnpsykiatri förstås. Och andra kommenterade det faktum att man ibland slarvar med den viktiga principen att skaffa information från många informanter för att öka träffsäkerheten i sin diagnostik.

Trender - vad händer?

Huvudtalaren, amerikanen Professor Boris Birmaher kunde inte komma till Europa, men hans långa och intressanta föredrag runt Trender - vad händer? Från DSM III till DSM V och kring bipolär sjukdom insöp vi alla nästan andäktigt i en varm, proppfull sal över Skype ända från Pittsburgh, med en duktig tekniker som grejade bildspel och ljud perfekt.

Arrangörerna hade gjort programmet så att det var kongruent med innehållet - mycket dialog, reflekterande, brytning av olika idéer och aspekter både i stora salen och på seminarierna. Man kan bara gratulera till denna kongress!

Och middagen med underhållning och dans på anrika Börsen gick inte av för hackor den heller! Dessutom var det solsken en stor del av tiden och med inslag av dessa för en icke-göteborgare nästan obegripliga skämten som hör till allt - hus som får konstiga namn i folkmun - den nya verksamhetschefen i Göteborg gjorde en rolig inledning runt lite Göteborgsvitsar innan det seriösa programmet drog igång.



Tack Lena, Catharina, Tord, Stefan och alla ni andra! Och med facit i hand känns det helt okej att vi skjutit frågan kring en gemensam stor-psykiatrikongress på framtiden. Dagarna innan vårmötet hade vi nämligen i de bägge styrelserna (sfbup och SPF) enats om att vi på bägge håll just nu tycker att vi har ett vinnande koncept som vi inte gärna släpper.

Och med 300 deltagare och ett riktigt välbesökt årsmöte i sfbup (där Jan Olov Larsson och jag själv avtackades och en ny styrelse valdes med Gerd Mucchiano som ordförande) får man betrakta det som ett lyckat koncept. ◀

Lena Eidevall
f.d. ordförande

SFBUP:s årsmöte beslutar om nya möjligheter!

Vid ett ovanligt välbesökt årsmöte under vårmötet i Göteborg 2010 klubbades några nya beslut igenom.

Vi har under lång tid stått kvar på samma medlemsavgift; 500 kr för fullt betalande medlem och 250 kr för ST-läkare och pensionärer. Utgifterna har gått upp och ner under den senaste 10-årsperioden, mest beroende på resor och boende för styrelsemedlemmar i samband med styrelsemöten. Det har varierat med bostadsort för styrelsemedlemmarna hur dyrt detta blivit.

Inkomsterna har inte varierat så mycket i storlek. Den största variabeln har varit inkomst från vårmöte eller ej!

De senaste två åren har det blivit en markant skillnad i krav och önskemål på att vi ska delta med representanter i olika möten. Barns psykiska hälsa har blivit ett mer allmänt ämne och vi i styrelsen har också tyckt att det varit befogat med mer och vidare representation och möjlighet att påverka.

Under 2009 har utgifterna vida överstigit inkomsterna. Detta har gått att bära tack vare sparkapital från tidigare år. Kostnaderna har främst gällt boende, resor och konferensavgift för styrelsemedlemmar i arbetet att representera SFBUP. Det har också handlat om att köpa ut oss från en hemsidesadministratör och inköp av roll-ups och vepor.



Vi hade dessutom ingen inkomst från vårmöte under 2009, då detta sent blev inställt och vi i stället hade ett program som styrelsen ordnade med utgifter i stället.

Vi kunde på ett framgångsrikt sätt argumentera för en höjning av medlemsavgiften. Den beslutades nu vara 750 kr för fullt betalande medlem samt 500 kr för ST-läkare och pensionär.

Då ett annat beslut rörde stadgeändring för att nu ta in ytterligare personer i styrelsen kommer vi att ha flera personer som kan dela på arbetsuppgifter, men kanske också något fler personer som ska ersättas för boende och resor. Vi tror att dessa beslut gör att vi har större möjligheter att påverka utvecklingen kring barns och ungas psykiska hälsa och att ni medlemmar i större grad ska kunna räkna med att vi representerar er i det ni vill! ◀

Mia Törnqvist
Kassör i SFBUP

Foto båda sidor Lena Eidevall

Schizofrenisällskapet

I regi av
Eli Lilly Sweden AB

Utlyser ett

STIPENDIUM

inom

SCHIZOFRENIFORSKNING

Genom Schizofrenisällskapet utlyser Eli Lilly Sweden AB ett stipendium på 75 000 kronor för bedrivande av schizofreniforskning i Sverige. Stipendiesumman har ställts till förfogande av Eli Lilly Sweden AB som ett obundet bidrag utan krav på relation till företagets egna forskningsintressen.

Ändamål: Att främja kunskapsutvecklingen om schizofrenisyndromets etiologi, patofysiologi och behandling. Stipendiet ges till genomförande av forskning av relevans för vår förståelse av schizofrenisjukdomens orsak och behandling.

Kvalifikationer: Stipendiet kan sökas av registrerad doktorand eller forskare som disputerat under de senaste 5 åren.

Handlingar:

- Curriculum Vitae med publikationslista.
- Forskningsprogram omfattande max 4 A4-sidor med enkelt radavstånd och 12 punkters teckenstorlek med rubrikerna: Syfte, Bakgrund, Frågeställning, Metodik, Arbetsplan, Betydelse samt Ekonomisk plan.
- En separat sammanfattning om max 300 ord bifogas.
- Curriculum Vitae med publikationslista.

Ansökan insändes i 8 exemplar senast 18 juni, 2010. Ingen särskild ansökningsblankett erfordras.

Stipendiekommitté: Prof. Ingrid Agartz, Prof. Jörgen Engel, Prof. Christina Hultman, Doc. Erik Jönsson, Prof. Thomas McNeil

Stipendiet utdelas i samband med Schizofrenisällskapets möte 21-22 oktober, 2010. Stipendiaten inbjuds att presentera sitt forskningsprojekt under detta möte. En ekonomisk redovisning av stipendiemedlen önskas under 2011.

Handlingar insändes till: Schizofrenisällskapets Stipendium
c/o Eli Lilly Sweden AB
Box 721
169 27 SOLNA

Att fortsätta vara delaktig

Bäst före datum på arbetande människor i offentlig tjänst är satt till 67 år.



Oavsett vad man har att bidra med är det därefter oåterkallelig slut på anställningen. För vissa yrkesgrupper är detta inte bara ett slöseri med kapacitet utan försvårar också delaktigheten i professionens utveckling. Ett långt liv inom psykiatri eller barn- och ungdomspsykiatri ger en erfarenhet som, rätt använd, kan vara till nytta både i det direkta behandlingsarbetet och i påverkan på professionen på annat sätt.

Behovet av att påverka, inte bara professionen, utan också samhället och samhällsdebatten i stort, ökar inte sällan med åren i vårt arbete. Behovet av att göra vad man kan för att lämna ett samhälle efter sig som är så barnvänligt som möjligt har en existentiell botten. Behovet är riktat mot villkor för barn i allmänhet och får ökad relevans genom omsorg för egna barnbarn. Personer som arbetat länge inom professionen har här en unik position för att bidra.

Kombinationen av yrkeserfarenheten och den långa "observationstiden" av samhällsutvecklingen lägger grunden för ett slags djupseende. Ett eget upplevelseperspektiv från den egna barndomen under och strax efter andra världskriget till observation av hur barn i allmänhet och egna barnbarn har det, skapar särskild bas för reflektion som kan fördjupas genom samtal och diskussion med kollegor. Hur ska man finna former för att föra ut den kunskap som genereras och nå en påverkan och delaktighet i utvecklingen?

Det finns alltid möjlighet att pröva via arbete i politiska

organisationer, debattartiklar, insändare med mera. Men det är inte lätt att komma till tals i mediabruset.

I Stockholm finns BUP seniorerna,

en förening som samlar barnpsykiatrisk personal strax under pensionsstrecket och obegränsat över detsamma. Inom denna finns en grupp som arbetat med dessa frågor. Vi samlas 90 minuter en gång i månaden för att diskutera innehåll och

finna former. De spontana samtalen handlade ofta om dagsaktuella händelser, observationer av barn och föräldrar i vardagslivet, "på stan", på skolgårdar och på förskolornas lekplatser, reaktioner på böcker och artiklar vi stött på och erfarenheter från egen samvaro med egna barnbarn. Vi beslutade oss för att formalisera detta informationssamlade enligt en slags "critical incident" modell. Var och en redovisade skrivna vinjetter som handlade om vad uppmärksamheten fångats av. Vi resonerade om dessa vinjetter och analyserade dem under ett års tid. Verksamheten kändes kreativ och meningsfull. Därpå följde

en mer trög fas då vi försökte finna former för att föra ut detta material, som artiklar, en antologi? Ingetdera kändes särskilt framkomligt. Slutligen fann vi dock en form. På BUP seniorernas hemsida har vi numera en länk. Där lägger vi dels ut en krönika varje månad, dels korta debattartiklar.

När materialet legat ute en tid ersätts det och samlas i ett bibliotek. På så vis ackumuleras material för eventuell senare bearbetning. Vi har försökt vinkla bidragen så att de knyter an till olika aspekter av Barnkonventionen.

Bland Krönikor och Debattinlägg som återfinns på länken debattforum@bupseniorer.se eller i dess bibliotek kan nämnas: Vem skyddar barn vid mediaexponering. Flickorna tar plats i undervisningsväsendet. Elitklasser, vems behov. De livgivande barnbarnen. Nikab i barnavård. Tankar kring brott och straff. Barnperspektiv i nu-tid och då-tid. Vanvårdsutredningens betänkande. ◀

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Foto: Shutterstock.com



Några intryck från 2010 års psykiatri

För den som vill skildra verkligheten måste man notera att mycket i dagens psykiatri är välfungerande och framåtsyftande. En hel del är trevligt och välgrundat på ett helt annat sätt än när jag gick psykiatrikursen 1965.

Maud Nycanders fina TV-program från S:t Görans sjukhus (Norra Stockholms Psykiatri) var välgörande. Ännu en journalist som satt sig in i verkligheten och varit inkännande med både patienter och personal, i stället för att upprepa gamla schabloner. Heder åt henne och medverkande – mer av sådant.

Svenska Psykiatrikongressen i mars på Södra Teatern i Stockholm var en pangsuccé.

Vilken miljö! Min härliga svensklärare Rut Hillarp präglade uttrycket "Konstens uppgift är att göra livet märkligt". Så var hon också syster till Nils-Åke Hillarp, professor vid KI och transmittorforskare, men alltför tidigt bortgången. Psykiatriens uppgift bör vara att sammanfoga biologiska, psykologiska och sociala aspekter så man på ett djupare plan kan förstå hur märkligt det mänskliga livet är utformat. I den andan sammanfördes alltifrån studier om imaging och presentation av nya läkemedel till ADHD, ECT, neuropsykiatriskt arbetssätt, äldrepsykiatri, redovisning från SKL, kvalitetsindikatorer och möten med patientorganisationer. Också sköna konster fick sin plats. Brillant, finstämt, vänligt.

Tyvärr är det ännu ofta som de som debatterar inte på plats har satt sig in i viktiga frågor. Ett exempel är "Nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom" där man från pressen kunde få intryck av våldsamma motsättningar. I själva verket hade man ett gediget remissförfarande där olika intressenter fick tillfälle att yttra sig, varefter man sammanfattade och gjorde revision innan en slutversion gick ut. På Psykiatrikongressen ägnade man hela den inledande timmen till presentation av slutversionen – lugnet hade lagt sig och allt hade blivit frid och fröjd. Men om det rapporterade inte pressen!! Även en del extremister inom läkarkåren har senare försökt agera på egen hand utan att sätta sig in i hela processen (och deltog förstås inte i kongressen). Klandervärt, men verkligheten och consensus torde segra till slut.

Socialstyrelsen arbetar brett med riktlinjer för demensvård, och inom SBU sliter man med en bred kunskapsöversikt om sömn och behandling av sömnproblem. Välkommet.

Inom den kliniska psykiatrforskningen har åtskilligt remarkabelt hänt. Ett axplock: Niklas Långström med bakgrund inom rättspsykiatri har utnämnts till professor i psykiatrisk epidemiologi vid Karolinska Institutet. I den andan har också Tore Hällström och Jerker Hetta verkat.

Yngre forskare har utbildats inom området. Åsa Magnusson har i sin forskarutbildning haft Nancy Pedersen (tvillingforskare) som förebild, och Sara Öberg har fått ett Fulbright-stipendium för att studera epidemiologi vid Harvard University. Området har behövt starkt stöd, så att man inte upprepar de fadäser som skedde på 70-talet då epidemiologiska aspekter behandlades amatörmässigt inom psykiatrin.

Forskningen om ADHD har exploderat. Niels Dige (chefpsykolog i Falköping) gjorde i sin avhandling en sammanställning. Enligt PubMed utgavs under 50-talet 0 internationella publikationer om ADHD, under 60-talet 25 st, under 70-talet 834 st, under 80-talet 1830 st, under 90-talet 3508 st samt under perioden 2001-2009 10 363 arbeten! Noteras bör att prefekten, (numera Dekanus för forskning vid Karolinska Institutet), professor Martin Ingvar skrev på avhandlingen som försvarades i februari 2010 "Grattis till en fin avhandling" Att man sedan inom vissa sektorer hävdar att problemet inte finns får alltmer marginell betydelse.

Vid Medicinska Riksstämman 2009 hölls ett utmärkt seminarium om betydelsen av ADHD inom kriminalvården (neuropsykiatriskt, hälso- och sjukvårdsekoniskt m m), och Ylva Ginsberg och Majja Konstenius sliter med sina efterlängtrade avhandlingar. Ing-Marie Wieselgren på SKL menade att nu har vi snackat färdigt – dags att sitta ner och tillsammans agera!

Eleonore Rydén disputerade 29.4 på avhandlingen "Attention-deficit hyperactivity disorder in bipolar disorder". En ren fröjd. Opponenten Gary Sachs från Harvard Medical School och Massachusetts General Hospital hade idel lovord, och ville att Eleonore ska skicka sitt viktiga arbete till den arbetsgrupp som ska revidera avsnittet om affektiva syndrom för DSM-V. Begreppet "affective dysregulation" nämndes som centralt, och man vill definiera endofenotypen.

Men vi kanske redan ska inrikta oss på DSM-VI, om man kan finna än mer robusta och empiriskt stödda kriterier för att definiera de olika syndromen. Urban Ungerstedt i betygsnämnden varnade för att dra för långtgående slutsatser av transmittorfynd i liquor – vägen från avgränsade hjärncentra till cauda equina är lång och farofylld. Möjligheten med mikrodialys från avgränsade områden underströks åter. Och Elisabeth Fernell påpekade att somliga inom barn- och ungdomspsykiatri alltför mycket bortser från att barnet växer upp, och att fakta från modern forskning på vuxna borde utnyttjas mer. Disputationsfesten gav associationer till både Nyårskonserter från Wien och sublimt cello solo. Högakademiskt.

Också inom områdena "Ångestsyndrom" och "Substance-Related Disorders" pågår från Sverige internationellt samarbete med dem som står för DSM-revision.

Att man inom psykiatrisk forskning alltmer måste konsolidera verksamheten och dels samarbeta nära varandra inom institutionerna, dels bygga upp gedigna nätverk såväl nationellt som internationellt är uppenbart. Men tyvärr har sådant alltför ofta saboterats av kortsynta sjukvårdsadministratörer och politiker som inte tänker långsiktigt. Centra för psykiatrisk forskning håller på att byggas upp – vi måste värna om dem!

I Göteborg har Sara Landgren försvarat en avhandling om "Reward-related genes and alcohol dependence". Att arvsfaktorer spelar en roll vid alkoholberoende har visats av Michael Bohman och Robert Cloninger. Men Sara redovisar en bild av samtliga människans kromosomer, där Kalsi et al (2009) sammanställt att nära 200 loci har visats associera till alkoholberoende! Så psykiatrisk forskning är inte lätt eller endimensionell. Sara går också in på INTERGENE-programmet och det högaktuella området "epigenetik" inom psykiatri (vilket tidigare avvisats av högljudda "experter"). Och vad ska bli av Lennart Wetterbergs och Hans Wigzells studier av prionernas roll vid psykisk sjukdom?

Internetpsykiatri har hittills avkastat en färdig doktorsavhandling av Jan Bergström (2010-04-23) på Huddinge, och i pipeline kommer Erik Hedman och Brján Ljótsson. Jan visar att internetbehandling är effektiv för att reducera symptom vid depression och paniksyndrom, och att behandlingen är kostnadseffektiv.

För övrigt hölls ett revolutionerande symposium om "The disease addiction" i Utrecht i april.

I föreläsningssalen på institutionen för medicinsk kemi vid Karolinska Institutet kunde man förr läsa tänkespråken:

"Wer sie nicht kannte, die Elemente
Ihre Kraft und Eigenschaft
Ware kein Meister
Über die Geister" (JW von Goethe)

och

Ta panta rei (Allting Øyter)

Om folk kunde ta fasta på och lära sig av dessa visdomsord. ◀

Ulf Rydberg

Specialist i psykiatri sedan 1978,
varit professor i klinisk alkohol- och narkotikaforskning,
men annars psykiatrisk diversearbetare



Foto: Carol Schultheis

Frantz Fanon - socialpsykiater och tredje världens talesman (1925 - 1961)

Klassiker kallar man de författare, vilkas verk inte bara svarar mot ett visst lands eller en viss tids behov utan skänker näring som kan tillfredsställa olika slags hunger hos skilda folk och efter varandra följande släktled.

André Gide, Montagne

Frantz Fanon föddes på den franska ögruppen Martinique i Kariberna. Efter studentexamen deltog han på de Allierades sida i 2:a världskriget och belönades med medaljen *Croix de Guerre*. Han var den svarte läkaren, som ville lägga grunden för en solidarisk humanism oavsett ras, och vars perspektiv förändrades från enbart individuell behandling till prevention och politiskt arbete. Fanon var bara 36 år när han gick bort i leukemi. Nästa år är det 50 år sedan.

Läkare, psykiater

Fanon fick sin medicinska utbildning vid universitetet i Lyon, där han också studerade litteratur och filosofi. Efter specialisering till psykiater 1951 tjänstgjorde han vid sjukhuset Saint-Alban hos Francois Tosquelles, en av Frankrikes pionjärer när det gäller förståelsen för sambandet mellan kultur och psykopatologi. Med data från algeriska gästarbetare ville Fanon visa att deras symptom var adekvata uttryck för reella problem som fattigdom, rasism och kolonialism. Att han själv var svart hade säkerligen också avgörande betydelse för den starka empatin. Det som varit tänkt att bli hans avhandling för medicine doktorsgraden blev dock inte accepterat av fakulteten utan kom istället ut som vanlig bok 1952 ("Svart hud, vita masker").

Följande år fick Fanon psykiatrisk specialistexamen och kunde kalla sig *medecin des hopitaux psychiatriques*, en prestigefull titel. Han fick sedan snabbt en överläkartjänst på mentalsjukhuset Blida i Algeriet, då fortfarande franskt. På Blida införde Fanon framgångsrikt olika socialpsykiatriska behandlingsprinciper som öppna vårdformer, socio- och arbetsterapi. Erfarenheterna har han beskrivit under rubriken "Kolonialkrig och mentala skador" i boken Jordens fördömda, som publicerades kort före hans död.

Idéhistorikern Mikael Azar vid Göteborgs Universitet har i en uppmärksam avhandling framhållit att Fanon såg hur koloniernas mentalsjukhus och psykiatriska kliniker invaderades av människor vars psykiska försvarsverk slagits sönder. Patienter med sömnlöshet, ångest, psykos och självmordstankar - kolonisationen, kriget och tortyren, där även läkare och sjuksköterskor var involverade, blev en storleverantör till de psykiatriska kliniker.

Fanon motsatte sig att se som en psykiatrisk uppgift att anpassa patienten till destruktiva sociala strukturer och även på Blida hann han att publicera en rad vetenskapliga artiklar om traumatiska stressyndrom, reaktiva psykos och problem med ofullständigt validerade diagnoser och psykologiska test - det senare är problem som diskuteras fortfarande, se konferensrapporter om Transkulturell psykiatri, Svensk Psykiatri nr 1, 2009 och nr 1, 2010.

Karriär inom den algeriska befrielseströrelsen

Fanon hade anslutit sig till den algeriska befrielseströrelsen FLN (*Front de Liberation Nationale*) vid mitten av 1950-talet. Den dramatiska utvecklingen och det alltmer våldsamma motståndet mot den franska militärens övergrepp ledde till han måste ta avsked som överläkare vid Blida 1956 och gå i landsflykt. Fanon blev sedan en av FLN:s mera framträdande representanter vid den tredje världens konferenser i Acra, Conakry, Addis Abeba, Leopoldville och Kairo.

Akut leukemi satte stopp för den fortsatta karriären. Fanon behandlades först med cellgiftet Myleran med viss effekt. En försämring med allmänpåverkan och förvirring ledde till att han blev intagen på Bethesdasjukhuset, Maryland, USA, men då var det redan för sent. Fanon avled den 6 december 1961. Han fick sin grav i östra Algeriet.

Fanon pas mort!

År 2011 är det alltså 50 år sedan Fanon gick bort. Han har blivit berömd för sina studier av koloniserandets psykopatologi och för sitt motstånd mot rasism och förtryck, men har på senare år uppmärksamats alltmer inom konst, film och litteratur.

Artikelförfattaren på Fanons breddgrader

På det personliga planet innebar det också en kamp för den egna identiteten. Måhända är i vissa lägen den enda reaktion som kan tänkas utgå från självrespekt att göra motstånd - ett motstånd som kan ta sig många former, fysiskt, psykiskt, ideologiskt etcetera, som författaren Zac O'Yeah har framhållit efter nyutgivningen av "Jordens fördömda". Bara för att vi tycker oss vara mycket politiskt korrekta, behöver vi ju inte sluta läsa honom. För att citera Mikael Azar's bok "Vittnet" från 2008:

Vad ordet "man", "kvinna", "vit", "svart" eller rentav "människa" har tillskrivits för betydelser genom historien kan inte återföras på neutrala empiriska undersökningar av några slags ursprungliga innebörder - snarare har deras bestämningar varit intimt förbundna med frågan om hur makten fungerat och fördelats i ett visst samhälle med dess dödliga kombination av tillhörighet och uteslutande.

Mitt förslag är att det ordnas ett transkulturellt seminarium under 2011 för att hedra minnet av vår heroiske och förtidigt bortgångne fransk-algeriske kollega. Med ett alltmer upptrappat krig i Afghanistan - den så kallade fria världens krig mot de så kallade terroristerna - och där Sverige bidrar med ökande insatser, ser vi nu också de ökande mänskliga kostnaderna. Fanons ideologiska "chockterapi" är därför aktuellare än någonsin och kan utgöra grund för en diskussion om vår egen samtids konflikter och de intellektuellas ansvar. Hade Fanon levt idag hade han säkert varit upprörd över sakernas tillstånd. Det borde hans läsare också vara. ◀

Leif Öjesjö

Docent, psykiater

Stockholm

Epost: leif.ajesjo@stockholm.bonet.se

Foto: Josef Altenbuchner



Leif Öjesjö

Referenser

Av Frantz Fanon på svenska

Jordens fördömda. Leopard förlag, 2002.

