

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#2

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - Juni 2011

Tema: Psykiatrins idéhistoria

Postmodern psykiatri?

Vart är BUP på väg?

Värderingar och
omvärderingar



Innehållsförteckning:

8	Ny hedersledamot i SPF	45	Professorsrutan: SPK 2011 i Göteborg - ur mitt perspektiv
11	Vad skulle du ha gjort?	53	SLUP var aktiva på SPK
15	Värderingar och omvärderingar inom psykiatri och barnpsykiatri	56	Nyskapande psykiatri fick prestigefyllt pris
18	En introduktion till den psykiatriska idéhistorien	57	En resa genom den svenska psykiatrins historia - del 3
22	SPF deltog i möte med Socialdepartementet	61	Normalt? Från vansinnesdåd till vardagspsykos, bokrecension
25	Konsultationspsykiatri	63	UEMS - En organisation under utveckling
28	ST-läkare och jonglör	66	I somras hände det igen.....
32	Missbruksutredningens slutbetänkande	68	Pionjärer inom svensk barn- och ungdomspsykiatri
33	Vad visst Ikaros om epigenetik?	71	Mission completed: Kartläggning av svensk psykiatri
34	SLUP på AT-stämman 2011	73	Metod som hjälper barn i familjer där en förälder har psykisk ohälsa
35	Passage - att använda hästar i psykiatrin	76	Krönika enligt Tiger
36	Det våras för BUP	79	En ny kontextuell psykiatri
38	Framgångsrikt kunskapsutbyte mellan öst och väst	82	Möt Kristina Sygel - ny ordförande i SRPF
40	CINP 2012 - högkvalitativ psykiatrisk kongress i Stockholm	83	Debatt: Vart är BUP på väg?
42	Filosofi och psykiatri	85	Postmodern psykiatri?
44	Referat och bilder från SPK 2011		



Svensk Psykiatri

Tidskrift för

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

Ansvarig utgivare

Lise-Lotte Risö Bergerlind

Huvudredaktör

Tove Gunnarsson
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Redaktörer

Hanna Edberg
(hanna.edberg@sll.se)

Daniel Frydman
(ps-frydman@bahnhof.se)

Gloria Osorio
(oskvika@hotmail.com)

Kristina Sygel
(kristina.sygel@rmv.se)

Björn Wrangsjö
(bjorn.wrangsjo@gmail.com)

Teknisk redaktör

Stina Djurberg
stina.djurberg@bornet.net

Foto/grafisk design

Carol Schultheis
carol.schultheis@bornet.net
(där inget annat anges)

Omslagsbild

Christophe Rolland//Shutterstock.com -
Bakgrundbild, porträttbilder - Wikipedia.
Design, Carol Schultheis

Internet

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se

En normal sanning varar högst 20 år...

... ska Henrik Ibsen ha sagt. Och idéer kommer och går och återkommer, vilket några av detta nummers tema-artiklar speglar.

I höstas kontaktades jag av Marie Åsberg som berättade om en kurs i psykiatrisk idéhistoria som skulle inleda den nya nationella forskarskolan i psykiatri. Hon föreslog att vi skulle göra något av det, och detta ledde till att redaktionen bestämde sig för ett temanummer. Marie bidrar själv med en introduktion. Flera andra bidrag behandlar temat ur olika aspekter.

Vi ser dessa artiklar som början på en tråd som ska leva vidare i kommande nummer. Då kommer vi att följa upp med artiklar om bl.a. antipsykiatri, Nackaprojektet och missbruksvårdens idéhistoria. Återigen blev detta ett mycket tjockt nummer. Vi hade för avsikt att denna gång också uppmärksamma vårt femårsjubileum, men av utrymmesskäl får detta anstå till i höst. En nyhet är att vi prövar ett annat typsnitt. Hör gärna av er med synpunkter!

Det psykiatriska forskandet och den forskande psykiatrin

Det är temat för nästa nummer. Vi vill bjuda in till reflektioner om forskningens villkor, och även anknyta till detta nummers tema dvs. idéhistoria.

Begreppet "forskning" är så brett att vi hoppas att många olika frågor blir belysta. Några som vi hoppas att läsekretsen bidrar med tankar kring är:

Hur ser psykiatrisk forskning ut, hur har den sett ut? Hur skiljer det sig åt i olika delar av landet?

Evidenskrav på behandlingar, vad har det medfört i praktiken? En god standardisering av vård eller en dogmatisk och ensidig vård? Vilket vetenskapligt fynd har betytt mest för dig i yrket och hur har det påverkat dig?

Hur påverkar forskande det egna tänkandet? Hur påverkas tänkandet och forskandet av produktionskraven?

Hur fungerar kommunikationen mellan forskare och kliniker? Till ömsesidig nytta? Förstår vi varandras språk?

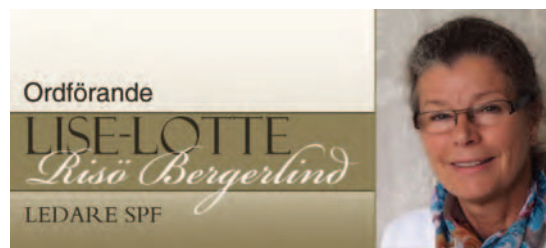
Och vem kan man lita på?

Sannerligen finns det många frågor att begrunda inför nästa nummer.

Så tänk till och skriv till oss! Du har hela sommaren på Dig!

Tove Gunnarsson
Redaktör
Svensk Psykiatri

Med sikte på framtiden: Svenska Psykiatrikongressen och specialisternas fortbildning i fokus!



Det har nu gått två månader sedan SPK på Bergakungen i Göteborg. Jag kan fortfarande känna mig stolt och glad! **Stolt** över att ha blivit omvald till ordförande i SPF för två år till. Tack för förtroendet! Jag skall försöka förvalta det väl. **Glad** över att så många, över 600 personer, kom och där många redan under dagarna berättade för oss i styrelsen att man tyckte kongressen var bra. Nu har vi dessutom hunnit ta del av utvärderingen och förutom allt beröm (tack, tack!!) fått era synpunkter på vad som kan bli ännu bättre.

Under de månader som gått har vi i styrelsen hunnit bestämma oss för att förlägga även nästa års SPK på Bergakungen i Göteborg. Detta då vi tvingats inse att vi inte ryms på Södra Teatern i Stockholm som vi hade preliminärbokat. Vi har sedan dess intensivt letat efter andra lämpliga lokaler i Stockholm men tyvärr inte hittat något som fyller våra behov. En del av de lokaler som vi tror hade kunnat bli bra var tyvärr redan upptagna. Så efter funderande och diskuterande fram och tillbaka så blir det så. Vi skall anstränga oss till det yttersta i Göteborg 2012 att upprepa allt det ni uppskattade så mycket med årets SPK men ändå förnya oss. Med det vill vi att ni känner att ni aldrig vill missa ett SPK, varken i Göteborg 2012 eller i Stockholm 2013. Arbetet med detta har redan börjat!

Så nu hoppas jag att Du redan nu bokar in 14–16 mars 2012. Förvarna Din arbetsgivare, tipsa Dina kollegor och arbetskamrater. Jag tror att det är av stort värde om flera medarbetare på samma arbetsplats åker tillsammans och hämtar hem ny kunskap. Den blir då lättare att implementera och patienterna kan få glädje av den utveckling som sker. Detta måste vara vår viktigaste uppgift – att förbättra vården! I den utvecklingen vill Svenska Psykiatriska Föreningen och Svenska Psykiatrikongressen vara det som gör skillnad!

Vi har nu tydligt uttalat ambitionen i styrelsen att fokusera på specialisternas fortbildning. Efter att i flera år ha arbetat med den nya målbeskrivningen kring ST, utfärdat rekommendationer som nu är inne i första revideringsomgången, medverkat till att sammanlagt 36 miljoner har satsats från regering till METIS dvs. SK-kurser, fått bra fart på psykiatrins handledarnätverk och fått igång SPUR-inspektioner, är det dags för samma kraftsamling kring specialisternas fortbildning. Vårt utbildningsutskott har många idéer som nu stämts av i styrelsen och det blev "tummen upp" samt fler kloka tankar. Till detta återkommer vi!

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 Djurfeldt

(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Facklig sekreterare: Kerstin Lindell

(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Dan Gothefors (gothefors@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Tove Gunnarsson (redaktoren@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Fredrik Åberg (aberg@svenskpsykiatri.se)

ST-representant: Hanna Edberg (st.representanten@svenskpsykiatri.se)

Kansli: Svenska Psykiatriska Föreningen

851 71 Sundsvall

kanslisten@svenskpsykiatri.se

Hemsida:

www.svenskpsykiatri.se

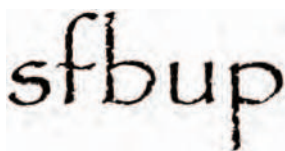
Webmaster: Stina Djurberg (webmaster@svenskpsykiatri.se)

Vecka 27 finns SPF i Visby under Almedalsveckan med egen aktivitet hela dagen 5/7 på Hästgatan 10, Bar & Café. Kom dit! Delta i debatten! Gör psykiatrins röst hörd!

22–24 september finns SPF med på Bok- och Biblioteksmässan i Göteborg i montern "Psykisk hälsa genom livet" ihop med bl.a. NSPH. Även här är Du varmt välkommen. Kanske vill Du vara med som funktionär i montern? Maila mig i så fall!

Med dessa rader vill jag önska alla en skön sommar. Njut, vila, gör saker som Du tycker om men inte brukar hinna med så Du har krafter att fortsätta med vår gemensamma målsättning: "... den svenska psykiatrins ändamålsenliga utveckling".

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande SPF



Vårt sista Vårmöte

SFBUP:s sista vårmöte 2011 är avslutat och har förhoppningsvis givit inspiration till fortsatt arbete och, inte minst, utveckling av nätverk. I fortsättningen kommer vårmötena att kallas BUP-kongress.

Temat var "BUP - En specialiserad verksamhet" och handlade om Barn- och ungdomspsykiatri som en specialiserad verksamhet och hur den kan samarbeta med en första linje som omhändertar barn och unga med psykisk ohälsa.

Barn och unga söker sig till oss inom BUP i allt större omfattning. Barn som har ångest och depression, barn som kommer i konflikt med vuxna och kamrater, barn som inte klarar dagens hårda krav på t.ex. teoretisk kunskap i skolan, barn som har psykiskt sjuka föräldrar, barn som varit med om missbruk och kriminalitet, barn som lever i stressade familjer och har ont i mage och huvud. Stressfaktorer som i kombination med biologisk sårbarhet kan leda till psykisk sjukdom. Barn och unga är beroende av en välfungerande familj och skola. Hur kan man bäst ge barnen rätt hjälp tidigt? Sannolikt så nära barnens vardagsmiljö som möjligt. Skolan är här en mycket viktig arena, liksom barnhälsovård, ungdomsmottagningar och primärvård. Bl.a. dessa utgör en första linje som är under utveckling. För att BUP ska kunna tillgodose ökande krav och klara att vara en specialiserad verksamhet behövs detta tidiga omhändertagande. Vi på BUP måste prioritera de svårast sjuka. Risken är annars att vi passivt låter kraven från omgivningen styra vad vi gör och att vi drunknar i det oändliga behovet av hjälp. Har vi inte resurser över till de sjukaste finns det ingen som kan hjälpa. 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.

SKL arbetar på uppdrag av Socialdepartementet med modellområden för att få fram goda exempel på hur samarbetet kan effektiviseras mellan BUP och första linjen.

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@sll.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@sll.se)

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

Projektet ska avslutas under 2011 och det har varit svårare än man tänkt sig. Behövs lagstiftning för att tydliggöra ansvarsgränser eller går det att arbeta vidare med lokala anpassningar? Hur ska BUP arbeta som en specialitet om ansvaret skiljer sig mycket åt i olika delar av landet? BUP:s uppdrag behöver bli tydligare och mer enhetligt. Med en tydligare rollfördelning i omhändertagandet av barn med psykisk ohälsa kan det positiva samarbetet med första linjen vidareutvecklas. BUP-föreningens ska vara drivande i det arbetet.

Dessa dagar i Örebro handlade om psykisk ohälsa med ett BUP-perspektiv. Vilket ansvar har BUP i det viktiga samarbetet med andra aktörer? BUP i Örebro hade tillsammans med en arbetsgrupp från resten av landet lagt ner ett stort arbete på ett viktigt och intressant program som uppskattades av oss alla.

Jag tackar nu för mig och den tid jag varit ordförande för SFBUP. Efter sommaren väljs en ny ordförande. Jag fortsätter mitt arbete med barn- och ungdomspsykiatri på andra sidan Öresund. Här är utvecklingen på många sätt parallell med den svenska. Hur ska vi i Danmark klara två månaders väntetid för utredning? På vissa ställen går det bra, andra har problem bland annat pga brist på barn- och ungdomspsykiatriker. Oron är stor över kraven. Hur kommer det att gå med behandling av de kroniskt sjuka och är det verkligen inte lite "nyttigt" med väntetid för att se om problemen inte går över av sig själva?

På den sista punkten tror jag vi kan lugna danskarna; väntetider för att få hjälp med psykisk sjukdom blir ingen lycklig av.

Jag önskar BUP i Sverige och vår förening SFBUP lycka till med det fortsatta arbetet!

Gerd Mucchiano
Ordförande SFBUP

En unik kunskap



Jag har nyligen tagit över som ordförande i SRPF och det glädjer mig att Lars valt att fortsätta i styrelsen som vice ordförande. Under hans period som ordförande har föreningen genomgått flera stora strukturella moderniseringar så som att öppna kommunikationskanaler med våra medlemmar genom denna tidskrift och en hemsida, att bli en etablerad remissinstans i frågor som rör professionen och att författa målbeskrivning och rekommendationer för ST-läkare i rättspsykiatri.

Min vision är att föreningen skall fortsätta att utvecklas till ett integrerat forum för alla rättspsykiatrer och psykiatrer som arbetar med rättspsykiatriska patienter inom den rättspsykiatriska vården, utredningsverksamheten och kriminalvården. Jag tycker att föreningen har en betydande roll att spela vad gäller rättspsykiatrisk utbildning för ST-läkare och även vidareutbildning för våra specialister vare sig de är anställda av staten, landstingen eller är kontrakterade konsultläkare. Det känns som att rättspsykiatrin potentiellt står inför stora strukturella förändringar i form av en ny psykiatrisk/ rättspsykiatrisk lagstiftning som skall ut på remiss senare i år och möjligen även i framtiden om tillräknelighetsbegreppet införs i den svenska straffrätten. Det absoluta fängelseförbudet upphörde redan 2008 och jag tror att behovet av att diskutera de rättspsykiatriska implikationerna av detta kvarstår. Om svensk lagstiftning tar ytterligare kliv i riktning mot den internationella normen, kommer andra krav än de som finns idag att ställas på rättspsykiatrer. Jag tror att vi genom professionens egen förening har en god chans att informera oss och att förmedla våra åsikter.

Vi rättspsykiatrer besitter en unik kunskap (ofta förvärvat under flera decennier) i arbetet med psykiskt störda lagöverträdare. Jag menar att denna erfarenhet bör kommuniceras ut eftersom jag är övertygad om att samhället, allrahelst våra patienter, kommer att behöva vår expertis även i framtiden, vilken riktning de juridiska och politiska vindarna än må blåsa åt i framtiden.

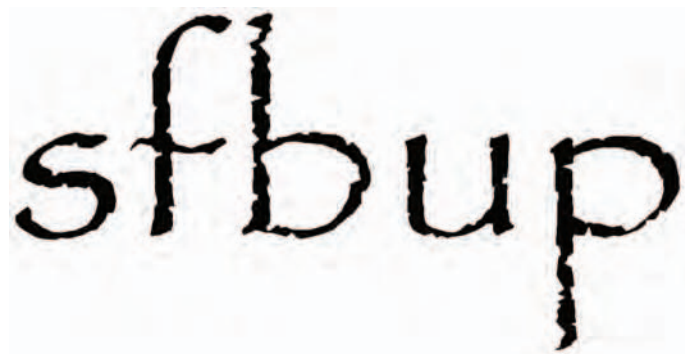
Kristina Sygel
Ordförande SRPF

SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

Ordförande: Kristina Sygel (ordforanden@srpf.se)
Vice ordförande: Lars Eriksson (lars.eriksson@vgregion.se)
Internationell sekreterare: Per Lindqvist (per.lindqvist@ki.se)
Facklig sekreterare: Erik Dahlman (facklige.sekreteraren@srpf.se)
Kassör: Mats Persson (kassoren@srpf.se)
Sekreterare: Margareta Lagerkvist (sekreteraren@srpf.se)
Vetenskaplig sekreterare: Eva Lindström (vetenskapligsekreterare@srpf.se)
Ledamot: ST-frågor: Katarina Howner
Ledamot: Repr. kriminalvården: Lars Håkan Nilsson
Ledamot: Klas Attrell
Ledamot: Harald Nilsson
Ledamot: Per-Axel Karlsson

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





Kallelse

Extra ordinarie årsmöte BUP föreningen 2 september kl 11.30-13.00.

i Stora Träffen, Hjalmar Cederströms gata 5 2tr, Stockholm (E-huset Södersjukhuset)

Möte inleds med att Ulf Wallin håller ett kortare föredrag:

Klimatförändringar vid familjebehandling
Somatiska och relationella förändringar vid intensiv familjebehandling av anorexia nervosa

Därefter vidtager årsmötesförhandlingarna
Kl 12.00 serveras en lättare lunch.

Dagordning

§1 Ordförande förklarar mötet öppnat

§2. Val av ordf. och sekr. för mötet samt två justerare av protokollet

§3. Godkännande av dagordning

§4. Val av ordförande

§5. Val av vice ordförande

§6. Val av två ledamöter till styrelsen

§7. Val av 2 revisorer

§8. Övriga frågor

§9. Mötet avslutas

Alla medlemmar hälsas välkomna!

Almedalen tisdag 5 juli 2011

Bar & Café, Hästgatan 10, Visby

Svenska Psykiatriska Föreningens programpunkter:

09.30 - 10.05

Måste personer med psykisk sjukdom dö decennier i förtid pga. kroppslig sjukdom? Kan man dansa bort sin depression?

Hans-Peter Mofors, överläkare, enhetschef Psykiatri Nordväst, Stockholm

Jill Taube, psykiatriker och projektledare, FaR i SLL

10.05 - 10.15

Depression dubblar dödligheten vid kroppslig sjukdom

Ingvar Karlsson, docent, överläkare, Västra Götalandsregionen

10.20 - 11.00

Psykiatri i privat regi eller offentlig förvaltning - måste vi välja?

Moderator: Nils Lindefors, professor, verksamhetschef Psykiatri Sydväst, Stockholm

Ing-Marie Wieselgren, med dr, överläkare, sakkunnig SKL

Karin Norlén, docent, divisionschef Akademiska sjukhuset, Uppsala

Ola Gefvert, med dr, privatpraktiserande psykiater, Närpsykiatri i Enköping/HÄTÖ AB

Jan Åke Simonsson, S-politisk ordförande hälso- o sjukvårdsnämnd 4, Västra Götalandsregionen

**Maria Starrsjö
Vice ordförande SPF**

Ny hedersledamot i SPF!



Foto: Carol Schultheis

Det är med stor glädje jag kan meddela att professor Ulf Rydberg, som så flitigt håller i pennan i SP:s Professorsruta, utsågs till hedersledamot i SPF i samband med årsmötet 17 mars 2011 i Göteborg.

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

Sedan två år tillbaka finns det även möjlighet för medlemmar att till styrelsen lämna förslag på hedersledamot.

I år var det ett lätt beslut att välja professor Ulf Rydberg med motiveringen:

"Professor emeritus Ulf Rydberg har under hela sin läkargärning förenat teoretiskt och kliniskt arbete angående beroendesjukdomar på ett sätt som tidigt väckt nationell och internationell uppmärksamhet och erkänsla.

Från olika chefspositioner inom akademi och klinik har hans engagemang i stort och smått i experimentell och klinisk forskning, forskningshandledning, patientarbete, administration och pedagogik varit ett föredöme inom området. Hans arbete beträffande missbruk under graviditet har varit världsledande."

Vi i styrelsen vill varmt tacka Ulf för hans insatser för SPF genom åren och nu, inte minst, som skribent i SP. Vi ser fram emot många fler artiklar!

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Ordförande SPF

Kalendarium

24-26 augusti 2011
9th Nordic Symposium on Forensic Psychiatry
Lidingö
<http://eventus.trippus.se/9th-NSFP>

2-4 september 2011
14th International Conference for Philosophy and
Psychiatry
Göteborg
<http://sffp.se/EEE.html>

3-7 september 2011
24th ECNP Congress (European College of
Neuropsychopharmacology)
Paris, Frankrike
<http://www.ecnp.eu/emc.asp?pagelId=1686>

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

18-22 september 2011
15th World Congress of Psychiatry
Buenos Aires, Argentina
http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=16&content_id=707

19-22 oktober 2011
7th European Congress on Violence in
Clinical Psychiatry
Prag, Tjeckien
http://www.oudconsultancy.nl/prague_cfa/ecvcp/Invitation.html

30 november-2 december 2011
Medicinska Riksstämman
Stockholm
www.svls.se

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



*Låt inte kostnaderna
segla iväg*



Lamotrigin Actavis

– brett sortiment till lägre pris

Under 2010 förskrevs Lamictal i Sverige för cirka 110 miljoner kronor. Samma period var kostnaden för en behandling med Lamotrigin Actavis bara 50 % av den för Lamictal¹. Detta ger en besparingspotential på 55 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 har brytningstillstånd för dosdispensering och finns även i praktiska endosförpackningar för kliniker och vårdavdelningar.

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

Ref: 1. IMS Health, kostnad per expedierad DDD 2010.

Lamotrigin Actavis (lamotrigin) RX F. Tablett, 25 mg, 50 mg, 100 mg och 200 mg och dispergerbar tablett, 5 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg och 200 mg. **Indikation 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 av partiella och generaliserade anfall inklusive tonisk-kloniska anfall och 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. Lamotrigin Actavis är indicerat för akut behandling av maniska och depressiva tillstånd. Suicidtankar och självmordsbeteende har rapporterats hos patienter som behandlas med antiepiletika för flera indikationer. Informationen baseras på produktresuméer daterade 2009-02-20. För dosering och aktuellt pris se www.fass.se

 **actavis**
creating value in pharmaceuticals

En kurs i psykiatrisk idéhistoria



Den första svenska nationella forskarskolan i psykiatri inleddes i september 2010 med en kurs i psykiatrisk idéhistoria. Varje dag under den vecka kursen pågick ägnades åt ett eller två aktuella teman, som vart och ett belystes av flera föreläsare.

Kursen inleddes med en kort psykiatrihistorisk översikt. Därefter diskuterades (1) Psykisk sjukdom och eutanasi – från nazisternas utrotningsprogram till dagens dödshjälpsdebatt; (2) Evidensbegreppet i psykiatri och psykoterapi – fördelar och risker; (3) Psykiatriska vårdmodeller genom tiderna; (4) Missbruk och vårdideologier; (5) Psykiatri, humanism och samhälle.

Så långt möjligt användes en variant av vittnesseminarieteknik. I diskussionen om psykiatriska vårdmodeller deltog till exempel några av dem som formade utvecklingen av svensk psykiatri på 1970-talet som Johan Cullberg, Clarence Crafoord och Tom Fahlen, medan diskussionen om svensk missbruksvård inleddes av en verklig nestor, nämligen Lars Gunne, som redan 1966 introducerade metadonbehandlingen i Sverige. Michael von Cranach, som inledde eutanasidiskussionen, berättade om sina egna erfarenheter när han på 1970-talet kom som chef till ett av de psykiatriska sjukhus som hade deltagit i nazisternas mord på psykiskt sjuka 30 år tidigare. Där fanns journaler och bildmaterial kvar, som kom att bilda utgångspunkten för Michael von Cranachs försök att förstå hur den tidens psykiatrer, trots sin humanistiska skolning och sina höga etiska ideal, kunnat delta i massmord på sina patienter.

I detta nummer ges dels en sammanfattning av introduktionsföreläsningen, dels en beskrivning av nazitidens psykiatri byggd på Michael von Cranach's arbete. I senare nummer planerar vi att återkomma ...

Marie Åsberg
Professor em., Stockholm

Har Du funderat på hur Du ska uppfylla alla krav för specialistkompetens enligt den nya målbeskrivningen?

Har Du undrat hur och var Du skulle kunna presentera Ditt vetenskapliga arbete på bästa sätt?

SPF erbjuder möjlighet att presentera Ditt vetenskapliga arbete inför förmodligen det bästa auditoriet i Sverige, nämligen **Svenska Psykiatrikongressen i Göteborg**, som går av stapeln mars 2011. De mest intressanta och relevanta projekten kommer att presenteras under en av dagarna på SPK. Som en av föreläsarna kommer Du att delta i Kongressen helt kostnadsfritt som tack för Din presentation.

Skicka Ditt abstract till SPF:s vetenskapliga sekreterare
Diana Radu Djurfeldt
(e-post : vetenskaplige.sekreteraren)

SENAST 1 december 2011.

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



Vad skulle du ha gjort?

Under den nationella forskarskolans kurs i psykiatrisk idéhistoria föreläste psykiatern, med dr Michael von Cranach om "Nazi euthanasia: what happened, and what can we learn from it?" von Cranach har forskat och undervisat om nazisternas psykiatri, samt skrivit artiklar i ämnet. Nedanstående framställning bygger på artiklar av honom och andra.

Under andra världskriget dödades i Tyskland över 200 000 psykiatriska patienter. Psykiatrerna deltog aktivt i planerandet och genomförandet. Det var inte en liten grupp av ljusskygga kriminella kolleger utan majoriteten och eliten av den tyska psykiaterkåren. Få opponerade sig aktivt. Hur kunde det hända?

Aktion T4

I andra världskrigets inledningsskede undertecknade Adolf Hitler ett eutanasidekret, där han utvidgade läkares befogenheter med följande ord: "... att de som lider av en obotlig sjukdom beviljas en barmhärtig död". Detta skrevs i oktober 1939 men antedaterades till den 1 september för att täcka de initiala faserna av invasionen av Polen då 4000 polska psykiatriska patienter sköts till döds. Noterbart är att läkarkåren inte blev beordrad att döda, men den blev bemyndigad att göra det.

En ny administration organiserades på Tiergartenstrasse 4 i Berlin, vilket gav upphov till namnet "Aktion T4". En blankett som skulle fyllas i för varje patient skickades ut till de psykiatriska sjukhusen. Diagnos, arbetsförmåga, "ras" mm skulle anges. 48 ledande psykiatrer valdes ut som T4-expert, deras uppgift var att granska de ifyllda blanketterna och med ett ja eller nej besluta över patienternas liv. Gaskammare installerades på 6 psykiatriska institutioner. Ett transportbolag, de s.k. grå bussarna, hämtade upp patienter från andra sjukhus. Då de anlände kläddes de av och leddes till gaskammaren där de dödades med kolmonoxid. Falsa dödsbevis utfärdades med diagnoser passande för ålder och tidigare symptom. I september 1940 överfördes större grupper av judiska patienter till dödsinstitutionerna i Tyskland, men dödsbevisen som skickades till de anhöriga undertecknades i Polen för att slippa rykten om vad som pågick.

Aktion T4 avslutades i augusti 1941 efter att ca 70 000 patienter hade dödats. Skälet var den ökande kritiken från allmänheten samt överflyttningen av denna "dödsteknologi" till de nybyggda koncentrationslägren i Polen. Dödandet fortsatte dock i sjukhusen, med barbiturat- och opiatinjektioner, och genom svält.

Ett trettiotal specialenheter för barn öppnades på mentalsjukhus, dit handikappade barn skickades från hela Tyskland för att dödas med barbiturat- och morfininjektioner.

Vid andra världskrigets slut hade ca 200 000 patienter förlorat livet i Tyskland. De senaste åren har det visats att minst lika många dödades i de ockuperade länderna i Östeuropa.

Dessa fasansfulla händelser har länge varit okända för det stora flertalet. På senare år har det publicerats en rad artiklar i ämnet, inte bara för att berätta VAD som hände utan även för att försöka analysera HUR det kunde hända.

Några av de betingelser som diskuterats och överväganden som gjorts sammanfattas nedan.

Krig, skuld och personligt ansvar

En del av de aktiva psykiatrerna urskuldade sig efteråt med att under krig förändras prioriteringar och tröskeln för att döda sänks (historien visar hög mortalitet för institutionaliserade psykiatriska patienter i krigstid).

Många förnekade efteråt sin skuld, trots att de insåg det oetiska och kriminella i det de gjort. De hänvisade till att de var statstjänstemän som måste lyda överordnade, och frånsade sig eget ansvar.

Dehumanisering

I patientjournalerna kan man följa hur språket förändras efter 1939. Individualiserade kommentarer försvinner, även psykopatologiska beskrivningar blir sällsynta. Istället förekommer nedvärderande termer. Läkare undvek att ha en individuell relation till sina patienter, de objektifierades, för att göra det möjligt att döda dem.

Etik

Från 1931 hade Tyskland en av de mest avancerade och sofistikerade medicinsk-etiska koderna i världen. Detta hindrade dock inte den politiska ideologin från att inkräkta på psykiatrisk vård och forskning. Det har hävdats att basala etiska principer måste få variera beroende på tid och kultur, vilket är ett grundläggande misstag.

Etiska honnörsord som inte förankrats i klinisk vardag tenderar dessutom att bli meningslösa.

Fokus på prevention

Då liksom nu fanns ett dilemma i hur man skulle fördela begränsade resurser mellan å ena sidan hälsointerventioner som skulle gagna hela samhället, och å andra sidan åtgärder för enskilda patienter. Tyskland hade en tradition av satsningar på tidig diagnos, hälsa och säkerhet. De var också i centrum för den världsomspännande eugenics-rörelsen vars mål var att utplåna mänsklighetens svagheter.

Många av de mest aktiva psykiatrerna var samtidigt de mest reformvänliga under denna tid. De var stolta över specialitetens landvinningar, över att kunna behandla patienter ute i samhället och undvika hospitalisering. På mentalsjukhusen konfronterades de dock med en annan verklighet, de svårast sjuka. Istället för att ta hand om psykisk sjukdom med de minimala medel som stod till buds, och ägna resurser åt behandlingsforskning, valde man att försöka förhindra att sådana sjukdomar alls existerade. De svårt sjuka, de obotliga, ansågs vara liv som inte var värda att leva, och dessutom farliga för det tyska samhället, för den ariska rasens renhet. Tyskland kom således att satsa enbart på prevention, genom sterilisering och eutanasi.

Politiskt tryck

Många psykiatrer hävdar att de har ett särskilt ansvar för att vara engagerade i samhällsfrågor. Flera artikelförfattare varnar för en fara i detta, då viktiga gränser därmed kan suddas ut. Klinisk verksamhet och politiska intriger måste hållas åtskilda, och individens rättigheter kan inte ignoreras till förmån för samhällets intressen. Nazipsykiatri tillät politiken och samhällsatmosfären att påverka och styra klinisk praktik istället för att se till patientens intressen.

Ekonomiska överväganden

Ny historisk forskning visar att urvalet av patienter till eutanasi-programmet fr.a. var baserat på ekonomiska ställningstaganden. Det var bedömningen av arbetsförmågan som avgjorde. Människor hade olika värde beroende på vad de kunde bidra med, och sjukhussängar behövdes för sårade soldater.

Cost-benefitanalyser var en viktig del av medicinsk verksamhet. Man kom t.ex. fram till att dödandet av 70 000 patienter gav en daglig besparing på 245 955 Reichsmark, och räknade ut vad detta motsvarade i antal kg potatis, bröd etc. I skolans matematikundervisning fick barnen räkna ut t.ex. kostnaden för unga människors boende jämfört med kostnaden för att ta hand om invalider, kriminella och psykiskt sjuka.

Reflektion

År 2011 är diskussionen fortfarande aktuell. Vi vill gärna avfärda de psykiatrer som deltog i dödandet som ondskefulla monster. De flesta var dock välutbildade, reformvänliga, humanistiskt skolade läkare. Psykiatri i Nazi-Tyskland är ett fruktansvärt exempel på hur klinik och vetenskap kan perverteras av yttre tryck. Att blunda för detta är att inte se de verkliga farorna med att det kan hända igen.

Vad skulle jag ha gjort?

Vad skulle du ha gjort?