Svart hud, vita masker. Daidalos, 1997.

Om Frantz Fanon

Adams, P. L.: The Social Psychiatry of Frantz Fanon. Amer. J. Psychiatry 127:6, December 1970, 109-114.

Azar, M.: Frihet, jämlikhet, brodermord. Revolution och kolonialism hos Albert Camus och Frantz Fanon. Symposium, 2001.

Macey, D.: Frantz Fanon: A Biography. New York: Picador, 2000.

McCulloch, J.: Black Soul White Artifact. Fanons clinical psychology and social theory. Cambridge University Press, 1983.

O'Yeah Z: "Ideologisk chockterapi. Jordens fördömda. Tio böcker som förändrade världen". Ide och kritik. DN 5 augusti 2009.

~~INSTABIL~~

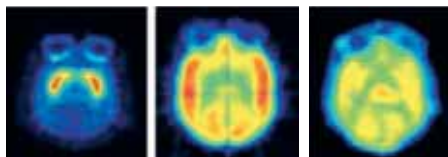


NU KAN DU BEHANDLA OCH FÖREBYGGA ALLA FASER AV BIPOLÄR SJUKDOM MED SEROQUEL® DEPOT¹

Utöver indikationen schizofreni är Seroquel® Depot (quetiapin) som enda atypiska antipsykotikum även indicerat för behandling av alla faser av bipolär sjukdom. Det innebär att du nu även kan använda Seroquel® Depot för att skydda mot återfall i maniska, depressiva eller blandade episoder¹.

En bra början när du vill ge din patient ett liv i bättre balans.

Quetiapin och dess metabolit norquetiapin har visat sig påverka tre centrala signalsystem i hjärnan; dopamin, serotonin och noradrenalin².



PET-bilder från samarbetsprojekt mellan AstraZeneca och PET-gruppen vid Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet. Föreståndare: Christer Halldin.

 **Seroquel® Depot**
quetiapin depottabletter

EFFEKTIV STÄMNINGSSTABILISERING^{3,4}

Bland de vanligaste biverkningarna återfinns yrsel, somnolens och huvudvärk. Vid bipolär depression är förekomsten av EPS 1–10 % och risken för somnolens är något förhöjd.

Seroquel® Depot, Rx, (F), (quetiapin) 50 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, SPC 2009-10-30. Farmakologisk grupp: N05AH04. Indikationer: Behandling av måttliga till svåra maniska episoder och egentlig depressionsepisod vid bipolär sjukdom. Underhållsbehandling för att förhindra återfall i skov vid bipolär sjukdom hos patienter som tidigare svarat på behandling med quetiapin under maniska eller depressiva episoder. Schizofreni. Underhållsbehandling för patienter med schizofreni i stabil sjukdomsfas. Rekommenderad dosering, en gång per dag, till natten: Vid bipolär depression 300 mg (insättning på fyra dagar; 50 mg dag 1, 100 mg dag 2, 200 mg dag 3, 300 mg dag 4). Vid bipolär mani och schizofreni 600 mg (insättning på två dagar; 300 mg dag 1, 600 mg dag 2). För fullständig information om kontraindikationer, försiktighet, biverkningar, pris och dosering, se www.fass.se.

1. www.fass.se. 2. Goldstein JM et al. *Biol Psychiatry* 2007;61(8 Suppl 1):S124-S125. 3. Suppes T et al. *Int J Neuropsychopharmacol* 2008;11:185. 4. Cutler A et al. *Int J Neuropsychopharmacol* 2008;11:184-5.

AstraZeneca Sverige, 151 85 Södertälje. Tel 08-553 260 00. www.psykiatriinfo.se

Svenska Psykiatrikongressen 2010

Psykofarmaka både stjälper och hjälper sexualiteten

Cecilia Dhejne, Mikael Landén.

Depression liksom biverkningar av psykofarmakabehandling är viktiga orsaker till nedsatt sexuell lust. Vid insättande av antidepressiva behöver patienter därför information om eventuella sexuella biverkningar. Det män är mest oroad över är just nedsatt sexuell lust och impotens, medan kvinnor är mest oroad över viktuppgång.

Vid antidepressiv behandling rapporterar ungefär 2 % av kvinnor och 14 % av män sexuella biverkningar såsom nedsatt sexuell lust, erektionsproblem hos män samt orgasmsvårigheter. Dessa sexuella problem brukar försvinna när sjukdomen är i remission. Det är svårt att avgöra om nedsatt sexuell lust beror på depressionen i sig eller är en biverkning av nyinsatt antidepressivt/antipsykotiskt läkemedel. Det är därför viktigt att avvakta/expectera och inte sätta ut medicinering i början av behandlingen.

Dopamin och serotonin är neurotransmittorer av centralt intresse när det gäller läkemedel och sexualitet. Parkinsonmedel, som stimulerar dopamin, ger hypersexualitet, medan antipsykotiska läkemedel som blockerar dopamin har negativ inverkan på sexualiteten. Förutom ovan nämnda besvär vid behandling med antidepressiva läkemedel, sägs även läkemedel som påverkar 5-HT₂-receptorn kunna hämma sexualiteten. Däremot kan man ge en 5-HT_{1A}-agonist såsom bupiron för att stimulera sexuell lust.

Vad kan man då göra för att motverka sexuella biverkningar? Följande råd ska provas individuellt och inte på en och samma gång:

- Prova att sänka dosen
- Byt till en annan antidepressiv medicinering
- I stället för att ta medicinen på morgonen kan man ta på kvällen dvs. efter planerat samlag
- Man kan lägga till bupiron
- Om patienten själv inte har klagat på nedsatt sexualitet måste denna fråga tas upp under behandlingens gång ◀

Ileana Riofrio

Leg. Läkare

Psykiatri Nordväst, Stockholm

Psykiatrisk Tvångsvård - Etik och Klinik

Moderator: Lars Jacobsson

Inledningsvis redogjorde professor *Lars Jacobsson* för vad han kallade det kärleksfulla tvånget, i vilket han presenterade en vårdsyn som innefattar ett ansvar för patienten som i en del fall kan leda en ut i juridiskt grumliga vatten, men där man måste låta sig styras av vad som krävs för att patienten ska få bästa möjliga vård. Han menade att åtgärderna måste anpassas efter individ och situation samt att tvångsvården inte enbart borde betraktas som ett undantag utan även kunna ses som en del i behandlingsarsenalen. Han efterlyste även mer forskning om tvångsvårdens långsiktiga effekter och menade att delar av den, såsom exempelvis möjligheten till tydlig gränssättning, sannolikt kunde ha terapeutisk effekt i vissa fall.

Socialstyrelsens representant, *Anders Printz*, menade till skillnad från föregående talare att lagen alltid skall styra vilka åtgärder som får göras och att man i själva verket respekterar patienterna bäst genom att de erhåller samma rättigheter som alla medborgare. Lika inför lagen. Ett annat område som Printz ansåg behövde förbättras var själva dokumentationen av tvångsvård.

Professor *Ingemar Engström* redogjorde för en studie på tvångsvård bland barn och ungdomar. I den delar de upp tvångsvården i det **formella** tvånget som utgörs av tvångsvårdsbeslut och tvångsvårdsåtgärder, samt det **informella** tvånget (exempelvis hot om LPT) som saknar rättsligt stöd. I undersökningen framkom att **det formella** tvånget i de flesta fall är etiskt acceptabelt, men finnes medföra svårigheter att nå/motivera patienten. Det **informella** tvånget å andra sidan upplevs som vanligt förekommande, det är oklart på vilka villkor vården ges och vilka krav som ställs, det medför en komplicerad relation till patienten och används ibland som hot. Avslutningsvis påpekade Engström att etik alltid skall gå före evidens.

Sist ut var docent *Lars Kjellin* som representerat Sverige vid en genomgång av tvångsvård som gjorts av ett antal europeiska länder. Syftet var att, om möjligt, lägga grunden till ett gemensamt regelverk för tvångsvård. Det visade sig dock vara svårt att formulera ett sådant regelverk och slutresultatet blev en omfattande samling rekommendationer, detta verk har översatts och kan ses som vägledning vid tvångsvård. ◀

Peter Asellus

ST-läkare

Psykiatri Nordväst, Stockholm

Svenska Psykiatrikongressen 2010

Aktuell svensk psykiatrforskning

Moderatorer: Lars Farde och Jerker Hetta

Antidepressiva läkemedel: Hur fungerar de och vad är rätt dos?

Inledningsvis redogjorde *Johan Lundberg*, Karolinska Institutet, för en PET studie av 5-HT occupancy vid användandet av SSRI. Efter att ha utvecklat en ligand specifikt för detta ändamål, undersökte man hur några av de vanligaste antidepressiva binder till 5HT-transportören (5-HTT). Det visade sig att redan



Foto: Carol Schultheis

i relativt låga doser uppnår man i de flesta fall hög occupancy som därefter ej ökar i proportion till dosökning av medicinen. Doseringar där några av de vanligaste SSRI-preparaten uppnådde en 5-HTT blockad mellan 75-85 %: citalopram 20-40 mg, fluoxetin 20 mg, sertralin 50 mg, paroxetin 20 mg, venlafaxin 75 mg. Detta kan jämföras med tidigare studier på KI där man undersökte D2-blockaden av neuroleptika och vid ca 70 % D2-blockad erhöll antipsykotisk effekt, medan EPS generellt började vid 80 % blockad. Värt att notera är att venlafaxin var det enda

av läkemedlen där 5-HTT occupancy fortsatte att stiga nämnvärt vid dosökning, samt att mirtazapin, i enlighet med gällande hypotes kring verkningsmekanism, inte hade någon bindning till 5-HTT.

Imaging och Genetik: Hur kombinationen påverkar vår kunskap om det serotonerga systemet och dess roll i psykiska tillstånd

Därnäst föreläste *Susanne Henningsson*, tidigare Göteborg, numera Köpenhamns universitet, översiktligt om hur genetik och neuroimaging kan användas för att påvisa möjliga medfödda riskfaktorer och till att förklara variation i symtombild och behandlingssvar hos liknande psykiatriska tillstånd. För att exemplifiera detta berättade hon om de genetiska varianter som kodar för 5-HTT. Därvid har man kunnat påvisa en koppling mellan en gen-typ och psykisk sjukdom under vissa premisser. Ett annat exempel är TPH2 (hjärnspecifikt tryptofanhydroxylas), som i dagsläget inte med säkerhet säger något om serotoninets roll för det psykiska tillståndet, men som eventuellt säger något om det serotonerga systemets reglering.

Inflammation som orsak till suicidalitet?

Nästa föreläsare var *Lena Brundin*, Lunds universitet, som berättade om biomarkörer för neuroinflammation vid depressivitet och suicidalitet. I en studie av patienter med ett nyligt suicidförsök fann man förhöjda nivåer av cytokinen IL-6 i CSF, samt att högre nivåer av IL-6 var positivt korrelerade till dödstankar, dödsönskan och depressionssymtom. Hypotesen inom forskningsgruppen är att en sub-grupp inom flera olika diagnoser kan ha symtom kopplade till ökad neuroinflammation. Man fann att vissa av biomarkörerna kovarierade, bl.a. fann man kovariation mellan IL-6/5-HIAA/HVA/Orexin (neg). Genom att införa ett cut-off värde på IL-6 identifierade man 72 % av suicidfällen, vilket ska ställas mot 7 % falskt positiva.

Amyloida plack Alheimers sjukdom mätt med positronemissionstomografi (PET)

Anton Forsberg, Karolinska Institutet, redogjorde för hur man med hjälp av PET mäter förekomsten av amyloida plack hos patienter med möjlig Alzheimers sjukdom. 20-30 % av populationen över 85 år har någon demenssjukdom, och 60-70 % av dessa har Alzheimers sjukdom. Dessa patienter kostar svenska samhället ca 30 miljarder/år. Med hjälp av en biomarkör och PET kan man mäta förekomsten av amyloid i hjärnan. Patienter med Alzheimer har höga nivåer av amyloid jämfört med kontroller. Mängden amyloid i hjärnan förefaller dock vara stabil över tid efter klinisk sjukdomsdebut, och korrelerar alltså svagt med sjukdomsprogress av Alzheimers. Möjligen kan PET med amyloid-specifik ligand användas som ett hjälpmedel för att skilja på olika typer av demenssjukdomar. Regional inlagring av amyloid i hjärnan skiljer sig mellan familjär Alzheimers (mest kring striatum) och sporadisk där amyloid-inlagring är spridd över hela cortex.

Vid KI har en ny markör med mycket specifik bindning utvecklats, vilken tillsammans med högupplösande PET kan ge en mycket detaljerad bild av amyloid-inlagringen i hjärnan.

Kognitiva symtom vid mani associerat med P2RX7-genen

Bipolär sjukdom har en 79-93 % heritabilitet. Nedärvingen är polygen. Möjligen föreligger en överlappning mellan olika psykiska sjukdomar; exempelvis förefaller en bipolär gen-typ vara känsligare för litium-behandling, medan en annan gen-typ är associerad med symtombild som inkluderar paranoida vanföreställningar.

Resultatet av den studie som presenterades av *Lena Backlund*, Karolinska Institutet, var att man vid mani fann en association mellan distraherbarhet (som man funnit är förknippat med ett dysfunktionellt arbetsminne), rapid-cycling och genen P2RX7. Genen P2RX7 kodar för P2X7-receptorer som är ligandberoende calciumkanaler med hög affinitet för calciumjoner.

Psykiatrisk ohälsa i vuxen ålder efter tonårsdepression

Ulf Jonsson, Uppsala Universitet, presenterade en epidemiologisk studie baserad på en screening av depressiva symtom hos tonåringar i gymnasialålder. Det visade sig att skillnad i hur stora psykiska problem tonåringarna haft under livet i första hand korrelerade med hur långvarig depressiviteten varit under tonåren. Risken var även ökad för sjukhusvård pga depression, suicidförsök, behandling med antidepressiva, hypomana skov, somatoforma syndrom, olika ångestsyndrom och missbruk. Det förelåg även en högre co-morbiditet mellan dessa tillstånd. Den ökade risken för flera av dessa psykiatriska tillstånd förelåg även hos gruppen med dystymi. Den psykiatriska sjukligheten var betydligt lägre hos dem som endast haft episodisk depressivitet i tonåren.

ADHD vid bipolärt syndrom

Eleonore Rydén, Karolinska Institutet, presenterade en studie av ADHD vid bipolär sjukdom. Patienter med bipolär sjukdom som diagnosticerats med ADHD under barndomen visade sig ha fler blandade episoder, ha använt mer våld och ha en mindre risk att utveckla psykoser. De fann det mycket svårt att skilja på bipolärt syndrom med ADHD från bipolärt syndrom i

barndomen. De föreslår därför att det skulle kunna röra sig om ett *utvecklingsrelaterat bipolärt syndrom* där man i första hand får ta hänsyn till symtombild och anpassa behandling därefter.

Suicid efter tidigare genomfört suicidförsök

Bo Runesson, Karolinska Institutet, presenterade 25 års uppföljning av patienter som gjort suicidförsök. Bland männen var dödligheten störst bland patientgruppen med schizofreni (ca 40 %) och bipolär sjukdom (ca 35 %). Bland kvinnor var dödligheten störst inom samma grupper med 25 % dödlighet bland dem med schizofreni och 20% bland dem med bipolär sjukdom. I absoluta tal var dock depression den diagnos som hade flest antal suicid (beroende på det höga antalet inom diagnosen). Totalt hade ca 12 % av patienterna inom ramen för den 25-åriga studien avlidit pga. suicid. Hälften av det totala antalet suicid i det studerade materialet skedde inom 1 år från det noterade suicidförsöket. När det gäller metod var förgiftning den i särklass vanligaste metoden då det var dödsorsak i 84 % av självmorden. Våldsamma suicidförsök ökade risken för senare suicid och där fann man att hängning utmärkte sig eftersom 57 % av männen och 54 % av kvinnorna som gjort ett hängningsförsök senare tog sitt liv. Särskilt hög risk hade gruppen med kombination av psykossjukdom och hängningsförsök. Där fann man 84 % dödlighet sett över 25 år.

Endophenotypes and outcomes of violent and suicidal behaviour

Jussi Jokinen, Karolinska Institutet, redogjorde för hur man vid genomgång av personlighetstyper bland dem som senare suiciderat fann mer aggressiva och impulsiva drag. Barndomsexponering för våld eller aggressivitet ökade risken för senare suicidalt beteende. Man har därför försökt att konstruera och validera en skala, Karolinska Interpersonal Violence scale (KIV), som mäter exponering för och uttryck av våld. I studien fann man signifikant högre värden på KIV hos dem som begick suicid inom en uppföljningsperiod på fyra år. Särskilt stor var risken för suicid hos dem som utövade våld under vuxenlivet. ◀

Peter Asellus

ST-läkare

Psykiatri Nordväst, Stockholm

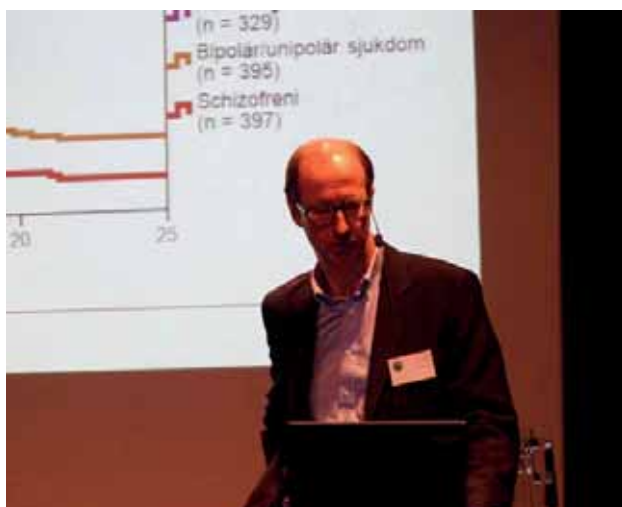


Foto: Carol Schultheis



Dag ett

Behov av förändring – av vem och hur?

Om insikt, risker och stigma vid schizofreni och bipolär sjukdom

Cecilia Brain från Göteborg berättade om sin forskning kring adherence hos schizofrena patienter, med bl.a. mätverktyg i medicinburkar. Lars Häggström från Halmstad och Anders Berntsson från Stockholm berättade om sina respektive verksamheter och då framför allt specialmottagningar såsom team för nyinsjuknade.

Outcome predictors for treatment success in bipolar disorder and schizophrenia

Christoph U. Correll, psykiater och barnpsykiater från New York redogjorde för olika prediktorer för verksam behandling vid bipolär sjukdom och schizofreni, och jämförde olika neuroleptikas verkningar och effekt.



Dag två

Håller schizofreni på att försvinna?

Resultat från aktuella incidensstudier och diskussioner

Urban Ösby och Lennart Lundin från Göteborg redogjorde för flera studier där data visar att insjuknandet i schizofrenisjukdom minskar, och teoretiserade kring möjliga orsaker.

Kan kognitiva funktionsnedsättningar förbättras/ behandlas?

Daniel Abrams, psykolog från Göteborg, berättade om sin forskning kring kognitiv träning via dataprogram för schizofrenipatienter.

Aktuella riktlinjer för schizofrenibehandling

Lena Flyckt, överläkare vid Norra Stockholms psykiatri, har varit ordförande i en grupp experter som för Socialstyrelsens räkning granskat och prioriterat totalt 43 olika psykosociala insatser mot psykossjukdom.

Foto: Carol Schultheis

Diagnostik och behandling av affektiv psykos

Mats Adler från Affektiva mottagningen, Psykiatri Sydväst, Stockholm, gick igenom kriterier, symptom och aktuella behandlingsförslag för affektiva psykoser.



Affektiva blandtillstånd

Lars Häggström från Affecta Psykiatrimottagning i Halmstad redogjorde för den svåra sjukdomsgruppen affektiva blandtillstånd - och publiken tyckte till med mentometerknappar.

Opiatberoende - farmakologiska interventioner

Johan Kakko, överläkare inom beroendevården i Stockholm, gick igenom de nyaste forskningsrönen kring behandling vid opiatberoende.

I huvudet på en kartläggare

Herman Holm berättade levande och personligt, med många bilder, om sina erfarenheter från SKL:s arbete med att kartlägga den svenska psykiatriska slutenvården.

Dag tre

Riskbedömningar i psykiatri och rättspsykiatri

Martin Grann, professor i psykologi och utvecklingschef vid Kriminalvården, berättade om olika sätt och studier att mäta framför allt våldsrisk inom rättspsykiatri.

ECT. Nuläge och framtid

Presentation av aktuell minnesforskning

Pia Nordanskog från Lunds Universitet föreläste om den på nytt kontroversiella ECT-behandlingen och hur kunskapsläget kring den ser ut i dag, inklusive minnesforskningen.

Medicinska mått som kvalitetsindikatorer vid behandling av affektiv sjukdom. Presentation utifrån de nationella riktlinjerna

Anna Åberg Wistedt, Stockholm, redogjorde för det gedigna arbetet att mäta kvalitetsindikatorer inom vården av affektiv sjukdom i riket.

Philip Brenner

ST-läkare

Psykiatri Nordväst, Stockholm



Foto: Carol Schultheis

Svenska Sällskapet för Medicinsk Genetik

Öppet symposium

Genetics and Psychiatric Disease

14 Oktober, 2010, Uppsala

Föredragshållare:

Patrick Bolton, Department of Child Psychiatry, MRC, Institute of Psychiatry, London, UK
Christine M. Freitag, Child and Adol Psychiatry, JW Goethe University, Frankfurt am Main, Germany

Tord Ivarsson, Department of Child and Adol Psychiatry, Queen Silvia Children Hospital, University of Gothenburg, Sweden

Jonathan Sebat, Cold Spring Harbor Laboratory/Univ. of California, San Diego, US

Jamel Chelly, Institut Cochin, Université Paris Descartes, Inserm U567, Paris, France

Martien J. Kas, Department of Neuroscience and Pharmacology, Rudolf Magnus Institute of Neuroscience, Utrecht, Netherlands

Plats: Rudbecksalen, Dag Hammarskjölds Väg 20, Uppsala Universitet

Tid: 09.00 – 16.00, torsdagen den 14:e oktober 2010

En enklare lunch samt pauskaffe ingår för registrerade deltagare.

Anmälan:

Symposiet är gratis men bindande anmälan krävs till Kerstin Henriksson senast 3e september (kerstin.henriksson@genpat.uu.se). Uteblivet deltagande debiteras.

Resestipendier för deltagande

Svenska Sällskapet för Medicinsk Genetik utlyser 10 resestipendier á 2500kr för deltagande i symposiet. Stipendierna skall riktas till yngre kliniker och forskare verksamma inom ämnesområdet. Ansökan med kort motivering och CV skickas till Prof. Niklas Dahl (niklas.dahl@genpat.uu.se) senast den 10e september.

Välkomna!

Niklas Dahl (niklas.dahl@genpat.uu.se) och Lars Feuk (lars.feuk@genpat.uu.se)
och Svenska Sällskapet för Medicinsk Genetik

Vantrivs vi i psykiatrin?