Tove Gunnarsson

Överläkare

Psykiatri Nordväst, Stockholm

Referenser finns på vår hemsida
www.svenskpsykiatri.se



Foto: Posztos (colorlab.hu)-Shutterstock.com

Vad kommer vi att ha gjort?

Ytterligare en fundering kring den roll läkaren har i samhället

I detta nummer finns texter om samhällsrollen för läkaren i Sverige idag och i Tyskland under Nazi-eran. Det är ojämfrörliga tider, utan tvekan. Det finns ändå möjlighet för jämförelser, om inte annat utifrån de retoriska frågor Tove Gunnarsson ställer i sin artikel om Nazi-Tyskland. Inga läkare i Tyskland tvingades ta ställning för en regim men gjorde det ändå. Varken en Mengele eller en vardagspsykiater från Tyskland var tvingad, den tidens ställningstaganden hade med de strömningar som lutade sig mot *förment humanistiska perspektiv*, tillsammans med en *ekonomisk bedömning av samhällsnyttan vid olika utfall*. Då handlade det om kostnaden för ett människoliv under vård, mot nyttan av ett människoliv i produktion. Begreppet eutanasi infördes, delvis av retoriska skäl, för att bana väg för den dehumanisering som var en populistiskt nödvändig förutsättning för den i "Min kamp" postulerade och i Wannsee planlagda judeutrotningen. Begreppet fick en vardagsmening med en vetenskapssyn som inte tog avstånd från, utan inkluderade dödandet, i läkarens grundläggande möjligheter.

Dagens svenska situation liknar i sin praktik inte den tyska men även nu finns problem där patientens bästa ställs mot samhällets bästa. Här har läkaren två roller som måste balanseras; klinikerns och tjänstemannens. Den överpolitiserade diskussionen kring sjukförsäkringen, där tyngdpunkten förskjutits från rollen som kliniker till rollen som tjänsteman, tjänar som exempel.

I dagarna har jag inkluderats i en diskussionstråd på Facebook. Skribenten och författaren Crister Enander frågar där:

"Vad är det för läkarkår vi har? Har de ingen yrkesheder, ingen stolthet? Eden de en gång svurit, var den bara tomma ord? När statsmakten nu låter meddela att deras bedömningar av de sjukas arbetsförmåga inte stämmer - att de inte kan sköta sitt arbete, att deras kompetens inte duger - säger de ifrån? Blir de förbannade? Protesterar de? Jag tycker det är bedövande tyst. Jag frågar: Vad är det för människor? "

Jag tror att den högstämda tonen hänger ihop med de båda roller som nämnts, men att efterklngen av läkarnas ideologiydnad under nazismen fortfarande ger resonans.



I allmänna fora är det inte ovanligt att gruppen "läkarna" klumpas ihop på samma sätt som andra grupper – etniska eller kulturella – på ett schablonmässigt sätt. Retoriska frågor av typen "har du slutat slå din fru?" blir vanliga, man får svårt att bemöta kritiken – eller anklagelserna – nyanserat. Risken att bli systemets medlöpare finns alltid. Under våren 2011 har läkare i media vänt sig mot det stelbenta i reglerna för sjukskrivning även om den debatt som öppnas inte ges så stort medialt utrymme.

Hur ska man se på klinikern och tjänstemannen i läkaren? Klinikern är patientens advokat som ska se till patientens bästa. Tjänstemannen är beroende av aktuella lagar och förordningar och granskas av Socialstyrelsen. Det kan då hända att klinikern ser att patienten i vissa lägen mår bäst av att inte vara sjukskriven, trots att det också finns tjänstemannakrav som säger att sjukskrivningstiden just nu skall vara begränsad av helt andra skäl än kliniskt rimliga.

Samhällskostnaden borde aldrig vara klinikerns uppgift att bedöma, i synnerhet inte om det finns vetenskapligt stöd för en dyrare behandling – som också kan innefatta längre tids frånvaro från förvärvsarbete – som leder till bättre hälsa i slutänden. Klinikerns första uppgift är att bedöma den enskilde patientens behandling och hälsoläge. Klinikern kommer inte undan de konflikter som uppstår mellan det enskilda och det allmänna perspektivet, det är här som advokatyrn måste komma in, som en inre, normerande instans, som väger patientens behov mot det övriga. Gentemot världen kan rollerna ibland sammanfalla, utan att det handlar om undfallenhet.

Daniel Frydman
Psykiater, leg. psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Bilden av patientens anhöriga genom åren är rörig. Föräldrar har setts som orsaken till deras barns ohälsa, som hinder för utveckling, som impertinenta om de haft frågor om vården. Ofta har föräldern till en psykiskt sjuk patient setts med oblid, eller misstroende ögon. Frågan om övergrepp som orsak till många olika psykiatriska tillstånd har funnits levande utan några belägg. Det har hänt att föräldrar skadat sina barn och orsakat lidande, men under vissa perioder har föreställningen om övergrepp funnits stark inom delar av vården och misstanken har ibland styrt ageranden, trots att det inte funnits något som stött den. Man har velat hålla patienterna – oavsett om de varit myndiga eller omyndiga – åtskilda från föräldrarna, då man sett "dysfunktionella samspel" som orsak till symtom.

Till stora delar har denna syn på familjens patogena betydelse ändrats. I princip ser man anhöriga och familjer som resurser snarare än som hinder. Problemen i den praktiska verksamheten hänger snarare ihop med sekretesslagstiftningen, där patientens veto kan hindra kommunikationen med familjen. När det gäller vårdplan betonas samverkan med anhöriga, i synnerhet när det gäller tvångsvårdssammanhang och suicidprevention.

Mödrarnas inflytande – tolkad genom tidsandan

De misstag som genom åren gjorts, från vården gentemot anhöriga, går att undra över, hur kom man till sina slutsatser egentligen? Ett bra exempel på hur empirin styrs av ideologi och teori är frågan om mödrarnas roll för patogenes. Ibland har vissa mammor värnat vissa barn extra mycket. Denna sorts observation är inte så ovanlig men hur har den tolkats? Är mamman ifråga överbeskyddande? Utvecklingshinder? Eller har hon haft en sorts intuitiv förståelse om att just det här barnet är sällsynt illa rustat för världen och behöver de extra omsorger som ibland uppfattats som orsaken till barnets svårigheter istället för som utlösta av de svårigheter modern sett? Som sagt ger olika tider olika svar på frågorna, man har ibland separerat patienten från sin familj för att skydda honom/henne, haft strikta regler kring såväl insyn som inflytande från vårdnadshavare. Ibland med rätta men ofta inte.

Det har också gjorts misstag åt det andra hållet, om ett barn haft en psykiskt sjuk förälder har man ofta "glömt" barnet, inte tagit hänsyn till det lidande det innebär att en förälder för långa tider kanske inte kan bo hemma, eller förändras i sitt sätt att vara. Att på detta sätt förlora kontakten med en förälder är något som man vet påverkar barn menligt, det kan även som enskild faktor leda till egen psykisk ohälsa och till och med till suicidalt beteende. Idag anser vi oss veta att barnen till psykiskt sjuka behöver särskild uppmärksamhet och att livssituationen hos dessa barn är utsatt för specifika prövningar.

Nya lagar skärper barns position som anhöriga

Sedan den 1 januari 2010, respektive 2011 finns nya lagar i HSL och patientsäkerhetslagen (PSL) som reglerar hur vården ska förhålla sig till barn till psykiskt och fysiskt sjuka samt missbrukande föräldrar. I korthet kan lagarna sammanfattas som att alla som arbetar med dessa patienter måste dels



Bokrecension

Daniel Frydman

Mod och mandat

Mårten Jansson et al

Stiftelsen Allmänna Barnhuset 2011

uppmärksamma barnen, dels **samverka** med andra instanser för att stödja barnen och åter dels följa upp vad dessa interventioner har för effekt. I en skrift från Socialstyrelsen tillsammans med Stiftelsen Allmänna Barnhuset har Mårten Jansson, Anne-Marie Larsson och Cecilia Modig sammanfattat en serie seminarier som handlat om hur man kan arbeta för att hjälpa familjerna och framför allt barnen. Man lyfter här fram olika aspekter som alla är viktiga, kring hur man kan göra för att påverka attityderna inom vård och omsorg för att dessa perspektiv ska kunna hållas fram. På såväl riksnivå som lokalnivå krävs att det finns en insikt om allvaret i denna fråga och att man har en tydlig vision kring ämnet. Det gäller allt ifrån hur man journalför familjeförhållanden; att det kan behövas en särskild journalrubrik kring om en patient har barn och vad som händer med barnet under en vårdperiod, till ekonomiska incitament, som produktions"pinnar" för barninterventioner.

Olika sorters interventioner beskrivs och ett kapitel belyser de särskilda problem som finns kring spädbarnens utsatta position om en förälder är psykiskt sjuk. Man talar här om hur anknytning till en person med växlande närvaro kan påverka barnet, och att det finns stora behov av att hjälpa barnet och föräldern i denna situation.

Nyckelord i detta arbete, som i så många andra, är modet att uppmärksamma frågan och möjligheten att samverka med andra så att stöd kan utformas som gör nytta. För detta behövs även kontinuerlig utvärdering. Det presenteras en enkät som används inom psykiatri i Region Skåne, där man granskar olika perspektiv. Ett direkt klinikperspektiv – t.ex. om det finns policyprogram och hur verksamhetschefen förhåller sig till frågan, ett utbildningsperspektiv, frågan om hur familjer informeras om vad man tänker sig kring familjevård samt ett "produktionsperspektiv", där man frågar hur man intervenerar efter t.ex. en förälders suicidförsök.

Frågan är mycket viktig och denna lilla skrift belyser lagen och dess konsekvenser på ett pedagogiskt sätt. För att barn skall ses som anhöriga och respekteras med sina behov krävs ett omfattande arbete, som genom lagändringarna 2010 och 2011 görs tydligt.

Daniel Frydman

**Psykiater, leg. psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm**

Värderingar och omvärderingar inom psykiatri och barnpsykiatri under de senaste 50 åren

Idéhistoria är studiet av vetenskapliga, filosofiska och kulturella idéer och idésystem. Inför tillämpning av ett sådant perspektiv på de psykiatriska disciplinerna kan även en tämligen van skribent gripas av skrivkramp. Hur ska man kunna överbrygga gapet mellan den höga abstraktionsnivå som tycks dölja sig bakom begreppet idéhistoria och de vardagliga erfarenheter och tankeutbyten mellan kollegor och medarbetare man haft i sitt arbete? Jag ska försöka formulera erfarenheter och reflektioner kring människosyn inom psykiatrin utifrån perspektiv som jämlikhet, delaktighet och dialektiska processer.

Min första kontakt med psykiatrin var under mina psykologistudier 1960, då patienter med schizofren symtomatologi demonstrerades i undervisningen. Jag kände min klivenhet: fascinationen av beteende, symtom och sätt att uppfatta världen och det vaga obehaget inför en till synes självklar brist på respekt för integritet och mänsklighet. Det handlade inte om vare sig elakhet eller översitteri, mer aningslöshet tror jag. Jag gjorde mig skyldig till samma respektlöshet mot en ung patient som underläkare under ett undervisningspass för mentalskötare 7- 8 år senare. Det skavde och blev en av drivkrafterna i mitt engagemang i RMH, senare RSMH.

Utmaningen av auktoriteter och hierarkier

68-rörelsens ifrågasättande av de samhälleliga auktoritetshierarkierna kom att i högsta grad påverka psykiatrin. Man kom att sträva mot en holistisk syn på människan i motsats till ett reduktionistiskt medicinskt synsätt. Ett jämlikhetsideal blev överordnat. Läkarnas självklara makt och tolkningsföreträde ifrågasattes, avdelningspersonalens insatser och erfarenheter lyftes fram. Socialt utstötta eller marginaliserade människors, inklusive psykiatriska patienters, människovärde betonades såväl inom vården som i samhället i allmänhet. Den maktutövning som kunde döljas under "det är bara för ditt eget bästa" kom i dagen. Det klargjordes hur patienters berättigade missnöje ofta tolkades som ett



Foto: Carol Schultheis

uttryck för deras psykiska sjukdom. Patienternas symtom och svårigheter kom mer att ses som uttryck för samhälleligt misslyckande och förtryck än som uttryck för individuella faktorer. Patienter och personal skulle kämpa tillsammans mot samhälleliga orättvisor och strukturellt förtryck.

Nya metoder

I spåren av denna utveckling växte behandlingsmetoder som speglade detta synsätt fram - miljöterapi, terapeutiska samhällen, grupptherapeutiska metoder. Patienterna blev mer deltagare i, snarare än utsatta för behandlingen.

Avdelningspersonalen fick nya roller som aktiva deltagare i behandlingsarbetet. Ifrågasättandet av auktoriteter tycktes ha förlöst ett relationsperspektiv vars potential nu utforskades. Det fanns ett hopp om att politiska åtgärder skulle kunna åstadkomma samhälleliga förändringar som kompletterades med psykoterapeutiska insatser skulle leda till radikalt bättre psykisk hälsa för såväl psykiatriska patienter som för den övriga befolkningen.

På det teoretiskt/praktiska planet gjorde socialpsykiatrien sitt intåg, en "kraftkälla" blev Svein Haugsgjerds "Ny syn på psykiatri". Nya metoder som familjeterapi, nätverksterapi, vilka byggde på arbete med relationer mellan människor i deras miljö växte fram, med tillämpning framför allt inom barnpsykiatrien. Under 1970-talet försiggick som nämnts en psykologisk och psykoterapeutisk metodutveckling med stor expansiv kraft. I ena änden av ett spektrum fanns metoder som visserligen inte var systematiskt utvärderade genom kontrollerade randomiserade studier, men underbyggda av väl formulerad teori och teoristyrda interventioner vars relevans kunde prövas och påvisas i fallstudier.

I andra änden fanns mer spektakulära tillvägagångssätt som saknade sådan underbyggnad. Utvecklingen kulminerade i avvecklingen av mentalsjukhusen vilket bland annat avspeglade en omvärdering av psykiatriska patienters potential att leva ett vardagsliv ute i samhället samt en bred satsning på att höja personalens psykoterapeutiska grundkompetens.

Människosyn

Samtidigt som det nya jämlika värdesystemet påverkade psykiatrien fanns det inom psykoterapien en motsättning som hade med människosyn att göra; den mellan beteendeterapi och psykodynamisk psykoterapi. Beteendeterapeuternas teori beskrevs som mekanisk och ytlig. Den blev måltavla för avståndstagande från dem som såg individen som ett handlande subjekt med intentioner och fri vilja. Detta spänningsfält ter sig i efterhand i viss mån konstruerat. En mekanisk människosyn antogs implicit slå igenom i mötet, i det intersubjektiva samspelet vilket skulle innebära att beteendeterapeuter inte bara tänkte kring symtom i mekanistiska termer utan dessutom skulle vara mindre närvarande, respektfulla och förstående i mötet med sina patienter.

En annan teoretisk motsättning med kliniska implikationer växte fram mellan individualpsykoterapi och familjeterapi. Även här kunde ett jämlikhetsfokus skönjas, här med barnet i fokus. Familjeterapeuterna menade att individualterapeuterna befäste barnets position som patient i familjesystemet, vilket innebar en existentiell och dynamisk brist på jämlikhet. Individuell psykoterapi med barn avvisades. Barnterapeuterna å sin sida menade att familjeterapeuterna ofta försummade barnen, framför allt de yngre, i de familjeterapeutiska sessionerna och i praktiken inte gav barnen möjlighet att få berätta sin egen berättelse, vilket avspeglade en brist på jämlikhet.

Ofrånkomlig slagsida

De/vi som deltog i denna omvälvande utveckling under slutet på 60-talet och 70-talet, gick naturligtvis inte fria från den brist på balanserade perspektiv som med naturnödvändighet kännetecknar dem som engageras i en dialektisk utvecklingsprocess. Här ingår att man tror att den antites man driver i själva verket är den nya syntesen.

Denna process var nog övervägande positiv och nödvändig men i efterhand går att urskilja påtagliga nackdelar.

I ett klimat av jämlikhetens hetta värdesattes inte alltid väl grundad professionell kunskap och relevant erfarenhet. Det tycktes till exempel svårt att använda psykiatriskt diagnostiskt tänkande och diagnostiska instrument inom ramen för en jämlik relation med en patient. Genom spänningar och konkurrens inom personalhierarkin blev sannolikt patienter lidande. Användningen av farmaka sågs, åtminstone inom barnpsykiatrien, snarast inte sällan som ett misslyckande. Man medicinerar inte sina medmänniskor i första taget!

Omorientering

Så småningom, tydligt under 90-talet, började utvecklingen ta en motsatt riktning. De brister som kunde ha funnits vad gällde diagnostik ledde till en intensiv utveckling av diagnostiska instrument och betoning av diagnosers, inte minst de neuropsykiatriskas, betydelse. Farmakabehandling i kombination med psykoterapi, vilken tidigare varit i det närmaste otänkbar blev alltmer accepterad. Den restriktiva användningen av farmaka avlöstes inom barnpsykiatrien av en allt frekventare användning av framför allt antidepressiva och centralstimulantia. Det psykodynamiska perspektivet fick undan för undan lämna plats för det inlärningspsykologiska, kombinerat med ett kognitivt perspektiv. Allt fler psykologiska processer fann sin parallellitet i en starkt expanderande kunskap om hjärnan dess funktion och processer. "Bemästrande" tog allt mer mark från "insikt". Denna utveckling gick hand i hand med att såväl den mer vildvuxna floran av behandlingsmetoder som de teoretiskt väl grundade men "obeforskade", fick träda tillbaka, delvis enligt den enkla tumregeln "det som inte har undersökts är inte bra".

Familjeterapi, som uttryck för komplext samspel mellan flera, i viss mening jämlika individer, tenderar att förlora mark till förmån för ett mer individualfokuserat perspektiv som går hand i hand med neuropsykiatrisk diagnostik. Ett relationellt perspektiv har delvis övertagits av en utvidgad anknytningsteori, vilket i sin tur fruktbart har återknutits till familjeterapien i form av anknytningsbaserad familjeterapi, ABFT.

Det är svårt att sortera ut i vilken utsträckning den pågående utvecklingen är ett uttryck för en kompensation för tidigare brister och sålunda har synteskaraktär eller i vilken utsträckning de nya tendenserna i sin tur är uttryck för antitetisk överkompensation. I det senare fallet kan man hoppas på framtida synteser som pekar mot en renässans för integration av transformerade former av gamla ansatser, då på en mer sofistikerad nivå.

Gradvis har synen på psykiatriska störningar och missbruk förändrats. De kom allt mindre att ses som uttryck för samhälleliga processer utan mer som präglade av individuella, ärftliga reaktionsbenägenheter eller skador, brist på förmåga.

Det samhälleliga perspektivet reducerades till traumatisk påverkan i nära relationer eller analyserades i termer av balans mellan risk- och skyddsfaktorer. Tendensen till moralism inom psykiatrin har minskat till exempel vad gäller narkotika- och alkoholmissbruk. Svårast tycks det fortfarande vara att hålla den borta i mötet med vissa patienter med borderline personlighet. Synen på anhöriga har förskjutits från att se dem som generatorer i de patologiska processerna till att se dem som resurser i tillfriskningsprocessen. Deras kunskap har också kunnat öka genom tillgång till information på nätet.

På personalsidan har andelen kvinnliga läkare, åtminstone inom barnpsykiatrin, helt kommit att dominera, och rekryteringssvårigheterna är stora.

Jämlikhet i samhället

Låt oss sätta in psykiatrin i perspektivet av jämlikhet i det omgivande samhället. Bilden blir komplex. Lönegapet har ökat. Vissa grupper av fattiga har fått det något bättre och de rika mycket bättre. Utbildningsgapet mellan de sociala grupperingarna har ökat. Jämlikheten mellan könen förefaller öka i småbarnsfamiljer, men denna utveckling går trögare ju högre upp man kommer i hierarkierna i näringsliv och akademi. Identitetsutvecklingen ter sig mer komplicerad för tonåringarna, framför allt flickorna mår sämre utan att vara allvarligt psykisk sjuka. Barn tas dock mer på allvar, de ses mer som individer i sin egen rätt och verkar frimodigare i förhållande till vuxna, delvis till priset av ett visst kaos och tendenser till normlöshet i vissa skolor. De är delaktiga i stärkandet av individens rätt i samhället mot det allmänna som kännetecknar den postmoderna betoningen av det individuella.

Djupgående psykiska svårigheter har sedan länge belysts inom teater, film och romaner, men nu kommer också personliga skildringar där framgångsrika människor med psykiatriska diagnoser till exempel inom det depressiva och bipolära fältet träder fram på ett helt nytt sätt i självbiografier. Transparensen ökar, det privata görs offentligt i gränsöverskridanden inte minst i media. Bilden i samhället av den komplexa och sårbara människan tycks växa fram parallellt med den platta bilden av den materialistiska, framgångsbesatta.

Dagsläget

Hur ser det ut med jämlikhet inom vården i stort? Patienters rättigheter har tydligt stärkts gentemot sjukvårdssystemet. Patienter har blivit kunder, kan ställa krav och har friare vårdval. Samtidigt ter sig denna utveckling tydligare inom somatisk än psykiatrisk vård. Läget inom psykiatrin är komplext. Till framstegen hör förbättrad diagnostik, ökad neurokunskap, komplettering av farmakaarsenalen dock utan radikala genombrott samt tillskott av pedagogisk behandlingsmetodik. Tendensen att psykiatrin i ökande utsträckning tar sig an lindrigare psykiska störningar, till exempel avspeglad i stöd till psykoterapeutisk behandling har förbytts i krympt spännvidd av sådana metoder.

Det medvetna användandet av avdelningsmiljö som behandlingsredskap tycks ha avtagit. Fortbildning för personal tycks ha blivit smalare. Den på 1970-talet allmänt eftersträlvade holistiska modellen tycks i praktiken längre bort än någonsin medan den pragmatiska medicinska modellen för närvarande ständigt vinner mark.

Hur ter sig då jämlikheten i relationen mellan patienter och personal i psykiatrin nuförtiden? Troligen har patienter inom psykiatrin fått en starkare ställning som individer och subjekt, en tydligare position att ifrågasätta behandling utan att bli utsatta för tolkning i enlighet med den diagnostiska kulturen.

Den psykiatriska diagnostiken kan i bästa fall försiggå inom en mer jämlik ram. Kanske var problemen med diagnostiserandet på 60- och 70-talen inte diagnosen i sig utan den auktoritära, ibland naivt maktfullkomliga kontext som den inte sällan förmedlades inom. Den psykiatriska referensramen har knappast blivit mer holistisk i meningen att betrakta de human- och naturvetenskapliga aspekterna som visserligen olika men likvärdiga. Kanske kan psykiatriska patienter uppleva något mer av jämlikhet och respekt i relation till sina doktorer och andra behandlare nu än för 50 år sedan.

Björn Wrangsjö

**Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm**



Foto: Lisa F. Young/Shutterstock.com

En introduktion till den psykiatriska idéhistorien

I en enkät som sändes ut till alla Svenska Psykiatriska Föreningens medlemmar år 1990 (1) i samband med den då aktuella diskussionen om specialistexamen i psykiatri rankades psykiatrihistoria som ett av de minst betydelsefulla ämnena inom psykiatrin. Det kan tyckas förvånande, då många av dagens problem i psykiatrin har sina rötter långt tillbaka i tiden, och psykiatriska organisationsformer och behandlingsmodeller ofta har en mycket lång historia.

Miljöterapeutiska principer, som på 1960-talet lanserades som en nyhet, beskrevs t.ex. utförligt i italiensk, fransk och engelsk psykiatri vid sekelskiftet 17-1800. Under 1800-talets mitt utkämpades en långvarig och uppsplitande strid mellan "somatiker" och "psykiker" i tysk psykiatri, som har många likheter med 1970-talets strider mellan "biologisk" och "dynamisk" psykiatri. Det terapeutiska samtalets värde som behandlingsform var känt under förkristen tid och beskrevs av kristna, judiska och arabiska läkare under medeltiden. Antikens filosofskolor har drag gemensamma med våra dagars psykoterapiutbildningar. Den yngsta av dagens psykiatriska behandlingsformer är faktiskt den moderna psykofarmakologin, vilket möjligen kan förvåna den som följt massmediaversionen av de senaste decenniernas psykiatridebatt, där läkemedelsterapi ibland framställts som en föråldrad behandling.

Kanske är det ett tecken på en mer historieintresserad hållning hos dagens psykiatrer att den första nationella forskarskolan i psykiatri inleds med en kurs i psykiatrisk idéhistoria. Kursen har ett antal teman i form av aktuella problem vilkas rötter vi skall försöka dissekera fram och diskutera, men för att sätta dessa problem i ett sammanhang inleds kursen med en kortfattad översikt över psykiatrihistorien.

Det finns en klar tendens att de som själva är psykiatrer och försöker skriva psykiatrins historia förskönar sin egen tidsålder och framställer vår disciplins förflutna som någonting alltigenom mörkt och barbariskt. Så gjorde Jean-Étienne Dominique Esquirol när han beskrev sin lärofader Philippe Pinels reformarbete i fransk psykiatri, och så gjorde Emil Kraepelin i sin skrift "Hundra år av psykiatri".

Pinel och Kraepelin - två psykiatriska pionjärer

Just dessa två, Philippe Pinel och Emil Kraepelin, har haft ett oerhört stort inflytande på vår disciplins utveckling under 1800-talet. Pinel, som kanske är mest känd för att han "lossade de sinnessjukas bojor" på Salpêtrière-sjukhuset i Paris, gjorde

sig också känd för en förenklad psykiatrisk diagnostik och för en tidig variant av evidensbaserat tänkande.

Han förde nämligen statistik över sina patienter, och kämpade för att man, till skillnad mot vad som var brukligt vid den tiden, skulle redovisa sina misslyckanden, likaväl som sina lyckade behandlingar (en rekommendation som kanske inte är helt ur vägen i dag heller). Esquirol, som blev än mer känd än sin lärofader, var en av de första som hävdade att det vi idag kallar psykisk sjukdom var en fråga för medicinen, och att man borde inrätta särskilda sjukhus för de psykiskt sjuka med en läkare som chef.

Tidiga reformer och miljöterapi

Pinel var en pionjär som införde en tidig variant av miljöterapi på sina sjukhus, i likhet med andra reformatörer under tidigt 1800-tal, t.ex. kväkarna William och Henry Tuke som formade sin York Retreat till en mönsterklinik. York Retreat var något av en förebild för Gert Wretmark, professor i Linköping, den förste svenska psykiater som försökte införa moderna miljöterapeutiska principer vid sin klinik.

Psykiker och somatiker

Det tidiga 1800-talets reformer och entusiasm förbyttes så småningom i den tyskspråkiga världen till en kollision mellan en romantisk, spekulativ psykiatri och en empirisk psykiatri som hävdade den naturvetenskapliga synen på psykiska sjukdomar. Företrädare för de båda skolorna bekämpade varandra (2). Striden påminner i viss mån om fejden mellan den romantiske och idealistiske Uppsalaprofessorn Israel Hwasser och det unga Karolinska institutets förkämpe Jöns Jakob Berzelius under tidigt 1800-tal, även om den inte rörde psykiatriska frågor utan snarare mer generella olikheter i vetenskapssyn. En fängslande beskrivning av den färgstarke Israel Hwasser gavs av Lars Sjöstrand i Läkartidningen 2006 (3).

Modeller för psykisk sjukdom

Den kontinentaleuropeiska striden mellan olika förklaringsmodeller för psykisk sjukdom, mellan "psykiker" och "somatiker", är bara en av många liknande åsiktsbrytningar som kanske är helt naturliga med tanke på de många olika föreställningar man haft under årtusendena kring de psykiska sjukdomarnas väsen och uppkomstmekanismer.

Man brukar ofta särhålla åtminstone fem olika tankemodeller: den magiska, den religiösa, den emotionella, den sociala, och den biologiska (4).

Den magiska sjukdomsmodellen

Den magiska tankemodellen ser sjukdom som förorsakad av besatthet av onda andar, eller förorättade förfädersandar. Den logiska behandlingen är andeutdrivning, exorcism, som i den kristna kyrkan praktiseras enligt en särskild ritual. En utomordentlig beskrivning av sjukdomsbild och behandling ges i Markusevangeliet femte kapitel i den kristna Bibeln, där Jesus driver ut onda andar:

När Jesus steg ur båten kom en man emot honom från gravarna. Han var besatt av en oren ande och hade sitt tillhåll bland gravarna. Inte ens med kedjor kunde man längre binda honom. Flera gånger hade han bundits till händer och fötter, men han hade slitit av kedjorna och sprängt bojorna, och ingen kunde få bukt med honom. Dag och natt höll han till bland gravarna eller uppe i bergen och skrek och sargade sig med stenar.

Idag skulle vi antagligen kalla mannen kroniskt psykotisk, men på Jesu tid uppfattas han som besatt av en ond ande. Nu vidtar den klassiska exorcismen, där andeutdrivaren kämpar med anden och visar sig vara den starkare av de två, och därigenom kan befalla anden att lämna den sjuke.

När han nu på långt håll fick se Jesus sprang han fram och föll ner för honom och ropade högt: "Vad har du med mig att göra, Jesus, du den högste Gudens son? Jag besvär dig vid Gud: plåga mig inte!" Jesus hade nämligen just sagt åt honom: "Far ut ur mannen, du orena ande".

Berättelsen slutar med att Jesus driver ut en hel hoper andar, in i en svinhjord, varefter mannen blir frisk.

Religiösa sjukdomsmodeller

I de gammaltestamentliga skrifterna finns också många exempel på hur psykisk sjukdom uppfattas som ett straff för någon synd mot Gud, alltså en religiös sjukdomsmodell. När Mose meddelar Guds lag till folket, lovar han välsignelse till den som följer lagen, men hotar den som bryter mot den med olika straff, bland annat sjukdom:

Herren skall slå dig med Egyptens bölder och med svulster, skabb och klåda. Herrens skall slå dig med vanvett, blindhet och skräck (5 Mos 28:27-28).

När kung Nebukadnessar blir "övermodig, styvnackad och förmätn" straffas han med att bli psykotisk:

Han fördrevs ur människors krets, han förvandlades och blev som ett djur: han bodde bland vildåsnorna och levde av gräs som oxarna och hans kropp fuktades av himlens dagg, till dess han insåg att den högste Guden råder över människors riken och sätter vem han vill att härska över dem. (Daniel 5:21).

Den magiska och den religiösa sjukdomsmodellen förutsätter båda övernaturliga sjukdomsorsaker. Så är inte fallet med den psykologiska, den sociala och den biologiska sjukdomsmodellen.

Psykologiska modeller

I många av de psykologiska sjukdomsmodellerna, som går tillbaka till antiken, bl.a. till Platon, uppfattas starka känslor som potentiellt sjukdomsframkallande, både till kroppslig och till psykisk sjukdom. Det finns ingen diskontinuitet mellan friskt och sjukt i en sådan modell, eftersom de flesta människor upplever emotioner, utan det rör sig om en gradskillnad – alltför starka, eller alltför långvariga känslor, men känslor som är av samma natur som dem vi alla har. Psykoanalysen arbetar med psykologiska modeller, liksom den äldre psykosomatiken och i viss mån också de moderna stressmodellerna.

Psykologiska modeller för psykisk sjukdom har länge varit förhärskande bland lekmän, även bland patienter och deras anhöriga. När man frågar efter "orsaken" till att någon har blivit psykiskt sjuk, letar man av tradition efter emotionellt uppskakande händelser före insjuknandet. En annan förklaring som också har en mångtusenårig tradition bakom sig är idén om en patogen hemlighet, som förorsakar sjukdom. Den patogena hemligheten beskrivs redan hos Galenos på 100-talet efter Kristus, och den var en betydelsefull ingress i den tidige Freuds tänkande.

Sociala modeller

I de sociala modellerna, som också går tillbaka till antiken, uppfattas sjukdom som framkallad av sociala mekanismer. I sina mest extrema former kan sådana modeller bli närmast konspiratoriska, så att psykisk sjukdom uppfattas som något som egentligen inte finns, utan är en etikett som omgivningen sätter på vissa människor som den önskar eller behöver stöta ut. Etiketten eller stämpeln tänks sedan leda till att individen börjar bete sig på det sätt som förväntas av honom eller henne, till exempel genom att visa psykotiska symtom eller ett desorganiserat beteende.

Sociala modeller var speciellt populära på 1960- och 1970-talen och företrädades bland andra av filosofer som Michel Foucault och psykiatrer som Ronald Laing och Thomas Szasz. Laing hävdade att psykisk sjukdom var en frisk reaktion på ett sjukt samhälle ("not insanity, but supersanity") och Szasz ansåg att begreppet psykisk sjukdom är en myt, som konstruerats i onda syften. Szasz ligger nära scientologerna, en religiös sekt som anser att psykiatriska verksamheter till sin natur är ondskefulla och skadar såväl patienter som läkare.

Biologiska modeller

Biologiska modeller, slutligen, innebär att sjukdom tänks framkallas av kroppsliga faktorer. Den gamla humoralpatologin så som den beskrevs av Hippokrates på 200-talet före Kristus och Galenos på 100-talet efter Kristus är en biologisk modell, där sjukdom tänks bero på en obalans mellan de fyra kroppsvätskorna, blod, slem, gul galla och svart galla. Ett övermått av svart galla kunde till exempel leda till melankoli, och, enligt Aristoteles, kanske också till en ökad kreativitet.

Humoralpatologin var den förhärskande sjukdomsmodellen bland västerländska läkare under mer än 2 000 år. Benedictus Olai, som var Erik XIV:s livläkare och skötte kungen under hans psykotiska perioder, lät trycka "Een nyttigh läkere book" år 1578, där han bl.a. skriver om "melankoliskt blod" med "svåra djupsinniga tankar och förfärliga drömmar". Indisk ayurvedisk medicin använder sig fortfarande av sjukdomsmodeller som i mycket påminner om humoralpatologin.

Biologiska modeller innehåller ofta, men inte alltid, tankar om en genetisk bakgrund till den psykiska ohälsan. Under förra delen av 1900-talet var sådana idéer vanliga. De låg bakom den internationella eugenetiska rörelsen, som bland annat menade att sterilisering av psykiskt sjuka skulle kunna vara en väg att minska förekomsten av psykisk sjukdom (en tanke som bygger på missförstånd av genetikens lagar). Det eugenetiska tänkandet urartade fullständigt under nazitiden, och låg delvis till grund för det systematiska massmord på hundratusentals psykiskt sjuka i det nazistiska Tyskland och Österrike som beskrivs på annan plats i detta nummer. Erfarenheterna från denna tid bidrog till att biologiska modeller för psykisk sjukdom kom i vanrykte under efterkrigstiden.

Tillkomsten av effektiva psykofarmaka och molekyलगenetikens och imagingteknikernas utveckling under slutet av 1900-talet gjorde biologiska modeller rumsrena på nytt, och de hör idag till de vanligaste förklaringsmodellerna för psykisk sjukdom.

Sjukdomsmodell och behandling

Vilken modell man använder sig av är absolut inte likgiltigt. En teori för hur en sjukdom uppkommer leder vanligen till försök att behandla som stämmer med teorin. Tror man t.ex. att en obalans mellan kroppsvätskorna åstadkommer sjukdom, ter det sig rimligt att försöka bota sjukdomen genom att återställa balansen. Äldre tiders läkare försökte sig på just detta med ganska drastiska metoder, t.ex. åderlåtning eller diarreframkallande medel. Det var först på 1840-talet som den polsk-österrikiske läkaren Joseph Dietl kunde visa att tre gånger så många patienter med lunginflammation avled om man behandlade dem med åderlåtning, jämfört med ingen behandling alls.

Tror man att emotioner framkallar och vidmakthåller psykisk ohälsa, kan man försöka behandla genom att åstadkomma andra emotioner, t.ex. försöka skrämman patienten genom att överraskande kasta honom i vattnet, utsätta honom för irriterade klåda och liknande inhumana behandlingar.

Tror man att en patogen hemlighet orsakar sjukdom, blir det naturligt att försöka locka fram hemligheten ur patienten, t.ex. med ingående samtal eller kanske med hypnos.

Tror man att storstadens socialt oroliga miljö kan framkalla sjukdom, kan sjukhus i lugna, vackra och avskilda miljöer te sig som ett rationellt alternativ. Denna tanke är bakgrunden till att så många mentalsjukhus byggdes utanför tätorterna och i natursköna omgivningar och parker.

Interaktiva modeller

I det sena 1900-talets debatt om psykisk ohälsa och dess orsaker framställdes ofta den medicinska sjukdomsmodellen som synonym med den biologiska modellen. Detta är fel. Den medicinska modellen är en integrerad modell, som uppfattar såväl biologiska som emotionella och sociala faktorer som betydelsefulla för uppkomsten av sjukdom. Både Pinel och Kraepelin, och för den delen också Sigmund Freud, arbetade med interaktiva modeller. Den goda psykiatrin kan med ett annat bibelcitat ses som en "tretvinnad tråd", där psykologiska, sociala och biologiska faktorer samverkar i såväl sjukdomsutveckling som läkning. Citatet är hämtat ur Predikaren (4:12) och lyder "En tretvinnad tråd brister inte så snart".

Det tidiga 2000-talets molekyलगenetiska forskning har med all önskvärd tydlighet givit stöd för interaktiva modeller, t.ex. i fyndet att en genetisk benägenhet för depression, kan förutsätta ogynnsam miljöpåverkan för att depressionen verkligen skall utvecklas. I flera länder, bl.a. i Sverige, har studier av barn visat att om miljön är gynnsam, spelar den genetiska sårbarheten ingen roll (5, 6). Om den emotionella miljön är ogynnsam, eller barnet utsätts för olika traumatiska händelser, är risken att drabbas av en depression eller en beroendesjukdom mycket större för ett barn som har den genetiska avvikelsen.

Utbyggnad och nedslitning av mentalsjukhusen

Mot slutet av 1800-talet och början av 1900-talet ökade antalet patienter på de psykiatriska sjukhusen dramatiskt i hela västvärlden. Orsaken till denna drastiska ökning är inte säkert känd, men den vanliga förklaringen är att övergången mellan bondesamhälle och industrisamhälle medförde att familjerna inte längre kunde ta hand om sina psykiskt sjuka. Under samma tid ökade antalet registrerade självmord mycket kraftigt i Sverige för att nå sitt maximum omkring tiden för första världskriget. Belastningen på de gamla mentalsjukhusen ökade, och ett stort antal nya sjukhus byggdes, bl.a. i Sverige. Inställningen till de sjukas behandlingsbarhet förändrades, och det var först när klorpromazinet under 1950-talet gjorde sin entré som den på nytt kom att bli mer positiv.

Kraepelins diagnostik

De långa vårdtiderna för dem som intogs på mentalsjukhus under det tidiga 1900-talet var måhända en del av bakgrunden till att Emil Kraepelin kom att se sjukdomsförloppet över längre tid som en möjlighet till en förbättrad psykiatrisk diagnostik.

Kraepelin som var professor och överläkare vid ett mentalsjukhus i München från 1903 och fram till sin död 1926, såg personligen alla nyintagna patienter och noterade detaljer kring deras sjukhistoria på små kort. Medan en grupp patienter hade ett typiskt cykliskt förlopp med friska perioder mellan sjukdomsepisoderna, hade andra ett mer kroniskt förlopp, ofta med en uttalad mental avtrubbnings i slutskedet. Kraepelin menade att det fanns två stora psykiatriska sjukdomskomplex, nämligen *dementia praecox* (som vi idag kallar schizofreni) och *mano-depressiv sjukdom* (som vi idag kallar bipolärt syndrom). När amerikanska psykiatrer år 1980 publicerade den revolutionerande tredje upplagan av det psykiatriska diagnossystemet DSM återgick de till Kraepelins tankar, som tidigare inte fått något riktigt fotfäste i den amerikanska psykiatrin.

Psykoanalysen vinner inflytande

Amerikansk psykiatri var fram till senare delen av 1900-talet starkt influerad av Freud och hans många efterföljare. Freud, som var född samma år som Kraepelin (1856) och som i mycket hade en liknande vetenskaplig bakgrund, kom tidigt att lämna den akademiska mentalsjukhuspsykiatrin (han hade i själva verket bara några få månaders klinisk psykiatrisk tjänstgöring under Theodor Meynert i Wien) för att öppna den privatmottagning som blev basen för hans fortsatta verksamhet.

Freud och många av hans efterföljare tvingades efter det nazistiska maktövertagandet att emigrera, Freud till England, flertalet av lärjungarna till USA, där de kom att få ett mycket djupgående inflytande på den amerikanska psykiatris utveckling. Freuds dotter Anna kom i sin tur att bli betydelsefull för utvecklingen av den engelska psykoanalysen och barnpsykoterapien, liksom även Melanie Klein, som gått i analys hos två av Freuds mest trogna elever, Sandor Ferenczi och Karl Abraham. Som så ofta i psykoanalysens historia kom Anna Freud och Melanie Klein i konflikt med varandra, en konflikt som fortfarande kan spåras i brittisk psykoanalys.

På 1930-talet kom psykoanalysen också till Sverige, länge i liten skala. 1934 bildade Alfhild Tamm den svenska Psykoanalytiska Föreningen (Svenska Psykiatriska Föreningen bildades 1905), samma år grundades Ericastiftelsen och 5 år senare grundades S:t Lucasstiftelsen. Franz Luttenberger ger en mycket spännande inblick i den svenska psykoanalysens historia i sin bok *Freud i Sverige* (7). Psykoanalysen är faktiskt den äldsta av de specifika behandlingsformer som fortfarande används inom psykiatrin.

Drastiska behandlingsförsök

Innan de moderna psykofarmaka gjorde sitt intåg i psykiatrin gjordes många försök att behandla psykiskt sjuka människor, ofta med drastiska metoder. Somliga av dessa behandlingar, t.ex. malariaterapien som användes för att framkalla hög feber och därav följande förbättring hos patienter med hjärnsyfilis, hade en empirisk bakgrund. Malariaterapien gav sin upptäckare Julius Wagner von Jauregg det första psykiatriska Nobelpriset, men behandlingen blev snart obsolet, dels för att syfilispirochetens virulens tycktes minska så att tertiärsyfilis blev mindre vanlig, dels för att man upptäckte

andra, effektivare behandlingsformer.

En annan behandling som år 1949 gav ett Nobelpris till neurofysiologen Egas Moniz, var upptäckten av "det terapeutiska värdet av leukotomi vid vissa psykoser". Redan då det delades ut var priset omstritt, och den senare utvecklingen visar att lobotomierna kunde leda till katastrofer. Lobotomiverksamheten i Sverige beskrivs och diskuteras bl.a. i en avhandling av Kenneth Ögren i Umeå 2007 (8). Umedalens mentalsjukhus var på sin tid ett av Sveriges modernaste mentalsjukhus (det byggdes 1934) och dess överläkare var en omtyckt man med gott rykte, väl orienterad i den tidens psykiatri. På Umedalen genomfördes mellan 1944 och 1958 mer än 700 lobotomier, mest av alla mentalsjukhus i Sverige. Somliga av dessa ingrepp ledde till att patienterna kunde skrivas ut till hemmet, medan andra ledde till dramatiska och ogynnsamma personlighetsförändringar och ibland dödlig utgång. *Melius anceps remedium quam nullum*, bättre en osäker behandling än ingen alls, tycks ha varit den etiska princip man följde. Tydligt är att vad som en dag ses som modern behandling kan komma att ses som fasansfulla övergrepp 50 år senare. Man kan göra mycket ont av de allra bästa motiv.

I sammanhanget skall man kanske påminna om att elbehandlingen också har en lång historia. Den introducerades redan 1938 av Cerletti och Bini och är som bekant fortfarande en värdefull behandlingsform med stark vetenskaplig evidens.

Mentalsjukhusen läggs ned

Nittionhundratalets stora psykiatriska katastrofer, nazisternas massmord på psykiskt sjuka med dess grumliga föreställningar om genetik och folkhälsa, lobotomierna, och den kontinuerliga försämringen av miljön på mentalsjukhusen är säkert viktiga förklaringar till uppväxten av det sena 1900-talets antipsykiatriska rörelse, som kommer att diskuteras mer i detalj i ett senare nummer. Tillsammans med tillkomsten av effektivare och mer skonsamma behandlingar under andra hälften av 1900-talet bildar de också en bakgrund till den reformrörelse som ledde till att de stora mentalsjukhusen så småningom stängdes i de flesta länder. Intressant nog sker den stora nedgången i antalet intagna på mentalsjukhus vid olika tidpunkter i USA (mitten av 1950-talet), Sverige (mitten av 1960-talet) och exempelvis Frankrike (mitten av 1970-talet) (9).

Ingen önskar väl de överfulla och inhumana mentalsjukhusen tillbaka, men deras snabba nedläggning ledde onekligen till en del problem som vi fortfarande inte har löst, och som säkert kommer att diskuteras länge än.

Marie Åsberg, prof em

StressRehab

Hus 47 Danderyds sjukhus AB

18288 Stockholm

marie.asberg@ki.se

Referenser finns på vår hemsida

www.svenskpsykiatri.se

SPF deltog i möte med Socialdepartementet

Vi, Astrid Lindstrand (kassör) och Diana Radu Djurfeldt (vetenskaplig sekreterare) från SPF:s styrelse, deltog 31 maj på Socialdepartementets hearing om psykiatri. Det var ett av 4 möten där politiker vill ta in information från flera håll. Det var givande att höra andras röster som rätt enstämmigt förordar det vi alla eftersträvar – satsning på psykiatrisk vård, utbildning, forskning.

Flera efterfrågade politiska beslut för att främja att befintlig kunskap når ut till patienterna genom användning av kunskapsbaserade verktyg och behandlingar, samverkan (eller sams-verka för bästa resultat som brukarrepresentanterna lade upp det). Utvärdering av innehållet i erbjuden vård bör ingå i de kvalitetsindikatorer som används för att mäta våra resultat.

Vi framförde vår idé om den framtida svenska psykiatrin, som vi vill se ligga i världsklass, baserat på SPF:s vision

"God psykisk hälsa. Minskat lidande av psykisk sjukdom" med dess huvudmål:

- Satsning på psykiatriska centra för klinisk vård, utbildning och forskning
- Kunskapsbaserad psykiatrisk vård av hög kvalitet
- God tillgång till psykiatrisk vård
- Ökad kunskap i befolkningen om psykisk sjukdom och psykiatrisk vård

Vi lyfte fram värdet av SPF:s arbete med att ta fram kliniska riktlinjer och behovet av utbildning. Vad gäller det sistnämnda gäller det allt från grundutbildning av blivande läkare, AT med god kvalitet på psykiatridelen, ST med fortsatt satsning på METIS samt andra skraddarsydda utbildningar för blivande psykiatrer (såsom steg 1) och, inte att förglömma, fortbildning av specialister. I detta avseende informerade vi om SPK som har som mål att erbjuda bred högkvalitativ uppdatering på flera aktuella områden inom psykiatrin till Sveriges psykiatrer, blivande psykiatrer och andra yrkesgrupper där vi i år nådde över 600 deltagare.

En angelägen fråga är den stundande bristen på lektorer/professorer/lärare som följd av pensionsavgångar vilket hotar kvalitén på läkarutbildningens psykiatridel.

Vi påpekade vikten av satsningar på svensk psykiatrisk **forskning** på psykiatriska akademiska centra nära klinisk psykiatrisk och somatisk vård, fristående från privata aktörer. Satsa på nytt ALF-avtal!



Flera deltagare uttryckte oro om de projektmedel som satsats som enbart är kortsiktiga och man månar om långsiktighet i planeringen i ovanstående frågor.

Vår slutkläm blev följande:

SPF förordar långsiktig politisk satsning på en hållbar utveckling av svensk psykiatri nära medicinsk vård, utbildning och forskning. För detta behövs kraftigt ökade resurser.

Astrid Lindstrand
Kassör SPF

Diana Radu Djurfeldt
Vetenskaplig sekreterare SPF

SPF's visionsdokument finns att hämta på vår hemsida
www.svenskpsykiatri.se

Nils Uddenbergs bok anknyter väl till tidskriftens tema Idéhistoria. Den har många förtjänster, personligt hållen, fängslande, underhållande, lärorik och lätt att ta till sig. Beskrivningar av uppväxt och familjeliv varvas med skildringar av utbildning och professionella erfarenheter som med osedvanlig spännvidd vävs samman med historiska tillbakablickar på psykiatri och psykoterapi. Författaren verkar bekväm med att låta läsaren komma nära både honom, hans ursprungsfamilj och det akademiska livet i Lund under hans uppväxt och studietid. Han tycks i det närmaste "marinerad" i psykiatri och barnpsykiatri via sina föräldrar och sin hustru, alla verksamma inom detta fält.

Till en början inspirerades Nils Uddenberg av 68-rörelsens syn på samhälle, psykiatri och psykologi men blev med tiden mer tveksam. Under femton år som psykiater kom han att uppleva begränsningar och möjligheter inom såväl de socialpsykiatriska som biologiska skolorna. Han lämnade därefter psykiatrin bland annat för att han inte var bekväm med rollen som den som ständigt förväntades "veta bäst" inom ett område där säker kunskap endast fläckvis stod att finna. Som han skriver "med vilken rätt uppträdde jag som expert på livet". Även om vår kunskap har ökat har den frågan fortfarande relevans.

Sedan tjugofem år är författaren verksam inom psykiatrisk para- och metaområden som humaniora, biologi och lärdoms historia. Han har under åren levererat en rad viktiga bidrag vilket kan te sig anmärkningsvärt (och ytterst uppmuntrande!) med tanke på den skolproblematik med brist på motivation och dragning åt ADHD som han beskriver i boken att han brottades med. I boken framstår han som en person som stått med en fot i och en fot utanför de sammanhang han levt i. Utifrån denna position har han utvecklat ett reflekterande betraktande, utifrån vilket han i sin bok hjälper oss att få syn på olika sidor av psykiatrin genom sin särskilda förmåga att klarlägga motsättningar och tänka såväl kring som över dem, lidelsefritt och utforskande.

I sin resa genom psykiatrins historia har Uddenberg bland andra fångat upp psykiatrikern Carl Ulrik Sondén, ett obekant namn för de flesta. Han följer Sondéns kamp för en mänskligare psykiatri som chef för Danvikens sjukhus på 1830-talet och behandlar utförligt hans sätt att handskas med nationalskalden Esaias Tegnér's maniska och depressiva perioder. Uddenberg menar att i ett avseende kunde vår tids patienter avundas Tegnér. Denne hade nära kontakt med en skicklig och verkligt engagerad läkare som gav honom en personligt utformad vård med långt gående respekt för sin patients integritet och behov. Författaren noterar Sondéns vetenskapliga grundinställning. Denne ger det nya en chans, till exempel vad gäller frenologi och homeopati och tar sedan ställning efter saklig prövning. Sondén såg den tunga psykiatriska symptomatologin som uttryck för sjukdom medan hans något äldre kollega Heinroth som Uddenberg också behandlar utförligt, menade att psykiatriska symptom var synd, dock knappast straff för synder utan en synd i sig, något som bara vår Herre kunde reglera.



Själens schamaner

Personliga essäer om psykiatri. Nils Uddenberg. Natur och Kultur 2011

Författaren tar upp existentiella frågeställningar bland annat utifrån sin egen erfarenhet av att en av hans unga patienter tog sitt liv. Han tycker sig kunna finna egna likheter med denne unge man och reflekterar över vad som gjorde att den ene kunde ta sig vidare i livet men inte den andre. Vad är ödet, vad är tillfälligheter, vad har den fria viljan – om den finns – för roll i forandet av våra liv? Han resonerar vidare om intelligens, intelligenstest och dessas bakgrund, utveckling och ibland kontroversiella tillämpning, samt om nåden att förfoga över en bra begåvning, samt att grundläggande människovärde måste hållas fritt från begåvningsnivå och konventionell framgång.

Författaren har en lätt vanvördig distans, ofta underfundigt kritisk utan att vara fördömande i sina granskningar. Han pekar på de vetenskapliga metodernas fördelar och otillräcklighet då det gäller att fånga in hela människan, psykiatrins förtjänster och tillkortakommanden – Vad man vunnit i precision vad gäller sjukdomsmekanismer och behandling tycks man ha förlorat i förståelse för den mänskliga helheten och patientens livssituation. Han resonerar om neuroserna, lättare psykiatriska störningstillstånd som under 1800-talet knappast betraktades som hörande till psykiatrin. Dessa hänvisades till kurorterna, till exempel till Gräfsvenberg som även Carl Ulrik Sondén besökte för att råda bot på sin hypokondri. I denna miljö för lyssnande finner man kanske ett embryo till psykoterapi. I texten skymtar Linnés försök att systematisera mentalsjukdomarna. Uddenberg finner också likheter mellan Linnés systematisering av växt- och djurriket och DSM-manualen, båda tycks, trots sina förtjänster, leda till ökande detaljklassifikation som lever sitt eget liv.



Fota:Wikipedia

Uddenberg tar sig an relationen mellan religion och psykiatri med utgångspunkt från sin farmors fromhet och munken Petrus de Dacias relation med jungfrun Kristina, hennes intensiva, erotiskt präglade religiösa anfäktelser och parets platonska romans som "älskande i Kristus". Vi, menar Uddenberg, tolkar hennes upplevelser som uttryck för sjukdom, samtidigt kunde se henne som ett helgon. Hade dessa anfäktelser kunnat "botas" om paret hade kunnat leva ut sin förälskelse också på ett erotiskt plan? Här ställer Uddenberg vår tids psykologiska förståelse av inre konflikter och pardynamik mot samtidens religiöst färgade. Han frågar sig var gränsen går för vår förståelse av fenomen som försiggått i radikalt annorlunda kulturella kontexter. Uddenberg tillämpar samma frågeställning på den världsbekante Emanuel Swedenborg, även han en person med komplicerad relation till sexualiteten, och en relation till andevärlden. Både Swedenborg och den heliga Birgitta har lockat till diagnoser som epilepsi och schizofreni, tanken är väl inte orimlig menar Uddenberg, men vilka inspirerande skrifter skulle inte mänskligheten ha gått miste om ifall dessa personer behandlats med moderna psykofarmaka. Han berör också predikarrörelsen bland unga kvinnor under mitten på 1800-talet som även den aktualiserade gränsen mellan religiös hänryckning och dårskap.

Sista avsnittet ägnar författaren psykoanalys och psykoterapi. Det är ett spännande avsnitt inte bara innehållsmässigt utan också därför att sättet att skriva i viss utsträckning enligt min uppfattning ändrar karaktär. När författaren går i närkamp med psykoanalysen tycks det vara med mer blandade känslor. Framför allt är han besviken på Freuds teoretiska arbeten, vilka Uddenberg utifrån sitt naturvetenskapliga synsätt betraktade som erbarmlig. Samtidigt var han tilltalad av insikten om det mänskliga livet som djupt personligt.

Skildringen av Freud och delvis också av psykoanalysen blir mer "het" och tycks inte lika väl balanserad som tidigare perspektiv. Författaren tycks också medveten om detta när han konstaterar att "det är lätt att raljera". I motsats till många andra Freudkritiker är dock Uddenberg väl insatt i psykoanalytisk teori även om det inte framgår i vilken utsträckning han läst Freud i original. Andra senare psykoanalytiker - Karen Horney, Anna Freud och Johan Cullberg - omnämns i mer entydigt positiva ordalag även om författaren ser den psykoanalytiska metoden som snarast lämpad för intellektuellt välutrustade människor som kan använda sina insikter i skapande arbete, ett perspektiv som nog skulle få många nu aktiva psykoanalytiker att tappa hakan. Författaren har kloka synpunkter och invändningar beträffande psykoterapeutisk verksamhet, men den förföriska tacksamhet och beundran från patientens sida som författaren talar om tror jag sällan möter terapeuten inom psykiatrien nuförtiden. Dock tror jag han har rätt i att "hjälpandet" kan bli ett beroende allra helst om behandlaren inte har ett någorlunda tillfredställande privatliv.

För övrigt förefaller det mig som om han inte så nära har följt utvecklingen inom den moderna psykoterapin. Jag menar då inte bara KBT utan också djupgående arbete baserat på självpsykologi, traumateori och dissociation. Författaren verkar tveksam till vad det psykoterapeutiska samtalet kan ge utöver det psykiatriska och förefaller ganska desillusionerad vad gäller psykoterapiens förändringspotential. Vikten av lyssnandet till patienten och respektfullt bemötande går dock som en röd tråd genom hans framställning.

Boken är i första hand inte skriven för personal inom psykiatrien utan för en bredare läsekrets. Inte minst därför vill jag varmt rekommendera den till kollegor, inte minst de unga, som en källa till kunskap, inspiration och inte minst manifestation av brett reflekterande inte bara över psykiatrien i vid mening, utan också över centrala mänskliga dilemman.

Till sist en kommentar till bokens rubrik som i sig är väl vald. Enligt min uppfattning har det dock gått inflation i begreppet schaman. Så vitt jag förstår arbetar en schaman på ett mycket speciellt sätt. Han eller hon går, med de redskap som står till buds i respektive kultur, in i patientens värld, gör sig delaktig av klientens djupaste lidande, i vissa kulturer genom konfrontationer med den specifika kulturens andevärld. Detta delande innebär att schamanen kan lyfta smärtan och bidra till en inre rening och läkning. Det är en process som kräver både fallenhet och skolning och kan ställa stora krav på det som numera kallas affektreglering. Jag vill nog hävda att få psykiatriker är tränade att hantera dessa processer.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Konsultationspsykiatri på SPK 2011



Liksom vid Svenska Psykiatrikongressen (SPK) 2010 fick Föreningen för KonsultationsPsykiatri (FKP) förtroendet att 2011 förlägga sitt årliga vetenskapliga och kliniska möte som en halvdag under SPK; fredag förmiddag 110318, öppet för alla deltagare vid SPK. Dagen före hade vi disponerat en mindre salong för styrelsemöte och årsmöte. Vid det senare nämnda avtackades föreningens nestor Anders Lundin efter en andra period i styrelsen. Även icke närvarande Marie Bendix, som inte minst gjorde en stor insats inför och under FKP:s del av SPK 2010, avgick ur styrelsen (Tack för dina insatser Marie!). Nyinvalda i FKP:s styrelse blev Guje Reimer och Christian Johansson. Vid ett senare konstituerande styrelsemöte har Carl Sjöström accepterat uppdraget som ny kassör.

Inom utställningsdelen kamperade FKP ihop med flera andra delar av SPF, med informationsfolder och ett boklotteri vid samtidig intresseanmälan avseende föreningen.

Årets tema för vår halvdag var "Psykofarmakologi vid somatisk sjukdom". Undertecknad fick äran att vara moderator. Inledande föredrag "Mix'n match: Prescribing psychotropics in somatic illness" hölls av FKP:s styrelsemedlem Ursula Werneke; överläkare vid Sunderbyns sjukhus i Luleå och docent vid Umeå universitet. En omfattande genomgång av möjliga interaktioner och andra fallgropar lättades upp med Ursulas egna foton av medicinalväxter.

Därefter hade vänligen disputerade överläkaren Estelle Trysberg, Reumatologkliniken, SU/Sahlgrenska, accepterat att tala om "Vad somatiker vill ha vid en psykiatrisk konsultation". Efter en inledning i enlighet med rubriken på sitt föredrag fortsatte Estelle med en bredare genomgång av reumatologiska sjukdomar som kan drabba även centrala nervsystemet (Estelle disputerade på CNS-SLE) och gav råd om ledtrådar till sådan sjukdom och förslag på inledande laboratorieprover vid sådan misstanke.

Anders Helldén, njurmedicinare och klinisk farmakolog, med dr och biträdande överläkare vid Karolinska Huddinge, avslutade förmiddagen med interceptet mellan njurmedicin och psykiatri; komorbiditet, interaktioner, medicinering vid samtidig njursvikt mm. Senare halvan av Anders föredrag handlade specifikt om Cotard's syndrom, dvs. den depressiva vanföreställningen om att man själv är död (!). Anders kunde redovisa ett antal fall som han samlat på sig efter en första egen upptäckt av detta ovanliga tillstånd.

Genesen till dessa fall visade sig vara parenteral antiviral behandling mot herpesvirus, där en metabolit till den aktiva substansen ansamlades hos patienter med nedsatt njurfunktion, ledande fram till tillståndet. Insikten om detta ger ju också möjligheten att med få timmars behandling med hemodialys helt häva ett mycket gravt depressivt tillstånd. I den efterföljande diskussionen kunde en annan deltagare rapportera ett parallellt fall där vanföreställningen inte innebar att patienten uppfattade sig som död, utan i stället som en plastpåse (!). Den något tvångsmässigt, göteborgskt ordvitsande moderatoren kunde då inte avhålla sig från att kommentera att den efterföljande behandlingen måste ha varit den historiskt enda hemodialysen som samtidigt var en påsdialys...

Anders Bergstedt
Sekreterare FKP

Danuta Wasserman kommande ordförande för European Psychiatric Association

Danuta Wasserman är professor i psykiatri och suicidologi vid Karolinska Institutet och chef för Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa (NASP).

Hon valdes till President Elect dvs. kommande ordförande för European Psychiatric Association (EPA) i samband med the 19th EPA European Congress of Psychiatry som hölls i Wien i mitten av mars i år. Hon är nu verksam i det verkställande utskottet för EPA.

Professor Wasserman anser att EPA:s arbete med att vara en stark röst för psykiatri i Europa är mycket viktig, och att man i och med valet av henne slutit upp bakom hennes vision för EPA, vilket hon kallar GPS i psykiatri. Med det avses att genetisk/biologiska, psykosociala och sociala metoder bör användas i diagnostik, behandling och rehabilitering av våra patienter.

Tove Gunnarsson
Styrelsen SPF



Vad gör du när patienten inte svarar bra på sin antidepressiva behandling?

Många patienter som tar läkemedel mot depression får inte tillräcklig effekt av sin första eller andra behandling.¹ Genom att byta behandling till Cymbalta finns det en möjlighet att hjälpa de patienter som redan har provat två eller fler antidepressiva läkemedel utan att ha fått tillräcklig effekt.¹

Målet; att du ska kunna erbjuda dina depressionspatienter full symtomfrihet.



Cymbalta[®]
duloxetine
hela vägen tillbaka

Begränsningar i läkemedelsförmånen: Cymbalta ingår i förmåner för patienter med depression eller generaliserat ångestsyndrom som inte nått behandlingsmålet med minst två andra antidepressiva läkemedel, varav det ena bör vara generiskt venlafaxin om inte särskilda skäl talar mot det.

Referens: 1. www.tlv.se. **Cymbalta**[®] 30 mg och 60 mg enterokapslar, hårda (duloxetine). **ATC-kod:** N06AX21. **Indikationer:** Behandling av egentlig depression. Behandling av smärtsam diabetesneuropati hos vuxna. Behandling av generaliserat ångestsyndrom. **Kontraindikationer:** Samtidig behandling med icke-selektiva, irreversibla monoaminoxidashämmare är kontraindicerad. Skall inte användas i kombination med potenta CYP1A2-hämmare. Leversjukdom med försämrad leverfunktion. Gravid nedsatt njurfunktion. Okontrollerad hypertoni. **Datum för översyn av produktresumén:** 20091120. För ytterligare information och priser se www.fass.se. R_x. F. **Eli Lilly Sweden AB**. Box 721, 169 27 Solna, 08-737 88 00, www.lilly.se.



Själ och medvetande – en replik



I artikeln "Hjärnmaterialismen har inte förklarat själen" (SP nr 1 2011) konstaterar Jan Pilotti att "ingen har hittills kunnat vetenskapligt förklara medvetna upplevelser ... utifrån hjärnprocesser". Av detta obestridliga faktum drar Pilotti slutsatsen att "en enkel och radikal lösning på medvetandets 'hard problem' är att postulera att medvetandet inte kan identifieras med något i hjärnan".

Pilotti menar också att "eftersom ingen har kunnat ge en vetenskaplig förklaring av hur hjärnprocesser 'skapar' medvetna upplevelser, är det rimligaste att dualismen har rätt". Alltså, eftersom ännu ingen har kunnat visa exakt hur medvetandet opererar och formas i hjärnan, så kan dualistiska förklaringar om medvetandets extracerebrala existens vara lika trovärdiga som materialistiska fynd (elektrokemiska händelser i system av nätverk) och dito teorier.

Att medvetandets fenomenologi ännu inte är vetenskapligt beskrivet och förklarat i sina detaljer innebär inte att medvetandet inte kan alstras i hjärnan (med dess ständiga förbindelser med kroppen och världen utanför kroppen). Blodomloppet beskrevs av Aristoteles och senare av Descartes som en funktion av att hjärtat värmdes upp blodet som sedan pressades ut i kärlen. Den med Descartes samtida Harvey kunde visa att hjärtat fungerar som en pump. Innan Harveys fynd existerade hjärtats pumpfunktion även när den ännu inte var känd och beskriven.