Sigmund Freud skriver i *Vi vantrivs i kulturen* att människans lidande kan härröras ur tre kategorier. Den egna kroppens bräcklighet, yttervärlden (naturens övermakt) och relationen med andra människor. Freud menar att de två första går lätt att förstå men ställer sig frågan hur den tredje kan orsaka ett lidande. Det naturliga är egentligen att tänka tvärtom. När människan för länge sedan arbetade för en bättre lott och var tvungen att klara sig själv så blev hon snabbt utslagen av någon som var starkare. Den starkare mötte så småningom någon som var ännu starkare och så kunde det hålla på. Till slut insåg människan att det var bättre att samarbeta. De slöt överenskommelser och blev därmed medarbetare. Till en början utgjordes de överenskomna relationerna av familjen. Under den kulturella utvecklingen så har allt större institutioner bildats vilket inkluderar psykiatrin. I ett större perspektiv så utgör hela samhället en kulturell överenskommelse.

Så långt kan Freud inte se hur relationer kan vara en källa till lidande men det är nu som han analyserar andra kategorier. Han menar att människan har ett naturligt sökande efter en mening med livet och enligt Freud kan man i det avseendet tänka i två huvudkategorier. Man kan antingen utgå från astronomin, fysiken och religionen och metafysiskt reflektera över en högre mening med livet. Eller så kan man utgå från det vardagliga livet och då menar Freud att meningen med livet går att finna i lycka. Lycka skall här förstås i ett vidare perspektiv och Freud räknar upp en mängd aktiviteter som kan skänka lycka. Hans grundtes är att människan har en naturlig drivkraft att uppnå lust och om den tillfredsställs på ett ändamålsenligt sätt blir människan lycklig. Freud finner emellertid att det finns en konflikt mellan den nytta människor får genom överenskommelser de slutit och den försakelse av drivkrafter som de därav tvingas till.

Ett sätt att finna en lösning på denna konflikt är att man tillsammans med andra ägnar sig åt något lustfyllt och som människan kan finna en mening i. Det kan enligt Freud vara olika projekt och när det gäller psykiatrin så kan man tänka sig att de ingående medlemmarna i denna institution finner en mängd arbetsuppgifter som lustfyllda. De känner en stolthet och tillfredsställelse över sitt arbete. Det är i detta sammanhang som Freud lyfter in kategorin frihet. Freud menar att en fullständig och individuell frihet fanns före den kulturella utvecklingen men att den i praktiken var värdelös då den inte gick att försvara. Han menar vidare att i en samhällelig institution så finns alltid en latent frihetslängtan vilken kan aktiveras av en rådande orättvisa eller en förtryckande kulturform. Mänsklighetens kamp är således en kraftsamling mellan individuella anspråk och kollektivets kulturella krav.

Enligt Freud så finns ett annat sätt att undvika lidande och det är att undandra sig mellanmänskliga relationer. Människan kan välja ensamheten vilket kan ta sig uttryck på olika sätt.

Några människor har enligt Freud en naturlig benägenhet att inte uppleva sig behöva andra människor utan de anser istället att det kan klara allt själva. I psykiatrin kan det märkas genom att personalen inte vänder sig till varandra för att söka hjälp utan istället uttrycker ilska över andras prestation eller bemötande. Å andra sidan kan människans latent benägenhet till ensamhet aktiveras av just annan persons självtillräcklighet. Den kan också aktiveras av att ett landsting, sjukhus eller klinik organiserar vården genom att medarbetare i en fungerande gemenskap splittras eller inte får möjligheten att själva lösa ett uppkommet problem. Organisationen kräver att problemet skall lösas på en annan nivå och kollektivet hänvisas till byråkratiska överenskommelser vilket får företrädare framför en grupperings idé om hur arbetet skall utföras. Den enskilda medarbetarens lust och kreativitet riskerar i en sådan situation att minska. I sin förlängning kan en anställd person praktisera ensamheten fullt ut genom att flytta runt vecka efter vecka mellan olika arbetsplatser såsom hyrsläkare och hyrsjuksköterskor idag har en möjlighet till.

På många arbetsplatser finns dock en bra balans mellan medarbetarens individuella önskningar och kollektivets krav. En medarbetare, ett team eller en klinik trivs då i allmänhet med arbetet, är stolta över vad de utför och patienterna får en bra vård. Arbetsplatsen präglas av ett samarbete och aggressiva utspel är sällsynta. Dessa medarbetare söker sig sällan till ensamma lösningar och alternativ tillfredsställelse av lust såsom materiella privilegier, aktiviteter av upplevelse och berusning är sällsynt. Enligt Freud är detta en lösning som i längden är bra för såväl psykiatrin som kulturell institution och den enskilda medarbetaren som människa. Det är bara om denna balans kan upprätthållas som vi kan trivas i psykiatrin men om balansen istället rubbas så finns risken att vi vantrivs i psykiatrin. Enligt min erfarenhet kan det gå väldigt fort mellan att balansen upprätthålls och att den rubbas. Det kan till och med ske under en och samma dag.

Det är i det sammanhanget så viktigt att vi alla tar ett ansvar för att upprätthålla balansen. Det är bara genom ett sådant arbete som vi tillsammans på ett långsiktigt sätt kan säkra den institutionella organisationen psykiatrin.

Tobias Nordin
Verksamhetschef/Chefsöverläkare
Vuxenpsykiatrin
Södra Älvsborgs Sjukhus
Västra Götalands Regionen

Smärta och somatoforma syndrom

Efter många år inom psykiatrin arbetat jag sedan fem år tillbaka på Smärt- och rehabcentrum i Linköping.

Smärta är ett av de vanligaste symptomen som gör att en person uppsöker sjukvården.

Traditionellt indelas smärtor i nociceptiva (vävnadsskadesmärta), neuropatiska (nervskadesmärta) eller oklara smärtor. I den idag dominerande smärtlitteraturen säger man att psykogena smärtor, dvs. där ett psykiatriskt syndrom kan förklara hela smärtbilden, är så pass ovanliga att man i princip kan bortse ifrån dem! Emellertid finner man ofta psykiatriska tillstånd hos patienter med smärta.

Det är väl känt att långvarig smärta i sig kan ge upphov till depression. Det är mindre bekant, fortfarande, att depression i sig ofta innebär smärta. Om man från början har en långvarig smärta och sedan får en depression så förvärras ofta smärtorna. Depression i sig innebär nämligen en ökad smärtupplevelse, större smärtutbredningsområden samt försämrade smärttolerans. En undersökning 2003 visade att av deprimerade patienter var det hela 65 % som uppgav smärtsamma symptom. I en undersökning 2005 var siffran 50 %. De smärtsamma symptomen kan vara huvudvärk, ryggvärk, nackvärk, smärta i extremiteter och leder, bröstsmärta, bäckensmärta, buksmärta samt generaliserad smärta.

Av patienter med långvarig smärta är det enligt olika undersökningar 30-60 % som uppfyller kriterierna för egentlig depression. I senaste undersökningen från 2008 var det 43 % som uppfyllde depressionskriterierna. 2/3-delar av patienterna med långvarig smärta har depressiva symptom.

Men vad söker patienterna för?

Inom primärvården söker 70 % för kroppsliga besvär och däribland smärta. 30 % söker för psykiska besvär.

Även ångestsyndrom kan innehålla smärta. Det finns ett antal olika ångesttillstånd där posttraumatiskt stressyndrom ofta är det som uppmärksammas mest inom smärtvården. Ett ångestsyndrom som man ofta inte tänker på är generaliserat ångestsyndrom. Av de kriterier som ingår i DSM-systemet är ett av symptomen muskelspänning. Långvarig muskelspänning leder ofta till smärta. Mycket riktigt är det 1/3-del av patienterna med generaliserat ångestsyndrom som uppgår smärta. Man kan även notera att i patientgruppen med generaliserad smärta är generaliserad ångest dubbelt så vanligt jämfört med övriga befolkningen.

Men vad söker patienterna för? Likadant här så är det hela 70 % av patienterna inom primärvården som söker för fysiska symptom, däribland smärta, och endast 30 % för psykiska symptom.

Bakom långvariga smärttillstånd är det tyvärr alltför ofta som man inte diagnostiserar beroendetillstånd. Opiaterna intar här en särställning bland beroendeframkallande preparat.

Opiater stimulerar både lust- och belöningscentrum samt dämpar olustupplevelser. Kanske är det därför som det är särskilt svårt att helt komma tillrätta med ett opiatberoende.

Vägen till det somatoforma smärtsyndromet

Smärta kan uppkomma av många orsaker och ibland kan man inte påvisa kroppslig sjukdom eller skada. Smärtan tolkas emellertid som tecken på sjukdom eller skada av patienten, trots att man inte kan påvisa detta. Smärtan håller i sig och patienten börjar fundera allt mer omkring smärtan. Den ökade fokuseringen gör att smärtan ökar än mer.

Patienten vill, helt naturligt, få bukt med sin smärta och få bort den. Via frågeformulär vet vi att hela 92 % uppger att smärtan alltid eller nästan alltid måste bekämpas/kontrolleras. Man går då tillbaka till sin doktor och får olika läkemedel förskrivet, vilket leder till att många patienter har flera olika smärtstillande farmaka.

Ytterligare behandlingar försöks i syfte att bekämpa och kontrollera smärtan som exempelvis olika sjukgymnastiska metoder - TENS, massage och kanske alternativmedicinska metoder. Emellertid har detta inte någon långsiktig effekt utan patienten försöker nu istället att bekämpa och ta kontrollen genom att försöka undvika saker som förvärrar smärta.

Det som lindrar smärtan är ofta vila och det som ökar smärtan är ofta fysisk aktivitet. Patienten börjar därför undvika fysisk aktivitet, vilket leder till att muskulaturen försämras vilket i sin tur leder till ökad relativ belastning på skelett, ligament och muskulatur.

Konditionen försämras och på sikt blir patienten försämrade så att förvärvsarbete inte är möjligt. Patienten går nu tillbaka till sin läkare och får sjukskrivas. När patienten är sjukskriven är dock risken att fysisk aktivitet undviks ännu mer. Successivt kan man inte längre upprätthålla sina fritidsaktiviteter eller intressen utan slutar med dessa. Därefter är det heller inte möjligt att upprätthålla sitt sociala liv då man inte kan sitta stilla under så lång tid som t.ex. en middag tar. Många patienter har svårighet att upprätthålla sina ADL-funktioner.

Alla undvikandebeteenden har nu lett till att patienten helt undviker ett normalt liv och har en mycket dålig livskvalitet. Det vi nu kan se är att det har etablerats en tydlig funktionssänkning som inte kan förklaras av kroppslig sjukdom.

Vad har nu hänt med all den uppmärksamhet och fokusering, alla försök med att bekämpa, ta kontroll och undvika smärta? Har det lett till att all smärta för patienten är borta?

Nej, tvärtom. Smärtan är nu än värre och patienten är ännu mer fokuserad till att verkligen försöka få bort den obehagliga upplevelsen. Man har nu kommit till ett tillstånd där det inte är patienten själv som styr sitt liv utan det är symptomet som styr patientens liv.

Detta kallas somatoformt smärtsyndrom.

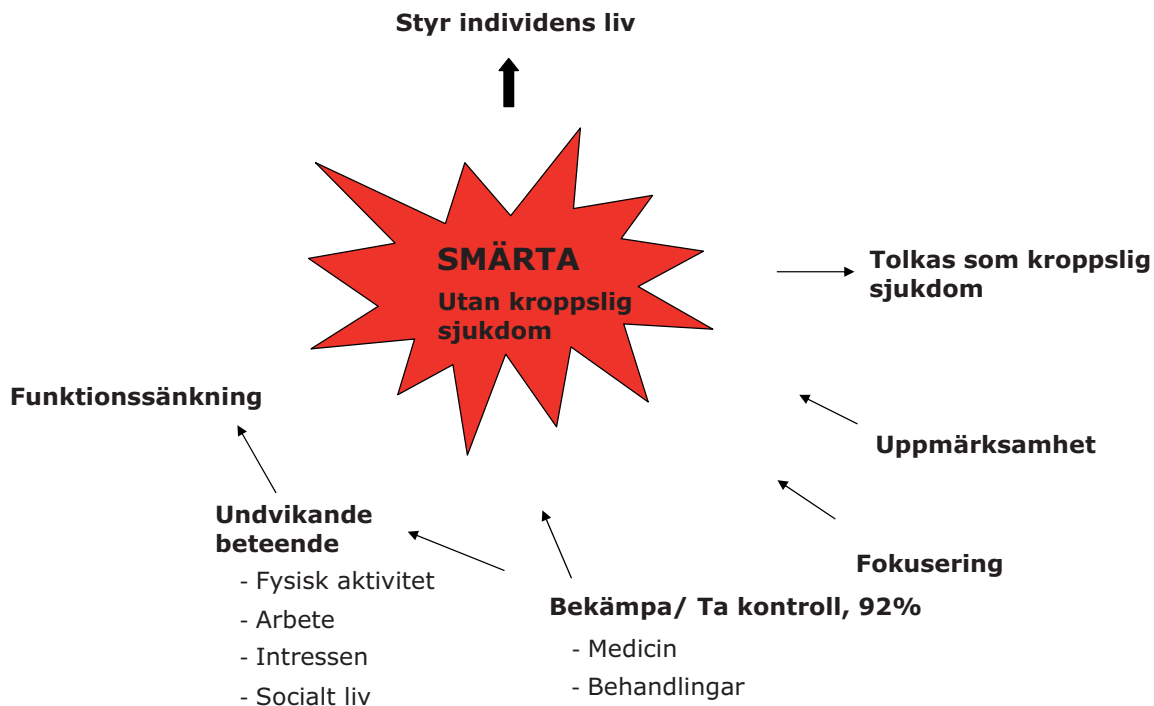
Det innebär att det är somatiska symptom - som om de vore kroppslig sjukdom men inte är kroppslig sjukdom - och patienten beter sig som om man faktiskt hade en kroppslig sjukdom, men man har ingen kroppslig sjukdom.

Redan Fordyce på 70-talet visade att patienter med långvarig smärta huvudsakligen uppvisar tre beteenden, nämligen att man vilar, tar tabletter och beklagar sig, både verbalt och ickeverbalt, över smärta. Dessa beteenden är dock ingenting som hjälper patienten på sikt, utan leder tvärtom till en sämre funktion och sämre livskvalitet. Vad som är viktigt är att sjukvården inte medverkar i undvikandebeteenden genom exempelvis sjukskrivning och lägre fysisk aktivitet, för därigenom försämrar patientens tillstånd. Det enda sättet att höja funktionen är att patienten åter blir aktiv, exempelvis genom rehabilitering.

I smärtanalysen undersöker man självklart de perifera vävnaderna och om vi kan finna vävnadsskada. Lika självklart undersöks neurologiska strukturer för att undersöka om vi hittar en neuropatisk smärta.

Varför undersöker man inte alltid hjärnan och psykologin? Om vi gjorde det skulle kanske inte så mycket smärta längre vara så oklar – utan kanske ganska så självklar. ◀

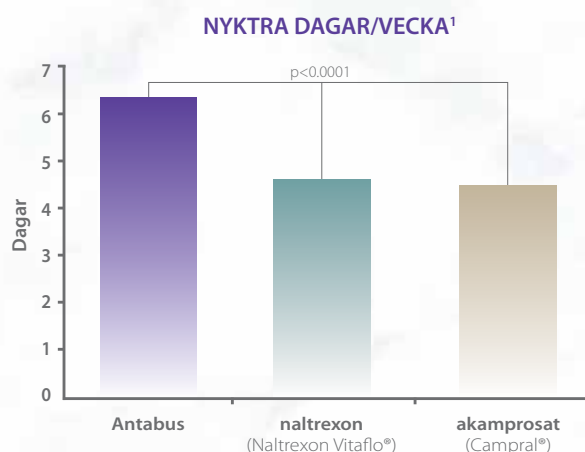
Pia Östryd
Psykiater, Smärt- och rehabcentrum
Linköping





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

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



Föreslå att din nästa patient som är beroende av alkohol påbörjar behandling med Antabus. Då kan du ge honom eller henne en möjlighet till ett nyktert liv.

Antabus® (disulfiram); Rx; F; Brustabletter 200 mg, 100 st och 400mg, 50 st. Indikation: Alkoholism och alkoholmissbruk. Varning: Antabus® får aldrig ges utan patientens vetskap. Antabus® kan i sällsynta fall ge upphov till allvarliga leverskador. Kontraindikationer är inkompenenserad hjärtsjukdom, manifesterade psykos, allvarlig organisk leverskada, tidigare leverpåverkan vid behandling med Antabus® och aktuell leversjukdom. Informationen baseras på produktresumé daterad 2008-11-06. För dosering och aktuellt pris se FASS.se

¹ Laaksonen et al, Alcohol and Alcoholism, oktober 2007

2010-03-15 | 168627

Actavis AB | www.actavis.se

antabus®
DISULFIRAM

Vad gör barnpsykiatri med barnpsykiatern?

Jag vill försöka följa mitt eget spår genom barnpsykiatri för att försöka svara på frågan.

Det fanns en tid i Stockholm före jag gjorde mitt val att börja en FV-tjänst i barnpsykiatri hos Rut Johansson på Långbro Ungdomsklinik 1972.

Vad skall man bli?

Efter studenten visste jag i likhet med så många andra inte vilken akademisk utbildning jag skulle välja. Arkitekt föresvävade mig utifrån mitt fotointresse under gymnasietiden. Under militärtjänstgöringen fick jag förmånen att gå igenom en tvådagars yrkesanlägsprövning som hjälpte mig att välja. Där fick jag veta att mitt obefintliga stereoseende skulle göra det svårt för mig att tänka tredimensionellt och läsa ritningar.

Däremot kanske jag kunde passa som psykolog, läkare, lärare eller något med litteratur och det blev psykologbanan jag slog in på. Under dessa studier fick jag också en viss forskarutbildning vilket jag satte stort värde på och som de senare medicinstudierna inte hade mycket tillstymmelse till.

Psykolog?

Efter att ha skrivit en trebetygsuppsats i psykologi hade jag tillräckligt med extra poäng så att jag kunde komma in på läkarutbildningen på KI. Jag stod då inför ett val, fortsätta till biträdande psykolog eller hoppa av och börja på Karro? Valet blev lätt då jag ville arbeta med behandling av människor. På den tiden var kliniska psykologer hantlangare åt läkarna och skötte mest testuppgifter. Alltså fick jag väl bli psykiater om jag skulle få jobba med psykoterapeutisk behandling.

Nej läkare!

Under studietiden på Karolinska institutet fanns det en mycket livaktig B-sektion av Svenska Psykiatriska Föreningen som jag snabbt blev medlem av. Vi startade studiegrupper och läste Ronald Laing och Østergaards Szass m.m., och bråkade på föreningsmötena med neuropsykiatrierna. Vi kände oss väldigt avantgardistiska och föreslog bl.a. ironiskt att man kunde distribuera depåneuroleptika på bensinstationerna för att förenkla och förbilliga den psykiatriska sjukvården. I vår okunnighet retade vi säkert många, vilket väl var vår avsikt. Så här i efterhand kanske man borde be erfarna kolleger om ursäkt för våra rabiata svingar. Men engagerade var vi åtminstone.

Men vad för sorts läkare?

Trots flera år i Psykiatriska Föreningens styrelse som B-sektionsrepresentant där jag knöt många kontakter förblev jag tveksam till att bli vuxenpsykiater. För att få lära sig jobbet med psykodynamiskt orienterat behandlingsarbete fanns inte så många alternativ i Stockholms vuxenpsykiatri.

På KS fanns Johan Cullberg och på Danderyd en holistisk överläkare, men för övrigt rådde den biologiskt orienterade "psykofarmaka- och schizokockfalangen" som vi uttryckte oss.

Vid en kvällspromenad i Humlegården fick jag rådet av min äldre systers kurskamrat att kanske börja inom barnpsykiatri. Där fanns inga strider mellan olika skolor, och där fick man lära sig psykodynamisk psykoterapi.

Valet blev BUP - psykodynamisk psykoterapeut skulle jag bli

Så började jag då hos Rut Johansson på Långbro ungdomsklinik med enbart psykospatienter från hela Storstockholm. Man gjorde kanske rätt många gånger i behandlingsarbetet men det var svårt att få bekräftelse på att man gjort riktiga interventioner. Familjerna var ofta så dysfunktionella så att ingen synbar ändring skedde. Jourerna var tillsammans med Långbros vuxenpsykiatri och bestod mest av vuxenomhändertagande och Haldol åt de våldsamma som man inte hade mycket erfarenhet av. På min egen avdelning var det mest Hibernal och Mallorol som användes. Trilafon hade just kommit som ett nytt lågdosneuroleptikum. Familjeterapin började växa fram och Rut Johansson gjorde en genial insats för mig genom att skicka mig på en nordisk psykoterapikongress i Oslo 1973. Jag var ju ung och grön och fattade inte mycket av vad som föredrogs, men bara att få vara med som en del av det stora hela med världsnamn som Bozormenyi-Nagy från Paris 13:e arrondissement kändes berusande och inspirerande. Svein Haugsgjerd var en annan intressant norsk psykiater på kommande som jag stötte på.

Ja, familjeterapeut måste jag bli

Vi började på Långbro spela in familjesamtalen på rullbandspelare och fann till vår förvåning att alla var lika osäkra och famlande. Vi lärde av varandra men vi tog också dit Virginia Satir, Marty Kirschenbaum och Harry Aponte, Minuchins kollega. Sådana möten levde man på länge.

Kanske lite psykodramaterapeut också?

Bengt Berggren på Långbro vuxenpsykiatri var också framåt. Han tog dit psykodramaterapeuten Ann Anceline Schutzenberger från Nice som höll seminarier för intresserade. Jag deltog i en tvåårig utbildning med bl.a. Bo Sigrell, Johan Cullberg och Göran Schedin m.m. Tillsammans med psykolog Kerstin Kulling hade jag under några år psykodramagrupper i Solna.

På ungdomskliniken fanns mycket att göra. Någon ordnad läkarhandledning fanns inte på FV-tiden, det mesta behandlingsarbetet lärde jag mig av kurator Margareta Glemme. Vi härbärgerade någon tid den Øicka som sedan blev känd i media för sitt svårbehandlade tillstånd med kraftiga impulsgenombrott. Björn Wrangsjö var den ende som vågade gå in till henne med hockeyhjälm och skydd.

Hon fick så småningom inom vuxenpsykiatri hjälp av Prof. Benedettis terapeut från Schweiz som bodde i Stockholm för hennes skull och hon fick ett eget hus "Lilla Kvinns" för sig själv där hon kastade bajs på väggarna till tidningarnas förtjusning. Det blev en präktig skandal tills man tyckte sig så småningom förstå att hon var autist och därmed fick ett mera adekvat bemötande.

Dags att dra vidare till PBU. Psykoterapeut måste jag bli!

Jag hamnade på Högdalens PBU hos Janne Ljungqvist som var en mycket hygglig och snäll barnpsykiater. Det var ganska hårda bud, man visste sin plats som läkare och det enda som gav en något berättigande var om man var duktig i psykoterapi. Och det var man ju inte jämfört med big shots som Miriam Israel och Miriam Runfors. Mediciner hade ingen plats i behandlingen, i den rollen behövdes man inte. Somatiska undersökningar förekom så vitt jag minns mycket sparsamt. Dit kom en av Sveriges mera välrenommerade gynekologer för att utvidga sina perspektiv kring tonårsöverskottsproblem. Hon hade mött tusentals kvinnor med de mest ömtåliga och intima problem och var väl insatt i psykosomatiken. Men som somatisk läkare fick hon veta att hon ingenting visste om psykoterapi och hade att se och lära av alla erfarna psykologer och kuratorer. Hon kände sig ganska uppbragd och kränkt över denna behandling. Till saken hörde att hon naturligtvis skötte sina arbetskamraters alla kvinnosjukdomar utan att protestera. Till det dög hon. Själv förstod man inte bättre än att hålla käften och försöka bli lika bra som de andra terapeuterna och uppfattade läkarrollen som mycket diffus.