Medvetandet inte i hjärnan?

Pilotti delger oss föreställningen att "medvetna upplevelser finns överallt utom i just hjärnan!" och att det är "rimligt med det enkla postulatet att upplevelser är identiska med processer i rum-tiden, men inte nödvändigtvis med processer i hjärnan som bara är en del av rum-tiden" (mitt tillägg av bindestreck).

Dessa postulat finner jag både djärva och åtskilligt fantasieggande, men i avsaknad av empiri. Än mer så med den "matematiskt möjliga generaliseringen av den fyrdimensionella rum-tiden till en sexdimensionell rum-tid med tre rums- och tre tidsdimensioner". Om och när sådana postulat kan visas vara verkligheter måste jag och andra materialister naturligtvis ändra uppfattning. Men, även om Einstein har bidragit med nya och för den tiden otroliga rön om ljusets natur som Pilotti påpekar, kan detta inte tas till intäkt för att alla djärva hypoteser träffar rätt.

Här gäller nog tills vidare William Ockhams råd, att inte ta med mer postulat än nödvändigt för att kunna förklara världen (minsta möjliga antagande). Men den dag medvetandets natur kan förklaras, kommer dessa upptäckter säkert att ge upphov till 'fundamentalt nya kategorier' av begrepp och föreställningar.

Själens och medvetandets utbredning

På en punkt delar jag Pilottis uppfattning - att själen troligen inte kan begränsas enbart till hjärnan. Det finns anledning att tro att kroppens impulser till och från hjärnan jämte dess återgivande av omvärlden genom våra fem sinnen är nödvändiga för våra själsliga funktioner. För den älskade människan eller för föräldrar som tar emot ett nytt barn omfattar ju kärleken (och tas emot av) hela den älskade varelsen från topp till tå. En tänkt isolerad men levande hjärna i näringsvätska med en hjärt-lungmaskin (utan kroppens alla inre impulser eller de fem sinnenas förmedling av yttrevärlden) - en sådan hjärna måste rymma en ytterst begränsad och svårt handikappad själ.

Vi kanske också kan vara överens om att Pilotti tror att det för medvetna upplevelser krävs något utanför hjärnan och kroppen, kanske i en omgivande rum-tid, medan jag tror att hjärnan (och kroppen) är tillräckligt mirakulöst byggda för att på egen hand kunna generera medvetna (och omedvetna) upplevelser och alla våra själsliga förmågor.

Tord Bergmark

Spec. psykiatri och allmänmedicin

Leg. psykoterapeut



Foto: Daniela Sachsenheimer/Shutterstock.com



ST-läkare och jonglör?

Foto; InnervisionArt/Shutterstock.com

Har du också känslan av att hela tiden balansera på en tunn tråd? Att behöva hålla lite för många bollar i luften? Känner du dig som en jonglör, som kastar upp ena bollen, och samtidigt hämtar nästa för att kasta upp ännu en precis i rätt ögonblick? Inte hinner jonglören fundera, bollarna ska kastas upp i ett evigt mönster.

Jag menar om du upplever dig som en jonglör i ditt liv som ST-läkare: uppgifter för den senaste METIS-kursen ska klaras av, videobandet från den senaste sessionen med din steg 1-patient ska tittas på, falldragningen ska förberedas, patientarbetet skötas, jourarbetet utföras, avstämningssamtalet med studierektor klaras av, arbetet enligt vetenskapliga principer göras, mm...

Oj, vad livet som ST-läkare blev fullspäckat! När ska man hinna reflektera? När ska man hinna med de sköna givande intressanta perioderna på en och samma avdelning eller mottagning, den vardagslunk som dag efter dag gör oss till proffs på det vi gör?

Jag är studierektor vid en stor universitetsklinik i Stockholmsregionen och en av personerna bakom METIS-projektet.

Det finns kvällar då hemska tankar hemsöker mig. Har ST-tiden blivit en hetsig period där läkaren tvingas till en fragmenterad tillvaro? Där - i ett försök att hinna med så mycket som möjligt - läkaren förlorar kontinuiteten i patientarbetet och kontakten med kollegor och andra medarbetare? Har jag bidragit till att ST-läkarna i psykiatri blivit "superkandidater"?

Jag vet att det finns kollegor som tycker att precis så är fallet. OK. Då undrar jag: vad har vi för alternativ? Kunskapsmassan i vår specialitet ökar för varje dag som går. Att bli specialist i psykiatri idag innebär att vara en lärd person, en som kan hantera olika ämnen som psykoterapi och neurovetenskap. Flörten mellan neurovetenskap och psykiatri har blivit en bestående kärlekshistoria.

Denna fantastiska specialitet, rik och komplex, kräver att vi blir bildade. För att bli bildade behöver vi förkovra oss och praktisera det vi lärt oss.

Vi behöver också reflektera kring det vi praktiserat och läst om. Detta kräver energi och tid!

Vi har inga alternativ. Vi måste bli bildade. Det kräver vårt yrke, det kräver våra patienter.

En modern ST i psykiatri måste bli en klok blandning av teori, praktik och reflektion.

Nu gäller det att behålla så mycket kontinuitet i arbetet som möjligt, och att balansera alla moment, från avdelningsarbete till kursdeltagande, så att allt går ihop, och så att man ska

kunna ha ett privatliv också.

Det finns en hel del frustration hos företrädare för verksamheterna gentemot ST-läkarna. Frustrationen kommer ifrån att överläkarna, chefssjuksköterskorna, och de andra medarbetarna, upplever att de inte kan räkna med ST-läkaren som ofta är upptagen någon annanstans. Glädjen att se namnet på en av ST-läkarna placerad på sin avdelning/mottagning avtar snabbt när ST-läkaren kommer med en lista på de dagar då hon/han är någon annanstans.

Så där står ni, ST-läkare, i ert tappra försök att hålla alla bollar i luften, precis som duktiga jonglörer. Mitt i den här ansträngningen ska ni behöva höra att verksamheterna är frustrerade över att ni inte är på plats.

Detta funderar jag på. Mycket. Varje dag. Hur i all sin dar ska man lösa ST-pusslet? Finns det sätt att inrymma allt man behöver på 5 år, och ändå behålla en frisk inställning till arbetslivet?

Jag är ansvarig för drygt 40 ST-läkares utbildning. Jag vet att flera av dem grubblar över samma sak. Hur ska man få det här pusslet att gå ihop?

Här har ni en skiss. Man kanske kan tänka så här. Jag har räknat med att ni är yngre än 40 år, ni har rätt till 5 veckors semester på ett år. Att ni går en del jourer, det ger kanske 5 veckor jourkomp per år. Att ni går en psykioterapiutbildning med 120 timmar handledning (3 heltidsveckor) och 6 heltidsveckor teori och patientarbete. Att ni vill gå ett antal SK-kurser, i det här exemplet går ni 15 SK-kurser.



Jag tror att skulle det hjälpa rätt mycket att skapa ordning i den nuvarande oordningen. Det skulle delvis råda bot på känslan av otillräcklighet hos er ST-läkare. Det skulle antagligen ge verksamheterna en större känsla av lugn och kontroll.

Nu skulle det vara skönt med feedback:

Vad tycker ni ST-läkare om det här förslaget, vad tycker verksamheterna? Det kanske finns ett sätt att kombinera alla ingredienser som ska ingå i en ST så att ST:n blir mer strukturerad.

Raffaella Björck

ST-studierektor Psykiatri Nordväst, Stockholm

Projektledare, METIS-projektet

raffaella.valigi-bjorck@sll.se

Ny ST - ett exempel

3 v kurser	4 v kurser	3 v kurser	2 v kurser	3 v kurser
	3 v arb vet princ.	2 v psykioterapiutb	7 v psykioterapiutb	1 v Konferens
1 v annat	1 v annat	4 v arb vet princ.	2 v arb vet princ.	2 v kvalitetsarb.
TOT 4v	TOT 8 v	1 v annat		1 v annat
		TOT 10 v	TOT 11 v	TOT 7 v
5 v semester	5 v semester	5 v semester	5 v semester	5 v semester
5 v jourkomp	5 v jourkomp	5 v jourkomp	5 v jourkomp	5 v jourkomp
Tjänstgjort varje år:				
38 v	34 v	32 v	31 v	35 v
ÅR 1	NEUROLOGI OCH MEDICIN ÅR 2	ÅR 3	ÅR 4	ÅR 5
3 SK kurser	4 SK kurser (inklusive medicinsk vetenskap)	3 SK kurser	2 SK kurser	3 SK kurser
		Psykioterapiutb. teori	Psykioterapiutb. teori och praktik	

SVENSK PSYKIATRI

TEMANUMMER UNDER 2011

NUMMER 3 2011

Tema: Det psykiatriska forskandet och
den forskande psykiatrin
Deadline 1 september
Utkommer vecka 38

NUMMER 4 2011

Tema: Förbjudna känslor
Deadline 20 november
Utkommer vecka 49

Skriv i Svensk Psykiatri

Skriv till redaktoren@svenskspsykiatri.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).

Ange alltid vem fotografen är.

Du kan inte skicka bilder som är inklistrade i wordfiler.

Du kan också skicka en bild med "snigelposten".

Välkommen med Ditt bidrag!

Redaktionen

SKRIV TILL OSS

redaktoren@svenskspsykiatri.se



Visst är det spännande, hörni, detta med fördomar. Förutfattade meningar. Jag har i min hand en liten bok, eller snarare... ett litet tjockare häfte, en skrift. På omslaget ser man två till synes väldigt avslappnade kvinnor sittandes på en nedfallen stam i skogen, och bredvid dem står två gosiga hästar, ni vet sådana där som ser så snälla ut, med lång lugg och man och tjock päls. Myyyyys.

Boken heter **"Passage – att använda hästar i psykiatri"**.

Och nu skall jag börja med att ge er en liten referensram för mitt recenserande. Jag är en sådan där biolåååågisk (blivande) psykiater. En sådan där som tycker att psykiatriska sjukdomar är sjukdomar i hjärnan och att vår uppgift som psykiatrer är att skilja dessa sjukdomar från övriga tillstånd och därefter ge adekvat behandling.

Rätt eller fel. Men sådan är jag.

Så! Här sitter jag med en skrift med glada människor och snälla hästar på utsidan och jag erkänner, jag ERKÄNNER att jag tänkte "Men alltså for the love of God vad ÄR det här..."

Men!

Vi skola alla bära korset och sota för våra synder. Eller var det sona. I alla fall.

Verksamheten Passage startade 1998, och beskrivs som "hästunderstött psykiatriskt behandlingsarbete". Författarna beskriver att de vanligaste orsakerna till att man söker sig till hästunderstödd behandling är depression, ångest och utmattningssyndrom.

Redan i inledningen konstateras följande; "Syftet med Passage är att ta hjälp av hästar för att få en förstärkt effekt av befintliga behandlingsmetoder".

Vettigt. Insiktsfullt.

Genom skriften löper en tydlig beteendeterapeutisk inriktning. Man beskriver hur arbetet är tydligt målfokuserat, det handlar inte bara om att latta runt med hästarna och ha det bra så där i största allmänhet, utan man använder hästarna i behandlingsarbetet på ett väldigt konstruktivt sätt. Målen skall vara väldigt konkret formulerade. Man träffas ett bestämt antal gånger, arbetar med beteendeförändringar och får hemuppgifter för att stärka processen och låta nya beteenden slå rot. Väldigt KBT, alltihop.

Nåväl. Hästarna.

Varför inte hundar? Eller får?

Jo, se det här är faktiskt genomtänkt.

För det första. Hästar är husdjur, men till skillnad från många andra husdjur har de en tydlig kvarvarande vildjursinstinkt, som gör att kontakten mellan häst och människa är av stor vikt för att samarbetet skall fungera, så att du skall få borsta hästen, sitta upp på hästen och få hästen att göra som du vill. Du kan inte bara rusa rätt in i spiltan och klappa hästen på huvudet, då riskerar du att få dig ett tjvynyp.

Alltså. Kontakt. Förtroende. Du behöver utstråla lugn och tydlighet för att hästen skall känna sig lugn och låta dig göra det du vill.



"Passage - att använda hästar i psykiatri" av Ulrika Andersson

Jag har inte det minsta svårt att se att det är i det närmaste optimalt för en GAD:are eller en fobiker, att få träna på sitt inre klaviatur på det här sättet.

För det andra. Ytterligare ett nyckelbegrepp är fokus. Hästar är ganska stora djur. När du rör dig kring ett ganska stort (om än snällt) djur, handskas med det, sitter upp i sadeln och försöker styra det, då måste du vara fokuserad. Kalla det mindfulness eller vad du vill. Under en ridtur kommer du att ha tankeverksamheten på plats. Fokus! Vilket ju är vad många av våra bedrövade patienter saknar. I ångesten, utmattningen eller nedstämdheten har de svårt att släppa alla oroliga tankar som virvlar omkring som fuktiga alger i hjärnsubstansen. Men på det här sättet, man är så illa tvungen. En överlevnadsinstinkt inledningsvis, som säkerligen ganska snart övergår i en tillfredsställande måluppfyllelse.

För det tredje. Hästar är inte baksluga, de är inte manipulativa eller cyniska. Hästar reagerar instinktivt och omedelbart, och detta kan i sin tur hjälpa personer med exempelvis kraftigt missfärgad självbild, starkt negativt tolkningsmönster eller förvirrad känslouppfattning att "skola om" sitt mentala raster. Genom att hästarna reagerar på våra FAKTISKA känslor kan de fungera som en slags spegelbild, genom vilken vi lär oss förstå vilka processer som pågår.

För det fjärde. Träning med hästar ger möjlighet till praktiska övningar, något som man ytterst sällan kan åstadkomma genom gängse samtalsmetoder. Detta kan bidra till såväl ökad kroppskännedom som tryggheten i att lyckas hantera rimliga utmaningar. Ytterligare ett citat från en av författarna: "Vi utsätter hästarna för utmaningar så att de skall bli trygga".

Och precis på samma sätt är det ju med människor!

För det femte. Miljön. Citat från en av författarna: "Stallet känns kanske mer positivt laddat än att komma till kliniken." Finns knappast anledning att misstro det. Psykisk ohälsa är tyvärr fortfarande så pass stigmatiserad att en psykiatrisk klinik kan upplevas som ett misslyckandets högborg. Men stallet? Ofta har man nog helt andra associationer. Sommarlov, friluftsdag, något ditåt. Ljusår ifrån tunga blickar och tvångsmedicinering.

Så.
Ni ser ju, jag är ju helt uppenbart såld!
Hästerapi åt massorna.

Nåväl. Självklart finns det några små saker att fundera över. Kostnaden. Är det rimligt att hålla den här typen av terapi inom offentligt finansierad vård, är det... åh vad jag avskyr det där ordet... kostnadseffektivt?

Jag låter den frågan hänga i luften för glada räknenissar att sätta sina vassa kindtänder i, och går vidare för att problematisera kring följande: Skapar man individer som fungerar utmärkt i stallet, men som fungerar lika (eller nästan lika) bedrövt i den här vardagliga människomiljön som ju faktiskt är den de lever i? Flyr man från problemet? Kommer vi till slut allihop att behöva leva i ett stall...?

Hanna Edberg
ST-läkare
Psykiatri Nordväst, Stockholm



Foto: Carol Schultheis

Missbruksutredningens slutbetänkande

Under sommaren 2008 fick Gerhard Larsson regeringens uppdrag att göra en samlad översyn av den svenska missbruks- och beroendevården.

Den 27 april i år överlämnade utredningen sitt slutbetänkande "Bättre insatser vid missbruk och beroende" till regeringen. Där föreslås en genomgripande reform av den svenska missbruks- och beroendevården genom 70 förslag inom åtta reformområden:

- Mer tidiga insatser
- Tydligare och förändrat ansvar
- Stärkt ställning för individen
- Vårdens innehåll, boende och sysselsättning
- Bättre kvalitet, kunskap och kompetens
- Moderniserad tvångsvård
- Polisen och kriminalvården
- Arbetsplatsen, arbetsmarknadspolitiken och socialförsäkringen

Några av förslagen är:

- Landstinget ges ett samlat ansvar för behandling och kommunerna ett samlat ansvar för stöd.
- Vårdgaranti som innebär skyldighet för landstinget att inleda behandling inom senast 30 dagar.
- Samlande av all tvångsvård av psykiska sjukdomar, inklusive missbruk, hos landstinget och i en lagstiftning (LPT).

Flera av utredningens förslag förutsätter lagstiftning, bl.a. en ändring av LPT.

Läs mer på www.sou.gov.se/missbruk/

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri



Foto: Wikipedia

Efter en lång och seg vinter blommar äntligen vitsipporna i Stockholmstrakten, bofinkarna sjunger och tranorna har lämnat Hornborgasjön.

Övrigt: Karolinska Institutet har med pompa och ståt firat sin 200-årsdag, och de olika institutionerna har fått lyfta fram sina viktigaste vetenskapliga arbeten under 200 år. 114 arbeten har granskats, destillerats fram och sammanfattats (ISBN 91-978-91-976724-9-8) under ledning av förre sekreteraren i den medicinska Nobel-kommittén professor em. Jan Lindsten och med förord av Nobelpristagaren Bengt Samuelsson. Arbeten med intresse för psykiatri finns med. Mina 50 år vid KI har på olika sätt sammanfört mig med flera av de mest framstående forskarna – genomgående har varit att de som personer haft personliga drag av påfallande blygsamhet. Vad i denna digra volym på 278 sidor påverkar dagens stjärnskott inom psykiatriforskningen, och vad står sig om 200 år?

Åter i Stockholm: "Department Day", institutionen för klinisk neurovetenskap 6 april under ledning av prefekten,

neurologiprofessorn Jan Hillert, professorn vid Centrum för psykiatriforskning Johan Franck och med TV-konferenciern Staffan Dopping som utmärkt moderator. Inom KI har institutionen med sina olika sektioner alltmer framstått som mest framgångsrik, med god ekonomi, fint inflöde av nya framstående forskare, utmärkt internationell citering, trevlig och välfungerande administration och god pedagogik. Allt andades framåtanda och positivt tänkande. Jan Hillert har lovat att i sin prefektroll bidra till vår härliga tidskrift "Svensk Psykiatri" där senaste numret tog slut!!

Chefpsykologen Niels Dige från Falköping som med framgång disputerade 2010 vid Karolinska Institutet på en doktorsavhandling om ADHD hos vuxna har blivit inbjuden att gästföreläsa i Nanking i Kina.

Åter blir man påmind om att psykiatri är en tung medicinsk specialitet där patienterna förutom att ha psykiska symtom också kan ha allvarliga somatiska problem – och ansvaret för att upptäcka och behandla dem måste ligga tungt på ansvarig läkare i överordnad ställning som ska ha erforderlig medicinsk kompetens. Den kan aldrig ersättas med kurser i administration eller pedagogik.

Så måste jag ödmjukt tacka styrelsen i Svenska Psykiatriska Föreningen för att jag utnämnts till hedersledamot. Jag ser det mer som ett erkännande av de värderingar jag står för och att jag på ett rimligt evidensbaserat sätt försöker föra in beroendefrågor inom den psykiatriska sfären – varför en del psykiatrer idag bortser från diagnoskategorin F10 kan ha både rationella och irrationella förklaringar.

"Bolinerna är ovanligt lösa i år" (Ingvar Krakau, legendarisk lektor i allmänmedicin)

Ulf Rydberg
Professor emeritus
Karolinska Institutet

SLUP på AT-stämman 2011

Sveriges läkare under utbildning i psykiatri (SLUP) deltog 7-8 april på AT-stämman, som även i år hölls i Norra Latins lokaler. Vi anser att detta är ett viktigt forum, eftersom man möter blivande kollegor som funderar på framtiden och som kanske är intresserade av just vår specialitet. Under evenemanget ges möjlighet att informera om psykiatrin i allmänhet och hur det är att göra ST inom psykiatrin i synnerhet.



Många kom till vårt bord för att ställa frågor och för att delta i vår tävling, där man genom att svara på frågor om psykiatri kunde vinna fina böcker från Natur & Kultur, men också deltagande i nästa års nationella konferens för ST-läkare i psykiatri. På så sätt kunde vi göra reklam för vår verksamhet och förhoppningsvis skapa eller underhålla intresse för vårt gebit hos deltagarna.

Vi fick också många frågor om psykiatri och hur det är att göra ST inom de psykiatriska specialiteterna. Det var roligt att se att så många snart legitimerade läkare verkar attraheras av psykiatrin som möjligt framtida arbetsfält.

På torsdagen anordnade Svenska Läkaresällskapet en mingelkväll där professor Åsa Nilssonne först föreläste på temat "Konsten att ha kul som doktor".

Därefter fick AT-läkarna mingla loss med representanter från olika specialiteter. SLUP bildade tillsammans med representanter från Svenska Psykiatriska Föreningen och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen en treenighet som tog emot AT-läkarna med öppna armar, godis och allehanda informationsmaterial. Även här möttes vi av relativt stort intresse hos glada, fräscha läkare.

En tanke inför kommande AT-stämmor är att i ett tidigt skede kunna föreslå arrangörerna fler psykiatriska inslag; exempelvis psykiatrisk diagnostik och akut psykiatri, punkter som tidigare funnits på programmet och som många AT-läkare torde vara intresserade av.

Sammanfattningsvis lämnade SLUP AT-stämman med en känsla av tillförsikt inför framtiden och återväxten inom psykiatrin.



Isak Sundberg
Vice ordförande SLUP
ST-läkare i psykiatri, Uppsala

Foto: Isak Sundberg





Passage – att använda hästar i psykiatrin

Foto: Carol Schultheis

Hästunderstödd terapi är en del av behandlingen av psykisk ohälsa på psykiatriska kliniken i Skellefteå. Behandlingen bär det passande namnet Passage och drivs av ridterapeuterna Lena Stenvall och Marica Ljungholm, som båda har en mångårig erfarenhet inom psykiatrin, Lena som skötare och Marica som sjuksköterska. Passage startades år 1998 av Lena, Marica började i verksamheten några år senare och de har därefter utvecklat behandlingen tillsammans. Till Passage kommer patienter med olika diagnoser och även de som saknar diagnos. De flesta har ångest, depression eller problem med stress. Patienterna behandlas både enskilt och i grupp av behandlare från psykiatriska kliniken.

Att arbeta med hästarna i terapin innebär bland annat att man är i en känsla istället för att prata om den. Många som kommer till Passage har redan provat andra lösningar och om man med samtalet kunde göra något åt problemet, så hade det redan hänt. Grunden ligger ofta i att man inte är medveten om det är tanken, känslan eller handlingen som hindrar mest. Med hästar blir det osynliga synligt. Om du t.ex. är otydlig i kroppsspråket mot en häst så struntar den i dig eller väljer att ta över ledarskapet. Hästarna erbjuder också en värld av metaforer som ger patienterna möjlighet att få syn på sin egen situation. Deras storlek sätter saker på sin spets. Behandlingen passar inte för alla, den som är rädd kan bli mer rädd på grund av hästens storlek. Vi närmar oss hästarna långsamt och arbetar mycket med kartläggning av ämnen som sömnen, ångest, sätta gränser och självbild. Innan vi börjar arbeta praktiskt får patienterna se en film om hur hästar kommunicerar. Sedan arbetar vi mycket med övningar med hästarna från marken, ridningen är bara en liten del.

Att jobba praktiskt med hästarna i stallet öppnar upp många möjligheter tillsammans som kanske annars skulle bli för obekväma. Många orkar inte prata i 45 minuters samtalsterapi.

Lena och Marica har också gett ut en bok om sitt arbete, "Passage – att använda hästar i psykiatrin". Boken berättar om den försöksverksamhet som när den startade var ovanlig, djärv och nytänkande och som nu blivit etablerad och erkänd. Den berättar om hästens inträde på den psykiatriska vuxenarenan, om två ridterapeuter med en stark tro på hästens förmåga att bistå i behandlingsarbetet, att ge närhet och verklighetsförankring, att skapa tillit och ge plats för glädje och skratt.

Passage har fått mycket uppmärksamhet för sitt arbete och Lena Stenvall och Marica Ljungholm åker runt om i landet och föreläser om sitt arbetssätt.

**Susanne Hallgren
Lena Stenvall
Psykiatriska kliniken
Skellefteå**

Boken recenseras på sidan 31



Foto; Peter1977/Shutterstock.com

Det våras för BUP

Rapport från SFBUPs vårmöte i Örebro

BUP-kliniken i Örebro hade i år ordnat ett fint komponerat program som sträckte sig från filosofi till praktisk vardag.

Efter inledande tal av SFBUPs ordförande Gerd Mucchiano och Örebrokliniken verksamhetschef Anita Ivarsson höll chefsöverläkare Antonia Simon Risberg en exposé över BUPs utveckling i Sverige. Därefter var det professor Ingemar Engströms tur. Han inledde med att berätta att Sveriges 6:e läkarutbildning nu startat i Örebro och att han var inblandad i uppbyggnaden av denna. Vi får hoppas att barn- och ungdomspsykiatri får en tydlig plats i denna utbildning. Ingemar Engström hade sedan en lång och tankvärd reflektion över vart barnpsykiatri är på väg. Han såg en tydlig trend att vi går från ett humanistiskt till ett medicinskt synsätt. Han var noga med att inte värdera utan försökte att se fördelar med olika sätt att närma sig patienten. Ingemar berättade att hans underben en kväll svullnade betänkligt i samband med att han hade flugit en längre sträcka. På akuten gjorde man alla nödvändiga undersökningar. Han fick då beskedet av akutläkaren att man nu följt logaritmen för DVT (djup ventrombos) och uteslutit denna diagnos. Nu kunde han gå hem.

När Ingemar undrade vad det kunde vara så fick han svaret att "det vet jag inte det får du fråga din distriktsläkare om". Implicit i denna berättelse finns ju farhågor om att samma kan hända inom BUP i framtiden, att vi inte ser personen bakom diagnosen. Ingemar avslutade med att berätta att han läst många journaler i sin egenskap som anlitad expert på HSN. Han såg då långa texter om vad den ene och den andre hade sagt men mycket lite om vad behandlaren själv tänkte, vilka

överväganden som gjordes och varför han/hon fattade just det beslutet. Ingemar menade att det är lättare att ta vid om man förstår vad föregående behandlare tänkt och lättare att förstå och lindra kritik om det går fel. Ett till synes självklart påpekande som inte är självklart och behöver upprepas gång på gång.

Parallella seminarier väcker alltid lite ångest hos mig, jag är alltid rädd att jag väljer fel. Jag har dock kommit på att om jag satt på det andra seminariet så hade jag önskat att jag var på det seminarium som jag nu valt. Det lindrar ångesten. Jag valde Camilla Hallek och hennes seminarium om självskadande beteende och DBT och det ångrar jag inte. Jag tyckte om hennes ödmjuka inställning till sitt område och till behandlingen av dessa patienter som nästan uteslutande är flickor. När de kommer till DBT-enheten har de redan varit på BUP en längre tid.

På DBT-enheten erbjuds en intensiv behandling under 9 månader till 2 år. De flesta är mycket instabila i sina känslor. De har en medfödd sårbarhet med snabb uppgång av känsla, starkt känslopåslag och långsam återgång till "basnivå". Detta gäller både positiva och negativa känslor. Camilla pratade om den "biosociala modellen". Barn som har normalt starka känslor bemöter man ofta med att prata med dem om deras känslor och lär dem på så sätt att sätta ord på dem. Barn som har alltför starka känslouttryck bemöter man istället med att försöka tona ner känslorna och försöka avleda barnet. Barnet får ingen förståelse för sina egna känslor och lär sig inte att hantera dem utan kan istället uppleva dem som skrämmande.

Innan middagen var jag också på Charli Erikssons föreläsning. "Skola, lärande och psykisk hälsa". Han presenterade en

litteraturstudie för att se vad det finns för samband mellan skolprestationer och psykisk hälsa och vice versa. Man startade med att läsa över 20000 artiklar och när alla kriterierna var uppfyllda återstod 51 studier. Då förstår man vikten av att vara kritisk när man läser artiklar och det alltid går att hitta en studie som passar det man själv tycker. Det mest oväntade fyndet var att tidiga läs- och skrivsvårigheter var en stark prediktor för psykisk ohälsa. Man diskuterade också varför finska elever presterar bättre än svenska på internationella jämförelser. Enligt Charli Eriksson så har 30 % av de finska lågstadiebarnen extra läshjälp om de har svårigheter. Hur är det i Sverige?

Andra dagen började jag med Håkan Jarbins föreläsning om diagnostik. Han är tydlig och pratar alltid utifrån sina kliniska erfarenheter. Håkans budskap var att man måste veta vad patienten lider av för att kunna starta en behandling d.v.s. komma fram till en diagnos. Han menade att handläggare på BUP och som har nybesök måste kunna behärska diagnostiken av de fyra vanligaste tillstånden, depression, ångest, ADHD och beteendestörning. Han betonade vikten av att använda en strukturerad intervjuteknik t.ex. K-Sads eller liknande. Håkan berättade att man planerade att genomföra en steg 1-utbildning i diagnostik i Halland.

BUP i Gävleborg berättade om sitt samarbete med primärvården där man försöker få till en ingång till BUP via primärvården. Man hade positiva erfarenheter och ser nu att primärvården tar emot fler unga med psykiska symtom. De hade dock velat ha mer kontakt med primärvårdens läkare och deras råd till oss var att lägga ner mer kraft på att få med sig dessa. Den som är intresserad av detta projekt i tiden är välkomna att kontakta BUP i Gävleborg.

Sist på dagen lyssnade jag på Per Gustafsson när han presenterade det reviderade vårdprogrammet om utagerade barn "Barn som utmanar". Han berättade att behandlingsalternativen i stort sett är desamma i dag som 2003 när det gamla vårdprogrammet publicerades. En viktig skillnad är dock att många av de behandlingsalternativ som då bara fanns som drömmar nu finns i praktiken. Programmet är mycket omfattande och läsvärt.

Det kommer att sammanfattas och publiceras på SFBUPs hemsida före sommaren.

BUP Stockholm presenterade helt kort en webbsida www.choosing.org.uk. BUP har gjort en svensk översättning. Sidan vänder sig till barn och unga och berättar på ett enkelt sätt om vilka behandlingar som visat sig fungera och som det finns evidens för. Bra och rolig hemsida värd ett besök och att rekommendera till våra patienter.

Under middagen läste Jasmine Kara ur sin bok där hon berättar om sin erfarenhet av att vara patient på BUP. En kontaktperson och en gitarr spelade stor roll för att hon skulle börja må bättre. Hon gjorde sedan ett bejublat uppträdande när hon tillsammans med sina musiker sjöng så medryckande

att publiken inte kunde sitta stilla.

Förutom att ta del av det vetenskapliga innehållet så var behållningen med vårmötet att man träffade gamla vänner och kolleger, det är alltid lika inspirerande och roligt. SFBUB hann också med ett föreningsmöte där tre nya styrelsemedlemmar valdes in.

Lars Joelsson
Vice ordförande SFBUP

Aktuella böcker



Passage — att använda hästar i psykiatri
En bok att inspireras av. Den vänder sig både till behandlare och de som är i behov av behandling. En viktig bok som visar på möjligheter och ger hopp
Pris: 200 kr

Stolthet & Fördom

— möte med psykiatri idag
”Är full av beundran över boken — bland annat är detta den första ganska breda skildringen av socialpsykiatriens vardag, av personalens psykiatri”
Johan Cullberg, professor i psykiatri

Boken kan användas i attitydkampanjen, och i psykiatriens första hjälpen utbildningar
Provex skickas på begäran, 1 bok/arbetsplats.
Boklåda (19 ex) Pris: 1500 kr



Över 300 sidor om ett högaktuellt ämne



Beardslees preventiva familjintervention för barn till föräldrar med psykisk sjukdom.
Svenska familjers erfarenheter
Metod som hjälper barn i familjer där en förälder har psykisk ohälsa
Pris: 200 kr

Böckerna kan beställas via e-post:
Psykiatri.skelleftea@vll.se

Här finns utrymme för platsannonser
Kontakta oss gärna om Du vill ha in en liten annons
annonser@svenskpsykiatri.se



Framgångsrikt kunskapsutbyte mellan yngre psykiatrer från öst och väst

Nyligen hölls det andra nätverksmötet arrangerat av Young Psychiatrists' Network, denna gång i Lettlands huvudstad Riga. Initiativet till detta nätverk framkom vid ett möte lett av docent Jerker Hanson i Kaliningrad, Ryssland, i maj 2009 där ST-läkare i psykiatri och nyblivna psykiatrer (även kallade "yngre psykiatrer" eller "young psychiatrists", YP) från Litauen, Ryssland, Vitryssland och Sverige deltog. Detta möte ledde till en idé om att utveckla ett nätverkssamarbete med hjälp av internet och ett internationellt möte, med fokus på ST-läkare och nyblivna specialister i psykiatri i väst och öst. Dessa planer beviljades ekonomiskt stöd från SIDA:s anslag för samarbete mellan länder kring Östersjön. I april 2010 kunde så omkring 50 YP från nio europeiska länder träffas i Vilnius, Litauen. Ett huvudtema för det mötet var diagnostik av psykisk sjukdom i olika traditioner.

Stafettpinnen övertogs därefter av en grupp kolleger från Lettland med stöd av Lettiska Psykiatriska Föreningen, Rigas Centrum för Psykiatri och Beroendesjukdomar och Riga Stradins universitet. Arrangemanget stöddes också av Svenska Psykiatriska Föreningen som var huvudansvarig arrangör. Ett bidrag från World Psychiatric Association (WPA) gav dessutom möjlighet att bjuda in kollegor från Vitryssland, Ukraina, Moldavien och Tjeckien vilka annars inte kunde omfattas av det ursprungliga anslaget från SIDA.

Mötet i Riga i april 2011 lockade 90 deltagare från 18 länder. I programmet ingick föreläsningar, workshops, studiebesök och ett rikt socialt program. Inledande talare var professorerna Norman Sartorius och Sir David Goldberg vilka bland annat berörde hur hälsosituationen ser ut för den äldre befolkningen i världen och hur sociala och psykologiska faktorer påverkar sårbarheten för att utveckla psykisk sjukdom. Ett av de teman som därefter fokuserades på var hur tvångsåtgärder ser ut i

olika länder där postrar hade förberetts av deltagarna. Det framkom att många av de före detta sovjetiska länderna först nyligen har skapat tvångslagstiftningar för psykiatriska patienter och att man på många håll, liksom i Sverige, arbetar med att förbättra lagstiftningen. Föreläsare från Sverige bidrog med föreläsningar och workshops om mentaliseringsbaserad psykoterapi vid borderline personlighetsstörning, ledarskap, undervisning, nya rön kring suicidrisk vid psykisk sjukdom och om hur man söker forskningsanslag. Ett inslag av fallpresentationer av kolleger från öst visade på intressanta skillnader i diagnostik liksom för behandlingar jämfört med vad vi är vana vid i Sverige. Till exempel verkar det i postsovjetiska länder vara vanligare att man överväger diagnosen schizofreni även för barn och man verkar sällan använda litium. Att programmet även inkluderade studiebesök vid Riga Centrum för Psykiatri och Beroendesjukdomar bidrog också till många tillfällen att diskutera skillnader i system. Konferensprogrammet gav också möjligheter för deltagarna att tillämpa och utveckla sina egna kunskaper. Många av deltagarna fick tillfälle att för första gången skapa en poster och hålla en vetenskaplig presentation på engelska.

Mötet har fått mycket positiva utvärderingar. Av de 90 deltagarna från 18 länder svarade 74 % på den anonyma enkäten och nästan samtliga önskade att kunna delta i ett liknande möte igen. Två tredjedelar av deltagarna uppgav behov av ekonomiskt stöd. Entusiasmen för deltagandet visades i att 96 % av deltagarna svarade att de gärna kan dela rum med kollega av samma kön för att öka möjligheten för fler att delta. För att studera nätverkets effekter inkluderades även i enkäten frågor riktade till dem som hade besökt det första nätverksmötet i Vilnius 2010 (12 deltagare, dvs. drygt en

Yps i Riga

Foto: Johan Reutfors

fjärdedel av deltagarna i Vilnius).

Medan deltagarna svarade att detta möte enbart till en viss del hade resulterat i förändringar vad gäller diagnostik och behandling i den kliniska vardagen (genomsnitt 3,5 på 5-gradig Likertskala – 1=inte alls, 5=väldigt stark) så har nätverkseffekterna varit slående. Samtliga deltagare uppgav att de haft indirekta kontakter med internationella kollegor efter mötet t.ex. via internet och 60 % hade under året efter mötet personliga kontakter med internationella kollegor genom t.ex. studiebesök eller möten på andra konferenser. Som resultat av det förra mötet uppgav 83 % att de blivit involverade i nationella ST- eller YP-organisationer och 67 % i internationella sådana medan 17 % uppgav att de etablerat internationella forskningskontakter. Dessa resultat tyder på att syftet med projektet – att bygga nätverk mellan YP från östra och västra Europa – kan uppnås. Nätverket skall inte främst resultera i ytterligare internationella konferenser utan istället erbjuda en mötesplats som resulterar i fortsatta indirekta och direkta möten, studiebesök och gemensamma forskningsprojekt. Förhoppningen är att dessa personliga kontakter kommer att påverka utvecklingen av psykiatri både nationellt och internationellt framöver, när dessa YP en dag blir "OP" (old psychiatrists).

Rigas gamla stad

Foto: Johan Reutfors



Föreläsning

Foto: Johan Reutfors

Det arrangerande teamet kommer nu att anta utmaningen att organisera ett tredje möte i Vitryssland, ett land utanför EU, och att söka nya bidrag för att genomföra detta – över 20 YP från 10 öst- och västeuropeiska länder håller redan på att diskutera intensivt genom e-mail och Skype hur detta kan åstadkommas. Övertygelsen är stark att detta kan uppnås.

Länk till nätverket: <http://groups.google.com/group/young-psychiatrists-eastern-europe>

Johan Reutfors
ST-läkare, med dr
johan.reutfors@sll.se

Marie Bendix
Överläkare
marie.bendix@me.com

Jerker Hanson
Överläkare, docent
jerker.hanson@telia.com

Kyriaki Kosidou
Överläkare
kkosidou@gmail.com

Mattias Olofsson
ST-läkare
a.mattias.olofsson@gmail.com

Se även

www.wpanet.org/detail.php?section_id=22&content_id=1046



CINP 2012 - Högkvalitativ psykiatrisk kongress i Stockholm

CINP (International College of Neuropsychopharmacology) anordnar en stor vetenskaplig konferens i Stockholm, 3-7 juni 2012. Mötet förväntas samla omkring 4000 deltagare från hela världen och ingår i en serie av konferenser som genomförts vartannat år sedan 1958. Det vetenskapliga programmet är brett och spänner ifrån experimentell psykofarmakologi till klinisk psykiatrisk forskning.

Bakgrunden till bildandet av CINP står att finna i den moderna farmakologins genombrott. 1949 hade man upptäckt litium som anses vara det första psykoaktiva läkemedlet, och 1952 beskrevs för första gången den dramatiska effekten av klorpromazin hos patienter med psykosjukdom. 1957 kunde den tyske forskaren Roland Kuhn efter en serie av noggranna kliniska observationer rapportera att patienter med depression blev förbättrade av imipramin. Parallellt hade man identifierat hjärnans monoaminerga system tack vare metodologiska landvinningar, och den neurovetenskapliga forskningen skiftade successivt fokus från elektrisk aktivitet till biokemi. Under den perioden myntades begreppet neuropsykofarmakologi som kan sägas omfatta kunskap kring mentala och neuronala händelser i relation till psykotropa droger.

Dessa landvinningar medförde ett nytt behov av kommunikation mellan forskare

och kliniska psykiatriker. Detta dels för att den nya kunskapen skulle kunna tillämpas på patienter men också för att forskare skulle få bättre information om de kliniska frågeställningarna. På ett möte i Milano 1957 beslutade man därför att bilda en organisation som senare skulle få namnet CINP - Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum (eller det för anglosaxiskt skolade svenskar något mer lättuttalade International College of Neuropsychopharmacology), med huvudsakligt syfte att verka för kunskapsutbyte och utbildning inom fältet neuropsykofarmakologi. Detta har sedan förverkligats inte bara genom regionala och tematiska möten utan framför allt via en världsomspännande kongress som organiseras vartannat år. Första CINP-kongressen arrangerades i Rom 1958, med Ernst Rothlin från Schweiz som president.

Vid tiden för CINPs födelse lästes oftast vetenskapliga artiklar i tummade exemplar på bibliotek. För att hålla sig uppdaterad fanns ingen annan väg än att regelbundet bläddra igenom de tidskrifter som berörde området. Idag är läget ett annat. Med en kopp kaffe i ena handen får man med några avmätta knapptryckningartillgång till densamlade vetenskapliga kunskapen på kortare tid än det tar att kväva en gäspning. Men samtidigt som informationsteknologins utveckling gjort att vi kan ha ett komplett medicinskt bibliotek i byxfickan, har den explosionsartade ökningen av information ändå gjort att uppdaterade presentationer av ledande forskare, vetenskapliga seminarier och personliga möten fortfarande är ovärderliga källor för såväl kliniskt verksamma psykiatriker som forskare.

Innehållet i CINPs biannuella möten har under åren breddats till att behandla frågor som etiologi, diagnostik och behandling av psykiatriska sjukdomar. Kongresserna karaktäriseras av mycket hög vetenskaplig kvalitet, och attraherar ledande forskare och kliniker inom respektive områden.

Sverige har genom åren haft en viktig roll i CINPs historia. Bland tidigare presidenter

återfinns Arvid Carlsson (1978-1980) och Torgny Svensson (2006-2008), och 1980 hölls CINP-kongressen i Göteborg. Enligt säkra källor innefattade mötet förutom vetenskapliga höjdpunkter även utflykter för samtliga deltagare till pittoreska öar i Bohuslåns skärgård där det skall ha förekommit stora mängder av såväl räkor som vitt vin. 2012 har turen att arrangera mötet återigen kommit till Sverige, denna gång Stockholm. Ordförande för den lokala organisationskommittén är Torgny Svensson och Lars Farde, tidigare kassör i organisationen.

Under våren skickades över 160 symposieförslag in till CINPs vetenskapliga kommitté. Abstracten manglades nogsamt vid kommitténs möte i Salzburg 28-29 mars vilket utmynnade i 36 utvalda symposier. Symposierna är tematiskt ordnade utifrån dels diagnosområden, dels neurovetenskapliga fält samt avseende prekliniskt eller kliniskt fokus. Därutöver planeras också s.k. plenary lectures av ledande forskare inom några utvalda nyckelområden, och utbildningssymposier som syftar till att ge uppdaterade genomgångar av riktade kliniska frågeställningar.

Sammanfattningsvis lovar CINP 2012 att hålla minst samma höga vetenskapliga kvalitet som föregående konferenser. Det finns möjlighet att bidra aktivt till mötets innehåll genom att skicka in abstrakt för posterpresentation fram till 31 januari 2012. Mötet innebär ett unikt tillfälle för både kliniker och forskare inom svensk psykiatri att på bekvämt avstånd inhämta ny kunskap på högsta nivå, få återkoppling på egen forskning, samt mingla med kollegor från hela världen. Det finns således all anledning att redan nu reservera datumen 3-7 juni 2012 i kalendern!

För den lokala organisationskommittén
Simon Cervenka
Överläkare, med dr, Stockholm
Lars Farde
Professor, Stockholm

Länk till kongressen:
<http://cinp2012.com>



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) krampanfall i anamnesen. Känd tumör i centrala nervsystemet. Samtidigt avbrytande av läkemedelsbehandling eller alkoholmissbruk som kan tänkas öka risken för krampanfall. Bulimi eller anorexia nervosa (även tidigare i anamnesen). Svår levercirros. Samtidig behandling med MAO-hämmare. För fullständig förskrivarinformation och pris se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén 2011-03-28.

*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.

Filosofi och psykiatri

Frågor om *medvetandets* natur och funktion intar en central plats i modern filosofi. Vill man studera medvetandet är det naturligt att också orientera sig i närliggande discipliner som har liknande intressen. Det finns därför sedan länge ett väletablerat internationellt samarbete mellan filosofer, kognitionsvetare och neurovetare – bland annat i organisationen *Association for the Scientific Study of Consciousness* (<http://theassc.org>). Under det senaste decenniet har också det vetenskapliga samarbetet mellan psykiatrer och filosofer vuxit sig starkt i många länder, från att tidigare ha varit ett mycket litet specialområde. En tydlig indikation på intresset för detta samarbete är den bokserie som 2003 började ges ut på Oxford University Press, *International Perspectives in Philosophy and Psychiatry*, och som redan omfattar 36 titlar. Volymerna i serien handlar förvisso inte bara om medvetandet och dess relation till hjärnan utan också om begreppet psykisk sjukdom, om klassifikationsproblem i psykiatin, om psykopatologiska modeller, om etiska grundfrågor med mera.

Den nämnda bokserien ges alltså ut i England; där finns också den just nu starkaste grenen av det internationella nätverket för filosofi och psykiatri, *International Network for Philosophy and Psychiatry*. I Sverige representeras nätverket av SFFP, *Svensk Förening för Filosofi och Psykiatri* (www.sffp.se), som har funnits sedan 2002. Dess medlemmar – ungefär lika många filosofer, psykiatrer och psykologer – arbetar med ett brett spektrum av filosofiska och vetenskapsteoretiska problem i psykiatin. För några smakprov se publikationsexemplen på www.sffp.se/publ.html. Begreppsliga frågeställningar i rättspsykiatin har varit ett centralt område. Här finns ett nära samarbete mellan filosofer och ledande rättspsykiatrer i landet. En av författarna till denna artikel (CS) driver ett projekt om begreppet tillräknelighet (1, 2), finansierat av Riksbankens Jubileumsfond. Andra medlemmar i SFFP har inriktat sin forskning mot etik (3), fenomenologi och psykiatri (4), sjukdomsbegreppet (5) eller förhållandet mellan psykogenes och somatogenes (6). Även psykopatologiska grundfrågor som t.ex. verklighetsuppfattningens natur uppmärksammas (7). En annan av författarna till denna artikel (FR) är engagerad i ett nystartat VR-projekt om just detta.

Kontakten mellan psykiatrer och filosofer är av ömsesidigt värde genom att teoretiska modeller av medvetande, fri vilja, moral, begreppsbildning, kausalitet med mera konfronteras med empiriska data och empiriskt förankrade teorier. För psykiatin som vetenskap, och även för den enskilde psykiatern, finns det anledning att studera filosofiska idéer. Ett exempel här är den aktuella diskussionen om de nya internationella klassifikationerna i psykiatin, ICD-11 och DSM-5. Klassifikationsprinciper inom empiriska vetenskaper är ett väl undersökt område i vetenskapsfilosofin och de vunna insikterna är i hög grad relevanta för psykiatin (8).

DSM-III inspirerades för övrigt av en av de filosofiska pionjärerna på detta område, nämligen Carl G. Hempel. Psykiatrikers och filosofers intresse för taxonomiska frågor manifesteras genom gemensamma internationella möten, exempelvis *Brain and Self. Psychiatric Nosology: Definition, History and Validity* i Köpenhamn 2010 ([http://cfs.ku.dk/calendar-main/calendar2010/brain and self](http://cfs.ku.dk/calendar-main/calendar2010/brain%20and%20self)) och gemensamma publikationer (som 9). Den svenska debatten om en eventuell ny rättspsykiatrisk lagstiftning erbjuder ett annat uppenbart exempel på att filosofin är relevant för psykiatin och omvänt.

Många andra exempel på filosofins betydelse för psykiatrisk teori och praktik kunde ges men utrymmet tillåter det inte. Vi vill avsluta denna blänkare med att peka på det vetenskapliga möte som SFFP, SPF och Göteborgs Universitet arrangerar i Göteborg i början av september, nämligen *14th International Conference for Philosophy and Psychiatry* www.sffp.se/eee. I anslutning till detta möte anordnas också en filosofisk utbildningsdag för psykiatrer, där man kan välja mellan fyra huvudteman: fenomenologi, etik, förklaringsmodeller och evidensbaserad psykiatri.

Ingemar Engström
Professor, Örebro

Helge Malmgren
Professor, Göteborg

Filip Radovic
FD, Göteborg

Christer Svennerlind
FD, Göteborg

Referenser

Finns på SPF's hemsida
www.svenskpsykiatri.se/tidskriften

14

th International Conference for
Philosophy and Psychiatry**Ethics, Experience and Evidence:
Integration of Perspectives in Psychiatry**Göteborg, 2-4 september 2011
(inledande kursdag 1:e september)

Konferensen organiseras av *Svensk Förening för Filosofi och Psykiatri*, *Svenska Psykiatriska Föreningen*, *International Network for Philosophy and Psychiatry* och *Göteborgs universitet*.

Denna konferens är en viktig mångvetenskaplig händelse där psykiatrer, psykologer och filosofer från hela världen utbyter kunskaper och erfarenheter. Etiska, medvetandefilosofiska, kunskapsteoretiska och vetenskapsteoretiska problem med relevans för psykiatrisk teori och praktik dryftas i plenarsessioner, workshops, fria föredrag och posterpresentationer. Konferensen föregås av en dag med kurser om filosofi och psykiatri, särskilt avsedda för psykiatrer under utbildning.

Konferensen och kursdagen äger rum på Hotel Riverton, inte långt från Göteborgsoperan och hamnen.

Mer information och anmälan på <http://sffp.se/eee>

IPULS har granskat och godkänt denna konferens som utbildning. Fullständig utbildningsbeskrivning finns på www.ipuls.se (IPULS-nr: 20100380).



GÖTEBORGS UNIVERSITET



Depression post partum - hur påverkas barnet?

Birgitta Wickberg

Risken att drabbas av postpartumdepression ligger mellan 8-15 %. Såväl föräldraförmågan som barnets utveckling kan påverkas. Särskilt om andra (exvis socioekonomiska) svårigheter finns kan problem i samspelet uppstå, men även kognitiva och emotionella problem (otrygg anknytning). Riskfaktorer är genetisk överföring, dysfunktionella neuroregleringsmekanismer, bristande sensitivitet för barnets behov och familjestress. Det finns ökad risk för beteendeproblem hos barnet. Barnet kan imitera mammans depressiva affekt. Den deprimerade mamman kan vara otillgänglig och kan ha brister på inkännande, låg sensitivitet, vilket kan leda i högre grad till otrygg anknytning. Detta gäller dock ej för deprimerade mammor med hög sensitivitet. Önskvärt med tidigt upptäckt och behandling genom strukturerad anamnes på tidigare allvarliga psykiska sjukdomstillstånd i mödrahälsovården. 6-8 veckor efter förlossning screening för depressiva besvär hos mamman via barnhälsovården. Postpartumvård skall kunna erbjuda följande behandlingsformer: rådgivning, psykoterapi, läkemedelsbehandling, eventuell samspeletsbehandling (spädbarnsverksamhet) samt tillgång till ett tvärfackligt specialistteam inom psykiatri.

Autistiska drag vid anorexia nervosa – kognitiv stil med kliniska implikationer

Maria Råstam

Det föreligger ofta komorbiditet hos patienter med anorexia nervosa, och ett observandum kan vara patienternas rigida kognitiva stil och tvångsmässiga drag. I barndomen kan det ha förekommit restriktioner vad gäller emotioner/beteende och eventuellt svagt socialt beteende. I en studie av patienter med långvarig ätstörning hade >50 % autistiska drag. Omvänt är vid autismspektrumtillstånd (AST) en anamnes på empatiproblem och tidigare anorexi särskilt vanligt. Patienterna beskrivs som petiga, noggranna, "drev sina intressen till det extrema", "gick efter klockan", sociala regler varierar vid olika tillfällen och "egen fantasi på egna villkor" gäller ("broader phenotype" AST).

> 50 % av barn med AST visade selektivt ätande. Ofta förekommer sensoriska avvikelser (smaksinnet), en förhöjd smärtröskel och avvikelser vid motorisk undersökning.

Många patienter med anorexi bedömdes ha åtminstone autistiska drag, en del har en AST-diagnos samtidigt. Viktig är en autism-anpassad miljö. Cognitive Remediation Terapi (CRT) nämns som lovande behandlingsform.

Anorexia nervosa hos barn, tonåring och vuxen - samma sjukdom, olika symtom och olika behandling

Ulf Wallin

1950 beskrivs i Keynes studie hur marinsoldater påverkades psykiskt av svält, bl.a. genom att utveckla ökade ångest- och depressionsbevärr, ökad känsla av ineffektivitet, förlust av ambition och intresse. Barn blir mycket mer mentalt påverkade av svält. I patientgruppen med matvägran/ätproblem i barndomen finns en relativt stor grupp barn som utvecklar anorexia nervosa (AN). Ofta visar de redan tecken till social tillbakadragenhet, ångest inför fet mat samt bedriver excessiv träning. Kännetecknen vid AN är viktnedgång, onormal uppfattning om mat och sjuklig upptagenhet av vikt/kroppsutseende, lägre GAF (C-GAS) och högre samsjuklighet än hos barn med ätproblem som inte utvecklar AN. Tecken till begynnande AN är att längdtillväxten upphör. Livstidsprevalens för kvinnor 1 %, i åk 9 har 0,9 % av flickorna AN. Åldersfördelningen för barn med AN under 18 år är 13 % <13 år, 87 % 13-17 år. Högt komorbiditet med fr.a. depression, tvång, social fobi, GAD. Fokus för behandling av barn/tonåring är att snabbt häva svälten. Familjeterapi har evidens. Ju äldre barnet är desto mer individualiserad behandling. Farmakologisk behandling är begränsat effektiv. 30-40 % av patienterna remitteras från BUP till vuxenpsykiatri. Efter 3 år är ca 60-70 % av patienterna med AN i barn/tonårsåldern friska. Vuxna har en längre sjukdomsduration, upplever oftare utanförskap och har en högre komorbiditet. Behandling i vuxenåldern bygger på patientens motivation, patienten är ofta ej intresserad och ambivalent. KBT kan vara värdefull behandlingsmetod. Ingen behandling har RCT stöd.

Cornelia Thiel

ST-läkare

NU sjukvården, NÄL



Psykiatrikongressen i Göteborg våren 2011 – ur mitt perspektiv

Som inledning: **"En boca cerrada no entran las moscas"** (spanska) – I en stängd mun kommer det inte in några flugor – jag och andra bör tänka oss för tre gånger innan vi yttrar oss. Och hur förmår mästare att begränsa sig?

Svenska Psykiatrikongressen i Göteborg 16-18 mars 2011. Man hade hoppats på 400 deltagare, men när 600 hade anmält sig måste man sätta stopp – eftersom restaurangen inte klarade fler måltidsgäster. För att sjösätta en så stor kongress brukar man anlita en professionell kongressbyrå som tar bra betalt för att själv tjäna pengar. Vi har haft en alldeles utmärkt styrelse inom Psykiatriska Föreningen som oavsett personlig bakgrund uppenbarligen haft gemensamma mål, och som med stor målmedvetenhet och självuppoftning lyckats genomföra något som för somliga tett sig omöjligt. Men har man stark ledning med visioner och kontakter går det att hålla stram budget.

Man har haft utmärkt lokalt stöd i Borås. Tack särskilt Lise-Lotte (ordförande och processchef), Stina (teknisk redaktör, webmaster och utbildningsansvarig) och Carol (foto/grafisk design)! Har man så kunniga och engagerade ledare kan man skatta sig lycklig. Dessutom har man haft en mycket kompetent programkommitté under Diana Radu Djurfeldts ledning, som åter fört fram svensk psykiatri till den internationella frontlinjen.

I Göteborg deltog generaldirektören i Socialstyrelsen, docent Lars-Erik Holm, med både eget föredrag och inlägg i vårtidskrift. Vi måste upp på den nivån om vi ska lyckas. Han efterlyser fortsatt ärlig dialog med den psykiatriska professionen. Lars-Erik var under sin studietid en utmärkt underläkarkavikarie på KS, Psyk 7 (med Börje Cronholm som tjänstledig överläkare, med Marie Åsberg och Lil Träskman-Bendz som tjänstlediga men närvarande forskare och med mig som tillfällig randande inhoppsoverläkare), så Lars-Erik vet inifrån vad klinisk psykiatri kan innebära.

Vad som verkligen imponerade på mig under Psykiatrikongressen var både djupet och bredden i föreläsningarna, den pedagogiska standarden och andan – hur sams man i grunden var när det gällde viktiga frågor.

Ett problem man har med parallella sessioner är att det är svårt att välja, man kan bara vara på ett ställe i taget. Tove Gunnarsson och övriga i styrelsen har funderat på hur man kan ge deltagarna sammanfattningar av de moment där man inte själv kunnat delta. Videoinspelningar, abstract books eller?

Hur sammanfattar man fem halvdagars späckade program med allt från epidemiologi till molekylärgenetik på en halvsida? Jag tar särskilt upp det som jag inte väntade mig – de inom psykiatrin etablerade känner vi redan till.

Diana Djurfeldt presenterade elegant Deep Brain Stimulation DBS – pacemaker för själen? Mikael Landén, nyutnämnd professor i Göteborg, berättade om aktuellt internationellt samarbete om maniforskning. Anna Björkdahl redogjorde för sin avhandling om riskhantering på vårdavdelning. Anders Tingström (ny professor i Lund) tog upp aktuella studier om ECT (när ska folk lära sig att "elchocker" är något till sin natur annorlunda?). Martin Schalling förde in den molekylärgenetiska revolutionen i psykiatrin, särskilt med hänsyn till ångestsjukdomar, och psykologiprofessorn Tomas Furmark från Uppsala kopplade samman fobi-upplevelser med hjärnabbildning.

Nya verkningsmekanismer inom beroendeproblemen presenterades av Nitya Jayaram Lindström (som häromåret fick Läkaresällskapets utmärkelse för det årets bästa medicinska doktorsavhandling alla kategorier), Markus Heilig som har hög befattning inom NIAAA, NIH i Washington, samt den nyutnämnde professorn i beroendeforskning i Göteborg, Bo Söderpalm. Så kom inte och klaga på nivån inom svensk psykiatriverksamhet! Men hur tillämpas nyheterna som komplettering till befintlig vardagspsykiatri? Implementering, steget från "ax till limpa" är ofta avsevärt.

Även psykiatrispecialister borde ibland läsa in dagens grundkurs.

Karin Sparring Björkstén redogjorde för aktuella frågor inom äldrepsykiatri. Nils Lindefors och medarbetare behandlade det högaktuella temat Internet-KBT – en tanke som "fått de gamla psykoterapeuterna att vända sig i sina gravar". Sessionen om psykoterapiforskning under Göran Rydén's ledning blev närmast en rysare – tänk att det finns så mycket utmärkt psykoterapiforskning. I Lena Mallons inlägg togs aktuella sömnproblem vid psykisk sjukdom upp – en uppföljning på aktuell SBU-rapport. Också patientorganisationer deltog.

Det kändes som en extra bonus att få sammanföras med två aktuella författare – Arvid Lagercrantz som beskrivit sitt liv med affektiv sjukdom, och Nils Uddenberg som berättat om sitt yrkesliv som startade inom psykiatri men som sedan vidgades till etik och livsåskådning.

Vad som var slående i Göteborg var helhetsgreppet. Såväl då man trodde sig lyssna på bidrag om utvärderingar inom psykoterapi som om molekylärgenetik behandlade man från olika utgångsvinklar med i stort sett gemensam kunskapsmassa – tecken på mogenhet inom disciplinen.

Ulf Rydberg
Professor emeritus
Karolinska Institutet

Referat från SPK 2011

Uppföljningssystem och forskning - det går!

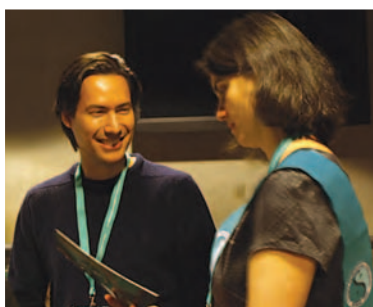
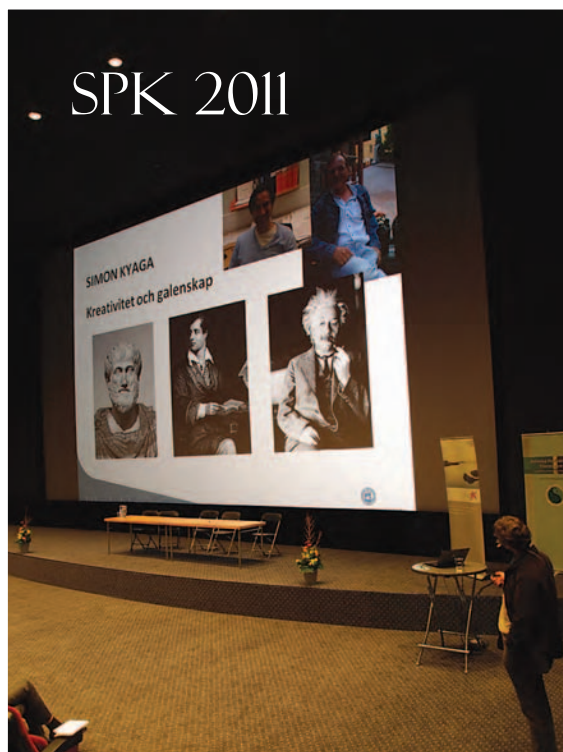
Kent Nilsson ville undersöka ungdomar med drogberoende avseende biologiska markörer och relationen till deras psykiska tillstånd. Han genomförde ett forskningsprojekt inom barn- och ungdomspsykiatri, där ungdomen inom 1 vecka efter remiss fick en tid på mottagningen för provtagning (bland annat saliv-DNA-test), somatiska basuppgifter, samtal med sjuksköterska och ett batteri skattningar/test som gjordes via datorn. Parallellt svarade även medföljande föräldrar på en del skattningar/frågor via datorn. Vid efterföljande besök hos läkaren förelåg redan ett stort utbud webbaserad och realtidsanpassad information. På så sätt klarade verksamheten vårdgarantin och hade ett förbättrat flöde.

Patienterna kände sig bättre emottagna. Symtombilden blev tydligare, sorteringen för prioritering var enklare att genomföra och det fanns ett bra underlag för bedömningen. Man noterade även en ökad kreativitet i personalgruppen. Inom BUP-projektet har hittills 554 patienter undersökts och en 60-70 % samsjuklighet påvisats. Ett likadant projekt har även genomförts på vuxenpsykiatrisk verksamhet med samma goda resultat och anses som en lovande möjlighet att minska pressen på den kliniska verksamheten inom psykiatri.

Unga vuxna som i tonåren begått sexuella övergrepp - 6 års uppföljning av en klinisk grupp - Cecilia Kjellgren

54 % av vuxna sexualförövare har debuterat före 18 års ålder i avvikande sexuellt intresse. 92 % av 40 pedofila män utvecklade sitt sexuella intresse för barn i ungdomsåren. 20-25 % av sexuella övergrepp begås av en ung person. Under gymnasiebarn är 40 % av förövarna <18 år. Barn kan vara oskyddade i en beroendeställning till förövaren. Jämnåriga som känner förövaren kan känna delaktighet och skuld. Omfattningen av övergreppen är relevant. Sexuellt övergrepp kan resultera i PTSD, dissociation, sexualisering. Av 124 ungdomar som har tvingat någon till sex var det i 19 % av fallen flickor. Man kan utgå ifrån att en femtedel av sexualförövare är kvinnor. En uppföljning av 84 riskbedömda pga. sexuellt övergrepp planerades. 2 var avlidna, 4 ej längre registrerade i Sverige, 78 fick tillfrågas via brev, 39 medverkade (50 %). Vid den tidigare riskbedömningen var förövarna 15 år gamla, vid uppföljningen 21 år. 57 % i gruppen var dömda för icke sexualbrott. > 50 % arbetar. Ca 50 % har relation, ca 15 % har barn. Det saknas forskningsstöd för behandling. Även förebyggande metoder saknas. Viktigt med en strukturerad klinisk riskbedömning efter övergreppsspecifik behandling. Det finns även ett riskbedömningsstöd (ERASOR). Efter övergreppsspecifik behandling återfaller 5 % av förövarna inom 4 år. Utan behandling återfaller ca 20-30 %.

Cornelia Thiel
ST-läkare
NU sjukvården, NÄL



SPK 2011



Några ord om SPK 2011

Att vara med på SPK var både roligt och lärorikt. Känner mig tacksam för att jag fick hjälpa till som kongressvärd då jag haft möjlighet att lära känna mycket folk och prata kring olika ämnen som rör vår specialitet.

Det är svårt att säga vilka föreläsningar som var de bästa då de flesta var väldigt intressanta och föreläsarna var väl förberedda och öppna att diskutera frågor, nya synpunkter osv.