Miriam Runfors var juste. Hon jobbade helst ensam för hon ville inte ha någon som bara jamsade med och inte tog några egna initiativ. "Bill och Bull"-terapi kallade Marianne Cederblad ganska träffande den sortens behandling när man mest fyllde i för varandra. Men mig accepterade hon glädjande nog, vi jobbade ihop en del. Miriam Israel var mycket ödmjuk och ville gärna ta del av vad de yngre tänkte och hade fått lära sig. Det var spännande att höra henne berätta om BUP:s barndom och Skå-Gustaf Jonsson, och hennes spalt i Aftonbladet. Synd bara att "Den fria uppfostran" som hon var med att formulera blev så missförstådd så att generationer av föräldrar mer eller mindre abdikerade från sitt vuxenansvar att leda sina barn ut i livet.

Psykoanalytiker då?

Som en ansvarsfull behandlare skulle man ju gå i egenterapi och för att nu inte slarva bort den delen började jag i psykoanalys fyra ggr/vecka (sic!) hos Ester Lamm på Skeppsbron. Hon var tidigare gift med Skå-Gustaf och var en spännande person. Jag lyckades i alla fall gifta mig efter den ekluten på ca 4-500 timmar så något resultat blev det i alla fall av allt associerande. Jag fick dock aldrig någon lust att fortsätta på den banan.

Kanske vuxenpsykiater ändå?

Efter åren på Högdalen var det en lisa att komma till Johan Cullberg på randning inom Nackaprojektet. Där fick jag en mera jämställd roll med psykologer och kuratorer. Jag lärde mig mycket om vuxenlivets olika faser och vi experimenterade med korttidsterapi enligt James Mann genom att bara ge hälften av det antal behandlingssessioner som bedömdes behövas men ge en återbesöksdagar efter tre månader. Det visade sig fungera för många. I och med tryggheten att få komma tillbaka vågade patienterna fortsätta den process som hade satts igång och visade sig inte ha så stora behov av uppföljning. Psykoterapi kombinerades ofta med medicinering som inte sågs som någon "fulpsykiatri".

Jag kommer aldrig att glömma min kontakt med en medelålders kvinna vars man ville separera när sista barnet föddes hemifrån. Han hade nämligen blivit kär i sin sekreterare. Han ville och sade sig inte kunna välja mellan de två kvinnorna.



Foto: Shutterstock.com

Hon var förtvivlad och deprimerad och tyckte sig förstå hur maken desperat försökte förneka sin medelålderskris och ville kasta bort allt fint som de hade gemensamt. Jag följde imaginärt med henne ut i havet i hennes suicidplanering att simma ut så långt att hon inte skulle orka tillbaka innan hon drunknade. Det tycktes fungera som "containing" för henne. Att någon vågade vara med henne i hennes tankar om hur hon skulle ta livet av sej. Hon reste sedermera ner till Grekland för att återförenas med mannen i ett försök att återupprätta deras relation. Jag fick ett vykort som fortfarande gör mig rörd när jag tänker på det; "Jag simmar bara längs med stranden" stod det.

Men psykosomatik verkar intressant

Man skulle ju randa i pediatrik och det blev på KS. Med mina nya familjeterapikunskaper och lite tankar från psykodrama föreslog jag diabetesdoktorn Mona Eorell att vi skulle samla en hel grupp av diabetespatienter med deras föräldrar och göra den sedvanliga individuella kontrollen av deras protokoll och HbA1c-värden i grupp. Hon skötte somatiken och jag försökte få gruppen att kommunicera med varandra. Det gick alldeles utmärkt. Föräldrarna gav tips till varandra och ungdomarna kunde vägleda de yngre. För sjukvården genererade det stor tidsvinst plus att familjerna uppskattade gruppmötena mycket.

Umeå - himmelriket för en malträterad läkare

Livet innebar 1982 att familjen flyttade till Umeå just när jag varklar specialist. Jag fick en överläkartjänst på Umeå Universitetssjukhus på BUP. Jag blev mött med glädje och respekt. De hade aldrig tidigare fått en färdigutbildad specialist till skänks, och inte heller senare. Jag fick så småningom ansvar för familjeavdelningen och blev där något av en "riktig doktor". Vi bedrev intensiv familjeterapi i omgångar om fyra veckor. Bland annat undersöktes alla familjemedlemmar somatiskt och remisser skickades kors och tvärs. Jag minns särskilt hur jag lyckades fixa nya tänder åt en pappa som därigenom vågade sig ut i yrkeslivet efter lång sjukskrivning. Familjeterapi kombinerades med somatik och en del individualarbete. Det var ett eklektiskt arbetssätt som passade mig bra. Den barnpsykiatriska läkarrollen blev uppskattad och för mig själv lite tydligare

Småbarnspsykiatri

Så småningom integrerades familjeavdelningen med övrig slutenvård och jag kom att arbeta de sista tio åren på öppenvårdsmottagningen för barn mellan 0-12 år. Vi var kanske den enda större kliniken i landet som valde att inte sektorisera teamen utan subspecialiserade arbetet.

Parallellt fanns ett tonårsteam och dessutom ett blandteam som tog neuropsykiatri, lyktningarbetet och OCD. Det innebar att vi var och en på sitt håll kunde fördjupa behandlingsarbetet för de mindre barnen resp. tonåringarna.

MBD blir ADHD/DAMP

Jag minns ett BUP-årsmöte som hölls 1983 på resa till Estland (med fartyget Estonia ex. Viking Sally), där vi fick besöka ett barnpsykiatriskt sjukhus utanför Tallin. Barnen som vi såg var mest beteendestörda barn/ungdomar i 10-14-årsåldern som medicinerades tungt och helst skulle vila och "kamma ut nerverna" i ett par veckor. Under resan hölls sedvanliga föreningsmötesförhandlingar där Christoffer Gillberg i ett anförande ifrågasatte hur många av oss som visste vad Aspergers syndrom var. Och skam till sägandes, på den tiden var det inte många som kunde svara ja. Många dåliga samveten väcktes och satte sin prägel på BUP-läkarnas hållning de kommande åren. Det blev nog en överreaktion mot tidigare diagnostiska misstag så att alltför många oklara tillstånd nu bedömdes vara Autismspektrumstörningar eller ADHD. Pendeln svängde kraftigt från tes till antites. Som småbarnspsykiater hamnade jag gudskelov utanför detta kraftfält. När Eva Kärfve klev in på scenen hade svallvågorna för länge sedan lagt sig och vi var väl ganska eniga med henne om att man inte skulle överdiagnostisera ADHD utan hålla emot när bl.a. skolorna ville sjukförklara alla sina bråkiga rastlösa barn. Detta problem uppmärksammades redan på 60-talet av Bengt Sandberg i en SFPH-monografi när det gällde MBD. Han varnade för att omgivningen utanför BUP riskerade tro att det mesta var MBD och ville sjukförklara alla hyperaktiva koncentrationsstörda barn.

Är det neuropsykiater och psykofarmakolog jag blev?

Nu är jag pensionär sedan i våras. Jag arbetar i Norge en vecka per månad och större delen av tiden skriver jag ut Concerta och Ritalin till behövande ADHD-barn. Familjeterapien tycks vara död både här och i Norge. Den kognitiva behandlingsmodellen är allt de unga behandlarna tycks anse sig behöva och kontakterna blir oftast individuella, eller också erbjuder man föräldrautbildning i grupp enligt Webster-Stratton och Cunningham. Det tycks främst vara som receptförskrivare man behövs som läkare och i viss mån som differentialdiagnostiker.

Säga vad man vill, men en lång resa har det varit. Jag har ju sett arbetskamrater som inte förmått överge sina dogmer utan fastnat i sitt ursprungliga tänkande så att tiden sprungit ifrån dem. Mycket har jag lärt mig under resans gång och förhoppningsvis integrerat så att det till slut har blivit en ganska välfungerande mix. Kanske är det så man skall se sitt yrkesliv som barnpsykiater, en roll i ständigt förändring som aldrig låter sig tydligt definieras och fastslås. ◀

Anders Westerlund
Umeå

APA 2010 – Pride and Promise



I maj var det åter dags för den årliga APA-kongressen, den 163:e i ordningen, denna gång i New Orleans och under temat Pride and Promise. Av oljedramatiken några mil söderut märktes inte mycket. Inte heller syntes spår av den förödande orkanen Katrina, som för några år sedan ledde till omfattande översvämningar i staden.

Klimatet i Louisiana är extremt varmt och fuktigt. Mitt på dagen är det nästan omöjligt att vistas ute i solen. Som klimatupplyst källsorterande svensk förvånas man över både mängden stora bilar och den stränga kylan inomhus, som oftast tillåts strömma rakt ut på gatan från de vidöppna butikerna.

Årets kongress bjöd på ett ovanligt rikt program. Innehållet på APA har förändrats avsevärt under de senaste åren. Läkemedelsindustrins roll har tonats ned; industrisymposierna på tidiga morgnar och sena kvällar är i princip borta. Programmet dagtid har istället blivit desto rikligare, vilket var tydligt i år. Ofta är det plågsamt svårt att välja i det rikliga utbudet. Besökaren har att välja bland mängder av föreläsningar, workshops, updates, seminarier och kurser. Den nya ordningen, med styrning av kongressbesökandet mer till dagtid känns riktigt sunt och välgörande.

I årets rikliga utbud gick det nästan inte att undgå något symposium om DSM-V, som förväntas introduceras inom de närmaste åren. Man kan inte annat än bli ödmjuk inför de många frågeställningar som måste beaktas i arbetet med den nya manualen. Många beklagar att DSM inte tidigare delades upp i olika manualer: en för sjukvården, en för forskningen (med fler differentierade diagnoser) och en för försäkringsbolagen.

Den nuvarande ordningen medför allt för heterogena grupper för forskningsändamål, allt för överinklusiva kriterier, medförande risk för inte minst överbehandling.

Ett exempel på detta är hur depressionsdiagnosen blev 10-15 gånger vanligare när DSM-III infördes. Försäkringsbolagens krav på kategoriska diagnoser (antingen eller) försvårar utvecklingen av dimensionell diagnostik, vilken annars många skulle föredra.

De affektiva diagnoserna kommer att ändras en hel del i DSM-V. Beaktande svårigheten att dra entydig gräns mellan uni- och bipolär sjukdom, och i samtidig strävan att erbjuda ett mer dimensionellt diagnostiskt system (i analogi med Angstns bipolära spektrummodell) väljer man att ta bort diagnosen blandad bipolär episod. Istället blir inslag av maniska symtom vid depression respektive depressiva symtom vid mani tilläggs-koder, s.k. mixed specifiers. Med denna förändring hoppas man öka validiteten i olika bipolära diagnoser och också tydligare diagnostisera patienters verkliga symtombild. Allvarligheten i sjukdomen kommer att beskrivas med CGI (Clinical Global Impression).

I depressionsdiagnostiken noteras bland annat tillkomst av en ny depressionsform: Mixed Anxiety Depression, vilken innebär depression med starkt inslag av ångest och oro. Tanken bakom detta är att identifiera denna subgrupp, som ofta är mycket svårare att behandla framgångsrikt. Dystymi försvinner som begrepp och ersätts istället av "kronisk depression". Exklusionskriteriet för sorg tas bort för depressionsdiagnosen. Tanken med detta är att sorg är en psykologisk stressor bland många andra, som det inte finns särskilda skäl att särskilja.

Många var dock kritiska mot detta och menar att risken för falskt positiv diagnostik ökar.

Liksom alltid drar vissa föreläsare mer åhörare än andra – och av någon anledning är just dessa planerade i alltför små salar. I somliga fall var det fullt redan en halvtimme före start, till stor irritation för den förväntansfulle, men för sent ankommande, besökaren.



Kongressens besökare uppvaktades även detta år av scientologerna, uppträdande under Kommittén för mänskliga rättigheter. De skanderande högljutt sina budskap om läkare som drog ned och dödar sina patienter med antidepressiva och centralstimulerande läkemedel. Är detta måhända en utveckling att förvänta här hemma i samband med Svenska Psykiatrikongressen?



Efter några år med en lite trevande utveckling är det min uppfattning att årets APA-kongress var den bästa på många år. Det är en fantastisk känsla att under några dagar få så mycket intryck och reflektioner – förhoppningsvis till gagn för utvecklingen på hemmaplan. ◀

Text och foto:
Hans-Peter Mofors
Sekreterare SPF



Själens och hjärnans kreativitet

Genialiteten och den psykiska ohälsan ligger så nära varandra, säger ett talesätt. Stämmer detta? I det aktuella numret av Svensk Psykiatri behandlar vi konst och kreativitet utifrån olika ståndpunkter: Göran Rydén låter oss få bekanta oss med kompositörernas sjukdomspanorama. I Alvesta finns ett exempel på den sortens utställningsverksamhet som ibland låter personer med psykiatriska sjukdomar delta, arbeta antingen i rent kreativa sammanhang eller med organisationen. Vi försöker täcka in frågan om kreativitet, konst och psykisk hälsa på olika sätt men en central fråga som är svår att besvara är ju frågan om huruvida kreativitet och hälsa hänger ihop eller om det motsatta gäller.

Neurobiologiskt finns iakttagelser av lägre förekomst av D2-receptorer i thalamus hos mer kreativa personer. Detsamma gäller hos schizofrena. Enligt en nyligen publicerad artikel av *Manzano et al* är hypotesen att lägre receptoraktivitet indikerar större genomsläpplighet för vissa typer av impulser, något som då skulle kunna leda till såväl påhittighet som sjukdom. Kreativiteten har varit ett område som tidigare varit föraktat av den akademiska världen. Just nu pågår flera studier om kreativitetens plats i det psykiska, förmodligen kommer dessa studier inte bara peka på eventuella genetiska samband utan också, på genetisk såväl som på psykologisk nivå, kunna klarlägga andra saker.

Normalfördelningen, gäller den vid psykos och kreativitet?

Lejonparten av den andel av befolkningen som aldrig behövt psykiatrisk vård, är inte särskilt överdrivet kreativa och den största andelen av psykiskt sjuka är inte konstnärer. Enligt Gauss normalfördelningskurva torde det finnas en liten överlappning mellan kreativiteten och psykisk sjukdom, även om den inte finns hos Mertalet. Kanhända fynden av D2-receptorförekomsten hos kreativa och hos schizofrena berättar om just detta; somliga som är psykotiska är också kreativa, somliga som är kreativa blir också psykotiska, om vi från detta fynd kan säga att bägge grejerna har samma orsak, tvivlar jag starkt på.

Nelly Sachs, ett specialfall i ämnet

I det första numret av den här modellen av Svensk Psykiatri skrev jag en liten text om Nelly Sachs, en poet som Øyde med sin mor från Tyskland till Sverige i början av år 1940. Hennes öde är mycket intressant i sig, judinna som överlevde nazismen på lika delar tur och vännernas målmedvetenhet, hennes ariska väninnor hade tidigt förstått vilken utveckling Tyskland stod inför och arbetade målmedvetet för att få Sverige att ta emot Nelly Sachs och hennes mamma. De blev bland de sista judar som lämnade landet med visum och pass.

Nelly Sachs hör till de receptiva, hon lärde sig in i det svenska språket och den svenska litteraturen genom att översätta svenska poeter till tyskan.

Den poesi hon själv skrev hade alltid varit påverkad av det hon hade omkring sig, även om hon aldrig hänföll till pastischer utan omvandlade det material hon hade tillägnat sig och gjorde det till sitt. Hennes poesi är omiskännligt hennes egen, trots de inØuenser hon lät sig påverkas av. Inför frågan om vilket förhållande kreativitet och konstnärskap har till sjukdom blir hon ett intressant exempel.

Receptiviteten och kreativiteten

Hennes stora mottaglighet för impulser utifrån tycks genom hela hennes liv ha påverkat hennes skrivande på ett ovanligt sätt. Sachs kan sägas ha använt sig av det material hon mötte och i sitt inre omvandlat det till något alldeles unikt Sachsiskt. I sanning kan det sägas vara en ovanlig kreativitet hon ger uttryck för. Under hennes första 50 år, i Tyskland, ledde det inte till någon särskilt märkvärdig litteratur men därefter, efter att hon kommit till Sverige utnyttjade hon varje kreativt intryck för att göra något ytterligare med poesin.



Foto: Shutterstock.com

Undantaget är de förhållandevis korta perioder då hon var akut psykotisk. Då kunde hon bara hantera sitt språk och sitt sätt att kommunicera på det sätt som en person som är psykotisk ibland kan kommunicera; med kraft och fermitet hade hon en svada som hindrade andra från att delta i ett samtal. Hon hade en uttalad övertygelse om realiteten i den förföljelse hon upplevde och det hon skrev under dessa perioder blev aldrig poesi utan mer fragmentarisk interpunktionslös svada, liksom hennes tal. Denna sorts svada känner vi igen även från de personer som är overt paranoidea och ändå inte är stora poeter. Skillnaden mellan en person som Nelly Sachs och de Øesta av oss människor är att hon kunde utnyttja de erfarenheter hon fick under de psykotiska episoderna. Så fort som hon kom tillräckligt långt bort från den uttalade skräcken kunde hon utnyttja det hon varit med om. Hennes sena diktsamlingar är fyllda av dikter som gestaltar mentalsjukhuserfarenheterna, medpatienter och känslor av olika slag.

Ør psykotiskt tänkande och kreativitet verkligen besläktade?

Når jag diskuterar relationen mellan kreativitet och psykos utifrån en av de största poeterna som Sverige hårbärgerat så är det kanhända

orättvist, hennes geni omöjliggör kanhända generaliseringar.

Jag vill ändå pröva tanken att kreativitet och psykos – även om de har liknande neurofysiologiska förutsättningar – inte finns i samma psykiska område. Istället får vi anta att en bevarad kreativitet hos en person med psykotiska episoder finns *trots* psykos och inte tack vare den. En sorts psykisk genomsläpplighet är rimligen en förutsättning för att impulser från andra psykiska instanser skall kunna ta sig in i medvetandet. Såväl vid konstnärligt skapande som vid psykos är rörelsen mellan olika tanketeman större än för de flesta av oss. De flesta psykosverkar dock lämna kvar psykiska ärr som snarare öppnar för en starkare genomsläpplighet av psykosnära erfarenheter. Den som tar sin kreativa näring ur psykosens ägnar sig nog i viss mån åt läkningsförsök just genom att låta andra påhittigheter än vanföreställningar ta plats i medvetandet. Det är inte säkert att läkande går att nå på det sättet men i bästa fall blir försöken till goda konstverk. Där är Nelly Sachs inget unikum från 1960-talet utan ett exempel bland många. ◀

Daniel Frydman
Psykiater, leg psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Psykiatrins Pionjärer

I nästa nummer kommer vi att som tema ha "Psykiatrins Pionjärer". Vi vill porträttera de personer som haft särskilt stor betydelse för utvecklingen av psykiatin i Sverige.

Har du förslag på någon du tycker att vi borde uppmärksamma? Vill du skriva själv eller har du förslag på vem som skulle kunna skriva? Hör i så fall av dig till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Från ambition till handling En konferens för inspiration och samverkan kring psykisk hälsa

Svenska Psykiatriska Föreningen var på konferensen den 4 maj som arrangerades av SKL och Socialdepartementet. Samverkan var det ord som genomsyrade dagen. Socialminister Göran Hägglund invigde och sade bl.a. att han tyckte överenskommelserna med SKL om prestationsersättning var en bra modell. Långsiktighet är ett ledord liksom samarbete.

Statssekreterare Karin Johansson på Socialdepartementet presenterade konferensens syfte. Staten ska stimulera men ej finansiera eller ansvara – det är kommunernas och landstingens uppgifter.

Den andre värden, SKL:s ordf. Anders Knappe, tog upp att tillsammans kan vi göra mer än var och en för sig, och brukar- och anhängarföreningar behöver vara med.

Arbetsgivaransvaret får inte glömmas bort. Vi behöver också analysera resultaten av våra satsningar i högre grad.

Ing-Marie Wieselgren, SKL, visade ett bildspel om Ture och Tora som gav oss en liten insyn i verkligheten utifrån en patient och hans dotters perspektiv.

Därefter presenterades en rad satsningar angående kunskapsöversikter, utveckling av grunddata och indikatorer, implementeringsstöd för nationella riktlinjer, METIS och förstärkning av personalkompetens. SoS håller på att ta fram en kunskapsportal och i det arbetet vill Svenska Psykiatriska Föreningen gärna vara med, vilket anmälades under mötet.

Olika projekt som ska främja barns psykiska hälsa presenterades, t ex Grodan, 50 miljoner- projektet och Psynk-14 modellområden.

Därefter kom ett pass med en rad organisationer som arbetar med att minska fördomarna om psykisk ohälsa. Handisam var där och berättade. Hjälpmedelsinstitutet visade praktiska hjälpmedel. Försäkringskassa och Arbetsförmedling informerade om vad de kunde göra för den enskilde. SKL:s projekt Förbättringsarbete i Hälldygnsvården presenterades.

Till sist kom Äldre- och folkhälsominister Maria Larsson och avslutningstalade. Hon menade att attityder spelar roll - det går att ta bort skamstämpeln. Ord som delaktighet, samarbete, mångfald och riktlinjearbete var begrepp som nämdes. ◀

Maria Starrsjö
Vice ordförande SPF

En utrotningshotad kvalitet



Slumpen leder ibland till intressanta upplysningar. Vid tiden för det isländska vulkanutbrottet med dess konsekvenser för flygtrafiken, så var det en konferens i Växjö om psykiatri där vikten av samordnade insatser för att bidra till att människor har bra livsvillkor, även om de är sjuka, hörde till det som diskuterades. Med på konferensen var medarbetare från Riksrevisionen som för närvarande bland annat tittar på den statliga styrningen av psykisk hälsa och utbildningen till psykiater.

Till konferensen hade man åtagit men när inga plan gick hem, på grund av vulkanaskan i luften, fick de ta sig till Alvesta för att därifrån ta tåget till Stockholm. En bekant till mig var med i det sällskapet och berättade vid hemkomsten att han på övervåningen till stationshuset i Alvesta hade hittat en konstutställning. Det visade sig vara en utställningslokal tillhörande Alvesta kommun, en verksamhet som har funnits sedan 1996 med åtskilliga utställningar. Verksamhetens fokus har delvis varit mångfald i olika former, mångfald med integrering av invandrades erfarenheter och att ge inblick i det svenska för invandrare, och även möjliggöra att psykiskt handikappades erfarenheter kan få utrymme. I stor utsträckning har olika hantverk lyfts fram, inte endast för att hantverk är vackert utan också på grund av hantverkets inneboende krav på långsamhet. Upplevelsen av tid på olika sätt har lyfts fram som central för människors varande och samtidigt en bristvara i vår samtid, rentav som en utrotningshotad kvalitet.

En meningsfull utställningsverksamhet

Jag har intervjuat Anders Olsson, ansvarig för verksamheten, per telefon och han har mycket att berätta om den och om kommunen där han jobbar. Utställningsverksamheten har genom åren haft växlande ekonomi men om man tittar på den omfattande utställningskatalogen så har kvaliteten på utställningarna genomgående varit mycket hög. Den här sortens verksamhet ger också arbetstillfällen till personer som av olika skäl stått utanför den ordinarie arbetsmarknaden, omfattade av olika "åtgärder" som

finansierat deras arbete. Det kan röra sig om aktivitetsbidrag från Försäkringskassan eller rehabersättning från Arbetsförmedlingen istället för socialbidrag eller sjukersättning, under tiden ifråga. Det arbete de deltagit i har bidragit till mycket gott, kanske inte alltid i termer av tillfrisknande men med en ökad livskvalitet som resultat. Detta är ett mycket fint exempel på brukarmedverkan med mening.

I takt med att kommunens ekonomi har krympt har också förutsättningarna för den här sortens aktiviteter försämrats i samhället. Trots att det finns gott om erfarenheter av att det är bra för alla människor att ha en *meningsfull* sysselsättning kommer det kommunala självstyret att lägga sådana *kvalitativa* aspekter åt sidan till förmån för de *kvantitativa* aspekterna; vad kostar det att ha verksamheten? De beräkningar som ligger till grund för slutsatserna handlar endast om de egna verksamheterna, om kommunen betalar pengar för en verksamhet där psykiskt handikappade kan arbeta, kommer dessa personer få sin ersättning ur den kommunala kassan istället för t.ex. från Försäkringskassans pengar, eller Arbetsförmedlingens. Prioriteringarna är kortsiktiga och dessutom synnerligen dåligt förankrade i de kunskaper och teorier vi har om förhållandet mellan psykisk hälsa och livskvalitet. Kunskap finns ju om att återhämtning från psykisk ohälsa är möjlig men att det faktiskt inte finns standardiserade metoder eller ett standardiserat tempo för psykisk återhämtning.

Upplevelsernas ekonomi

På många ställen i landet finns liknande exempel på goda verksamheter där människor med olika erfarenheter kan bidra. Kunskapsutbytet mellan olika livssektorer är viktigt, det kan vara till nytta för de inblandade personerna och kan dessutom i bästa fall leda till utvecklandet av nya fungerande strukturer. Anders Olsson betonar att hans utställningsverksamhet tar avstamp i tekniker och tankar som alla är förhållandevis långsamma och

tidskrävande. Det låga tempot är viktigt både för individen och för organisationer. Individen skall kunna tillägna sig kunskap och med ett lågt tempo befordras utveckling såväl hos enskilda personer som i organisationer. Tiden anses dock vara för dyr, kulturyttringar som är långsamma och småskaliga rymmer inte i verksamheter där resultat inte mäts i upplevelse utan i andra, mer "objektiva" mått.

Konflikt mellan lagar ger utrymme för godtycke

Exemplet ovan ger en bra bild av hur det kan fungera. Alvesta kommuns utställningsverksamhet i stationshuset kommer från juli i år stänga då kommunen inte anser att den har pengar för att driva utställningshallen längre. Det kanske är rimligt utifrån det kommunala självstyrets perspektiv då "kärnverksamheterna" måste prioriteras.

I Regeringsformen stadgas det kommunala självstyret, sedan 1977 har kommunallagen i några steg ändrats, med en kontinuerligt minskad möjlighet till statlig styrning. Hälso- och sjukvårdslagen, å andra sidan, säger att vården skall vara lika över riket. Men eftersom kommunallagen ser ut som den gör, kommer det inte att finnas någon som helst möjlighet för medborgare i Sverige att lita på att kommuner och landsting skall tillhandahålla sådant som medborgarna kan behöva.

Den möjlighet till reglering av kommunernas skyldigheter gentemot medborgarna som tidigare funnits är bortplockad ur lagstiftningen till förmån för ett självstyre som skapar stora olikheter mellan människors möjlighet att leva ett bra liv, oavsett funktionsnivå. Märk väl att såväl landsting som kommun i juridisk bemärkelse är "kommuner" och att psykiatireformen 1995 ytterligare komplicerat möjligheten för medborgare att, om de blir patienter, kunna räkna med lika vård och behandling för givna tillstånd.

Ovanstående resonemang är förstås haltande, en verksamhet som äger rum inom kultursektorn i en kommun är förstås skild från de verksamheter som har vård och omsorg på dagordningen. Det finns möjligen inga studier som bekräftar om kulturarbete i olika former bidrar till psykisk återhämtning men det är belagt att trivsel och välmående gör tillfrisknande möjligt. Att kräva av en kommun att den tar ett helhetsgrepp som också inlemmar kulturarbete i tanken på hur psykisk hälsa kan förbättras, låter som ett alltför otidsenligt grepp. Kanske man måste påminna sig om tidigare anspråkslösa förslag i sådana fall, och bara beklaga det öde som Alvesta kommuns utställningsverksamhet och andra liknande på andra ställen i landet kan möta. ◀

Daniel Frydman

Psykiater, leg psykoterapeut, psykoanalytiker

Stockholm

Foto: Daniel Frydman



Foto: Carol Schultheis

Behandling av sömnbesvär hos vuxna

En systematisk litteraturöversikt från SBU

Att göra en systematisk litteraturgenomgång på det sätt som tillämpas inom SBU är en lärorik och nödvändig uppgift. Vanligtvis tar ett arbete av denna typ ett par år, då expertgruppen träffas ett par gånger per år och har löpande mailkontakt. Samtidigt kan det sägas att resultaten inte är alltid särskilt överraskande för dem som följer utvecklingen i ett terapiområde.

I det område som vi granskat – behandling av insomni – kan man konstatera att rätt många kliniska prövningar har otillräcklig kvalitet, och vi kunde snart se att de undersökningar som gjordes på 70- och 80-talet ofta uppvisade olika brister. Som exempel kan nämnas att det i artiklarna kunde saknas diagnoskriterier, eller att randomiseringsprocessen inte beskrevs, eller att man inte preciserat primärt utfallsmått. Detta ledde till att vi inte kunde inkludera flera av de undersökningar som gjort för t.ex. nitrazepam, flunitrazepam m.m. bensodiazepiner. Under nittio-talet och under de senaste tio åren har de kliniska prövningarna högre kvalitet. Här finns numera mera sällan brister beträffande precisering av diagnoskriterier, och det har tillkommit bättre utvärderingsinstrument.

Beträffande kliniska prövningar av psykologiska behandlingsmetoder gäller samma förhållande, med undantaget att en del tidigare undersökningar i detta område hade bättre utarbetade skalor och instrument. Bristen kunde vara att man hade för små material eller saknade adekvat kontrollgrupp, men under senare år har det tillkommit stora och kvalitativt bra RCT-studier. Slutsatser om graden av evidens ska baseras på den vetenskapliga litteraturen, och inte på klinisk erfarenhet eller andra bedömningar.

Man kan förvisso tänka sig att det finns effektiva behandlingsformer som fungerar i ett kliniskt perspektiv, men om metoden/läkemedlet inte återfinns i litteraturen och har undersökts på ett systematiskt sätt, så blir resultatet att det saknas evidens för den behandlingen/läkemedlet.

En erfarenhet från vår genomgång är att höga krav på studiernas kvalitet leder till att ett relativt litet antal studier kan inkluderas. Trots det har det varit möjligt att belysa den vetenskapliga evidensen för moderna hypnotika liksom för kognitiv beteendeterapi.

Projektets frågeställningar

1. Vilken inverkan har behandling av primär och sekundär insomni (hos yngre/äldre, män/kvinnor) på patientrelaterade effektmått, såsom tid till insomning, frekvens av uppvaknande efter insomning, tid till återinsomning, total sömntid, sömnkvalitet och dagtidsfunktion? Effekten av olika behandlings tid och hur behandlingen avslutas utvärderas också.

2. Vilken inverkan på dagtidsfunktion, hälsa och hälsorelaterad livskvalitet uppnås med behandling av primär och sekundär insomni?
3. Vilka komplikationer och biverkningar, t.ex. i form av beroende, missbruk, fallskador och trafikolyckor, är förenade med de granskade behandlingsmetoderna?
4. Vilken kunskap finns om olika behandlingsmetoders kostnadseffektivitet?

Med utgångspunkt från projektets frågeställningar gjordes systematiska sökningar i PubMed och andra relevanta databaser. Utvärderingen genomfördes enligt den gängse SBU-metodiken. Inkluderade studiers kvalitet bedömdes med hjälp av särskilda granskningsmallar. Endast studier av hög eller medelhög kvalitet och relevans har ingått i underlaget för att bedöma effekter och biverkningar av de utvärderade behandlingsmetoderna. För varje effektmått gjordes med hjälp av GRADE-systemet en samlad bedömning av studiernas resultat som underlag för evidensgradering. Det internationella GRADE-systemet har använts för att evidensgradera resultaten i fyra nivåer: starkt, måttligt starkt, begränsat och otillräckligt vetenskapligt underlag.

Beträffande våra frågeställningar var det inte möjligt att besvara alla. Som exempel finns det inte i litteraturen information om hur stor risken är för att bli beroende. Bensodiazepiner, och även bensodiazepinbesläktade läkemedel, medför viss risk för utveckling av beroende. Vår sammanfattning blir: "Risken är större för individer som redan har annan beroendesjukdom eller psykisk sjukdom. Här gäller dock att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för säkra slutsatser om hur stor risken för beroendeutveckling är". Inte heller kan vi fastslå i vilken omfattning som hypnotika kan medverka till fallolyckor hos äldre. Ligger man och sover i sin säng, så ramlar man inte, men är individen uppe och går så finns den risken. Att nattetid vara uppe och gå till toalett o.d. är ökat vid sömnstörning, och insomni i sig ger faktiskt riskökning för nattliga fallolyckor.

För de hypnotika som har störst användning, de bensodiazepinliknande medlen, kunde vi konstatera att det finns stöd för att "kortvarig behandling med zolpidem, zopiklon och zaleplon medför jämfört med placebo att patienten somnar snabbare och får längre total sömntid". Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för slutsatser om effekten av antidepressiva läkemedel, neuroleptika (alimemazin) och antihistaminer vid behandling av sömnbesvär, då tillgängliga studier är få och bristfälliga.

Vi konstaterar att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för slutsatser om effekten av propiomazin vid behandling av sömnbesvär, då tillgängliga studier är få och bristfälliga. Detta resultat innebär inte att man inte kan använda vårt enda alternativ till de GABA-erga läkemedlen, men ger en uppmaning till mer forskning och utvärdering.

För melatonin konstateras att behandling av insomni med depåberedning av melatonin ("sustained release") leder till bättre sömnkvalitet (begränsat vetenskapligt underlag), medan det saknas tillräckligt stöd för effekt av melatonin i vanlig form ("fast release").

Psykologiska behandlingsmetoder i form av kognitiv beteendeterapi (KBT) och annan beteendeterapi leder till att patienten somnar snabbare och inte är vaken lika länge under natten. Även sömnkvaliteten blir bättre.

Något förvånande var det dock att antalet bra studier i detta område inte var så stort som förväntat och att långtidseffekterna inte har studerats i tillräcklig omfattning.

Det är också besvärande att vi inte har tillräckligt med information om behandling med hypnotika över längre tid.

För alternativa metoder för att motverka insomni, kan vi inte finna bra vetenskapliga undersökningar och vi konstaterar att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för slutsatser om effekten av valeriana och övriga naturmedel (frossört, humle, kamomill, kava kava, lavendel och vildsallad) vid behandling av sömnbesvär. Det vetenskapliga underlaget är också otillräckligt för slutsatser om effekten av icke-medikamentella metoder (akupunktur, fysisk aktivitet, magnetfältsterapi, musik, tai-chi och yoga) vid behandling av sömnbesvär. ◀

Jerker Hetta
Ordförande SBU projektgrupp "Behandling av sömnbesvär hos vuxna"
Professor, Inst för klinisk neurovetenskap, Psykiatri, Huddinge,
Karolinska Institutet, Stockholm

Hela rapporten finns att läsa på www.sbu.se.



Foto: Shutterstock.com

Got ink?

Inskrivningsbunten som sköterskorna la i undersökningsrummet bestod av § 7-undersökningen, blodprovsremissen och den gamla sneda inskrivningsmallen. Den vikarierande underläkaren som visade mig inskrivningsprocessen på Rättsmedicinalverkets Rättsspsykiatriska Avdelning log ursäktande över blanketterna och påpekade "vi har några extra moment vid inskrivningen här på rättspsyk" och pekade på rutorna högst upp på inskrivningsmallens baksida där det stod 'tandstatus' och 'tatueringar'. Jag minns att jag då undrade var de hittat den där ålderdomliga mallen. Att be intagna visa sina tatueringar kändes gammalmodigt, lite kränkande - de kan väl få ha vad de vill där. Plikttroget följde jag dock den där mallen i alla år. Sällan har jag ångrat att jag bett intagna ta av sig tröjan. Tvärt om. Nu propagerar jag istället för att alla psykiatriska inskrivningsmallar innehåller tatueringsbesiktning.

I dag har ALLA tatueringar. Det som tidigare förknippades med sjömän, skökor, förbrytare och boskap har blivit ett lagom fint sätt att deklamera sina åsikter, hylla sina idoler, skylta med sin humor, hedra sina närmaste, accentuera väl valda kroppsdelar, påminnas om sina segrar eller förluster eller bara göra något "fett snyggt".

Listan över pinsamma tatueringar jag sett under karriären är lång och som civil ännu längre. Uppenbarligen är de Øesta tatueringsstudior inte försedda med vare sig ordlista eller rättstavningsprogram i datorn. På de europeiska språk jag kan läsa har jag sett många felstavningar (t.ex. "love is fuckt upp"). Så jag förstår inte hur man vågar använda ett språk man uppenbarligen inte själv behärskar (t.ex. sanskrit) än mindre kan tyda bokstäverna i dess alfabet. Det kan ju stå vad som helst! Vännerna är inte heller att lita på i dessa lägen. Detta blev jag medveten om tack vare en stilig, välklädd äldre herre på en somatisk avdelning redan under 90-talet. Då slipsen lossades och patientskjortan kom på, tittade ett örn huvud nyfiket upp långt över skjortkragen. Medan jag klistrade fast elektroderna under vingarna försökte jag att inte stirra på det blå/svarta naturundret som spred sig över bröstkorgen och upp mot hakan. Något vidare diskret kan jag inte ha varit eftersom herrn mumlade "jag talade inte till min vän på Øera veckor efter vi hade nyktrat till. Tur att vi jurister alltid bär skjorta med krage." Jag minns att jag bemödade mig särskilt om att visa hans EKG för överläkaren för säkerhets skull.

Här om dagen läste jag en intervju med en ung Hollywoodskådespelerska. I artikeln hävdade hon glatt att hon på en inspelning hört ordet "minge" av en brittisk kollega för första gången och blivit så förtjust i det att hon tatuerat det på ena foten. Antagligen är det jag som är gammalmodig, men att hela livet bli glad när man ser ordet "äckel" titta fram varje gång man vill känna sand mellan tårna, torde vara något som går över med åldern.

Själv blir jag ofta rörd över tatueringar. En dag när jag var ST på en depressionsavdelning kom en deprimerad förskollärare tillbaka från permissionen och visade glatt upp en söt tatuering hon just skaffat på armen. Den innefattade namnen på hennes tre barn och hon deklarerade stolt att en medpatient designat



Foto: Carol Schultheis

den åt henne. Den försynte killen med det neuropsykiatriska funktionshindret satt stolt som en tupp när hans mästerverk hölls upp till allmän beskådan. En av de andra medpatienterna frågade om inte patientens mans namn borde finnas med i tatueringen. Hon svarade självsäkert "mannen vet man aldrig hur det blir med, men barnen är ju alltid mina barn." Kloka ord som tål att tänka på när man skall skaffa sig en tatuering.

Tatueringen som diagnostiskt verktyg tycker jag är gravt underskattat på många psykiatriska kliniker. Att det skulle vara ett tecken på kriminalitet att vara fullklottrad med "all cops are bastards" eller Øer sorters vitmaktrunor än det fanns i hela det fornnordiska alfabetet, torde vara välkänt av de Øesta. Det subtila ligger i när en klient/patient har sådana tatueringar, men inte har lyckats komma med i något gäng. Det säger en hel del om hans/hennes sociala funktionsförmåga. Jag har haft en ung klient som under §7-undersökning gaven helt sammanhängande och plausibel förklaring till den brottslighet han stod tilltalad för, och inget övrigt psykiatriskt visade sig. Således fanns inget som talade för allvarlig psykisk störning i lagens mening. Under undersökningen hade jag sett på hans underarmar, utan att reflektera över vad det var jag såg. Strax innan undersökningens slut klarnade bilden. Tatueringarna på höger underarm var klassiska motiv (tigergap, orm osv.) och snyggt gjorda i svart och grått. På den vänstra var ett färskt, slarvigt genomfört geometriskt mönster bestående av ett vanligt mansnamn inuti olika trianglar och fyrkanter. Som en sista tanke frågade jag "jag ser att du har några tatueringar, skulle du vilja berätta något om dem för mig?" Mannen stelnade till och spände ögonen i mig, "den här, den här får jag inte säga något alls om" och skylde den geometriska tatueringen. "Den har kommit till mig via mästaren som kom från ovan. Den har allsmäktig kraft och jag får inte tala om det." Jag informerade den unge mannen om att stor rättspsykiatrisk undersökning nog var påkallad i hans fall. Hade jag inte frågat om bläcket, hade jag kanske missat den fulminanta psykosen som han annars lyckats dölja så väl. ◀

Kristina Sygel Jakobsson
Rättspsykiater, tatuerad sådan



Antidepressiv behandling utan serotonerg biverkningsprofil.¹

Idag är SSRI-läkemedel etablerat förstahandsval vid behandling av egentlig depression. Men vissa patienter får biverkningar, såsom sexuell dysfunktion, viktuppgång och somnolens, av dessa serotonerga läkemedel. Voxra, för behandling av egentlig depression, är ett andrahandsval för patienter som fått biverkningar och därmed inte nått behandlingsmålet med SSRI eller annat läkemedel mot depression.

- Voxra har antidepressiv effekt jämförbar med SSRI (paroxetin, sertralin).²⁻⁷
- Voxra har inga serotonerga biverkningar såsom sexuell dysfunktion, viktuppgång eller somnolens.^{1,2,6,7}



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



Den enda selektiva noradrenalin- och dopaminåterupptagshämmaren.

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) krampfall i anamnesen. Känd tumör i centrala nervsystemet. Samtidigt avbrytande av läkemedelsbehandling eller alkoholmissbruk som kan tänkas öka risken för krampfall. 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 2008-08-15.

*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. Voxra Produktresumé, GlaxoSmithKline, www.fass.se. 2. Papakostas et al. European Psychiatry 2008; 23: S205, abstract P0046. 3. Thase et al. J Clin Psychiatry 2005 Aug;66(8):974-81. 4. Weihs et al. J Clin Psychiatry 2000; 61: 196-202. 5. Kavoussi et al. J Clin Psychiatry 1997 Dec;58(12):532-7. 6. Kennedy et al. Can J Psychiatry 2006 Mar;51(4):234-42. 7. Croft et al. Clin Ther 2002 Apr;24(4):662-72.

20100315VOXR384

Vad har mina 30 år i psykiatri gjort med mig?

En hel del, tror jag.

Först av allt: varför psykiatri? Ett intresse för psykologi fanns redan. Jag upplevde sedan att det fanns en större frihet och tolerans inom psykiatri jämfört med somatiken. Det attraherade. Tyvärr fanns det också svåra konfliktmoment mellan psykiatrierna på 60–70-talen. Det avskräckte en del. Men att sitta och prata med patienterna trivdes jag med. Stressen på akutmottagningen trivdes jag inte med. Hjärtstillestånd var en fasa. Alltså anmälde jag mitt intresse på närmaste psykiatriska klinik inför en skeptisk överläkare. Jag fick börja.

ST-tiden förändrade mig en hel del. I den känslomässigt laddade miljö som en psykiatrisk klinik erbjuder byggde jag upp mina psykologiska försvar. Jag blev som person säkrare och tuffare, åtminstone enligt familjen. Sen följde några år som omsorgsläkare. Det gav vidgade vyer och jag lärde mig "handikapp-tänkande". Jag blev bekant med autism och andra ovanliga syndrom. Fick också vara med om en jättelik omstrukturering och utbyggnad på 80-talet.

Det blev dags att byta arbete och landsting. Det blev öppenvård psykiatri, att bygga upp ett team där inget fanns. Roligt och jobbigt. Under denna tid började jag märka att jag drog mig undan socialt. Jag pratade med folk hela dagen, skönt att slippa prata med någon på fritiden. Skönt att vara hemma ensam och ha det tyst. Jag har ett hus, en trädgård och en katt, det räcker. Fortsatt är jag nog lite osällskaplig.

Efter ganska många år var det dags för något nytt, det blev slutenvård för att vidga vyerna. Med dagens krav på patientomsättning blir det ibland slitsamt. Men bakjouren är inget problem. En ny uppgift är att undervisa och handleda AT-läkare från jordens alla hörn. Trevligt, trevligt.

Jag känner mig uppskattad och omtyckt på jobbet. På sista åren har humorn blivit allt viktigare för mig. Jag skrattar ofta och gärna. Jag är glad när jag kan få andra att skratta. Kanske är det en bra motvikt. Jag har också lättare att säga nej än jag hade förr, har blivit mera bestämd. Har också blivit tröttare, behöver fler pauser. Det är skönt att inte resa utan bara vara hemma. Nedräkningen har börjat, det är knappt 4 år kvar till pensionen.

Men jag har trivts med psykiatri, den har bjudit på många upplevelser och förändringar. Jag är nöjd med mitt yrkesliv, jag kan t.o.m. säga att jag är lycklig. ◀

Lena Ulevik

Chefsöverläkare vid psykiatriska enheten i Arvika

Dags att anmäla kliniken till SPUR inspektion!

I SOSFS 2008:17 som reglerar "nya ST" föreskriver Socialstyrelsen att verksamheter med specialiseringstjänstgöring regelbundet ska granskas genom externa inspektioner. Syftet med inspektionerna är att granska, säkra och höja utbildningskvaliteten i det nya utbildningssystemet. Inspektionerna ska ge kliniker, vårdcentraler och sjukhus incitament att förbättra utbildningen. Inspektionen ska utföras och upplevas som ett hjälpmedel i den utbildande enhetens utvecklingsarbete. Metoden ska också ge underläkarna information om var de bästa utbildningarna finns och därför publiceras resultaten i Läkartidningen och på www.slf.se. Den metod som använts sedan 1993 är SPUR-inspektioner.

SPUR-inspektionerna utförs av erfarna kollegor inom specialiteten och organiseras av specialitetsföreningen. Utbildningsutskottet i SPF tar nu nya tag med SPUR. Vi har inspektörer som är redo att ge sig ut i landet på SPUR-inspektioner. 12 kliniker inom vuxenpsykiatri i Sverige är SPUR-inspekterade de senaste fem åren vilket innebär att ca 60 kliniker sannolikt har ett behov av inspektion relativt snart.