Men minnet fastnar ju vid några "highlights" som t.ex. läkemedelssymposiet om bipolär sjukdom, föreläsningen om sömnstörning och inte minst föredraget om desensitiseringsstudierna om det nya "vapnet" i depressionsbehandlingsarsenalerna som riktar sig mot det melatonerga systemet.

Bipolär sjukdomssymposiet höll på en halv dag och där kom flera föreläsare som lyfte fram olika synpunkter kring behandlingsriktlinjer och alternativ från de gamla klassiska till de senaste som dock ännu ej har visat sig att vara lika effektiva.

Tyckte mycket om föreläsningen om sömnen där man noggrant gick igenom sömnfysiologi och olika sorts rubbningar.

Sammanfattningsvis var hela kongressen bra organiserad och folk som varit med gav en positiv feedback om den. Ser fram emot SPK 2012!!!

George Perisynakis
ST-läkare
SU/Psykiatri

Foto: Carol Schultheis



Internet-KBT

Föreläsare:

Erik Andersson, leg psykolog, doktorand, KI.

Nils Lindefors, verksamhetschef Psykiatri Sydvest Stockholm, professor vid KI

Hur fungerar internet-KBT och hjälper det?

Sjukdomstillstånd som man har bra erfarenhet av att behandla med KBT är mycket vanliga och det finns evidens att KBT är en effektiv behandling. Det finns bra vetenskapligt stöd för depression, paniksyndrom, social fobi, specifik fobi, traumatisk stress, stresshantering, kroniska sömnbesvär, kronisk smärta, huvudvärk och tinnitus. Tyvärr får endast ett fåtal patienter hjälp av psykiatri.

Självhjälpsprogram har visat sig i många avseenden effektiva och det finns en del forskning kring självhjälpsböcker som stödjer detta. Nästan alla effektiva program bygger på KBT. Fölsamheten för behandlingen verkar vara en viktig aspekt för att uppnå bra effekt.

Via internet KBT hoppas man kunna nå och erbjuda flera patienter en kvalitetssäkrad behandling med minimala terapeutinsatser via e-mail och telefon. Betoning ligger på pedagogik och hemuppgifter. Man använder sig av omfattande program som patienten ska ha förstått och övat sig på för att gå vidare till nästa kapitel. Det kräver aktiva insatser av patienterna och behandlaren är med hela tiden. Experter kan vid behov tillkallas och teamarbete är möjligt.

Det finns mycket vetenskapligt stöd för internetförmiddad KBT. I en metaanalys av ett 20-tal internationella, randomiserade och kontrollerade studier visar Erik Andersson att internetbaserad KBT är överlägsen jämfört med kontrollgrupperna i vilka patienterna fick sedvanlig samtalskontakt, telefonkontakt, informationsmaterial eller stod kvar på väntelistan. Dessutom visar sig metoden jämförbar med sedvanlig KBT-behandling i individuella sessioner eller i grupp.

Vid patientskattningar visade det sig att patienterna som endast hade e-mailkontakt med sin behandlare upplevde sig ha en positiv relation till sin terapeut. En koppling mellan duration av personlig kontakt mellan terapeut och patient, och behandlingsresultat har man inte kunnat fastställa.

Nils Lindefors belyste verksamhetsperspektivet på internet-KBT.

KBT är en efterfrågad behandlingsmetod som har god evidens och det finns ett stort kliniskt behov. SoS rekommenderar KBT i de nationella riktlinjerna för depression men endast ett fåtal patienter erbjuds KBT-behandling. Också ur ett hälsoekonomiskt perspektiv anses internetbaserad KBT vara lönsamt. Den första kliniska prövningen genomfördes 2002 i Stockholm och sedan dess har internet-KBT vuxit och mer och mer integrerats i den vanliga vården.

Patienterna kan enkelt registrera sig via nätet och börja fylla i självskattningsformulär och det etableras en kontakt med en sjuksköterska. En läkarbedömning kan erbjudas inom en vecka för kompletterande diagnostisering med bl.a. SCID I och sedan snabbt ges tillgång till behandling. En bra diagnossättning från början är viktigt eftersom den är avgörande för vilket behandlingsspår patienten hamnar i. Patienten tilldelas en behandlare som stödjer och hjälper via e-mail och telefonkontakt, med de olika modulerna. Patienten får redovisa sin aktivitet och följs upp veckovis med självskattningsformulär för att säkerställa patientsäkerheten och som kvalitetssäkringsinstrument för behandlingen. Efter avslutad behandling kallas patienterna till ett återbesök till läkare för bedömning och ev. vidareremittering. En ytterligare uppföljning sker efter 6 månader med självskattningsformulär.

Sedan implementering september 2007 har patientflödet ökat, särskilt efter att remisstvänet upphävdes. Behandlingstiden är cirka fyra gånger kortare än för gruppbehandlingar. Patienterna verkar inte alls ha problem med den elektroniska behandlingskontakten och för många var det till och med en fördel.

Aktuellt jobbar man för en ökad tillgänglighet och spridning av behandlingsmetoden nationellt och internationellt och att utforma ett kvalitetsledningssystem. Det planeras att kunna erbjuda internet-KBT på alternativa språk.

Med exempel av en patient med paniksyndrom med agorafobi visar Erik Andersson hur en internetbaserad KBT-behandling kan se ut. Som i en sedvanlig KBT-behandling görs det en beteendeanalys och mål. Motiveringen till behandlingen undersöks innan den påbörjas. Patienterna följs upp efteråt. Behandlingen är uppdelad i 10 moduler som patienten ska genomgå på 10-12 veckor. Först ges information kring behandlings- och sjukdomskonceptet. Sedan följer moduler om kognitiv bearbetning, invärtes exponering och exponering för jobbiga situationer. Avslutande lärs det ut metoder för återfallsprevention som behandlar ämnen att planera framåt och hantera bakslag. Modulerna innehåller text och uppgifter patienten ska läsa och öva självständigt. Texten kan även fås som ljudfil. Det är viktigt att patienterna uppnår en bra förståelse för behandlingen och teorin. Det följs upp i e-mailkontakt med behandlaren som ger feedback och ytterligare förklaringar. Utan det kommer man inte vidare till nästa modul. Patienterna ska också lämna in veckoskattningar som innefattar bl.a. MADRS med suicid-item, PDSS-SR, BAI.

Ett flaggsystem visar avvikelser i behandlingen, t.ex. om patienten inte har loggat in sig senaste veckan, inte hört av sig till psykologen, har skrivit ett meddelande som ingen har läst eller om hon har skattat högt på suicidfrågan. I så fall rings patienten upp.

Gabriele Einsiedler
ST-läkare i Psykiatri
SU/Beroendekliniken



Somatisk hälsa vid psykisk sjukdom

Mårten Gerle tar upp jämförande studier före, i samband med och efter psykiatrireformen, som visar att levnadsvillkoren för psykiatriska patienter har försämrats. Var tionde patient med schizofreni som avlider i hemmet hittas inte förrän en vecka eller senare efter att hon har avlidit. Tendensen är stigande. Den ekonomiska utvecklingen för våra patienter har stått stilla under det senaste tio åren. Med tanke på att de redan har ett sämre ekonomiskt utgångsläge har deras resurser försämrats betydligt. Sannolikheten att de uppbär ekonomiskt bidrag är högre än inom andra grupper. 23% av psykiskt funktionsnedsatta får bidrag jämfört med 9 % av personer med rörelsehinder och 5 % inom normalbefolkningen. De har lägre utbildningsnivå och de har svårt att komma in på arbetsmarknaden, vilket gör att de står utanför socialförsäkringssystemet. Personer med funktionsnedsättning bor i större utsträckning än andra i hyresrätt och har högre boendekostnader än andra grupper.

Sedan visar Peter Salmi från SoS, enheten för epidemiologi, en kohortstudie på psykiatriska patienter som ska belysa varför de har sämre hälsa och dör i förtid. Är det så att våra patienter får sämre vård eller att sjukdomar upptäcks senare?

Hos patienter med stroke och samtidig psykisk sjukdom genomförs mindre ofta karotiskirurgi.

Sannolikheten för amputation är större för psykiskt sjuka med diabetes mellitus och de har en kortare organspecifik överlevnad vid cancer.

Lars-Erik Holm påpekar vikten av att psykiatern jobbar med dessa frågor och känner till patienternas speciella risker och problem. T.ex. att följa upp kända biverkningar och sjukdomar till följd av psykiatrisk medicinering.

Kjell Lindström är distriktsläkare från Jönköping och föreläser kring hur psykiatern kan förebygga, utreda och behandla metabola biverkningar som diabetes, hypertoni, hyperlipidemi och fetma. Fetma leder subjektivt till den sämsta livskvalitén och det är ytterst svårt att gå ner i vikt. Därför är det viktigt att **förebygga** viktuppgång i tidigt skede. Det finns olika dieter (GI, low-carb...), som rekommenderar en viss kost som fördelaktig. Man har dock inte kunnat visa en skillnad mellan de olika dieterna avseende viktnerdgång, utan det visar sig att kaloriintaget är den enda faktor som spelar roll. Ett bra tips är ITO-regeln: "inte ta om". Eftersom man inte i längden kan minska kaloriintaget i den omfattning som skulle behövas för att gå ner i vikt och hålla vikten långfristigt, har **fysisk aktivitet** stor betydelse. Senaste undersökningarna visar att det är farligare att vara smal och inaktiv än att vara fet och aktiv. Det finns stora möjligheter att förskriva fysisk aktivitet med ett så kallat FaR- fysisk aktivitet på recept.

Motion leder till mindre diabetes mellitus eftersom muskelaktivitet leder till minskade blodsocker - nivåer och ökat glukogen. Motion har visat sig mycket effektivare mot

diabetes och hjärtsjukdomar än metformin och statiner. Observationsstudier talar för en minskning mellan 25-78 %. Men hur mycket behövs det för att ha effekt? Är man frisk och normalviktig så rekommenderas det 30 minuter fysisk aktivitet, t.ex. en rask promenad fem gånger per vecka och vid övervikt 60 minuter fem gånger per vecka.

En annan viktig punkt är att motivera patienterna att **sluta röka**. De allra flesta klarar detta på egen hand. På vårdcentraler erbjuds hälsosamtal som grundas på MI-princip och varar en timme. Patienterna bes fylla i hälsokurvan, en enkät om mat- och motionsvanor, rökning och alkohol som tematiseras under samtalet. Detta följs upp med en påminnelse vid varje besök som är endast 2-3 min långt.

Diagnostisering av metabola sjukdomar är enkel. Vid fetma mäter man BMI och midjemåttet. Bukfett är förknippat med högre risk och är mer tillförlitligt än BMI. Det är viktigt att mäta ofta. För diabetes mellitus kontrollerar man fastebloodsocker (> 7 mmol/L) och HbA1c. Hypertoni diagnostiseras bäst med blodtrycksmätningar i hemmet och 24h-blodtrycksmätningar. För hyperlipidemi tas lipidstatus. En riskskattning för att dö i hjärtsjukdomar eller stroke kan avläsas på SCORE - diagrammet.

Gabriele Einsiedler
ST-läkare i Psykiatri
SU/Beroendekliniken

Psykologisk behandling vid bipolära syndrom – exempel på evidensbaserad psykoterapi i den kliniska praktiken - Cecilia Svanborg

Aktiv (psykologisk) behandling är associerad med 30-40 % minskning av återfall i bipolär sjukdom över 12-30 månader. Antal sessioner är betydelsefullt. Enligt STEP-BD studien (Miklowitz, 2007) är tiden till återhämtning kortare med psykoterapi versus standard care (100 versus 300 dagar). Bäst evidens för psykoedukativt program (PPI) har "Barcelona"-modellen (Colom och Vieta) med 21 sessioner á 90 min. IP-SRT (InterPersonell-Social Rytm terapi), utvecklat av Ellen Frank, fokuserar på circadian dysreglering, sociala tidsgivare och tidsstörare, interpersonella konflikter, interpersonella brister, social rollförändring, men även på olöst sorg och förlusten av friskt själv. FFT (familj fokuserad terapi) minskar tiden då patienten vistas på sjukhus (Rea et al) och innebär 21 sessioner för konflikthantering och problemlösning, minskning av expressed emotions i familjen. Socialt stöd är skyddande för patienten. KBT för bipolära patienter utgår från stress-sårbarhetsmodellen. Det ingår bland annat användning av stämningsdagbok,

identifierande av stabiliserande/störande faktorer, målformulering, minskning av stigma/skam, upptäckande av tidiga varningstecken, kartläggning av (o-)hjälpssamma tankar, situationsanalys, ökande av medicineringscompliance. Pga 30 % samsjuklighet med emotionellt instabil personlighetsstörning kan även DBT spela roll som psykoterapiform för bipolära patienter. Mindfulness kan vara positiv för känsloreglering och acceptans. Psykoterapi enligt Step-modell: I första hand grundläggande psykoedukation (PPI) till alla patienter, sedan specifika gruppbehandlingar med fokus på bipolära patienter för patienter med ytterligare behandlingsbehov, slutligen specifik psykoterapi individuellt för patienter med behov av ännu intensivare psykoterapi-insats.

Socialstyrelsen – om tvångsåtgärder inom psykiatrisk vård

Per -Anders Sunesson informerade om den nya patientsäkerhetslagen som fick laga kraft 1 januari 2011.

Syftet är att höja säkerheten för patienter inom vården. Ansvar läggs på vården för att jobba proaktivt och utöva egenkontroll för att förebygga och eliminera vårdskador eller felbehandlingar. Det åligger vårdgivaren att ge patienten individuellt anpassad information om hälsotillstånd, undersökningar och möjligheter till behandling. Här innefattar lagen även information om vårdvalet och vårdgarantin.

Socialstyrelsens tillsyn riktar sig mot kontroll av att vården bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete med en noggrann avvikelshantering, utredning och rapportering av händelser som lett till vårdskador (Lex Maria). Patienter och deras närstående ska ges möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Klagomålsärenden utreds av Socialstyrelsens klagomålsenhet. Patienten och närstående ska vara mer involverade i utredningar och ska få full insyn i alla underlag. Disciplinpåföljder är avskaffade och har ersatts av möjligheten till mer riktad kritik och att vidta åtgärder. Möjligheten till att föreskriva provotider och återkalla legitimation utvidgas. Socialstyrelsen ska lägga upp en plan för provotidens genomförande. Beslutet om provotider och behörighetsinskränkningar kommer även i fortsättningen att ske via HSN. Finner man att det föreligger brott så handläggs det av tingsrätten. Det finns numera även anmälningsskyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal som expedierar läkemedel, d.v.s. apotek och hemsjukvårdspersonal, att anmäla läkare där förskrivningen befaras stå i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet, till Socialstyrelsen.

Karl-Otto Svärd föreläste om psykiatrisk tvångsvård.

Psykiatriska tvångsåtgärder är ett myndighetsutövande som endast ska tillgripas när andra mindre ingripande åtgärder har övervägts. Det är en skyddsåtgärd som ska minska risken för fysiska och psykiska vårdskador. Målet ska alltid vara att vården ska fortsättas frivilligt.

Danska erfarenheter visar att tvångsåtgärder kan minskas och att de kan påverkas av olika faktorer som t.ex. bemanningsstyrka, utbildningsnivå och attityd hos bemanningen, flexibilitet i behandlingsutbudet, kontinuitet, platsbrist och effektiva skyddsåtgärder.

Socialstyrelsens tillsyn av tvångsåtgärder har identifierat en del

brister inom sjukvården. Dessa gäller sjukvårdshuvudmannens direktiv och bristande rutiner i dokumentation av Vch/Chöl. Det förekom olaga frihetsberövande och otillåtna tvångsåtgärder som t.ex. bältesläggning med mobilt bälte, midjefäste eller skyddshjälm. Man hittade inadekvat insats av polishandreckning, dåliga vådrutiner och brister i vårdmiljön. En viktig kvalitetsindikator var om t.ex. vårdplan fanns och var adekvat ifyllt.

Patienter som vårdas enligt LPT ska säkerställas utifrån kraven från European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, som föreskriver bl.a. att patienterna har rätt till minst en timme utomhusaktivitet dagligen. De ska ha tillgång till utomhusareal som ska ge möjlighet till vila och vara väderskyddat. Sjukhussäng ska bytas mot normal säng. De ska ha en individuell vårdplan som innefattar en psykosocial rehabilitering och få vård med utbildad personal i adekvat bemanningsstyrka.

I första hand ska det försökas att förebygga tvångsåtgärder och om det inte kan undvikas, så ska det ske på ett professionellt och strukturerat sätt. Bra erfarenheter finns det med den s.k. "Bergenmodellen".

Efter tvångsåtgärder har skett ska det alltid finnas ett uppföljande samtal med patienten om det som har hänt. Detsamma gäller för personalen som ska erbjudas debriefing. Psykiatrisk tvångsvård ska vara rättssäker, patientsäker och av god kvalitet, som anses vara mest betydelsefullt för att minska tvångsåtgärder.

Herman Holm och Mårten Gerle presenterade statistik från tvångsregistret.

2008 har man haft ca 1 500 000 vård dagar inom psykiatrin. 54 % av vård dagarna har varit enligt HSL, 24 % enligt LPT och 22 % enligt LRV. Inom allmänpsykiatri, som 94 % av alla psykiatriska patienterna vårdas i, ligger andelen för LPT på 20 %. Inom rättspsykiatrin, som vårdar endast 3 % av alla psykiatriska patienter, har 15 % vårdats enligt LPT och 71 % enligt LRV. Inom BUP, som har ca 3 % av patienterna, vårdas endast 12 % enligt LPT.

79 % av alla patienter inom psykiatrin vårdas enligt HSL, de utgör dock enbart 54 % av vård dagarna. Det betyder flera korta vård tillfällen. Ytterligare 19 % vårdas enligt LPT som utgör 24 % av vård dagarna, som alltså har mycket längre vård tider. Patienter som vårdas enligt LPT utgör endast 2 % av alla patienter inom psykiatrin men står för drygt 22 % av vård dagarna 2008 och har alltså – som förväntat – de längsta vård tiderna.

Tittar man närmare på patienterna inom de olika vårdformerna så är en typisk HSL-patient en man med alkoholmissbruk. Inom LPT-vård är det naturligt en stor övervikt på psykospatienter, män och kvinnor i lika stor utsträckning. Andra platsen inom denna grupp intar alkoholmissbruk för män och affektiva sjukdomar för kvinnor. Diagnoser ur psykospektrum är vanligast inom LRV-vård, med en stark övervikt på män.

Tvångsåtgärder har varit mycket underrapporterade inom vården. Under perioden 1 jan - 30 april 2010 har endast 1300 tvångsåtgärder rapporterats till PAR fast man skulle förväntat sig cirka 4000. Det flesta tvångsåtgärderna rapporterades från Norrbotten, följt av Västernorrland, Kronoberg och Gävleborg. Minst rapporterades från Västra Götaland och inga alls från Västmanland och Östergötland. Anledning till snedfördelningen tycks inte vara att man använder tvångsåtgärder frekventare i Norrbotten än i Västra Götaland utan att VAS-journalerna i Norrbotten möjliggör en säker rapportering av dessa och att det finns en kraftig underrapportering inom andra landsting. För att underlätta rapporteringen har man utvidgat registreringen av tvångsåtgärder med KVÅ-koder. Från och med 1 januari 2011 ska konvertering KVÅ kodas med XU043: Överföring från frivillig sluten psykiatrisk vård till sluten psykiatrisk tvångsvård. Upprättande och revidering av vårdplan vid tvångsvård kodas med XU041: Vårdplan vid tvångsåtgärd. Tvångsmedicinering ändras från XU020 tvångsmedicinering, parenteralt till XU021: medicinering utförd under fastspänning eller fasthållande så att även oral medicinering under tvång ska registreras.

Om man tittar närmare vilka patientgrupper som blir föremål för tvångsåtgärder så är antalet bältesläggningar högst för kvinnor mellan 18-24 års ålder. Kvinnorna ligger före männen även i åldersgruppen 25-34 och 35-44. Därefter är det jämt fördelat mellan män och kvinnor. Nyckelgruppen tycks vara unga kvinnor med BPS, som erfarenhetsmässigt får många bältesläggningar under vårdtiden. Det är viktigt att förbättra omhändertagande av dessa patienter inom vården.

Tvångsåtgärder inom rättspsykiatri är mindre vanliga än inom allmänpsykiatri. Där ses också skillnader i antalet patienter med LPT mellan de olika landstingen. Tendensen är att LPT-vård ökar. I landsting med endast lite slutenvårdsplatser, t.ex. Dalarna, förekommer mindre LPT-vård. Här har man dock mer insatser inom ÖPV och mer möjlighet till SLÖP och mellanvård. En modell även för de större landstingen?

Gabriele Einsiedler
ST-läkare i Psykiatri
SU/Beroendekliniken



SLUP var aktiva på SPK!

Årets upplaga av Svenska Psykiatrikongressen (SPK) ägde rum den 16-18 mars 2011 i Göteborg. Platsen var till alla cineasters stora glädje filmstaden Bergakungen vilket möjliggjorde att mer "vanliga" föreläsningar kunde varvas med film på tema psykiatri.

Vi inom SLUP gjorde vårt bästa för att informera intresserade kollegor om vilka vi är och vad vi gör. Att ST-sektionen inom Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen numera går under beteckningen SLUP, Sveriges Läkare under Utbildning i Psykiatri, är förhoppningsvis något som de flesta numera känner till. Förutom att berätta om våra syften såsom att slå vakt om ST-läkarnas intressen, vara delaktiga i ST-utbildningens utformning och anordna den årliga ST-läkarkonferensen, så passade vi på att värva nya medlemmar.

SPK:s programkommittés vision om att kongressen skulle bli en samlande kraft för hela den svenska psykiatri kändes som ett uppfyllt önskemål. På plats fanns alltifrån nyfikna nybakade ST-läkare i söder till uppslupna äldre professorer i norr. Programutbudet var minst sagt brett och mångsidigt.

Att programkommittén har humor vittnade några av titlarna i programmet om, som exempelvis "Ångest - från molekyl till McDonalds" och "Alienquadrologin som en psykoanalytisk saga om moderskap". Vi hoppas få närvara även vid SPK 2012 och hoppas då få se än fler ST-läkare på plats. Ett stort tack till arrangörerna för en fantastisk insats! Väl mött!

Sara Öster
Sekreterare SLUP

Äldredepression - en egen sjukdomsidentitet

Ingmar Skoog

Livstidsprevalens för depression hos kvinnor är 45 %, hos män 23 %. Riskfaktorer för depression hos äldre är bland annat personlighet, inlärd hjälplöshet, låg utbildning, ärftlig belastning, tidigare psykiska sjukdomar, låg socialklass, rökning, alkohol- och/eller tablettmissbruk, social isolering, arbetslöshet, sorg, traumatiska livshändelser, tidig föräldraförlust, ADL-inskränkningar, handikapp, somatiska sjukdomar, läkemedel, institutionalisering, strukturella hjärnförändringar. Temporallobsatrofi ökar risken för depression. Depression till följd av stroke (utvecklas hos ca 20-50 % av patienter med stroke)/ vitsubstansskada svarar sämre på antidepressiv behandling och har sämre prognos. Depression är ungefär lika vanligt hos äldre som hos yngre. Könsskillnaden är mindre utpräglad vid äldredepression. Organisk sjukdom är vanligare vid äldredepression. Depressionssymtom hos äldre är samma som i andra åldersgrupper. Något mer uttalade kognitiva symtom föreligger vid äldredepression samt mer somatiska symtom (förstärks av depressionen). Äldredepression anses inte vara någon speciell sjukdomsidentitet.

Cornelia Thiel
ST-läkare
NU sjukvården, NÄL



Foto: Carol Schultheis



Foto: Carol Schultheis

Vilka barn- och ungdomspsykiatriska patienter behöver senare i livet

vuxenpsykiatrisk vård? - Ulf Engqvist

1400 BUP-patienter följdes från 12 till 33 års ålder i en longitudinell studie. Bl.a. sökte 21 % av patienterna på BUP pga. beteendestörning, 19 % pga. relationsproblem, 13 % pga. ångest. Var femte patient vårdades i slutenvården. >53 % levde i splittrade familjer. 47 % hade skolproblem. 37,9 % var lagförda för brott, 4,4 % hade utvecklat schizofreni eller affektiv psykos. Av alla undersökta patienter fick 37,9 % senare i livet vuxenpsykiatrisk vård. Dessa utgör ca 11 % av den vuxenpsykiatriska populationen. 62 % av patienterna var kvinnor, 38 % män. Första kontakten med vuxenpsykiatrien genomsnittligt vid 22,2 års ålder. Bara var femte diagnos överensstämde mellan BUP och Vuxenpsykiatrien. Ofta fanns skolvägran i barndomen hos patienter som senare fick psykosdiagnos. Hos >50 % av patienterna som senare fick en psykosdiagnos fanns redan i BUP-journalen dokumenterade psykotiska symtom. Patienterna kunde delas upp i en grupp med utvecklingsbetingade problem (exvis försummelse, övergrepp), en grupp med psykosjukdomar och en grupp med vuxenproblematik (ackumulerade livshändelser).

Psykoterapi och forskning – är det något besvärligt med läkemedelsmetaforen?

Alexander Wilczek

EBM, evidensbaserad medicin, definieras som "Integration of best research evidence with clinical expertise and patient values". Kan mätmetoderna inom EBM användas för att mäta "mänskliga möten" precis som läkemedelseffekter? Effekttorleken ES är 0,82 för psykoterapi vs ingen behandling (stor effekt). ES 0,48 för psykoterapi vs placebo (måttlig effekt). ES 0,42 placebo vs ingen behandling (måttlig effekt). Skillnaden mellan olika psykoterapiformer ES 0,20 (liten effekt). Generella faktorer som bedöms viktiga för effekten av psykoterapi är den terapeutiska alliansen, adherence, kompetens, förväntan, allegiance. Kärnkonflikter avseende psykoterapieffekt kan sammanfattas som 1) terapeutisk allians betyder allt versus metoden betyder allt 2) terapeutfaktorer är betydelsefullt versus patientfaktorer är betydelsefullt 3) RCT är guld värt versus RCT är värdelöst. I en metaanalys av Martin et al, år 2000, har den terapeutiska alliansen ES 0,22 (liten effekt). Svag-måttlig evidens för påståendet att högre adherence gav bättre utfall av psykoterapi. I en studie där man jämförde Individual Drug Counselling (IDC) med psykodynamisk terapi och KBT-behandling var IDC mest effektiv och lagom följsamhet gav bäst effekt. Ju sämre relationen mellan terapeut och patient var, ju viktigare var att terapeuten följde manualen för metoden. Terapeuteffekter är av måttlig till stor betydelse för psykoterapi och patienteffekter beskrivs som mest utpräglade när patienten är lagom sjuk, intelligent, omdömesgill, samarbetsvillig.



Foto: Carol Schultheis

Psykiatrins kvalitetsregister - kan nyttan bli nöje?

Ulrika Lundberg tog RIKSÄT som exempel för att visa nyttan av ett kvalitetsregister. RIKSÄT är det äldsta och mest omfattande registret vad gäller psykiska sjukdomar i Sverige. Huvudman är Örebro läns landsting. BUP, VUP och privata enheter är delaktiga i registret. Alla ätstörningsenheter i landet är med i RIKSÄT. 25 % av patienterna är under 18 år. 1999 registrerades 12 500 behandlingar. En gång om året fylls en enkät i, såväl av behandlaren som av patienten. Genom registret upptäckte man bl.a. att unga patienter var mindre nöjda med familjesamtal som behandlingsform. Som konsekvens bestämdes att unga skall erbjudas individualterapi som komplement till familjesamtal. 1999-2004 hade 52 % av patienterna kombinerad behandling, mellan 2005 och 2010 56 %. Genom att lägga till individualterapi var flera patienter nöjda och acceptansen av familjesamtal hade förbättrats (enligt registret). Vid behandling inom allmänpsykiatriska enheter var 22-44 % friska vid behandlingsavslut, vid behandling hos specialiserade enheter/privata vårdgivare 44-76 %. Några resultat från dataanalyser av material ifrån Bipolär-registret visar på ett något högre GAF-värde, flera sjukskrivningsdagar och större sannolikhet att patienten/anhöriga erbjuds psykoedukativa insatser vid affektiva mottagningar jämfört med allmänpsykiatriska mottagningar i landet. Man kan även jämföra olika läkemedelsstrategier i behandlingen av bipolära patienter i olika delar av landet.

Cornelia Thiel

ST-läkare

NU sjukvården, NÄL

Håll koll på grannarna!

Psykiateren heter vår tidskrifts norska motsvarighet. Den utkommer - precis som Svensk Psykiatri - med 4 nummer år, och finns både i pappersform och på nätet. Du kan följa vad som händer i den norska psykiatrin genom att gå in på www.norskpsykiatrisforening.no och klicka på länken Psykiateren i övre vänstra hörnet.

Tove Gunnarsson

Redaktör Svensk Psykiatri



Nyskapande psykiatri fick prestigefyllt pris

Foto: Ambrophoto/Shutterstock.com

Guldskalpellen är ett årligt pris som delats ut av tidskriften Dagens Medicin sedan 2006. Priset ska uppmärksamma och belöna insatser och initiativ som kan visa vägen och inspirera till ökad kvalitet i sjukvården.

Priset gick i år till **Internetpsykiatrien vid Psykiatri Sydväst, Stockholms läns sjukvårdsområde.**

Juryns motivering löd:

Internetpsykiatrienheten är en föregångare i införandet av internetbehandling av psykisk sjukdom i klinisk vardag. Stor vikt har lagts vid kvalitetssäkring och uppföljning av metoden som kombinerar det personliga mötet och användning av ny teknik. Resultatet har blivit både ökad tillgänglighet, trygga patienter och goda behandlingsresultat.

Verksamheten är först i världen med att erbjuda internetförmiddlad KBT via en mottagning inom offentlig sjukvård. Den började som ett forskningsprojekt vid KI 2002, och blev en självständig enhet vid Psykiatri Sydväst 2007. Det finns evidens för behandling av depression, paniksyndrom och social fobi, och aktuell forskning talar för att indikationen kan komma att utökas till att omfatta även IBS och hypokondri.

Nästan alla patienter kommer efter egenanmälan, vilket underlättar snabb handläggning. Efter screening via webbenkät får patienten träffa läkare. I de fall internetförmiddlad KBT bedöms lämplig startas den 12 veckor långa behandlingen direkt. Patienten får ta del av skriftligt material på nätet, göra övningar och egenbedömningar via webbformulär, och får handledning av psykolog via behandlingsplattformen.

Behandlingen är kostnadseffektiv, ger likvärdig effekt jämfört med "live-behandling", och gör det möjligt för fler patienter att få hjälp än vid traditionell KBT.

Priset, som består av diplom, blommor och 25 000 kr, delades ut den 17 maj av socialminister Göran Hägglund.

Tove Gunnarsson
Överläkare
Psykiatri Nordväst, Stockholm



En resa genom den svenska psykiatrins historia – Del 3

10-årsjubileum på Jakthornet. Brita Hybinette, Kerstin Höntch, professor Carl-Henry Alström, Gerd Erhardt, Nils Haak

Och så blev det 70-tal som på många sätt var ett dynamiskt decennium.

På St. Görans psykiatriska klinik gick diskussionens vågor höga – psykoterapi eller piller eller båda? Maos "lilla röda" låg i många fönstersmygar. På avdelningarna krävde sjuksköterskor och mentalskötare medbestämmande, de ville inte längre bara ha övervakande funktion utan också få vara samtalspartner. Att gå i analys var för många kollegor ett måste, men jag fyllde mitt 70-tal med att skaffa mig specialistkompetens, gå i gruppterapi och påbörja mitt avhandlingsarbete. Det kändes privilegierat att arbeta på en universitetsklinik, man fick ständigt vidareutbildning och handledning var en självklarhet.

Sömnkur

Nu träffade jag min första anorexia nervosa-patient. Det var en ung kvinna, som kom på remiss från Lund, för att hon skulle få "sömnkur". När jag frågade professor Ahlström vad jag skulle göra, rekommenderade han mig att ringa remisskrivande läkare och fråga. Svaret jag fick löd: "Vet du inte det? Lägg in patienten på ett rum, plocka ut allt, tidningar, radio osv. och sätt en potta under sängen. Bär in en bricka med mat tre gånger om dagen och du ska få se, om 14 dagar är hon botad!"