Beställning av SPUR-inspektion kan göras till SPUR-kansliet, Ylva Öijvall, ylva.oijvall@slf.se. Ange gärna när ni vill att inspektionen sker och hur många ST-läkare som finns på kliniken. För ytterligare information läs på www.slf.se/spur eller kontakta fackliga sekreteraren Kerstin Lindell på mail kerstin.h.lindell@skane.se eller tel 070-3234771. ◀

Lise-Lotte Risö Bergerlind, ordförande SPF
Kerstin Lindell, facklig sekreterare SPF

*Varför skulle vi bekymra oss om döden? Livet har ju så många uppgifter som måste lösas först.
Konfucius*

*Dröj inte med att beundra körsbärsträdets blom –
En stormvind kan rycka bort dem under natten.
Japanskt ordspråk*

*Döden äro vi livet skyldiga.
Fredrik Ström
(Svenska ordspråk)*

Att psykiatri är själsläkekonst i förening med vetenskap gör psykiatri till en av de mest intressanta och givande verksamheterna inom medicinen. Som Jan Pilotti framhåller finner vi både materialistiska och icke-materialistiska (dualistiska) föreställningar om t.ex. människans själ. Det betyder dock inte att båda föreställningsvärldarna är likvärdiga i vår strävan efter att förstå människan.

Att skiljas från livet och inte längre finnas till är människans förutbestämda öde (liksom djurens och växternas). Vi får tidigt veta vad som väntar, men tänker vanligen mer på döden först under den senare delen av livet. Förutom att inte längre få vara med, stiga upp och möta en ny dags händelser och människor - eller som en nära vän skrev kort före sin död: *"en insikt om hur slutet på ett liv måste vara: att se vad som lämnas men inte kunna stanna kvar och fortsätta ta del av vad man ser"* - så undrar vi kanske vad som händer när vi dör.

Dualismens 3000-åriga liv

Den traditionella föreställningen att vi lever i två samverkande men åtskilda världar, en fysisk och en mental (kropp och själ) - så kallad *dualism* med rötter hos Platon - har hjälpt till att underbygga tankar om själens överlevnad i ett (nytt) liv efter detta, kanske bland anförvanter, vänner, änglar eller andar i en annan värld. Eller att vi i denna värld kan återfödas i nya skepnader genom själavandring. Möjligheten av att medvetandet redan under våra liv sträcker sig utanför hjärnan kan ses som troligt: *"Medvetandet är inte begränsat till kroppen, det är gränslöst"*.¹

I sin kritiska granskning av de tre monoteistiska religionerna (judendom, kristendom, islam) beskriver den franske filosofen Michel Onfray dessas dualism bland annat som en reaktion på varandets *"tomrum som öppnar sig för den som förstår att han en dag ska dö, att hans vistelse på jorden är begränsad i tiden"*.²

Att allt en dag skulle vara slut och att döden är slutgiltig för människan och hennes själ har nog uppfattats som alltför *oåterkalleligt* för att vinna uppskattning, och sålunda har en trösterik föreställning om en annan värld blomstrat under flera årtusenden. Man kan nog säga att denna dualism är en vacker - men hittills grundlös - illusion som ännu är fast förankrad i många kulturer inkluderande vår egen.

Själ och odödlighet

Nära-döden-upplevelser (NDU)³ och Utanför-kroppen-upplevelse (UKU) har ofta anförts som bevis för att själen skulle kunna existera utanför och oberoende av kroppen. Detta trots att hallucinationer åstadkomna av droger som meskalin, LSD, kokain; av isolerad ensamhet; i drömmar - utgör rimligare och tillräckliga förklaringar till fenomen som också kan uppstå vid livshotande tillstånd, t.ex. vid syrebrist i hjärnan. Den finlandssvenske filosofen Hans Rosing har gjort en utförlig och upplysande genomgång av beskrivna fall av NDU och UKU.⁴

Den mirakulösa hjärnan och dess kropp

I sökandet efter själens existens kommer den neurobiologiskt orienterade filosofen John Searle oss till hjälp: *"... den filosofiska lösningen på det traditionella kropp-själ-problemet är att poängtera att alla våra medvetna tillstånd utgör högre nivåer eller systemfunktioner i hjärnan, vilka samtidigt orsakas av mikroprocesser på lägre nivåer i hjärnan. På systemnivå finns medvetande, avsiktlighet, beslut, och mål. På mikronivå har vi nervceller, synapser, och signalsubstanter."*⁵ Searle framhåller också att *"Det är ett slags mystifikation att anta, att eftersom vi kan skriva poesi och utveckla vetenskapliga teorier, så innefattar dessa på ett eller annat sätt en separat verklighet, som inte är en del av den enda verkliga världen vi alla lever i."*⁶

Även neurologen Antonio Damasio kommer till hjälp i sin beskrivning av den komplexa organisationen av nervceller i hjärnan, vars mirakulösa systemfunktioner ännu bara kan anas: *"... om man betänker att det finns mer än 10 miljarder nervceller och mer än 1000 miljarder synapser, inser man att varje enskild nervcell endast är förbunden med en mycket ringa del av hjärnan. Om vi på måfå plockar ut några celler i hjärnbarken eller i någon kärna kommer vi att upptäcka att varje nervcell endast står i regelbunden kontakt med ett smärre antal andra celler. Och i många fall rör det sig om celler i dess omedelbara närhet, eller i lokala banor i ett visst område av hjärnbarken eller en kärna. Och inte ens de celler som med sina nervtrådar når flera millimeter, eller rent av centimeter, genom hjärnan, står i förbindelse med fler än ett förhållandevis litet antal andra nervceller."* Damasio liknar hjärnans arkitektur vid hierarkier av nivåer och hjärnan i dess helhet som ett *supersystem* av underordnade system:

Nervceller
Lokala kretsar
Kärnor under hjärnbarken
Hjärnbarkens olika områden
System
System av system ⁷

Dödens meningsfullhet och existensen efter döden

Som tidig materialist söker den grekiske filosofen Epikuros (341-270 f Kr) lugna oss inför det ofrånkomliga: "Där döden är, är icke jag, och där jag är, är icke döden."

Finns det då *något* sant i ett liv efter döden? Svaret blir faktiskt ja. Vi själva, liksom djur och växter, kommer från något när vi koncipieras och sedan föds, och vi övergår till något när vi dör. "Det förflutna finns här och nu. Det finns i vår kropp, vars atomer är miljarder år gamla, det finns i våra gener som är miljoner år gamla, det finns i vårt språk, i våra vanor och sedvänjor, i vår konst, i våra arkiv. --- Att dö är att [som stoff] förenas med dem som redan avlidit." ⁸



Foto: Shutterstock.com

Vi har sakta börjat lämna den platonska och den kristna dualismen jämte spiritismen bakom oss. Våra själsliga förmågor förklaras bäst av en (mirakulös och besjälad) *materialism* – våra själsfunktioner tillhör hjärnans högsta. När vi dör så gäller det således hela människan med sin hjärna och själ, och det är slutgiltigt för oss *som människor*. Men vi övergår till stoft som i sin tur ger upphov till fortsatt liv i växter, djur och människor.

Som döda kan vi *leva kvar* i de efterlevandes minnen. Några blir odödliga för sina bidrag inom vetenskap, litteratur och konst. Någon gång tänker vi som nära och kära tanken: "*hon sitter säkert där på sitt moln*", d.v.s. vi mjukar upp den oåterkalleliga materialismen med en *metafysisk* tanke, eftersom vi behöver tröst, och så gärna vill hålla den avlidna levande i våra minnen så länge vi lever. ◀

Tord Bergmark
Spec. psykiatri och allmänmedicin
Leg psykoterapeut
Stockholm

Referenser

- ¹ Idagsidan (SvD 3/3 2010 s. 18).
- ² Michel Onfray, *Handbok för ateister. En ateologisk betraktelse* (Nya Doxa 2006, s. 88).
- ³ Jan Pilotti, *Psykiatrin och människans själ* (Sv. Psykiatri 1/2010, s. 66-67).
- ⁴ Hans Rosing, *Den personliga identiteten och livets mening* (Schildts 1986, s. 100-108).
- ⁵ John Searle, *Freedom & Neurobiology. Reflexions on Free Will, Language, and Political Power* (Columbia University Press 2007 s. 58-59).
- ⁶ Ibid. (s. 22).
- ⁷ Antonio Damasio, *Descartes misstag* (Natur och Kultur 1994/2003, s. 54-55).
- ⁸ Hans Rosing, *Den personliga identiteten och livets mening* (Schildts 1986, s. 228-229).

Medveten närvaro och rumslighet - om relationell konst inom vården

När konstnärer möter vården handlar det vanligen om utsmyckning av lokaler eller behandling med konstbaserade terapiformer. Inom BUP i Stockholm startades ett annorlunda projekt på initiativ av bland annat Landstingets konstnämnd. I samband med en omorganisering skulle BUP samla den utspridda avdelningsbaserade verksamheten i Sachska barnsjukhuset som lämnats av barnsjukvården. Den barnpsykiatriska verksamheten där skulle präglas av familje- och nätverksinriktade insatser som utmärks av delaktighet och samskapande. Utformningen av miljön och verksamheten kunde inkludera medverkan av konstnärer inspirerade av den samtida relationella konsten.

Sju rum på Sachs

Man hoppades på att ett konstnärligt tänkande, konstnärlig kompetens och praktik skulle kunna bli en aktiv integrerad del av verksamheten och synliggöra denna och dess behov. Konstnärer och behandlingspersonal möts i en värld som präglas av utsatthet, osäkerhet och oförutsägbarhet. Två konstnärer startade projektet *Närvaro* och två projektet *Sju rum på Sachs*. Konstnärerna fick god tid att förbereda sig genom besök på de enheter som skulle sammanföras under samma tak. Konstnärerna hade regelbundet samtal med personalen och deltog i viss verksamhet.

Projektet Sju rum leddes av Stefan Otto och Lotta Mossum. Det byggde på föreställningen om rummet som ett "lockande väsen", som en kommunikationsyta. Det skulle svara emot och hantera paradoxen att både vara hållande och flexibelt föränderligt. Rummen fick namn efter den aktivitet de skulle rymma och stödja. "Lek" är ljus och soligt, "Ro" bygger på ytornas vatten- och himmelstoner. "Scen" har ett antytt upphöjt hörn med guldrum och röd sammetsridå. Inom guldrumen kan man sätta upp bilder och skapa meningar med ord på kylskåpsmagneter. Även om rummen har enkla namn kan det som sker där inne vara dramatiskt, mångtydigt och komplicerat. I "Tal" finns ett högt sittande fönster med naturmotiv samt förskjutbara olikfärgade glasskivor som kan användas för att framhäva skilda nivåer i motivet och skapa olika stämningslägen. Rummens föränderlighet innebär att de som konstprodukter aldrig är slutgiltiga, utan tänkta som redskap för personal, familjer och ungdomars lust att påverka och förändra.

Projektet "Närvaro"

var av helt annan karaktär. Det realiserades genom att konstnärerna Malin Arnell och Niklas Hansson alltmer kunde släppas in i verksamheten och låta sin konstnärligt baserade närvaro verka i samspelet, även om denna närvaro naturligt nog kunde väcka osäkerhet. De kunde föra in annorlunda tankegångar i vårdmiljöns slutna, om än mentalt sofistikerade värld. Hindren handlade om sekretess i betydelsen slutenhet, ambivalens och viss brist på tillit, i en mening begriplig då de var "främmande fåglar", samtidigt intressant då just dessa fenomen präglar mycket av dysfunktionellt samspel i familjer. Konstnärernas reaktioner och kommentarer som "deltagande vittnen" hade också den ovanliga utgångspunkten att de inte var inordnade i ett sammanhang som syftade till behandling och förändring vilket skapade ett komplement utifrån en unik frihet.

Det skapades tankeutrymmen som annars knappast hade kommit till stånd. Detta kunde bidra till att synliggöra mönster som annars förblivit osynliga och förtydliga strukturer som annars förblivit vaga, vilket i nästa fas kan komma de intagna ungdomarna och deras familjer till godo. Arbetet kom naturligt nog att delvis präglas av vissa motsättningar mellan konstnärernas medvetna uppfattning och personalens mer konventionella föreställningar om vad konst skulle, kunde och borde vara. Under 2004 - 2005 finansierades konstnärernas arbete av anslag samt under 2006 av BUP då man bedömde att konstnärerna berikat både den psykiska och fysiska miljön. Det behövdes tid för att befästa deras bidrag så att dessa genom personalens försorg även fortsättningsvis skulle kunna inflyta på verksamheten och därigenom leva upp till målsättningen att vara ett oavslutat konstprojekt. BUP-verksamheten hade under projektiden genomfört den genomgripande omorganisationen, och divisionschefen fann att konstnärerna genom de konstinspirerande frågor de ställt och aktiviteter de genomfört hade bidragit till omvandlingen inom BUP. Erfarenheter av samtal, seminarier, arbetsgrupper och workshops har förts tillbaka till avdelningarna och öppnat för vidare reflektion.

Dokumentationen av projektet blev innehållsrik. Den innehöll, förutom en beskrivning av projektet, deras utveckling och process, också bilddokumentation, dagböcker och reflekterande essäer över projektet av andra konstnärer, forskare från Konstfack, Danhsögskolan, Södertörns högskola samt inte minst intervjuer med behandlare och chefer inom BUP. ◀

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Till denna artikel saknas några illustrationer som författaren vill ha med. Vi har dock i skrivande stund inte hunnit få in tillstånd från fotograferna. Illustrationerna kommer att presenteras i nästa nummer av Svensk Psykiatri

Redaktionen



Unga psykiatrforskares nyheter

Under ett eftermiddagsspass på Svenska Psykiatrikongressen fick några nydisputerade forskare och några doktorander presentera resultat av sina projekt. Lars Farde och Jerker Hetta ledde det fascinerande avsnittet. Redan inledningsvis påpekade Lars vitaliteten i den aktuella forskningen, och många spännande projekt har lett till stipendieansökningar.

Johan Lundberg, Huddinge, disputerade 2006 på en avhandling om molekylär hjärnbildning med fokus på serotoninsystemet. Under hans postdoktorala tid har forskargruppen färdigställt ett arbete där de studerat sju vanliga antidepressiva med avseende på samband mellan dos och blockad av det förmodade målproteinet (serotonintransportören). Det tycks som att dosökning (eg. ökning av plasmakonc.) endast initialt leder till högre grad av blockad. En tolkning av resultaten är att när vi som kliniker ser utebliven respons vid rimligt hög dos bör vi fundera på alternativa regimer snarare än att öka dosen ytterligare.

Susanne Henningsson i Göteborg studerade sambandet mellan rollen för **genetiska faktorer**. Sekvensen gen – protein – proteinfunktion – imaging; genotyp och psyke var fokus. Amygdala-aktivitet kopplades till genetik och imaging. Genvarianter kunde kopplas till låg serotoninerg transmission och hur emotionella stimuli bearbetades i amygdala. Som exempel nämnde Susanne att TPH2 var kopplad till att patienter med alkoholberoende fick mycket ångest. Fenotyp sammankopplar amygdalafunktion och utveckling av depression efter emotionella trauma. Likväl behövs verifiering – sambandet mellan orsak och verkan osäkert.

Lena Brundin i Lund använde i **depressionsstudier** en likvorstudie och biomarkörer och faktoranalyserade. Låga 5-HIAA-nivåer vid våldsamma självmordsförsök är känt sedan tidigare. Men fler mekanismer torde vara inblandade – GABA, hormoner, **inflammatoriska faktorer**. "Sickness behaviour" är relaterat till depressivt beteende. Interferon, och interleukiner är spännande. IL-1α, IL-6 och cytokin-RNA är förhöjda hos personer som gjort suicidförsök.

Mikroglia är aktiverade vid såväl depression som schizofreni. Andel falskt positiva påfallande låg.

Orexin är en annan faktor av intresse. Men även här är sambandet mellan orsak och verkan osäkert – vad är kausalsamband och vad är endast statistiska samband?

Demensforskning har tagit ordentlig fart. Anton Forsberg har studerat kopplingen mellan amyloida plack, PET-bild, och hyperfosforylerat tau-protein. 20-30 % av befolkningen över 85 år har demens, kostar 30 miljarder per år.

Men inte heller på detta område är sambanden enkla – en hel del kognitivt friska har höga nivåer av amyloid.

Så till dem som snart ska disputerar. Lena Backlund arbetar på en avhandling om **genetiken vid mani**, i samverkan mellan Affektiva enheten på Huddinge sjukhus och genetikern professor Martin Schalling (vars mor Daisy var världskänd psykologiprofessor och samarbetade med KS-psykiatrer), och docent Urban Ösby på KI. Kognitiva symptom vid mani är associerade med P2RX7-genen (n = 919). Blodprov har efter samtycke tagits för fenotypning och DNA-studier. Många och växlande kandidatgener, men heretabilitet 79-93 %. Polygen nedärvning – kanske 30 gener är inblandade. Single nucleotide polymorphisms studerade, 36 SNPar i 8 kandidatgener. Litiumsåret förefaller kopplat till viss gen. SNP rs2230912 och P2RX7-gen associerade med bipolär sjukdom. Disträherbarhet kopplad till dysfunktionell arbetsminne.

Eleonore Rydén, Norra Stockholms psykiatri, har studerat sambandet mellan **bipolär sjukdom och ADHD**. Den utmärkta studien är redan refererad i artikeln "Några intryck från 2010 års psykiatri" (detta nummer). Därför upprepar jag bara att fakultetsopponenten och betygsnämnden bara hade idel lovord, och Eleonore uppmanades att snarast skicka sina studier till den arbetsgrupp som arbetar med att se över klassifikationen av affektiva syndrom till DSM-V, så att man kan överväga att införa en ny subgrupp.

I en viktig studie hade Ulf Jonsson i Uppsala överbrygga klyftan mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri. **Deprimerade tonåringar** följdes först upp under gymnasietiden och sedan vid 30 års ålder. Av dem som var deprimerade under tonåren löpte 50 % risk för depression i vuxen ålder. Troligen har längden och djupet av depressionen prognostisk betydelse. De med långvariga tonårs-depressioner hade sämre prognos.

Studien visar åter faran med att barn- och ungdomspsykiatri alltför nära kopplas till pediatrik – longitudinella multidisciplinära studier av psykiska funktioner torde vara viktigare. Nog för att vi inom psykiatri ska ha nära samband med och följa utvecklingen inom många grenar av somatiken, men betydelsen av det longitudinella perspektivet kan inte nog understrykas. ◀

Ulf Rydberg

Professor emeritus i klinisk alkohol- och narkotikaforskning, specialist inom psykiatri

Att samtala på rätt nivå

Hur du kan hjälpa alla de ”inte motiverade”, de som uteblir trots stort hjälpbehov, de som aldrig blir bättre trots långvarig samtalskontakt och där din vanmakt bara ökar!

Säkert har du mött dessa patienter och arbetar du inom Barn- och ungdomspsykiatri eller Barn- och ungdomshabilitering så har du mött många föräldrar och ungdomar där vanlig samtalsstil inte leder till någon bärande kontakt.

Jag är specialist i Barn – och ungdomspsykiatri, har en mångårig bakgrund inom barnpsykiatri och arbetar sedan flera år tillbaka på Barn- och ungdomshabiliteringen i Karlstad. De senaste 7 åren har jag också arbetat med en privat samtalsterapeutisk mottagning för framför allt unga vuxna med stora problem att fungera i vardagen. Jag arbetar huvudsakligen med Jagstrukturerande psykoterapi, en kognitiv personlighetsutvecklande psykoterapimetod, på min terapimottagning som har visat sig ge ett mycket bra resultat. I mitt arbete på BUH använder jag både terapimetoden och Jagstrukturerande förhållningssätt dagligen.

Det senaste året har jag varit projektledare för pilotprojektet ”Att samtala på rätt nivå - om Jagstrukturerande förhållningssätt och psykoterapi” inom BUH, Karlstad. Bakgrunden till pilotprojektet är att vi 2007 gjorde en bred inventering, bland alla medarbetare, av viktiga områden där en förbättring av vårt arbete var nödvändig. Högsta prioritet gavs att hitta en verksam metod att nå de patienter och familjer där vi på grund av stora svårigheter att etablera samarbete misslyckades att komma in med nödvändiga insatser. Påtagliga svårigheter att etablera ett samarbete bedöms ha mycket stora och ibland allvarliga konsekvenser för barn och ungdomar med funktionsnedsättningar när det gäller deras möjlighet till optimal utveckling.

En orsak till att föräldrar/ungdomar har samarbetssvårigheter kan vara bristande jagstruktur. Utifrån problembeskrivningen var det nödvändigt att hitta en metod som kunde fungera för att skapa en anknytning till dessa föräldrar/ungdomar. Vi valde Jagstrukturerande förhållningssätt (JSF) och Jagstrukturerande psykoterapi (JSP) som tydligt preciserar svårigheter och hur man kan möta dessa.

En person med bristande jagstruktur har sådana språkliga brister att den vanliga dialogformen vid samtal inte går att använda om man vill få till stånd ett effektivt sätt att samtala. Dessa människor kan ha stannat upp i sin personlighetsutveckling eller fastnat i en krisreaktion. Svårigheterna medför stora negativa konsekvenser för den psykiska hälsan.

Bristande jagstruktur kan visa sig genom att personen:

- erbjuds insatser men har svårt att använda dessa
- uteblir från viktiga inplanerade möten
- har svårt att tänka i framtidstankar
- har svårigheter att passa tider
- har ett beteende som ofta är impulsstyrt
- har svårt att förutse hur andra tänker, brister i empatisk förmåga
- föräldrar har svårt att se sina barns behov

Med jagstrukturerande förhållningssätt (JSF) och en ickepolariserande samtalsstil kan man skapa en samarbetsallians som hjälper klienten att fungera och må bättre. JSF innebär bland annat att man intresserar sig för klienten på ett ofarligt sätt, börjar tala om det konkreta i klientens närhet och det som intresserar klienten.

Att tala på ett ickepolariserande sätt innebär att man i stället för att säga vad jag vill och vad jag tycker använder omskrivningar som man eller vi eller inget personligt pronomen alls. Vidare handlar det om att försöka ta till sig klientens synsätt utan att samtidigt försöka sälja sitt eget men ändå inte ge klienten rätt i alla lägen.

Inte ställa frågor utan medge att man inte vet det och det. Den som ställer frågor är den som vet och hamnar därmed i ett överläge.

Inte vara ambitiös, inte jämt försöka hinna något. Att vara ambitiös innebär att man vill något med sin klient och det är både en polarisering och objektifiering. Att träffas flera gånger kortare tid och tätare fungerar bättre för att etablera ett samarbete.

Jagstrukturerande psykoterapi (JSP)

Vid mer manifesterade svårigheter krävs JSP. På samma sätt som i JSF används den ickepolariserande samtalsstilen under hela terapin.

JSP är en kognitivt personlighetsutvecklande metod som ursprungligen utvecklades för att kunna hjälpa personer med svårare psykiska störningar; t ex psykos och personlighetsstörningar. Metoden skapades av Palle Villemoes, psykiater och psykoterapeut.

I JSP arbetar man med att utveckla patientens kognitiva färdigheter, t.ex. förmåga att tänka och att förstå meningssammanhang. Metoden baseras teoretiskt på den psykoanalytiska teorin såsom den utvecklades av psykoanalytiker Jacques Lacan. Han menade att utvecklingspsykologin till stora delar är ett sätt att beskriva människans väg in i språkssystemet. Om inte denna väg fullföljs uppstår störningar i personlighetsutvecklingen. Den språkliga utvecklingen är därför det centrala i den jagstrukturerande psykoterapin.