När jag relaterade samtalet för professorn sa han "Så behandlar vi inte våra patienter här! Du får ringa Elsa Brita". Den barnpsykiater i Stockholm som under flera år behandlat anorektiska patienter hette Elsa Brita Nordlund. Just denna patient tog hon över i öppen vård, hon kom också att bli min handledare för dessa patienter i många år framöver.

Fester och jourer

St. Görans psykiatriska klinik fyllde 10 år 1971, firades med stor fest på restaurang Jakthornet!

Det rådde en generös stämning på kliniken. Professorn bjöd på jullunch på Operakällaren! Och kollegorna samlade till en fin present till min 40-årsdag – ett par vackra silverljusstakar som nu har glatt mig i snart 40 år.

Min specialistkompetens fick jag 1973 efter 7 månader på neurologkliniken på Södersjukhuset. Där fick jag möjlighet att tillsammans med Gunnar Lindemalm skriva en artikel och få den publicerad i British Medical Journal: Cryptogenic Cerebral Embolism in Women taking Oral Contraceptives, den väckte en hel del uppmärksamhet. Dessutom: i tjänstgöringen ingick att vara medicinjour på den stora akutmottagningen. Efter att ha klarat av det kändes det som att nu klarar jag vad som helst!!!

Så många levnadsöden

Tillbaka på St. Göran kunde jag nu tänka mig att gå med i något forskningsprojekt. Professor Carl-Henry Ahlström hade gått i pension och i väntan på att Lennart Wetterberg skulle tillträda som ny professor, vikarierade docent Lennart Ljungberg. Han föreslog att jag skulle medverka i den uppföljande hälsokontroll för personer födda 1905 i Stockholm som skulle genomföras 1974. Pensionsåldern var då 67 år och dessa personer hade genomgått en hälsokontroll 3 år tidigare, ett år före sin pensionering. Man ville se om pensioneringen

på något sätt bidrog till att personerna fick psykiska besvär, depression osv. De personer som skulle undersökas var alltså nu 69 år och hade haft pension i två år. Jag hade många äldre släktingar som familjen ofta umgicks med och jag upplevde att de satte "guldkant" på min tillvaro, så jag tilltalades av tanken att medverka i hälsokontrollen. Den blev så småningom underlag för min avhandling.

Hälsokontrollen, som under januari till juni 1974 försiggick i en barack på Sabbatsbergs sjukhusområde, kom att omfatta 4930 69-åriga personer, varav jag undersökte drygt 600, i avhandlingen ingick 589. Tänk, att få så många levnadsöden till livs! Betänk också, att av de 69-åriga kvinnorna hade majoriteten varit hemmafruar, och de hade nu fått sin första egna inkomst. De behövde inte längre be maken om lov att få köpa nya gardiner eller skor! En berättade att hon hade kört ut maken: "Nu kan han torka sina spyor själv!" Många började studera, på gymnasienivå eller på universitetet, startade egna verksamheter, började se sig om i världen. Det var en sagolik blandning av människor: de kom till fots, på cykel, i egen bil, med färdtjänst, i limousin. Det förekom även att damer bjöd ut sina tjänster till herrarna i väntrummet... Ett par män klagade förstås över att fruarna hade övergett dem – "Jag som alltid har varit så snäll". Vad jag också erinrar mig var flera män som berättade att de vuxit upp på barnhem. De hade i alla fall lyckats bra i livet, de hade inget ont att säga om sin uppväxt.

Ny teknik

Tillbaka till vardagen på St. Göran igen! Nu hade professor Lennart Wetterberg dragit in som en stormvind på kliniken, med sin ousinliga energi och sina enastående insikter i vitt skilda

ämnesoråden. Kandidatutbildningen intresserade honom i hög grad. 1978 fick 20 utvalda kandidater på psykiatrikursen, tillsammans med professorn och kursamanuenssen, tillbringa 4 av kursens 12 veckor på Neuropsychiatric Institute vid University of California, Los Angeles (UCLA), USA. Allt redovisades senare i skriftlig form. Det visade sig många år senare att dessa veckor för många av deltagarna kommit att bli avgörande för deras framtida yrkes- och forskningsinriktning.

För kliniken innebar det också att professor Wetterberg under vistelsen på UCLA blev intresserad av den senaste tekniken att avbilda hjärnan – magnetresonans eller MR-kamera kallad, vilket resulterade i att kliniken några år senare fick landets första MR-kamera installerad.

Forskningen prioriterades högt, 12 kollegor disputerade under 70-talet, jag och ett tiotal andra antogs till forskarutbildningen, fax introducerades och de första Mac-datorerna togs i bruk.

Elbehandling a la 70-tal

Under en period hade jag ansvaret att ge el-behandling till patienter som bedömdes ha nytta av det. Patienterna fick en liten dos lugnande medel innan de i sängen kördes ner till behandlingsrummet i souterräng-våningen. Där injicerade jag narkosmedel och muskelavslappnande medel. Sedan gavs en kort bilateral el-stimulering. Den enda kroppsliga reaktionen på behandlingen var en liten rörelse i stortån. Efter syrgasbehandling normaliserades andningen och patienten vaknade. Det var oftast 3-5 patienter som behandlades vid tre tillfällen i veckan. Jag tror inte att vi någonsin gav mer än 6-10 behandlingar till någon patient och några minnesstörningar såg vi inte. Det var en fantastisk skillnad mot den el-behandling jag bevittnade på Beckomberga 1952! Vilket inte hindrade att el-



Nils Haaks avskedsmiddag. Nils Haak, Carl-Henry Alström, dr Waltraut Bergman



Pensionerade psykiatern Karin Enzell har upplevt svensk psykiatri utveckling under 60 år: 50-talet med lobotomier, insulincoma och elchocker utan narkos. Det bråkiga 70-talet när läkarna detroniserades. Alla terapiformer som utvecklades, kom och gick.

Avskedsmiddag för Nils Haak. Brita Hybinette, Birgitta Wode-Helgodt, Karin Enzell. 72-73?

behandling så småningom starkt ifrågasattes och under flera år utgick ur behandlingsarsenalen. Numera tycks den ha kommit till heders igen, men ges unilateralt och under medverkan av narkosläkare.

De ätstörda och de äldre

Det hade börjat komma allt fler ätstörda patienter och det kom oftast på min lott att försöka hjälpa dem så gott det gick. Några måste vi lägga in för slutenvård, några kunde jag hjälpa i öppenvård.

Riksdagen hade i mitten av 70-talet fattat ett principbeslut att den somatiska långvården skulle ha huvudansvaret för patienter med åldersdement beteende. På grund av den minskade platstillgången inom psykiatri blev det allt svårare att placera de förvirrade äldre som kom till St. Görans akutmottagning. På uppdrag av Stockholms läns landsting gjorde jag under 1978 en undersökning av 353 demenspatienter som ansågs felpacerade på långvårdssjukhus och psykiatriska sjukhus (i stencil).

Att arbeta med äldre patienter och framförallt med förvirrade äldre var minst sagt impopulärt bland vårdpersonal över huvud taget, helst ville man arbeta med unga nyinsjuknade psykotiska patienter! Jag kände mig väldigt ensam i rollen som geropsykiater och därför var det en härlig upplevelse att 1978 få delta i en kongress om Dementia Senilis i Southampton, England. Där träffade jag många kollegor som delade mitt intresse och med förnyade krafter kunde jag fortsätta med dels en bortfallsundersökning från Hälsokontrollen, dels hösten 1979 starta ett treårigt försöksprojekt med ett geropsykiatriskt utredningsteam. Mer om detta under 80-talet!

Familjeliv

För familjen innebar 70-talet också stora förändringar. Vi flyttade från innerstaden till villaförort, familjen utökades med en ny medlem – en röd vacker katt som satt på grindstolpen och välkomnade hemvändande familjemedlemmar! Barnen fick nya skolor, nya kompisar och de konfirmerades. På somrarna gjorde vi spännande bilresor på kontinenten. Och sommaren 1978 påbörjade vi nästa stora projekt – byggandet av vårt sommarhus på min föräldragård i Östra Ed.

Text och foto:

Karin Enzell

Pensionerad allmänpsykiater, med dr, geropsykiater, ätstörningspsykiater...

Stockholm

karin.enzell@hotmail.com

Fortsättning följer!

Referenser

Enzell, Lindemalm. Cryptogenic Cerebral Embolism in Women taking Oral Contraceptives. British Medical Journal 1 dec. 1973

Enzell. En socialpsykiatrisk undersökning av 589 personer i Stockholm, 69 år gamla. Ur "A 74" Socialstyrelsen redovisar 1977:13

Enzell. Demensvårdsutredning VFO 1979(i stencil)

Rättelse

I nummer 2 av denna artikelserie, publicerad i Svensk Psykiatri nr 1 2011, fick professor Ahlström fel förnamn. Hans namn var Carl-Henry.

Transmedica är specialist i rekrytering av psykiatriker
-och bidrar till att öka kvaliteten av psykiatribehandlingen i Skandinavien



Fördelar med att arbeta från Transmedica:

- Anpassa vikariatet i förhållande till dina behov som specialistläkare
- Fördelaktiga ersättningsvillkor
- Attraktivt bonusupplägg
- Möjlighet att anställas på expertanställning i Danmark med låg skatt som följd
- Anställning i Norge, Danmark och Sverige
- Hjälp med revisor och deklaration

För mer information se: www.transmedica.dk

Transmedica är ett danskt bolag med 20 års erfarenhet att leverera läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal till hälso- och sjukvården i Skandinavien.

Transmedica A/S, Vesterbrogade 6D, 6,
København V, +45 33 33 76 13



TRANSMEDICA
VI HJÆLPER DIG MED AT HJÆLPE ANDRE

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.srp.se

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri



Foto: Carol Schultheis



Voltaire, salig i åminnelse, lär ha myntat begreppet: "Jag delar inte dina åsikter men jag är beredd att dö för din rätt att uttrycka dem".

Så klokt.

När jag läser David Eberhards senaste bok **"Normalt? Från vansinnesdåd till vardagspsykos"** tänker jag ironiskt nog precis tvärtom. Jag tänker "Christ Almighty, den här mannen säger och skriver så kloka kloka saker men det är så SYND att det känns som om han liksom är lite... nedlåtande, eller skall jag säga raljerande, i sina beskrivningar av psykiatri och samhället."

"Varför är du det, David?" vill jag fråga. För jo, efter alla dessa böcker fyllda med egna erfarenheter och upplevelser kringgårdade av dessa kloka kloka tankar känner man sig ju nästan lite hej och tjejs med författaren. Det är man ju inte. Men han bjuder upp till dans, genom att så tydligt blanda samman - utan att för den skull använda ordet förväxla - sina egna åsikter med Sanningen.

Så. Vad är detta?

På utsidan står "En underhållande och lättläst förklaring av psykiatri och vem som är frisk och sjuk i vårt samhälle". Ahhhh. En naggande god liten aptitretare. Det Eberhard gör, det är att på ett relativt enkelt och lättbegripligt sätt guida läsaren igenom DSM-IV. Diagnos för diagnos. En kort förklaring, ett intresseväckande exempel från Det Verkliga Livet och sist men inte minst lite filosoferande kring diagnosens historia och betydelse för samhället och individen. Filosoferande. Eller tyckande. Tyckosoferande. Och det är väl den talangen som är Eberhards guldägg.

En stundtals lite lagom cynisk kommentatorsröst, lite som Leif G W Persson när han predikar med sin släpiga stämma "Njaa, alltså den här mördaren är ju förståndshandikappad, det kan man ju säga rätt säkert" trots att det enda man har i bevisväg är en död kropp och en flaska Genever. Typ.

Eberhard är en gnutta mer slipad. En gnutta mindre erfaren och en gnutta mer slipad. Så han reserverar sig lite klokt här och där.

"Inte för att det inte skulle finnas de som..."

Hmm. Ja. Ovanligt politiskt korrekt för någon som ändå tycks anstränga sig så hårt för att INTE vara politiskt korrekt.

Alltjämt, tyckosoferandet lyser igenom.

I formuleringen "Det är absolut inget fel i det, men..." låter han läsaren ana att han inte direkt är dunderförtjust i den explosionsartade NORMALISERINGEN av olika sexuella avvikelser. Transsexualism, för att nämna ett exempel.

Och det är här han gör mig lite förvånad. För som en röd tråd genom Eberhards bok löper en nyans av "det är inte farligt att ta lite skit" och "allt som är besvärligt måste inte diagnosticeras och behandlas". Heder och ära, jag kunde inte instämma mer.

"Normalt? Från vansinnesdåd till vardagspsykos" av David Eberhard

Normalisera kriser och vanligt hederligt mänskligt lidande, det är inte hela världen om man är lite ur gängorna ibland och det skall definitivt inte behandlas med antidepressiva farmaka. Men varför då problematisera kring normalisering av övrigt så kallat "avvikande" beteende? Jag söker någon form av konsekvens. För vem är annars satt att bestämma vad som är "sant" avvikande och vad som är normalvariant?

Nåja.

En skön sak med att recensera ett verk av en man som sägs ha en stimulerande förmåga att provocera, det är att man ju inte behöver vila på hanen, om man säger så.

Så. David Eberhard.

Du tänker så klokt, proaktivt, modigt, du skakar om den verklighet som skapats av curlingföräldrar, tandlös skoluppfostran och ett samhälle mer satt att skydda än att bidra till att verka. Men kanske... en gnutta ödmjukhet inför Sanningen?

Eller säljer det inte lika bra..?

Hanna Edberg

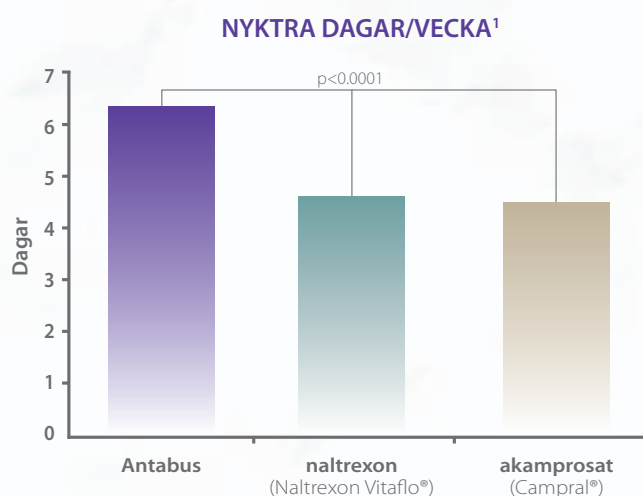
ST-läkare

Psykiatri Nordväst, Stockholm



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

Antabus är effektivare än både naltrexon och akamprosats 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

En organisation under utveckling

**Rapport från Section and Board Psychiatry, UEMS, Tartu
Estland den 15-16 april 2011**

UEMS, Union Européenne des Médecins Spécialistes, är i förändring. Sedan UEMS grundades för över 50 år sedan har organisationsstruktur och stadgar aldrig förändrats. För att utveckla en organisation som möter upp de behov som finns idag, i ett allt mer komplext och samtidigt gränslöst Europa, sker nu förändringar i form av organisationsöversyn och stadgeförändringar på övergripande nivå. En del i UEMS Council framtida arbete kommer att vara att arbeta för en mer effektiv och modern organisation. Ett exempel på framtida arbete för UEMS på övergripande nivå kommer att vara datainsamling. Eftersom det inte finns någon tillgänglig och synkroniserad datainsamling, statistik, i Europa när det kommer till vård och utbildning har man diskuterat en gemensam databas för inhämtning av statistik från de olika medlemsländerna, detta har varit en stor hjälp för de olika sektionernas arbete med riktlinjer och "policy papers". Under senaste UEMS Council-mötet i Prag i oktober 2011 godkände man också en ny multidisciplinär sektion inom Sexualmedicin som sektionen för psykiatri deltar med via representant.

Även inom psykiatriska sektionen har diskussionerna varit intensiva under de senaste två åren, ofta beroende på de kontexter som olika länder verkar i samtidigt som målet för UEMS verksamhet är arbete med samsyn och riktlinjer som stöd i harmoniseringsprocessen. För att komma vidare i processarbetet tillsattes det på Tartu-mötet en arbetsgrupp med uppdrag att göra en probleminventering, skapa nya förutsättningar för ramverket runt arbetet och att inleda ett processorienterat och demokratiskt arbetssätt där alla länder kan komma till tals utifrån sina länders förutsättningar. Rapporten ska presenteras i Zagreb oktober 2011 för att sektionen sedan ska fortsätta med processorienterat utvecklingsarbete under nästföljande år.

Även om det inleds ett förändringsarbete pågår psykiatriktionens arbete med datainsamling, "policy papers" och riktlinjearbete samtidigt. Just nu fokuseras det på sex målområden.

- Datainsamling gällande psykoterapiutbildning, översyn angående olika LPT-lagstiftningar inom EU samt kartläggning av vårdssystem gällande statligt finansierad och privat finansierad vård.
- Riktlinjearbete gällande ett kvalitetssäkringsprogram för ST-utbildningar i EU och riktlinjer gällande psykiatriker och kontakterna med de medicinorienterade industrierna.



- "Policy paper" gällande Geropsykiatri.

Sektionen i psykiatri medverkar också i samarbetsmöten med EPA, European Psychiatric Association, för implementering av Competence Based Training Framework inom Europa, i WHO:s möten om en European Mental Health Strategy Plan. Via WHO kommer sektionen arbeta med utveckling av ST-program i EU:s grannländer med första fokusland Albanien. Internt samarbetar sektionen med BUP-sektionen samt är aktiva i CME-frågan via EACCME.

Kajsa B Norström
Överläkare och representant B&S Psykiatri
Psykiatrienheten i Angered
Capio Lundby Sjukhus





NCP 2012

30th Nordic Congress of Psychiatry
5. - 8. June 2012

Welcome to NCP 2012 in Tromsø

Understanding minds and crossing borders
Centennial Nordic Congress of Psychiatry

Preannouncement

The 30th Nordic Congress of Psychiatry will be held in Tromsø, Norway 5 – 8 June 2012. It is organised by the Norwegian Psychiatric Association and the Norwegian Association for Child and Adolescent Psychiatry on behalf of the Joint Committee of the Nordic Psychiatric Associations and in cooperation with all the Psychiatric Associations in Northern Europe. There will be a separate program for candidates in psychiatric specialisation (LIS).

The scientific program will have a broad scope. Particular attention will be given to the influence of living conditions, social support and cultural diversities upon the prevalence of psychiatric disorders, stigma and anti-stigma, genetic and epigenetic research, mental health services in primary care, clinical communication and self care. Emphasis will also be placed upon the newest developments within the central psychiatric treatment modalities including psychopharmacology and psychotherapy.

We will use the opportunity to celebrate the centennial collaboration between the Nordic countries and to include new members of the family.

The conference venue will be in the centre of the town with short distances to all congress and cultural activities.
The program will be announced spring 2011.

www.ncp2012.org

Valdoxan®

Agomelatin

Det första melatonerga antidepressiva läkemedlet

Resynkronisera den biologiska klockan vid behandling av egentliga depressionsepisoder hos vuxna

INGÅR NU I
HÖGKOSTNADS-
SKYDDET*
med begränsning*

* 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.

återfallsprevention 1**

Vecka 24

Behandlingssvar 1*

Förbättrad insomningstid,
ökad sömnkvalitet
och bibehållen funktion dagtid¹



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 funktionen, kroppsvikt, puls eller blodtryck. **Dosering:** Rekommenderad dos är en 25 mg-tablett dagligen peroralt före sänggåendet. Om ingen förbättring av symptomen skett efter två veckors behandling kan dosen ökas till 50 mg en gång dagligen. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Nedsatt leverfunktion (d.v.s. cirros eller aktiv leversjukdom) Samtidig användning av en potent CYP1A2-hämmare (t.ex. fluvoxamin, ciprofloxacin) **Varningar och försiktighet:** Användning till barn och ungdomar, äldre patienter med demens, Mani/Hypomani, Suicid/suicidtänkar, 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 = 441,00 SEK (AUP), 25 mg tabletter x 84 st = 1144,00 SEK (AUP). Valdoxan ingår i läkemedelsförmånerna endast som ett andrahandsmedel för patienter som på grund av biverkningar inte tolererat och därmed inte nått behandlingsmålet med SSRI eller annat läkemedel mot depression.

Senaste översyn av produktresumén 01/2011. För fullständig information se www.fass.se

1 TABLETT DAGLIGEN VID SÄNGGÅENDET

1. Valdoxan® produktresumé, Servier, januari 2011, 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, mått som tid till återfall. Incidensen för återfall under den 6 månader långa dubbelblinda uppföljningsperioden var 22 % för Valdoxan och 47 % för placebo.



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

www.valdoxan.com



I somras hände det igen

I somras hände det igen: Jag drabbades av en djup depression med vidhängande svår ångest, utlöst av en livskris.

Foto: Jessmine/Shutterstock.com

Av erfarenhet vet jag att ju tidigare jag söker hjälp, desto tidigare kan jag återfå mitt vanliga jag, min vanliga balans. Jag kände både hopp och tacksamhet då vuxenpsykiatri i min kommun kallade mig med relativt kort varsel.

Hon möter knappt min blick. Hon ställer några frågor kring mitt privatliv, det tar högst tre minuter.

Sedan sticker hon till mig ett frågeformulär. Hon sätter sig vid sitt skrivbord, framför datorn, hela tiden med ryggen emot mig. Och så börjar det: Hur väl sover jag, hur väl äter jag, hur väl känner jag mig själv och har jag tankar som återkommer? Det finns en svarsskala med siffror från ett till sex och det ska gå fort!

Jag svarar så snabbt jag kan, och blir tillrättavisad då jag försöker nyansera mina svar. Att "känna sig själv" är en diskutabel färdighet, säger jag, i en livskris omprövar vi ju mycket av det vi tror att vi är.

Hon blir irriterad, vill ha en siffra: Gradera från ett till sex! Men då jag spontant graderar svaret på frågan om min ångestnivå, som är fruktansvärt hög, upplyser hon mig om att jag "inte kan känna så, för då skulle jag ligga på sjukhus".

Frågestunden är klar, och ett diagram med fyra färgglada staplar i olika storlek träder fram på datorskärmen. Ja, jag ser staplarna för depression och ångest. Det är inget konstigt med det. Men jag ser också en stapel under vilken det står "borderline". Och en som är betitlad "tvång". Hon pratar om procentsatser och siffror och förklarar hur hon beräknar mina symptom. Allt som allt tar detta första besök hos psykiatern tjugotvå minuter.

Vid återbesöket två månader senare får jag göra om samma formulär, blir jag upplyst om att "mitt kontrollbehov" har sjunkit med tjugo poäng. Jag har inte den blekaste aning om var hon får den siffran ifrån, och hur hon har kommit fram till att jag lider av just kontrollbehov. Beror det på att jag svarade med en "hög" siffra på frågan om jag har återkommande tankar? Ja – vem har inte det då ens liv gått sönder?

Som vårdkonsument – och individ i djup kris – bör du vara medveten, kritiskt tänkande, redo för kamp för ditt människovärde och beredd att författa skrivelser till HSN, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Samt vara utrustad med en enastående förmåga att inte ta det som sägs eller påstås om dig, personligt.

Du bör inte heller låta dig förödmjukas, såras eller kränkas.

Du måste helt enkelt vara orimligt stark, klar och stridbar i en situation då du knappast kan vara svagare.

Trots allt har jag det bra. Jag har ett pålitligt nätverk, det finns människor kring mig som stöttar och hjälper mig på olika sätt när jag mår dåligt. Jag är för evigt tacksam för detta. Nu då depressionen gett vika och den starka rädsla som ångesten skapade har lagt sig, är det i stället annat som skrämmer mig. Denna rädsla handlar om hur en psykiatri ser ut där utsatta, sköra individer hamnar hos stressade eller rent av olämpliga så kallade vårdgivare som gömmer sig bakom enkäter, standardiserade formulär och lättvindigt utfärdade diagnoser. Snabba, liksom mekaniskt utformade besök, som vore det en ingenjör jag möter och inte en medmänniska.

Jag förstår att formulären och frågorna är tänkta att vara hjälpmedel för en snabb bedömning av en patient, men använda slentrianmässigt och vårdslöst i brist på verklig kontakt – vilket är en konst – blir det snarast en parodi på vård.

En människa som är satt att hjälpa dig i en svår situation och som knappt ser dig i ögonen utan sitter med ryggen till och levererar diagram och procentsatser, är inte längre en yrkesman vars uppgift är att bota, lindra och trösta, utan utgör i stället ett hinder för patientens tillfrisknande. Det är ett djupt och kostsamt misslyckande – både för psykiatri och för samhället.

Modern forskning visar att mötet och engagemanget har avgörande betydelse för en patients återhämtning. Vårdgivaren bör med andra ord vara intresserad av patientens historia, liv och färdigheter, och inte ensidigt fokusera på symptomen och bristerna. Denna egenskap hos dagens psykiatriker är inte bara önskvärd – den borde vara ett minimikrav.

Greta Sundberg
Dramatiker och teaterpedagog

**Deadline för bidrag till nästa nummer:
1 september**

Pionjärer inom svensk barn- och ungdomspsykiatri och deras insatser för att kunskapsområdet kunde utvecklas till en klinisk specialitet och ett vetenskapligt ämne

Detta är den fjärde och avslutande delen av en artikelserie. De tre första delarna publicerades i *Svensk Psykiatri* nr 3 och 4 2010 och nr 1 2011. De kan även läsas på vår hemsida www.svenskpsykiatri.se.

Truly a classic

Bertil Hallgren. En av de barn- och ungdomspsykiatriska genetiska pionjärerna, som tyvärr avled tidigt, var docenten Bertil Hallgren. Han utbildades vid det genetiska laboratoriet på Karolinska sjukhusets psykiatriska klinik med Torsten Sjögren som handledare och arbetade sedan på den barn- och ungdomspsykiatriska kliniken vid Karolinska sjukhuset. Hallgren gjorde betydelsefulla undersökningar och hans namn är förknippat med Sjögren-Hallgrens Syndrom (retinitis pigmentosa, spinocerebellar ataxia och ataxi), och Alström-Hallgrens Syndrom (ärftligt tillstånd med synnedsättning, hörselnedsättning, hjärtsjukdom, övervikt och diabetes typ 2), men kanske framförallt med läs- och skrivsvårigheter, dyslexi. Han skrev sin avhandling om "Specifik/Primär dyslexi" och den är ett genetiskt standardverk om Dyslexi. Då Bruce Pennington 2002 av The International Dyslexia Association fick the Samuel T. Orton Reward "In recognition of your groundbreaking research into the genetic bases of dyslexia, attentional deficit hyperactivity disorder and their etiological overlap" höll han ett tacktal "Understanding the Comorbidity of Dyslexia". I inledningen sade han: "Our modern neuroscientific understanding of dyslexia began with the contributions of four giants: Orton, Hallgren, Liberman and Geschwind". Om Hallgren skrev han bl.a.: "A second important contributor to our modern understanding of dyslexia is less well known, but is one of my personal heroes because he made a major contribution to the genetic hypothesis of dyslexia. Bertil Hallgren (1918-1959) was a Swedish child psychiatrist who got his medical degree in 1944 at the Karolinska Institute in Stockholm where he later worked as a clinician". Han beskriver sedan Hallgrens avhandling från 1950 som "truly a classic", dess genetiska innehåll samt att han inte fann någon könsskillnad i oselektade grupper och att det inte fanns något samband mellan vänsterhänthet och dyslexi. Pennington kommenterade detta på ett sätt som kan sägas vara en riktig tribut till svensk barnpsykiatrisk forskning:



"It has taken us 40 years to rediscover what Hallgren knew in 1950". Slutligen skriver Pennington: "Finally, Hallgren also found the comorbidities of dyslexia noted by Orton, with speech and language problems and with emotional and behavioural problems". Hallgren avled tyvärr tyvärr alltför tidigt men genomförde flera andra genetiska studier, bl.a. en omfattande studie av nattlig enures hos barn och visade att det var fråga om en sent mognande neuronal kontroll av blåsfunktionen.

Hjärnskadeperspektiv

Anna-Lisa Annell var verksam inom vuxenpsykiatri i Uppsala. Där öppnade hon 1947 en tonårsavdelning. Verksamheten präglades av ett neuropsykiatriskt paradigm och tonvikten låg vid att närmare utreda, förstå och behandla psykostillstånd hos barn och ungdomar inklusive de barndomspsykotiska frågeställningarna. Ingvar Nylander var underläkare hos Anna-Lisa Annell och blev den förste som utbildade sig till barn- och ungdomspsykiatriker enligt den utbildningsordning som ledde fram till specialistkompetens i ämnet och blev sedermera också den förste som disputerade i barn- och ungdomspsykiatri, när ämnet blev vetenskaplig disciplin.

Anna-Lisa Annells intresse för hjärnskadeförklaringar till barns psykiatriska symptom och beteendeproblem framgår av hennes avhandlingsarbete, som berörde kikhosta som etiologisk förklaring till beteendeproblem och hyperaktivitet. Förenklat kan sägas att hypotesen grundade sig på antagandet att kikningarna gav hjärnanoxi och sekundärt till detta skulle hjärndysfunktion och beteendeproblem uppstå. Även om hypotesen inte kunde ledas i bevis disputerade hon med avhandlingen "Pertussis in Infancy as a Cause of Behaviour Disorders in Children".

Anna-Lisa Annell utvecklade också det barn- och ungdomspsykiatriska kunskapsområdet och skrev den första mer omfattande svenska läroboken i barn- och ungdomspsykiatri. Den utkom i sin första upplaga 1958 under namnet "Elementär barnpsykiatri" och beskriver den multifaktoriella modell som hade utvecklats under 1900-talets första halvsekel och läroboken är klart intressant att läsa. I den första upplagan av läroboken finns ett kapitel om "Modern" psykofarmakologi" där följande av dagsaktuellt intresse går att läsa: "En viktig grupp av mediciner utgör **stimulantia** av olika slag." ... "Av störst betydelse är emellertid **amfetamin** och dess derivat. De verkar gynnsamt på vissa orostillstånd av hjärnläsionell typ, inte så sällan sådana som orsakats av skalltraumata." När hon emellertid 1972 utgav den tredje upplagan av läroboken skriver hon "Tidigare användes i många av dessa fall **amfetamin** eller amfetaminderivat, men dessa preparat är numera förbjudna på grund av den tillvänjningsrisk de visade sig ha hos vissa ungdomar och vuxna. Någon tillvänjningsrisk hos barn har aldrig observerats. Man har försökt finna ersättningspreparat, men intet av dessa har visat sig lika effektivt som amfetaminderivaten." Detta är förklaringen till att de äldre svenska barnpsykiatrikerna känner tveksamhet när amfetaminerna nu återintroduceras i klinisk praxis. Av speciellt intresse i det sammanhanget är att den i augusti 2007 publicerade långtidsuppföljningen av den amerikanska MTA-studien av ADHD-behandling antyder att amfetaminerna har begränsat värde för långtidsbehandling.

Anna-Lisa Annell skrev tidigt om Litiumbehandling av barn och ungdomar och hur man ska hantera misstänkt manodepressivitet/bipolaritet inom vårt ämnesområde. I en artikel från 1969 beskrev hon framgångsrik Litiumbehandling i åldersgruppen 7-16 år och ger informationen att om ett barn ändrar beteende och får en sömnstörning och om det finns förstagrads släktingar med behandlad manodepressivitet ska Litium provas ex juvantibus. Om tillståndet förbättras är det troligt att det rört sig om ett skov i en manodepressiv/bipolär åkomma.

Anna-Lisa Annell blev 1963 professor i barn- och ungdomspsykiatri i Uppsala.

Gunborg Uddenberg. I likhet med situationen i Uppsala utvecklades barn- och ungdomspsykiatri i Lund inom vuxenpsykiatri där Gunborg Uddenberg i samma tidsperiod som Anna-Lisa Annell öppnade en ungdomsavdelning. Verksamheten i Lund var präglad av en biologisk grundsyn med ett hjärnskadeperspektiv och Gunborg Uddenberg disputerade på en uppföljning av prematurt födda barn och deras senare utveckling. Hon skrev också under 1960-talet artiklar om medikamentell behandling av depressioner.