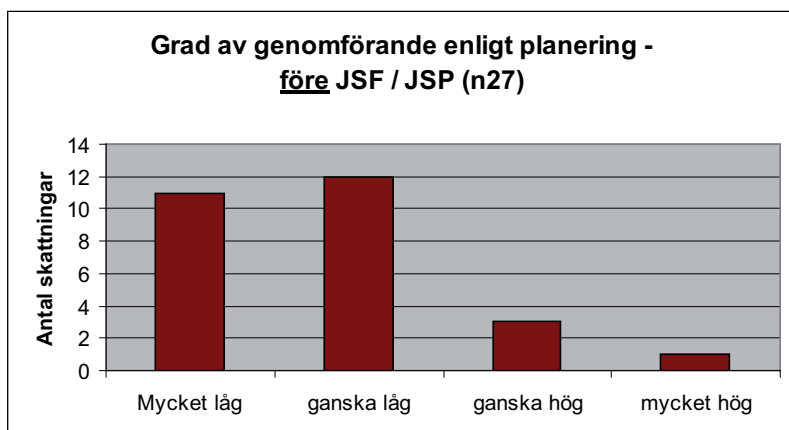
Projektets genomförande

Ett urval av familjer skedde där BUH:s kontakter under lång tid präglats av mycket stora svårigheter att etablera ett samarbete. De patienter/föräldrar som ingått i projektet (n=11) hör till de svåraste inom BUH att över huvudtaget etablera kontakt med. I urvalet ingick flera ungdomar med multipla funktionsnedsättningar inom bl.a. det neuropsykiatriska området. Interventionen riktade sig i vissa fall till en ungdom, i andra fall till förälder/föräldrar.

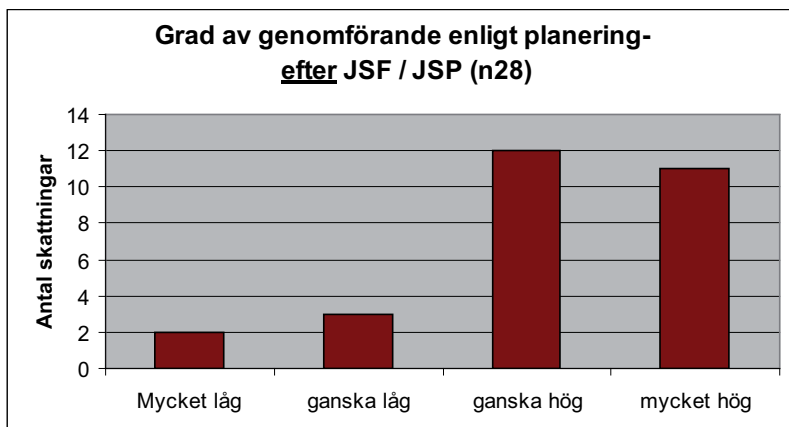
I projektet deltog två arbetsterapeuter, två kuratorer och en psykolog. De fick teoretisk utbildning och regelbunden handledning under projekttiden som varade ca ett år.

Varje projektdeltagande medarbetare hade en till två personer i behandling med JSF under projekttiden. Därtill har jag behandlat tre personer med JSP.

Utvärdering gjordes före och efter interventionen. Medarbetare på BUH som har haft kontakt med aktuella patienter fick via en enkätfråga skatta i vilken grad planerade och överenskomna insatser för de aktuella familjerna hade kunnat genomföras. De flesta medarbetare som har haft kontakt med patienterna och besvarat enkätfrågan har inte deltagit i projektet.



Figur 1. Diagram över i vilken grad planerade insatser har kunnat genomföras – före JSF/JSP-insatsen



Figur 2. Diagram över i vilken grad planerade insatser har kunnat genomföras – efter JSF/JSP-insatsen

Betydelsefulla insatser, som tidigare hade planerats, har nu kunnat genomföras.

Jagstrukturerande förhållningssätt och psykoterapi ger unika möjligheter att nå de människor som annars inte skulle få tillgång till vård och stöd inom t.ex. habilitering och psykiatri.

Är du intresserad av att få mer information om JSP och JSF, kontakta mig på maria.l.fernstrom@liv.se (här kan även beställning av rapporten göras) eller annika.stencrantz@telia.com (utbildar i metoden). ◀

För referenser se www.jagstrukturerande.se

Maria Fernström
Barn- och ungdomshabiliteringen
Karlstad

Baby Worries

A randomized controlled trial of mother-infant psychoanalytic treatment

Björn Salomonsson, Karolinska Institutet 2010

Arbetet försvarades den 16 april av psykiatrikern och psykoanalytikern Björn Salomonsson. Det handlar om en form av psykoanalys, "mother-infant psychoanalytic treatment" (MIP), i en form som utarbetats under de senaste tjugo åren, huvudsakligen av den svenske läkaren och psykoanalytikern Johan Norman. Den är en av flera metoder att arbeta med spädbarn vilka visar tecken på problem, till exempel vad gäller amning, humör och sömn. Analytikern träffar mor och barn tillsammans. Analytikern söker kontakt med barnet och talar till det utifrån hur han/hon förstår barnets inre läge baserat på hur det beter sig i rummet.

I avhandlingen undersöktes teoretiska begrepp för att beskriva den kliniska processen och relationen mellan analytikern och spädbarnet. Detta gjordes utifrån single-case studier. Arbetets kärna är dock den kontrollerade randomiserade studien av MIP jämfört med sedvanlig behandling på BVC, med 40 spädbarn under 1½ år i varje grupp. De som fick MIP hade också sedvanlig kontakt med BVC. Barnen pediater-undersöktes innan behandlingarna inleddes. Utvärderingsmåttan täckte olika aspekter av spädbarnet, modern och deras relation. Man studerade bland annat depression hos modern och hennes psykologiska stressnivå, mor-barnrelationen och barnets sociala och emotionella fungerande med hjälp av skattningsformulär. Instrumentet ASQ:SE, Squires et al, 2002, med vilket modern skattade barnets sociala och emotionella fungerande, studerades i en separat valideringsstudie. Dess poäng visade sig ha högre samband med moderns mentala tillstånd än med videobaserade skattningar av barnet gjorda av professionella bedömare. Instrumentets validitet på kliniska grupper kunde därigenom ifrågasättas.

MIP, i medeltal 23 sessioner med en frekvens av 2-3 ggr/vecka, gav signifikant bättre resultat på mamma-depression, mamma-sensitivitet för sitt barn och mor-barnrelationens kvalitet. Mödrarna indelades i skilda s.k. ideal-typer som fördes samman till två huvudtyper; "Deltagande" mödrar som var angelägna att utforska sin delaktighet i barnets svårigheter, respektive "Övergivna" mödrar som snarare var inställda på att få expertråd. Barnen indelades i "Opåverkade" barn som verkade fungera tämligen väl respektive "Påverkade" barn med tecken på svårigheter. MIP föreföll fungera bra särskilt bland de Deltagande mammorna, vars sensitivitet förbättrades signifikant mer genom MIP än genom BVC-behandling. Ängsliga mammor med egna upplevelser av övergivenhet bedömdes sannolikt behöva mer stöd än MIP-tekniken ger utrymme för.

"Påverkade" spädbarn – med tydliga tecken på störningar – hjälptes bättre av MIP än av den gängse insatsen från BVC. Detta gällde framför allt deras relation till mamman liksom deras mammas känslighet.



Foto: Shutterstock.com

Mekanismen antas vara att analytikern "håller" mammans och barnets ångest och gör deras kommunikation mer begriplig. Detta förutsätter i sin tur att barnet upplever den icke verbala aspekten av psykoanalytikerns tilltal som meningsfull.

Disputationen inleddes av opponenten Miri Keren, israelisk barnpsykiater och blivande ordförande i World Association of Infant Mental Health. Hon gav bland annat en översikt av den konceptuella basen för behandling av spädbarn och metodologiska infallsvinklar på behandling. Frågor som kom upp under disputationen var bland annat synen på spädbarnsdiagnostik samt fädernas roll, dels i barnens utveckling och därmed eventuella störningar, dels vad gällde deras frånvaro i studien. Respondenten framhöll vikten av ytterligare studier för att bekräfta resultaten och om möjligt komma närmare frågan om vilka de kurativa faktorerna kan vara.

Att ha genomfört en kontrollerad randomiserad studie inom detta område med rekrytering av klienter, datainsamling, samarbete med såväl BVC-personal som skattare och behandlare, vars metodtrohet också bedömdes, utan tillgång till stödet av ett etablerat forskarteam, måste bedömas som en bedrift. ◀

Björn Salomonssons avhandling kan laddas ner på
<http://diss.kib.ki.se/2010/978-91-7409-830-3/>

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm



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.



PSYKIATRIFONDEN

WWW.PSYKIATRIFONDEN.SE

Möte för UEMS Section & Board of Psychiatry i Stockholm under värdskap av Svenska Psykiatriska Föreningen och Svenska Läkaresällskapet

Ett askmoln från vulkanen Eyjaflajökull stoppade några delegater när UEMS "Section and Board" skulle ha sitt vårmöte i Stockholm den 15-17 april. Tolv deltagare kom aldrig fram, däribland administrativa sekreteraren och kassören. Flertalet av de cirka 30 deltagarna som kom fram fick dock betydande svårigheter att ta sig hem. Finländare kunde ju ta färjan och till slut abonnerades en buss från Tyskland som kom upp för att hämta merparten av dem som skulle söderut. Priset blev avsevärt mindre än hälften jämfört med vad en bussfirma från Stockholm ville ha för att köra ner till norra Tyskland. Intressant, om än ganska generande, att konstatera att det svenska bussbolaget hoppades kunna profitera rejält på den relativa desperation som uppstod i askmolnets skugga.



UEMS

UEMS (Union of European Medical Specialties; Union Européenne des Médecins Spécialistes), Section and Board of Psychiatry träffas två gånger om året för att främja fri och rörlig arbetsmarknad för läkare inom EU. Det kan bl.a. gälla harmonisering av specialistutbildning och riktlinjer för ändamålsenlig kompetens för en psykiater. Andra frågor som främjar god och säker vård berörs, ofta beredda i form av tidsbegränsade arbetsgrupper vilkas rapporter kan vidimeras via ett remissförfarande som inbegriper respektive nationell specialistförening. För närvarande är det 28 medlemsländer, tre associerade medlemsländer - Kroatien, Turkiet och Israel - samt fem *observers*; European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT),

European Psychiatric Association (EPA), Permanent Working Group (PWG), WHO och World Psychiatric Association (WPA). Ytterligare två EU-medlemsländer, Rumänien och Bulgarien, var inbjudna till sitt första möte men hade inte möjlighet att komma.

Mötet

Mellan reseplanering och sociala aktiviteter samlades deltagarna på Klara Östra Kyrkogata, i Svenska Läkaresällskapets anrika hus.

Vårmötet diskuterade arbetsformer och vilket fokus vi ska ha framöver. En viktig del i UEMS arbete är *Visitation of training schemes* dvs motsvarande Europeiska SPUR-inspektioner. *Visitation* är en hjälp att se över ST-målbeskrivningen men även hur de olika länderna hanterar eventuella certifieringar av *training clinics*, och hur länderna garanterar att ST-läkarna uppnått målen och vem som certifierar enskilda ST-läkare.

Certifiering av CME-kurser görs via EACCME och detta ger UEMS Section & Board of Psychiatry en del inkomster och sköts av en särskild arbetsgrupp.

UEMS tar fram riktlinjer eller *policy papers* som är ämnade att ge nationella organisationer en gemensam europeisk bas i olika frågor. Cirka fyra arbetsgrupper är igång samtidigt och målsättningen är att arbeta fram ett dokument under en tid av två-tre år. Nuvarande arbetsgrupper arbetar med geropsykiatri, stigma, kartläggning av psykoterapiutbildning, förhållningssätt till privat praktik inom medlemsländerna samt relation mellan professionen och läkemedelsföretag. På väntelistan står översyn av principer för tvångsvård.

Inledande respektive socialt program

Det nationella inslaget i mötet var en förmiddag med föreläsningar vid Psykiatri Sydväst invid Karolinska Huddinge där svensk och provinsial (Stockholm) psykiatri presenterades. Lise-Lotte Risö-Bergerlind hälsade alla välkomna och redogjorde för svensk psykiatri och SPF, Nils Lindefors beskrev psykiatrin som den bedrivs lokalt, med Stockholmsfokus, och Kajsa Norström tillsammans med ST-studierektor Elina Sarasalo gav inblick i nuvarande och planerad ST-utbildning enligt aktuella riktlinjer. Slutligen fick vi en mycket aktuell redovisning av Herman Holm av den översyn som han med Øera gjort på SKL-uppdrag avseende den svenska psykiatriska heldygnsvården.

Återresan mot city gjordes i form av en guidad busstur förbi Drottningholm och genom Stockholm.

P.g.a. trafikstockning fick vi avstå från besök vid Fiskargatan 9 (där en viss Lisbeth Salander sägs husera) men vi hann med utsikten från Fjällgatan, strömmen, slottet och citykärnan. Den ena kvällen blev minnesvärd med svenskt smörgåsbord och den andra med en guidning av och tillika middag på Nobelmuseet i Gamla Stan. Det hölls tal där SPF's och den svenska gästfriheten hyllades värtaligt.



På lördagen upplöstes mötet och merparten antrade den buss som chartrats från Tyskland och som kom och hämtade deltagarna vid hotellet. Vissa valde dock att stanna i Stockholm och invänta flygtur hem. Våra grekiska kollegor nådde Grekland först fyra dagar senare. Till hösten är det grekernas tur att vara mötesvärdar. Vi får väl hoppas att den relativa turbulens som ännu vidlöder Aten ska stillas till dess.

Vår mötet i Stockholm kommer väl alltid bli ihågkommet som *the Vulcano meeting*. Europa är ganska stort om man nödgas färdas med enbart tåg eller buss. Lika storartat är tyvärr inte Europa när det gäller förmågan att effektivt harmonisera utbildning och kvalitet inom psykiatrin. Det tycks vara ett universellt faktum att politisk styrning av sjukvård beaktar mycket annat utöver patienters behov och professionens råd. Tålmod är en dygd som kommer väl till pass när det gäller samverkan i Europa, men vi tycker definitivt att det är mödan värt. Vi uppskattar och gläds åt det förtroende som det innebär att representera svensk psykiatri



inom UEMS Section & Board of Psychiatry.

Ett stort tack riktas till Marita Signarsson som nu, liksom så ofta tidigare, var den administrativa klippan för mötet.

Tack också till föreläsare samt till Svenska Psykiatriska Föreningen och dess styrelse som bidrog till att mötet blev lyckat trots det isländska vulkanutbrottet. ◀

Svenska representanter i UEMS Section & Board of Psychiatry:

Kajsa B Norström, överläkare vid Capio Lundby

Nils Lindefors, professor vid Karolinska Institutet och verksamhetschef vid Psykiatri Sydväst i Huddinge

Foto: Nils Lindefors



Cullbergstipendiater 2010

I hård konkurrens har följande personer tilldelats Johan Cullbergs resestipendium 2010:

- **Anna Svensson, Hudiksvall.**
För resa till Centre for Rural and Remote Health, Orange, Australien, för studier av problem och arbetsmetoder för att stödja aboriginernas mentala hälsa
- **Christoffer Rahm, Stockholm.**
För studieresa till EPPIC-kliniken för patienter med förstagångspsykos, Melbourne, Australien
- **Johan Fredrik Emilsson, Göteborg.**
För resa till Columbiauniversitetet i New York, USA, för studier av depression och panikångest
- **Elisabeth Lundén, Borås.**
För resa till Edinburgh och Leeds, Storbritannien, för att studera diagnostik och behandling av konversionssyndrom och andra somatoforma syndrom
- **Elena Zadorina, Södertälje.**
För resa till Bodø, Norge, för att studera ett projekt inom akutpsykiatri i Barents-regionen

För stipendienämnden
Tove Gunnarsson

Musiken kan lyfta när motivationen i skolan sviktar

– om Musikprojektet i Malmö

Foto: Shutterstock.com

Konstformerna har haft varierande plats i skolundervisningen. Teckning och musik var tidigare övningsämnen, dans och drama tillhörde fritiden.

Så småningom minskade utrymmet för övningsämnena inom skolundervisningen i allmänhet. I gengäld växte det fram gymnasieskolor med estetiska linjer med plats för samtliga konstformer. Studier visade att mer musik i skolan hade större effekt på elevernas intellektuella utveckling än mer dataundervisning. Men musiken har knappast fått större plats i skolan för det. Men musiken har, rätt använd, speciella potentialer.

Vad gör man med ungdomar som går ut grundskolan utan att vara godkända i kärnämnen engelska, svenska och matematik, ungdomar som inte kan komma vidare på gymnasienivå? Man har goda skäl att tro att detta kan vara ett betydande handikapp för framtiden. Ungdomarnas bakgrund kan vara varierande: problem i relation till lärare och kamrater, inlärnings- och koncentrationssvårigheter, läs- och skrivproblem, högskolfrånvaro eller allt i kombination. Etniska motsättningar, komplicerade familjeförhållanden och otillfredsställande insatser från skolans sida kan bidra.

I Malmö där över 2 000 elever varje år går ut grundskolan utan att vara godkända i samtliga kärnämnen finns sedan mer än 15 år Musikprojektet. Inom detta erbjuder man dessa elever ett tvåterminers program baserat på att en tredjedel av skoltiden används för att skaffa godkända betyg i kärnämnen och två tredjedelar till musik. Ungdomarna spelar, sjunger och samarbetar i små grupper vars sammansättning de själva valt. Under sakkunnig musikerledning ska varje grupp skapa en cd som ska få professionell utformning och professionell lansering. Ungdomarna skriver sina texter själva, texter som ofta hämtar sina teman från deras egna upplevelser och pågående liv. Genom musikaliska uttryck och samskapande av skivan genereras den självkänsla, tro på framtiden och energi som ska bära in i lektionerna med kärnämnen. Och det gör den bland annat för att personalen har förstått vilken miljö och vilket bemötande som behövs för att genomföra projektet. Egna hemtrevliga lokaler, små klasser, klara, tydliga, begripliga och rimliga regler för uppförande och närvaro, en inlämnande kombination av fast struktur och känslig flexibilitet, respekt för ungdomarnas sårbarhet men också för den kompetens som ännu ej fått blomma ut.

I programmet ligger dessutom social träning utanför skolan som eleverna organiserar och har ansvar för, samtal om etniska motsättningar och värdefrågor. Eleverna uppger att koncentrationssvårigheter, tvång och lust att skolka gör sig



mycket mindre påminna i undervisningssituationen i kärnämnen inom Musikprojektet än vad som var fallet inom den ordinarie skolsituationen. Personalen betraktar bristande motivation som ett psykologiskt problem, inte som ett moraliskt, och de respekterar dessa ungdomars låga tolerans för ytterligare misslyckande utöver dem som de redan mött. Ungdomarna orkar nu hantera det motstånd mot inläringen av kärnämnen som trots allt väcks på ett nytt sätt.

Naturligtvis kan, och ska, inte alla elever som inte klarar kärnämnen gå en dylik linje. Musik måste redan tidigare ha varit ett viktigt uttrycksmedel för dem. Men projektet aktualiserar vikten av att finna fram till ungdomars kreativitet, att stödja dem i att finna motivation och våga tro på sig själva.

Vad har då omgivning och nätverk för betydelse i detta projekt? Ungdomarnas föräldrar kontaktas när frånan överstiger en viss gräns, men också alltid när ungdomarna har gjort framsteg. Kontakten med deras tidigare skola är ringa. Ska de återvända till skolan handlar det om en ny klass i gymnasiet. Man vill inte ha någon information om ungdomarna utöver frånan om eventuella neuropsykiatriska svårigheter. Det är viktigt att vara klar över att Musikprojektet har en pedagogisk ram, struktur och metodik. Personalen är pedagoger, inte behandlare. Man betonar dock det nära och givande samarbetet med BUP i Malmö, som cirka hälften av eleverna har eller har haft kontrakt med. ◀

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm



Innehållet i den psykiatriska slutenvården

Frågan om innehållet i den psykiatriska slutenvården har tagits upp på olika sätt under senare år, exempelvis aktualiserades den i en debattartikel i Dagens Nyheter 9/8 -09 och under sommaren av debatten omkring Anna Odells konstprojekt "okänd kvinna 2009-349701" där hon simulerade en psykos och blev tvångsintagen på psykakuten på St Görans sjukhus. Tvångsvården skiljer sig egentligen inte från övrig slutenvård på annat sätt än vad gäller de legalt reglerade tvångsinslagen. Det mesta av tvångsvården är helt jämförbar med annan slutenvård. När jag nu därför tar upp frågan om innehållet i slutenvården handlar det lika mycket om tvångsvården som om vanlig frivillig vård.

Socialstyrelsen har skrivit en rapport om innehållet i den psykiatriska tvångsvården där man genomfört en endagsinventering av patienter som vårdades enligt någon av de psykiatriska tvångsvårdslagarna den 6 maj 2008. Man har kunnat jämföra med endagsinventeringar som gjorts tidigare år. I rapporten konstateras att en allt större andel av slutenvårdsplatserna inom psykiatrin upptas av patienter som vårdas enligt LPT eller LRV. Samtidigt har det totala antalet vårdplatser inom psykiatrin minskat sedan början av 90-talet. Beläggningen på befintliga platser är 99 %. Inventeringen visar att en stor del av de som vårdas med LPT eller LRV får "relativt ensidiga insatser", framför allt läkemedelsbehandling. Få patienter får familjeinterventionsinsatser trots att det fanns en ganska stor grupp patienter som hade barn. Likaså uppgavs endast ett fåtal ha fått psykopedagogiska insatser.

Kritiken i den allmänna debatten har riktat sig dels mot tvångsinslagen som i Odellfallet där hon hävdar att polis och vårdpersonal använde betydligt mera våld än nöden hade krävt. En annan typ av kritik handlar om bristen på psykoterapeutiska insatser inom den slutna vården, bristen på meningsfullt innehåll i vården utöver medicinering – vårdtiden präglas av passivitet och väntan på effekten av medicineringen (DN 9/8).

Det finns många skäl att ta fasta på den här kritiken. Många av oss som arbetar i den psykiatriska vården menar att antalet vårdplatser har skurits ned alltför mycket. Detta har lett till korta vårdtider och att de patienter som nu vårdas på avdelningarna ofta är svårt sjuka. Detta i sin tur leder till att vården får som främsta syfte att dämpa symptom, framför allt oro, ångest, utagerande och självdestruktivitet. De korta vårdtiderna innebär också en risk att personalen inte hinner etablera mera personliga relationer med patienterna. Det är också så att betydligt fler nu vårdas på tvång på akutavdelningarna jämfört med tidigare då man hade fler vårdplatser att spela på. Detta innebär fokus på de legala aspekterna.

Dokumentationen under hela LPT-processen, länsrättsförhandlingar, prövningar av vårdintyg, överklaganden etc. har företrädare p.g.a. den rättsliga hypertrofin. Risken är uppenbar att formella aspekter tar överhanden över de mera vårdmässiga.

Jag har också ett bestämt intryck av att de tidigare miljöterapeutiska inslagen på avdelningarna mer eller mindre har försvunnit. Allt var naturligtvis inte ändamålsenligt i de gamla miljöterapeutiska programmen, men ambitionen att engagera patienter i avdelningens



Foto: Shutterstock.com

inre liv och att aktivera patienterna på olika sätt syns mig vara lägre nu än tidigare av de skäl som redan nämnts.

Personaluppsättningen på dagens avdelningar ser också annorlunda ut än tidigare. Förr fanns utöver sköterskor och undersköterskor/skötare oftast psykologer, kuratorer, arbetsterapeuter, sjukgymnaster direkt knutna till vårdavdelningarna. Arbetsterapin hade ett särskilt ansvar att aktivera patienterna utöver de diagnostiska uppgifter som man hade och fortfarande har.

Inriktningen mot öppenvård har spelat en avgörande roll i den här utvecklingen som jag ser det. Öppenvården har fått mera resurser och det finns en outtalad uppfattning att slutenvården egentligen är av ondo och ska undvikas till nästan varje pris och att all viktig behandling och alla viktiga kontakter ska ske i den öppna vården. Jag har en stark känsla av att slutenvården satts på något slags undantag. Det är ju också numera omöjligt att lägga in någon för en observationsperiod för att få ett bättre underlag för diagnostik och behandling. De mellanvårdsformer som tidigare också fanns har mer eller mindre försvunnit.

Tvångspsykiatrisk vård har över huvud taget länge setts som ett undantag från regeln om frivillighet. Detta innebär att den tvångspsykiatriska vården ses med misstänksamhet från myndigheter, patientorganisationer och allmänhet. Konsekvensen blir att vare sig sjukvårdspolitiker, administratörer eller personal riktigt vill kännas vid den slutna vården, som nu dessutom domineras av tvångsvård. Jag menar att detta är en allvarlig missuppfattning. Tvångsvård är inget undantag – tvärtom förekommer tvångsvård dagligen på de flesta psykiatriska kliniker med slutenvård i vårt land. Det som man till vardags ägnar sig åt kan omöjligt vara ett undantag. När vi tvångsvårdar personer måste de å andra sidan få den bästa vård vi kan erbjuda – det är fortfarande långt till detta.

Slutenvårdens innehåll måste ses över. Är vårdtiderna rimliga? Hur kan man etablera goda samarbetsrelationer mellan personal och patienter på en vårdavdelning? Är det kanske nödvändigt att slutenvårdspersonal i någon utsträckning också finns med i den fortsatta öppenvården av åtminstone vissa patientkategorier?

Finns det anledning att bemanna slutenvårdsavdelningarna återigen med egna kuratorer, psykologer, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, dvs att sådan personal knyts till slutenvårdsenheterna i stället för att som nu kallas in som konsulter. Arbetsterapin kanske borde få i uppgift att ta sig an inläggande patienter på ett annat sätt än nu.

Jag känner mig också litet osäker om slutenvårdens lokaler. Det byggdes en hel del psykiatriska kliniker under 70-, 80- och 90-talen och flera av dem håller nu på att vara ganska nedslitna. Hur ser den fysiska miljön ut på våra vårdavdelningar? Har de ständiga överbeläggningarna som många avdelningar slitit med i flera år nu och ökande säkerhetskrav gjort avdelningarna torftigare nu än förr?

Psykiatrin är mer politiserad än någon annan medicinsk disciplin och det är på både gott och ont. För närvarande finns ett intresse för den psykiatriska vården från politiskt håll. Regeringen har anslagit 50 miljoner per år 2010, 2011 och 2012 för "förbättringar i den psykiatriska heldygnsvården". Fokus i denna satsning ligger på tvångsåtgärderna (tvångsmedicinering, bältesläggning och avskiljande) och psykiatrin ska uppmuntras att se över "rutiner, bemötande och föra en dialog med patienterna för att utveckla mer ändamålsenliga arbetssätt". Tanken är naturligtvis god, men jag tycker det är olyckligt att man fokuserar på tvångsvården och inte på slutenvården i sin helhet. Man får bara hoppas att projektledningen och styrningen gentemot psykiatrin ute i landet inte ensidigt fokuserar på tvångsvårdsinslaget, utan att man försöker se över hela komplexet med behov, resurser och arbetssätt inom slutenvården i sin helhet. ◀

Lars Jacobsson

Professor emeritus/Överläkare

Psykiatriska kliniken

Norrlands universitetssjukhus, Umeå

SCNP - för första gången i Sverige!

Scandinavian College of NeuroPsychopharmacology (SCNP) är ett sällskap för forskare och kliniker från de nordiska länderna, och har till syfte att främja neuropsykofarmakologisk forskning. Sällskapet arrangerar årligen ett vetenskapligt möte som hittills ägt rum antingen i Danmark eller i Frankrike. Nytt för i år är att mötet fortsättningsvis ska alternera mellan de olika nordiska länderna. Först ut var Göteborg som stod som värd för det 51:a mötet, den 12-14 april 2010. Mötet hölls på hotell Scandic Crown, och Göteborgs Stad välkomnade deltagarna genom att bjuda på mingel på Börsen.

203 deltagare tog del av symposier och posterutställning där såväl aktuell neurovetenskaplig forskning som mer kliniska applikationer presenterades. I utbudet fanns neuroinflammation, farmakogenetik, psykoser hos äldre, psykosomatiska sjukdomar, "updates" om psykofarmakabehandling, nya läkemedel under utveckling, och mycket annat. Föredragshållarna kom fr.a. från Norden, men flera var inbjudna från övriga världen, som t.ex. Tyskland och USA.

Nästa år hålls mötet i Oslo i april. Mer information på <http://scnp.org>.

Tove Gunnarsson

Styrelseledamot SCNP

METIS – SK-kurserna i ny tappning – flyttar in i IPULS SK-kurskatalog

METIS-projektet är inne på sitt tredje år. Kursutbudet stabiliseras och överförs till kontinuerlig drift. 15 kurser är hittills utvecklade. 17 kurstillfällen ges under 2010 och cirka 30 kurstillfällen planeras till år 2011. Något fler än 180 ST-läkare har i dagsläget gått minst en kurs.

Kursutveckling

Under senare delen av våren utvecklas kurserna "Ångestsyndrom" och "Psykiatri och samhälle", till hösten "Medicinsk vetenskap" och "Äldrepsykiatri".

Detta innebär att projektet är i hamn med utveckling av kurserna vid årsskiftet 2010-2011.

En meningsfull kursgång

Med en stor del av kurserna utvecklade, kan man nu se helheten och själv skissa på en meningsfull kursgång, där vissa baskurser bör gås före andra (tabell 1). Det kan också vara praktiskt att kunna se vilka kurser man kan gå för att uppfylla målen i målbeskrivningen (tabell 2).

Kurser

På METIS hemsida (www.metisprojektet.se) under menyn "kurser" kan man nu se alla kurser som är sökbara (9 i skrivande stund) och för varje kurs kan man läsa vilka delmål kursen uppfyller så väl som rekommendationer vad gäller kurslitteratur och kursens kompetensmål.

In i IPULS SK-katalog

Parallellt med att de nya SK-kurserna (enligt METIS-formatet) blir ett stabilt kurspaket minskar utbudet av de traditionella SK-kurserna. Detta i enlighet med regeringens uppdrag, att utbudet av kurser till ST-läkare i psykiatri ska öka och att de kurser som ges ska följa en modern pedagogik.

En harmonisering av METIS-kurser med SK-systemet vad gäller ansökningar och anbudsförfarande är på gång. SK-kurser motsvarande ST-läkarnas behov ska finnas varje år. Projektet arbetar tillsammans med IPULS med målsättningen att de nya SK-kurserna i METIS format ska ingå i IPULS SK-katalog som publiceras på IPULS hemsida under hösten. Kurserna som går under 2011 kommer att kunna sökas som de traditionella SK-kurserna med deadline i oktober och maj.

Tabell 1

En meningsfull kursgång – Kurser indelade i baskurser, kurser i sjukdomslära och fördjupning

Baskurser	Sjukdomslära	Fördjupnings
Akutpsykiatri	Affektiva sjukdomar	Rättpsykiatri
Psykiatrisk diagnostik	Psykosjukdomar	Ätstörningar
Psykiatrisk juridik	Beroendelära	Psykiatri och samhälle
Neurovetenskap	Ångestsjukdomar	Medicinsk vetenskap
Psykofarmakologi	Konsultationspsykiatri och psykosomatik	
Sucidologi	Personlighetsstörningar	
	Transkulturell psykiatri	
	Neuropsykiatri	
	Äldrepsykiatri	
	BUP för vuxenpsykiatrer	

Del-mål	Kurs	Block
1	• Suicidologi • Psykiatrisk diagnostik • Psykossjukdomar • Affektiva sjukdomar • Ångestsjukdomar • Personlighetsstörningar	B B S S S S
2	• Neuropsykiatri • Transkulturell psykiatri • Ätstörningar	S F F
3	• Akutpsykiatri	B
4	• Psykofarmakologi	B
5	• Konsultationspsykiatri & psykosomatik	S
6	• Beroendelära	S
7	• Äldrepsykiatri	S
8	• BUP för vuxenpsykiatriker • Psykoterapi	S EJ METIS
9	• Psykoterapi	EJ METIS
10	• Psykiatrisk juridik • Rättspsykiatri	B F
11	• Neurovetenskap	B
12	• Ej kurs	-
13	• Genomgående i alla kurser	
14	• Ej kurs	-
15	• Genomgående i alla kurser	
16	• Handledarutbildning	EJ METIS
17	• Ledarskapsutbildning	EJ METIS
18	• Ledarskapsutbildning	EJ METIS
19	• Medicinsk vetenskap	F
20	• Ej kurs	-
21	• Psykiatri & Samhälle	F

Tabell 2

Här ser du vilka kurser du kan gå för att uppfylla delmålen i SoS målbeskrivning för psykiatri. B=Bas S=Sjukdomslära F=Fördjupning

För METIS projektgrupp
Raffaella Björck



Foto: Carol Schultheis



frågor till..... Olle Hollertz

Här presenteras styrelsemedlemmar från de tre föreningarna SFBUP, SPF och SRPF. Syftet är att belysa den mer personliga och privata sidan av personen.

Möt Olle Hollertz:

"Ska jag gå här bakom korna resten av livet?"

Det var en fråga som Olle ställde sig som bonde i Östergötland. Han var 30 år och sålde sin gård. Olle har inte ångrat att han bytte lantbrukarlivet mot psykiatri.

Olle Hollertz är känd för de flesta av oss som skattmästare i Svenska Psykiatriska Föreningen sedan många år. Vid årsmötet 2010 tackade dock Olle för sig men stannar kvar som revisor i föreningen. Olle arbetar som psykiater på psykiatriska mottagningen i Oskarshamn och är chef för psykiatriförvaltningen.

Ränderna går dock aldrig ur och sedan ett år tillbaka är Olle mänskensbonde. Han och hustrun köpte en gård i Bråbo. Familjen har får och lite höns.

Olle är inte personen som kellar med djuren. Fåren han har hemma har han för att de betar bra och för att han tycker om kött från lamm.

- Djur är ärliga, säger Olle. De ljuger aldrig och behöver inte tolkas på samma sätt som människor.

I läkarjobbet får Olle kombinera naturvetenskap med filosofi och psykologi. Sigmund Freuds adept CG Jung är en förebild inom psykologin. Olle tycker det tjafsas för mycket om olika terapiformer och fokus hamnar fel.

- I stället för att träta om fördelarna med KBT eller psykodynamisk terapi borde vi titta på andra saker, säger Olle.



Foto: Carol Schultheis

Vår uppgift i psykiatrin är inte bara att bota, utan också att påverka samhällets syn på människor som är annorlunda.

Olle använder mycket av sin tid att åka runt i landet för att föreläsa om neuropsykiatriska funktionshinder, som ADHD och Aspergers syndrom.

– Idag slösar vi bort en massa begåvade människor som kanske är geniala inom ett litet område. De slås ut tidigt, eftersom de inte har den sociala kompetens som förväntas av dem. Som psykiater vill jag förstås hjälpa människor, individer, men jag vill också verka för att samhället accepterar människor för dem de är.

– Jag tycker om att jobba med händerna, säger Olle Hollertz. Järnet är ett förlåtande material, när det är tillräckligt varmt kan du forma det som du vill. Sen har vi det där med Jung, symboler och arketyper, för smeder dyker ju ofta upp i mytologin och i sagorna.

1. Född

1956 (naturligtvis)

2. Bor

Liten gård i Bråbo, "Bygden där vinden vände", utanför Oskarshamn.

3. Familj

Fru och tre utflugna barn.

4. Arbetar

Chefsläkare i Psykiatrförvaltningen i Kalmar län, samt arbetar kliniskt på Psyk mott i Oskarshamn, framför allt med patienter med ADHD och Aspergers Syndrom

5. Vad gör Du när du INTE jobbar?

Månskensbonde, har 25 får och 15 höns, samt betesmarker som ska röjas.

6. Favoritmat

Raggmunk och Äsk.

7. Senast lästa bok

"Svart jord" av Gunnar Lindstedt.

8. Vad gör Dig lycklig?

Att se mot horisonten.

9. Vilka förebilder har Du?

Ernst Westerlund, Axel Oxenstierna och Don Corleone.

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

SPF:s två stora utmaningar under kommande år är först att verka för att kompetens och kunskapsnivå hos psykiatriker utvecklas i takt med att diagnostiska kartan förändras. DSM-V kommer att innebära stora förändringar och likaså har de s.k. neuropsykiatriska diagnoserna kommit för att stanna. Den andra utmaningen är att som organisation sprida kunskap om psykisk ohälsa, påpeka vad som behövs för att lindra symtomen på individnivå, men också aktivt bedriva opinionsarbete på den offentliga scenen. ◀

Stina Djurberg
Redaktionen



Foto: Carol Schultheis

Att bli sig själv igen
– med effektiv behandling

En väg ut ur det svåra

Som specialist på depressionssjukdomar är du naturligtvis intresserad av att kunna erbjuda dina patienter en effektiv behandling. Därför bör du titta närmare på Cipralex® (escitalopram).

Cipralex är ett modernt* antidepressivt läkemedel som med dokumenterat god effekt¹⁻² ökar möjligheterna att behandla patienterna till remission.

Patienter i remission hittar snabbare tillbaka till en fungerande vardag och får en ökad livskvalitet – viktiga mål såväl för dig som specialist som för patienten och dennes anhöriga.

  **Cipralex**
escitalopram
Tillbaka till livet

cipralex.se | eLundbeck.se

Cipralex® (escitalopram) Rx (F) INDIKATIONER: Depression, paniksyndrom, social fobi, generaliserad ångest och tvångssyndrom (OCD) SPC 2008-09-19. 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. För pris och vidare information, se FASS.se.

* SSRI/SNRI

- 1) Cipriani et al. Escitalopram versus other antidepressive agents for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2.
- 2) Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; Medisinsk metodevurdering, Rapport Nr 17-2007.

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

Ny ST och basutbildning i psykoterapi: hur omfattande bör den vara?

Ny ST. Ny målbeskrivning. Ökade krav på teoretiska kunskaper. Risk att balansen mellan tid för patientarbete och tid för förkovring rubbas till nackdel för patientarbete.

Dags att se över helheten i ST.

Kanske är omfattningen av basutbildning i psykoterapi (en dag i veckan i tre-fyra terminer) oproportionerlig i relation till de nya kraven. Oproportionerlig i relation till den ökande kunskapsmassan i övriga delar av psykiatrin. Kan man extrahera essensen utan att för den delen kasta bort barnet med badvattnet? Det är en utmaning.

Basutbildningen i psykoterapi för blivande barn- och ungdomspsykiatrer har nyligen reviderats. Den nya utbildningen består av tio kurstillfällen om två dagar, samt en praktisk del bestående av psykoterapi under handledning. Utbildningen är bara för läkare, ämnen som läkare redan behärskar behöver därför inte beröras, till skillnad från många nuvarande basutbildningar. Utbildningen uppfyller formellt kraven för att söka legitimationsgrundande utbildning (om ST-läkaren kompletterar utbildningen med egen terapi). I nuläget kan dock varje enskilt lärosäte som ger sådana utbildningar sätta upp egna villkor för intagning och kräva kompletterande kurs eller någon annan specifik form av grundläggande psykoterapiutbildning.

En grupp bestående av sakkunniga inom psykoterapi samt representanter för verksamheter och ST-läkare arbetar nu i METIS regi för att ta fram kompetensmål för psykoterapi för blivande vuxenpsykiatrer. Arbetet pågår just nu, vi lovar återkomma i nästa nummer och uppdatera er om gruppens arbete. ◀

För METIS projektgrupp
Raffaella Björck

Konstnärssjälar

En konstnär jag mötte på akutmottagningen undrade oroligt om hennes medicinering skulle kunna störa hennes kreativitet. SSRI-behandlingen hade hjälpt mot depressionen och nu var hon rädd att hennes förbättrade mående skulle hämma skaparkraften. I hennes föreställningsvärld var melankolin en smärtsam förutsättning för konsten. Kunde hon då måla när hon mådde bra?

"Den som tror att man skapar som bäst i djupaste nedstämdhet har aldrig haft en egentlig depression".

Diktaren och författaren Lars Forsell kom till min undsättning. I en intervju berättade han om sina djupa depressioner och nödvändigheten av medicinering mot dessa. Forsell sa något i stil med: "Den som tror att man skapar som bäst i djupaste nedstämdhet har aldrig haft en egentlig depression". Skalden Tegnér beskriver den döda skaparglädjen under vad som rimligen måste vara ha varit en melankolisk depression i dikten Mjeltsjukan: "och själva dikten! Dess lindansarmöda, dess luftsprång har jag sett mig mätt uppå".

Läser man Kay Redfield Jamisons bok *Touched with fire, manic-depressive illness and the artistic temperament*, finner man en tydlig korrelation mellan författarskap och affektiv sjukdom. Särskilt tydlig tycks kopplingen mellan bipolaritet och kreativitet. När man nämner detta reagerar folk ofta spontant att de som har bipolär sjukdom torde få mera producerat när de är uppåt. För patienter med bipolärt syndrom typ II är detta ett känt fenomen. Redfield Jamison visar ett produktionsdiagram för Robert Schumann, där han levererar flest kompositioner under sina hypomanier och knappt gör ett skapandes grand under depressionerna.

En av mina första psykiatriska patienter var under pågående mani fast övertygad om sin storhet som konstnär, trots att han aldrig tidigare hade målat. Han bedyrade för avdelningspersonalen att han skulle ta konsthallen Liljevalchs med storm, vilket han sannolikt bokstavligen hade gjort om vi inte hindrat honom. Det var svårt att inte ryckas med av hans entusiasm, men problemet var att han blev mera manisk av att måla. Vi tog vänligt men bestämt ifrån honom hans penslar och färger, varpå han under första bästa frigång köpte in ny utrustning. När vi förklarade att han verkligen inte fick måla under sjukhusvistelsen tog han det med jämnmod. Lite senare högg han tag i mig i korridoren för att visa mig något, i största förtroende. På rummet hade han byggt upp ett storslaget collage med bilder han rivit ut ur avdelningens bedagade veckotidningar och klistrat upp på en tavla med hjälp av tandkräm. Han var en urkraft svår att stoppa, en LPT-vårdad Eyjaállalajökull.

"Schiz-kludd"

Hur var då hans konst? Jag hörde med den mest erfarna skötaren som hade gått igenom patientens målningar. Recensionen blev en sågning: helt vanligt "schiz-kludd".

Jag kan så här i efterhand inte uttala mig om denne patients konstnärliga begåvning, som mycket väl kan finnas mellan skoven av bipolär sjukdom, utan bara konstatera att han under sina manier inte utträttade några storverk.

Kan då kopplingen mellan bipolär sjukdom och kreativitet vara konstitutionell? Bipolära skov är ju något personen har, medan kreativ är något han är. Kreativiteten föregår i regel sjukdomen. Kanske handlar det om konstnärssjälar, som är kreativa och samtidigt har en sårbarhet för psykisk ohälsa?

Konsten utgör också en buffert, där utövaren har utrymme för att vara annorlunda. Kanske är det rent av svårt att hävda sig i konstvärlden som varandes "normal". För att vara nyskapande måste man se på världen på ett annat sätt, och här kan människor med egna idéer frodas.

Konsten kan också rymma starka känslor som annars är svåra att hantera. Regissören Ingmar Bergman var i psykiatri och vände, och konstaterade att han definitivt skulle ha varit en psykiatripatient om han inte hade fått bearbeta livet genom sina filmer.

Hermann Hesse skriver i boken Stäppvargen att somliga människor inte passar in i etablissemangets schabloner. Likt satelliter är de i omloppsbana kring världen, skärskådar den utan att riktigt tillhöra den. Likväl är världen enligt Hesse beroende av dessa betraktare, för om ingen ser var vi står och vart vi kan gå vidare kan samhället inte heller utvecklas.

Det finns förstås personer i omloppsbana som inte bjuder på särskilt allmängiltiga spaningar. Som psykiatriker har vi dock då och då förmånen att få lyssna på någon välformulerad patient, som kan lära oss om hur det är att ha psykisk sjukdom, och inte minst – hur det är att vara människa. ◀

Mikael Tiger
Överläkare

Psykiatri Nordväst, Stockholm

KRÖNIKA
Enligt
Tiger

Kalendarium

28 augusti - 1 september 2010
23rd ECNP Congress (European College of Neuropsychopharmacology)
Amsterdam, Nederländerna
www.ecnp.eu/emc.asp?pagelid=1516

1-4 september 2010
13th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour
Rom, Italien
www.esssb13.org

1-5 september 2010
Global Psychiatry at the Frontier: Sharing the future
WPA International Congress
Beijing, Kina
www.wpa2010.org/en/default_en.asp

8-10 september 2010
Framtidens specialistläkare
Malmö Arena
www.framtidenslakare.se/2010

3-7 oktober 2010
XVIIIth World Congress on Psychiatric Genetics
Aten, Grekland
www.ispg2010.org

23-27 oktober 2010
World Congress of the World Association of Social Psychiatry
Marrakech, Marocko
<http://wasp-socialpsychiatry.org/infoMarrak.html>

27-29 oktober 2010
The Second International Conference on Violence in the Health Sector,
From awareness to sustainable action
Amsterdam, Holland
<http://www.oudconsultancy.nl/Violence-Healthsector/program.html>

17-19 november 2010
10th International Forum on Mood and Anxiety Disorders, Wien. Österrike
www.ifmad.org

1-3 december 2010
Medicinska Riksstämman, Göteborg
www.riksstamman.se

16-18 mars 2011
Svenska Psykiatrikongressen
Göteborg
www.svenskpsykiatri.se

29 maj - 3 juni 2011
10th World Congress of Biological Psychiatry
Prag, Tjeckien
www.wfsbp-congress.org

17-21 september 2011
8th Congress of International Society for Adolescent Psychiatry and Psychology, Berlin, Tyskland
www.isapp2011.org

Fler kongresser hittar Du på

www.svenskpsykiatri.se
www.svenskabupforeningen.se
www.srp.se



sfbup



SPK 2010



SÖDRA TEATERN

B



Svenska Psykiatrikongressen



www.svenskpsykiatri.se

Göteborg
16-18 mars 2011