Otrygga hem

Ingvar Nylander utbildades i barn- och ungdomspsykiatri i Uppsala där han skolades både i pediatrik och i vuxenpsykiatri. Han arbetade därefter under en period inom vuxenneurologi hos professor Antoni i Stockholm och kom sedan till Kronprinsessan Lovisas Barn- och Ungdomspsykiatriska klinik. På det sättet blev han allround-utbildad inom barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri, pediatrik och neurologi. Hans forskning började ur ett neuropsykiatriskt perspektiv med "hjärnskadeforskning". Ett arbete för att förstå relationen mellan meningo-encephaliter och ev. sekundära barnpsykiatriska symptom och beteenderubbningar genomfördes i ett tvärvetenskapligt perspektiv tillsammans med företrädare för neurologi, neurofysiologi, neuroradiologi, neuropsykologi och barn- och ungdomspsykiatri. De skallskadearbeten som gjordes i samarbete med barnkirurger, ledde till ändrad behandling av hjärnskakning hos barn. Det visade sig nämligen i en behandlingsstudie att den grupp som fick traditionell behandling med sängläge och immobilisering i mörkt rum fick mycket mer följsymptom än de som tidigt mobiliserades med lugnande besked. Nylander genomförde också en av de första större konsultfallsundersökningarna av barnmedicinska och barnkirurgiska patienter. I en studie av närmare 500 konsekutiva konsultfall på Kronprinsessan Lovisas barnmedicinska och barnkirurgiska enheter visade det sig föreligga ett starkt samband mellan barnens hemsituation och ett antal medicinska och neurologiska konversionssymptom. Dessa fynd tillsammans med fynden från studierna av barn med följsymptom efter meningo-encephaliter och skallskador, där det visade sig att de barn som hade psykiatriska följsymptom, vanligen hade haft sådana symptom redan innan meningo-encephaliten/skallskadan respektive kom från otrygga hem. Fynden gav upphov till intresset att studera relationen mellan stress i hemmiljön och barnens symptom. Nylander genomförde en studie av alkoholistbarn med matchade kontroller enligt principen om "sociala tvillingar" för att kunna studera hemmiljöns/alkoholismens inverkan på symptom. Då det i undersökningsmaterialet framkom att barn från missbrukshem oftare än kontrollbarnen hade skolproblem, depressioner, kroppsliga konversionssymptom och allvarliga beteendestörningar frågade sig Nylander hur det såg ut bland barn- och ungdomspsykiatriska patienter som lades in för utredning på grund av allvarliga symptom. En journalgenomgång av ett femårigt patientmaterial visade att var 5:e patient i realiteten kom från en hemsituation med allvarligt missbruk, vilket väldigt sällan påvisades vid de barn- och ungdomspsykiatriska utredningarna.

Fyndet från 1950-talets barn- och ungdomspsykiatri kan sägas vara ännu mer relevant idag med tanke på den förändring av missbrukspanoramat som skett.

Nylander blev professor i barn- och ungdomspsykiatri i Umeå 1966 och vid Karolinska Institutet 1972.

En personlig reflexion om tiden före och efter 1970

De pionjärer som var verksamma under perioden från första världskriget och fram till 1960-talets slut lade grunden för svensk barn- och ungdomspsykiatrisk forskning. En integrerad holistisk "multidisciplinär" helhetssyn etablerades med en tradition att genomföra longitudinella och prospektiva undersökningar som i sin tur har givit unika kunskaper om hur psykopatologi utvecklas och om de barn och ungdomar som har störst risk att utveckla psykiatriska svårigheter och beteendeproblem.

Tiden från slutet av 1960-talet och framåt kom dock att präglas av förväntningar på de psykoteraeutiska behandlingsformernas effekt. På många ställen inom svensk barn- och ungdomspsykiatri fick den multidisciplinära integrerade synen där biologiska, psykologiska, sociala och pedagogiska faktorer integrerades stå tillbaka och ersättas av en behandlingsinriktad psykoteraeutisk verksamhet. Det blev då inte längre viktigt att först utreda det aktuella barnets problematik för att sedan ta ställning till vilken behandling som skulle ges.

Ett exempel på brytningstiden kan illustreras med en barnpsykiatrisk läkardiskussion i Stockholm från början av 1980-talet där en yngre "psykoteraeutisk" barnpsykiatriker, som anställdes vid en nyöppnad PBU-central för att arbeta tillsammans med en av de äldre barnpsykiatrikerna, berättade att han förundrades över att den äldre kollegan alltid genomförde en ordentlig kroppsundersökning av de barn som kom till honom på mottagningen! Att en noggrann somatisk utredning var en av byggstenarna i den barn- och ungdomspsykiatriska utredningen kom på många ställen att få underordnad betydelse.

Tyvärr fick också den etablerade forskningstraditionen på positivistisk och kvantitativ grund stå tillbaka och ersattes av en mindre intensiv forskningsverksamhet baserad på en hermeneutisk och kvalitativ referensram.

Eftersom det psykodynamiska/psykoteraeutiska perspektivet länge "hade slagits ur underläge" och först från 1970-talet och framåt etablerades som behandlingsform för att slutligen erhållasamhällets auktorisation genom legitimationsgrundande utbildning i psykoteraupi, får det ses som ett utvecklingssteg att starka förväntningar ställdes på de nya arbetssättens förmodade effektivitet.

När nu psykoteraupi varit en förankrad behandlingsform under snart 30 år är tiden mogen för en återgång till ett tvärvetenskapligt synsätt där kvantitativa och kvalitativa metoder kan kombineras så att forskningsfronten kan föras framåt. En viktig fortsättning är att utveckla behandlingsforskningen inkl. att de psykoteraeutiska behandlingsformerna utvärderas och kan bli några av flera alternativa behandlingsverktyg i den framtida barnpsykiatrikens verktygslåda.

Text och foto:

Per-Anders Rydelius

Professor i barn- och ungdomspsykiatri

Stoockholm

Referenser:

Hallgren B. Specific dyslexia. A clinical and genetic study. Doktorsavhandling, Acta Psychiatrica et Neurologica, Suppl 65, 1950

Pennington B F. Understanding the Comorbidity of Dyslexia. Annals of Dyslexia, 2003, Vol 53: 15 – 22.

Annell A-L. Pertussis in Infancy as a Cause Behaviour Disorders in Children. Doktorsavhandling, Uppsala 1953

Annell A-L. Manic-depressive illness in children and effect of treatment with lithium carbonate. Acta Paedopsychiatr. 1969;36(8):292-301

Uddenborg G. Diagnostic studies in prematures. Doktorsavhandling, Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavia, Suppl 104, 1955

Uddenborg G. Tofranilbehandling av depressioner hos barn och ungaomar. Läkartidningen 1963;11,60:2590-2611

Muller R, Nylander I, Larsson L, Widen L, Frankenhaeuser M: Sequelae of primary aseptic meningo-encephalitis; a clinical, sociomedical, electroencephalographic and psychological study. Acta Psychiatr Neurol Scand Suppl. 1958;126:1-115

Nylander I: Physical symptoms and psychogenic etiology; An investigation of consultation material. Acta Paediatr Suppl. 1959 apr 11;48(suppl 117):69-77

Nylander I: Children of Alcoholic Fathers. Acta Paediatr Suppl. 1960 mar;49 (suppl 121):1-134

Hjern B, Nylander I. Late prognosis of severe head injuries in childhood. Arch Dis Child. 1962 apr;37:113-6

Hjern B, Nylander I. Acute head injuries in children – Traumatology, therapy and prognosis. Acta Paediatr Suppl 152, 1964

Mission completed:

Kartläggning av svensk psykiatri

Från början

Det var uppenbart att en helhetsbild över svensk psykiatri saknades. Ing-Marie Wieselgren hade i dialog med Socialdepartementet 2008 utverkat medel för att en sådan skulle göras.

Jag blev tillsammans med 5 andra medarbetare (Håkan Andersson, Västmanlands läns landsting; Kjell Andersson, Östergötlands läns landsting; Ylva Svederberg-Berger, Hallands läns landsting; Mia Harty, Västra Götalandsregionen; Maria Starrsjö, Stockholms läns landsting) tillfrågad och svarade ja. Vem skulle inte vilja besöka alla landets kliniker som har sängplatser och tillsammans med medarbetare på plats beskriva heldygnsvården?

Upplägg

Kartläggningen består översiktligt av tre delar.

- 1. Datainsamling.** Vi fick från varje landsting in omfattande material som detaljerat beskrev 2008 års patientarbete. Hur många patienter (avidentifierade), vårdtillfällen, vårdform, ålder, kön, diagnos hade man under hela 2008. Dessutom tog vi in detaljerad statistik på bemanning – ner på varje vårdavdelning – hur många läkare, sköterskor, skötare och annan personal har man per avdelning. Ekonomi – kostnader för heldygnsvården men även för köpt vård och intäkter för såld vård.
- 2. Intervju med chefer och stab.** Vi träffade som regel alltid verksamhetschefen och ofta också förvaltningschef, personalchef, ekonomichef. Vi frågade kring hur de bedömde den egna verksamheten, utvecklingsfrågor, strategiskt tänk framåt. Vad man brottades med och psykiatriens plats i den lokala landstingsvärlden.
- 3. Patientmaterial.** I samband med besöken på plats ute gjordes en genomgång av samtliga inläggande patienter, avdelning för avdelning. Särskild vikt lades vid indikation för heldygnsvård, vårdform. Vilka svårigheter man brottades med, vad man var stolt över. I slutet av Kartläggningen har vi mer än 4000 patientberättelser.

En vanlig arbetsdag startade som regel med intervju av chefer och stab. Genomgång av inskickade data. Sedan följde genomgång av inläggande patienter cirka 1 timme per vårdavdelning. I slutet av kartläggningen hade vi besökt 259 vuxenpsykiatriska vårdavdelningar på knappt ett 70-tal kliniker, 105 rättspsykiatriska vårdavdelningar vid drygt 20 kliniker samt 30 BUP-avdelningar vid 18 olika barn- och ungdomspsykiatriska kliniker.

Helikopterbild

Det mottagande vi fick under vår drygt 1 år långa rundresa från Gällivare till Trelleborg, Gotland till Kungälv, var fantastiskt. Överallt ett bra bemötande och en attityd att göra sitt yttersta för att se till att allt klaffade, att alla fanns på rätt plats vid rätt tid. Självklart var det massa logistik – bara att under ett par veckor ta sig fram i Stockholms läns landsting med 64 vårdavdelningar som tillsammans har mer än 700 vårdplatser krävde en hel del förarbete.

Bit fogades till bit och visst har vi kartbilder – inte en enda utan många. Vi vet att när vi avslutade kartläggningen fanns det 3241 vuxenpsykiatriska, 1124 rättspsykiatriska och 157 barn- och ungdomspsykiatriska vårdplatser. Vi har idag en ganska hygglig uppfattning kring psykiatriens organisation, bemanning, kostnader samt tänkande framåt. SKL kommer att ta in liknande uppgifter som vi gjorde för 2008 även för 2010 för att få grepp om den utveckling som sker.

Spridda intryck

Ett övergripande intryck var de stora skillnader som råder för svensk psykiatri runt om i vårt avlånga land. Det är stora skillnader mellan antal vårdplatser/10 000 invånare. Beläggningen är hög och det antal vård dagar som ges är proportionellt mot antalet vårdplatser. Resurserna kan variera med det dubbla i de landsting som har mest med dem som har minst.

För viss vård är skillnaderna inte relativa utan absoluta som exempelvis de fem landsting som helt och hållet saknar vårdplatser inom barn- och ungdomspsykiatri. Skillnaderna är också mycket stora när det gäller vård av missbrukare och speciella vårdplatser för äldre.

Storstadsregionerna är som regel mer resursrika än övriga landet både när det gäller vårdplatser per 10 000 invånare och differentierat vårdutbud.

En sak som dock ibland skilde stad och land var att på den lilla kliniken ute i landet kunde en patient beskrivas som "henne känner vi, det var 4 år sedan sist och då minns vi att hon hade en svår depression". Mot att det på en stor klinik med många vårdavdelningar kan ibland samma patient beskrivas som "55-årig kvinna med recidiverande depression och MADRS 34". Hur kan man även i de stora systemen uppnå kontinuitet, igenkännande som för många av våra patienter är så viktigt?

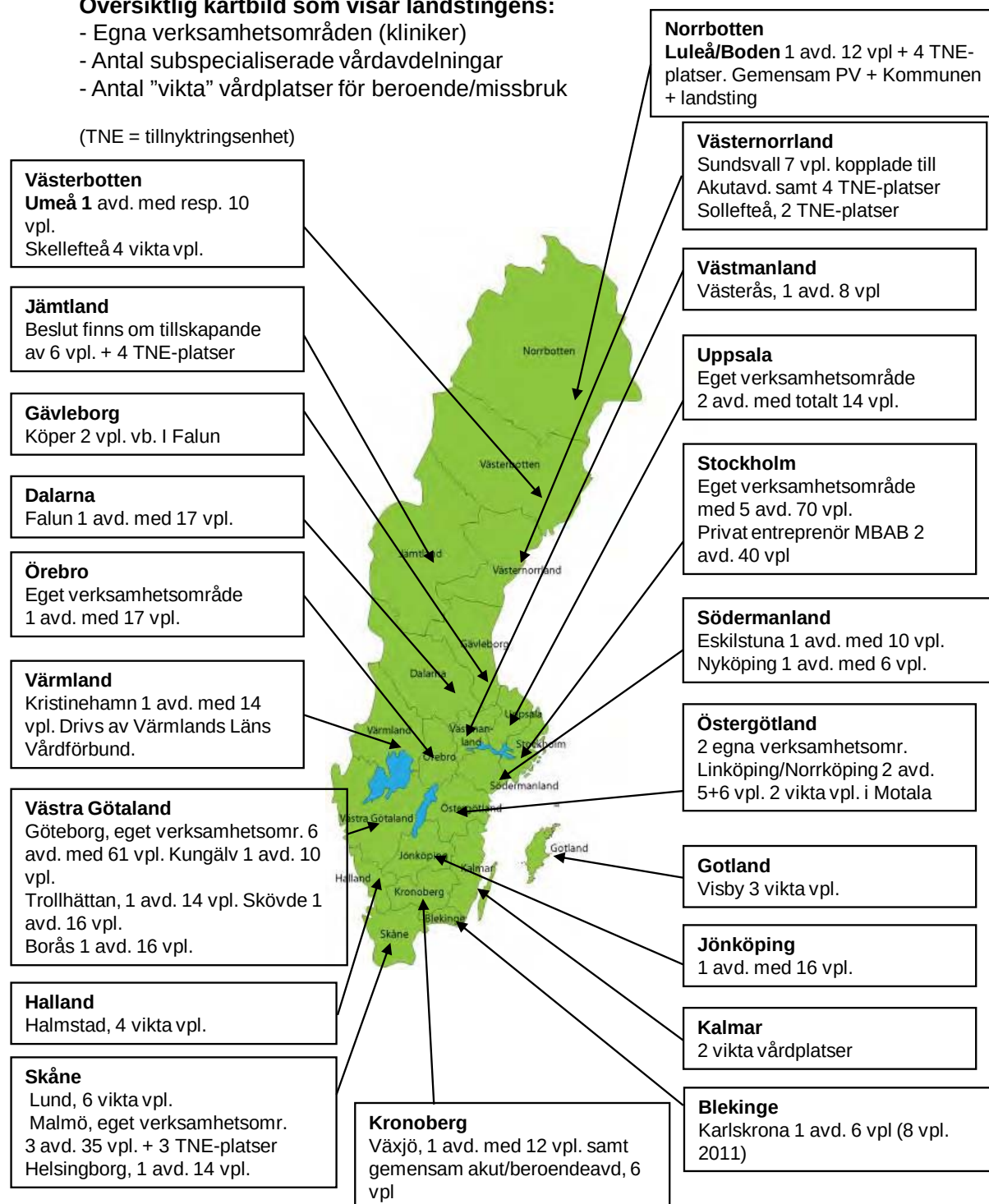
Hur det såg ut i lokaler, bemanning och tänkande varierade mycket. Detta behöver inte vara fel – i en del fall rör det sig om anpassning till just de förutsättningar och behov som finns på just det stället.

Beroende/missbruksvård inom Psykiatrin 2010

Översiktlig kartbild som visar landstingens:

- Egna verksamhetsområden (kliniker)
- Antal subspecialiserade vårdavdelningar
- Antal "vikta" vårdplatser för beroende/missbruk

(TNE = tillnyktringsenhet)



Men i en del fall, som exempelvis de tre vårdavdelningar som låg i ett illa underhållet hus där man enbart hade en dusch per vårdavdelning, jämfört med andra ställen där man sitter i mycket moderna lokaler med i princip hotellrumsstandard. Eller delar av verksamheterna i landet som mer eller mindre vilar på hyrläkarverksamhet jämfört med andra delar som är väl tillgodosedda med psykiatriker. Inställningen till var ribban ligger för vård enligt LPT skiftar utan att det alltid är så lätt att sätta tummen på varför. I den statistik som tagits in skiftar antalet tvångsvårdade unika individer per 1000 invånare mångfaldt. Detta sagt utan att jag för den delen tror att de områden med väldigt lite tvångsvård är de där det fungerar bäst. Det låga antalet kan ibland bero på ökad användning av s.k. informellt tvång "om du inte går med på detta så blir det vårdintyg och tvångsvård".

Framtiden

Rapporten har tillsammans med en del översiktsskador, separata landstingsvisa rapporter och en ambitiös översyn av Barn- och Ungdomspsykiatri lämnats till Socialdepartementet och funnits tillgänglig på SKL:s hemsida. Jag uppmanar alla intresserade att själva gå in och ladda ner det material som ni är intresserade av. Ni finner det på sidan

http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/psykiskhalsa/heldygnsvard/heldygnsvard_kartlaggning

Rapporten har sannolikt bidragit till den satsning på 3x50 miljoner under åren 2010-2012 till just heldygnsvården med extra fokus på tvångsvård som just nu rullar på i projektet "Bättre vård – mindre tvång".

Ett viktigt arbete framöver är att få till stånd en bättre inrapportering till Socialstyrelsens patientregister över tvångsvården. Här finns fortfarande stora brister, ett ämne som i sig kan vara underlag till en artikel i nästa nummer.

Herman Holm
Överläkare
Psykiatri, Malmö



**Deadline för bidrag till nästa nummer:
1 september**

Metod som hjälper barn i familjer där en förälder har psykisk ohälsa

Barn, som har en förälder med psykisk ohälsa och som har genomgått metoden Beardslees familjeintervention, upplever att den har positiva effekter.

Denslutsatsen drar Heljä Pihkala i den avhandling hon försvarade vid Umeå universitet 8 april. Avhandlingens titel är **Beardslees preventiva familjeintervention för barn till föräldrar med psykisk ohälsa. Svenska familjers erfarenheter.**

Fakultetsopponent var professor Kristian Wahlbeck, THL, Finland och huvudhandledare Mikael Sandlund, Institutionen för klinisk vetenskap, psykiatri, Umeå Universitet.

Det är känt sedan länge att barn till föräldrar med psykisk ohälsa löper hög risk att drabbas av psykiska och andra problem, både under uppväxten och senare i livet. Ändå har vuxenpsykiatri oftast försummat att möta patienters barn och erbjuda dem stöd. I Sverige har lagstiftningen nyligen kompletterats med bestämmelser som ålägger hälso- och sjukvårdspersonalen att uppmärksamma barnens och familjernas behov av information och stöd när föräldern lider av en allvarlig sjukdom.

Beardslees familjeintervention är den första familjefokuserade och strukturerade metoden för detta som har använts i Sverige. Forskningsresultat från USA och Finland talar för att den har positiva långtidseffekter för barnen. Metoden introducerades i Sverige år 2004. I Västerbotten var man först i landet med att börja jobba enligt denna metod. Den innebär fem träffar med familjen: två träffar med föräldrarna, sedan träff med varje barn, åter en träff med föräldrarna och till slut en familjeträff. Syftet är att ge tillfälle till samtal om föräldrarnas sjukdom inom familjen, och ytterst är syftet att förebygga psykiska problem hos barnen.

Både barn och föräldrar upplevde Beardslees familjeintervention positivt och många rapporterade ett bättre psykiskt mående efteråt. 89 procent av barnen anger i enkätsvar att deras skuld-känslor gentemot föräldern har minskat, 74 procent att deras kunskap om föräldrarnas sjukdom har ökat. I intervjuer beskrev barn en känsla av lättnad på grund av mer kunskap om föräldrarnas sjukdom och öppnare kommunikation i familjen. Därmed kände de också befrielse från en del av oron för föräldern. Barnen berättade att de kunde vara mer med sina vänner och inte längre behövde ta lika mycket ansvar hemma. Föräldrarna upplevde sig stärkta i sitt föräldraskap och deras skuld- och skamkänslor minskade.

Avhandlingens syfte är att studera familjeinterventionens säkerhet och lämplighet i Sverige och hur effekterna av den upplevs av familjen. Den belyser interventionsprocessen ur alla familjemedlemmars perspektiv. En enkät gavs till föräldrar och barn (117 föräldrar och 89 barn svarade) en månad efter en familjeintervention. 35 föräldrar och 14 barn intervjuades om erfarenheterna av att ha varit med om en familjeintervention.

Heljä Pihkala
Överläkare
Psykiatriska kliniken, Skellefteå.

Avhandlingen är elektroniskt publicerad, se
<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:umu:diva-40700>

Den kan också beställas, se annons.

Åtta frågor...

till överläkare Heljä Pihkala på psykkliniken i Skellefteå, som disputerat på en avhandling om Beardslees familjeintervention för barn till föräldrar med psykisk sjukdom – svenska familjers erfarenhet.

- 1. Hur länge har du intresserat dig för barnperspektivet?**
Det har alltid varit viktigt, men blev extra viktigt i samband med en familjeterapiutbildning som jag gick i Finland i början av 2000-talet.
- 2. Du fick beröm av opponenter att du ville satsa på klinisk forskning i ditt avhandlingsarbete, för det är mindre vanligt. Varför gjorde du det och vad gjorde att du ville satsa på familje- och barnperspektivet?**
Jag har mött många familjer och tänker att barn borde få vara med. Innan jag gick utbildningen Beardslees familjeintervention hade jag både bra och dåliga erfarenheter. Jag hade erfarenheter om hur dåligt det kan bli om man saknar metod, men också erfarenheter om hur bra det kan bli om det går bra. Men det är också viktigt att området blir beforskat, om det ska ske fortsatt utveckling, eftersom det idag direkt efterfrågas vad det finns för forskningsstöd för olika metoder.

3. Hur har avhandlingsarbetet varit?

Det har varit roligt att sätta sig in i forskning och roligt att göra olika projekt. Naturligtvis blir det mycket jobb och stress och ibland är det tunga stunder, men det har varit givande och roligt och jag tycker om att skriva.

4. Hur har det gått att få gehör för arbetet på kliniken?

Det har gått att få bra gehör för det har funnits en lång familjeterapitradition på kliniken. Numera är all avdelningspersonal utbildad i "Att föra barn på tal" och det har ökat medvetenheten, men kräver också övning i praktiken. Det räcker inte med utbildning bara. Men utbildningen gör skillnad i medvetenhet och sedan är det viktigt att skaffa sig praktiska erfarenheter.

5. Vilka diagnoser har familjearbetet rört?

Det har varit olika diagnoser, det har gällt både depression, psykos, bipolära patienter och ätstörningar.

6. Vilka nya utmaningar ser du, det vill säga vilka nya patientgrupper vill du utveckla arbetet med?

Jag tänker dels på familjer där föräldern har missbruk eller gjort suicidförsök eller svår personlighetsstörning. En särskilt svår grupp är de föräldrar som saknar sjukdomsinsikt, men det är uppenbart att det föreligger psykisk sjukdom.

7. Du är engagerad också i nordiskt samarbete kring familjeintervention. Vilka är dina erfarenheter?

Det har varit jätteviktigt och givande. Det är bra att få ta del av andras erfarenheter och det är bra med forskningssamarbete.

8. Vad önskar du för framtiden?

Jag önskar att lagens målsättning kan följas bättre och bättre så att barn blir uppmärksammade och får komma till tals. Jag önskar också att utvecklingsarbetet fortsätter på olika sätt och över hela landet.

Carl-Gustaf Olofsson
Cheföverläkare
Psykiatriska kliniken, Skellefteå.

E-postadress till Heljä Pihkala: helja.pihkala@vll.se

Nu kan dina Cipralex® (escitalopram) patienter få internetbaserad KBT-behandling utan extra kostnad!

Cipralex® är ett modernt antidepressivt läkemedel som både är kostnadseffektivt och har dokumenterat god effekt.¹

Som stöd till läkemedelsbehandlingen kan du nu erbjuda dina Cipralexpatienter en internetbaserad KBT-behandling helt utan extra kostnad. Behandlingsprogrammet heter Deprexis®, är validerat och har dokumenterad effekt på vuxna patienter med lindrig till medelsvår depression.² Programmet är utformat av experter på KBT, det anpassar behandlingen efter varje individ och är mycket enkelt att använda. Socialstyrelsen rekommenderar internetbaserad KBT-behandling vid depression.³

- Behandlingen anpassas efter varje individ
- Behandling på tid och plats som passar patienten
- Texter, bilder, ljudfiler och övningar som aktiverar och motiverar

Cipralex är därför ett bra val för patienten, doktorn och samhället.

NYHET!

Att bli sig själv igen
– med effektiv behandling



cipralex.se | eLundbeck.se

Cipralex® (escitalopram) R_x (F) ATC-kod: N6A, INDIKATIONER: Depression, paniksyndrom, social fobi, generaliserad ångest och tvångssyndrom (OCD) SPC 2010-10-25. 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.

- 1) Rapport Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket; Genomgång av läkemedel mot depression, 200812.
- 2) Med Internet Res 2009, Meyer et al, vol 11, vol 11, iss.2, e15, p.1.
- 3) Nationella riktlinjer för vård av depression och ångestsyndrom, febr 2010, Socialstyrelsen

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

Lundbeck



Cipralex®
escitalopram

Tillbaka till livet

Sök forskningsanslag från Psykiatrifonden!

Psykiatrifonden delar ut medel en gång per år. Medel ges företrädesvis till yngre odisputerade forskare under handledning. Summan varierar beroende på hur mycket vi får in i medlemsavgifter och gåvor. Senaste datum för att söka årets forskningsanslag är 15/8 2011.

Du skickar Din ansökan elektroniskt till:

ansokan@psykiatrifonden.se

Läs mer på www.psykiatrifonden.se

Välkommen med Din ansökan!

En Pudel!



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

Solen, nordanvinden och psykiatri

”Man måste vara hård med patienterna” sa den randande ST-läkaren med den allvarliga sorgsenheten i blicken hos den som av livet tvingats vara grym. Det var första dagen på mitt första vikariat som underläkare. Jag skulle som en fågelunge i vitt ta första steget ut från boet, med en stilla förhoppning om att vingarna skulle bära. Randaren fick en nick som bekräftelse på att jag hört vad han sagt, men jag ville inte tro det.

Foto: Carol Schultze

KRÖNIKA

Enligt
Tiger



Jag intalade mig själv att det måste finnas olika sätt att flaxa med läkarrocken, att man inte behövde dimpa i backen bara för att man inte hade styva vingar.

Allt eftersom förstod jag att den psykiatriska avdelningen noterade ett för modern tid svårslaget rekord i antalet bältesläggningar just denna sommar. Den randande ST-läkaren gick fram som en furie, med inställningen att patienterna skulle klippa sig och skaffa ett jobb. Tyvärr varken klippte sig patienterna eller skaffade sig något jobb, de bara blev knäckta och/eller kränkta.

Människor värjer sig instinktivt från att bli pådyvlade saker de inte bitt om, särskilt uppmaningar av karaktären: ”lyft dig själv i håret!”

Aisopos beskriver det mänskliga kynnet i sagan om solen och nordanvinden. En ensam vandrare i kappa passerar nedanför och nordanvinden slår vad med solen om att han snabbare kan få av vandraren sin kappa. Solen ler i sin blidhet och antar vadet. Nordanvinden blåser med full kraft, varpå vandraren krampaktigt håller fast vid sin kappa. Solen värmer sedan vandraren, som efter en stund inser att han inte behöver kappan, utan tar av sig den och korar solen till segrare.

Sagan kan i all enkelhet tjäna som modell för bemötande i psykiatri. Utmaningen är sedan att fortsatt vara sol när patienten agerar nordanvind.

En blåsig dag börjar min mottagning med att en kvinna förklarar att hon inte kommer att börja med några psykofarmaka. Kvinnan har nyss slutenvårdats för en mani och har flera orörda recept på Apoteket. Medicineringen på sjukhuset gjorde att hon kände sig stel och eljest, och hon betackade sig för den formen av vård. Hon var indignerad över att hon hämtats med

polis, trots att hon aldrig begått något brott. Mest av allt var hon upprörd då hon upplevde att ingen under hela vårdtiden hade lyssnat på henne. På sätt och vis var kvinnans berättelse alldeles sann. Det viktigaste var dock att hon fick berätta den. Jag utsatte mig för denna styva kuling utan att försöka försvara det som skett, och lyssnade i väl över 14 sekundmeter innan jag frågade om kvinnan ville slippa ytterligare stormiga inläggningar av detta slag.

Jag redogjorde för hur patienten bäst kunde minska risken för nya manier och det slutade med att hon lämnade mottagningen med ett litium-recept i handen.

Räcker det då med att vara snäll? En av mina första överläkare sa att det var tre saker som var viktiga i psykiatrisk omvårdnad: gränssättning, gränssättning och gränssättning. Särskilt när patienterna är som mest sjuka, som i slutenvården, gäller det att kunna hålla fast kurs när patienterna är vind för våg i ett hav av emotioner.

Konsten är sedan att se när det är tid att vara styrman för att föra patientens skuta i hamn och när vinden åter mojnat och vi kan återgå till att agera lots åt patienten, som själv får segla runt de grund vi kan peka ut i färdriktningen.

Mikael Tiger

Överläkare

Psykiatri Nordväst, Stockholm



Svenska Läkaresällskapet MEDICINSKA RIKSSTÄMMAN S T O C K H O L M 2 0 1 1

Ta möjligheten att skicka in förslag på psykiatriska symposier till Riksstämman 2011!

Årets medicinska riksstämma äger rum den 30 nov – 2 dec i Stockholm på Älvsjömässan. Läkaresällskapet har redan accepterat flera allmänna symposier med psykiatriskt tema, men vi ser gärna att ytterligare förslag kommer in till den sektionsspecifika dagen.

Formatet på symposierna är fritt och kan anpassas efter dina önskemål, men vi ser helst att ämnet är kliniskt förankrat. Exempel på aktuella områden kan vara psykiatrisk behandling av äldre, komorbiditet med missbruk, och sömnstörningar. Hör gärna av dig per mail om du vill diskutera ett förslag innan du skickar in det.



Anmälan av symposieförslag görs på <http://abstrakt.sls.se/> senast 26 augusti

För eve. frågor maila riksstamman@svenskpsykiatri.se

Schizofrenisällskapet

I regi av
Eli Lilly Sweden AB

Utllyser 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 tillförfogande 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 15 juli, 2011. 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 20-21 oktober, 2011. Stipendiaten inbjuds att presentera sitt forskningsprojekt under detta möte. En ekonomisk redovisning av stipendiemedlen önskas under 2012.

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

En ny kontextuell psykiatri

Den psykiska ohälsan i Sverige ökar trots vetenskapliga framsteg och evidensbaserade vårdprogram. En modern psykiatrisk vård, präglad av biovetenskapliga framsteg och stränga evidenskrav, torde enligt rådande synsätt ge optimala förutsättningar för varje drabbad individ att tillfriskna och återfå normal funktion. Ändå lider ca 20 procent av befolkningen av psykisk ohälsa. Psykiatrisk specialistvård utgör omkring 10 procent av landstingens totala kostnad för hälso- och sjukvård, motsvarande ca 20 miljarder kronor. Ovanstående förhållanden innebär en paradox som leder oss till frågan: Är dagens psykiatriska sjukvård verkligen gynnsam?

I Sverige råder oenighet och en negativ polarisering mellan de främstpositivistiskt (biomedicinskt-behavioristiskt) orienterade och de med ett mer tvärvetenskapligt eller hermeneutiskt (biomedicinskt-psykologiskt-humanistiskt) synsätt. Betydelsen av denna motsättning är avgörande och olycklig eftersom dessa betraktelsesätt ställs mot varandra som sanning respektive osanning. Det positivistiska betraktelsesättet anses för närvarande representera sanningen och åtnjuter därmed Socialstyrelsens förtroende att bota psykisk ohälsa.

Medicinsk behandling syftar allmänt till orsakseliminering, läkning och sekundärprevention; att behandla ett sjukdomstillstånd eller en skada kräver följaktligen kunskap om etiologi (agens) och läkningsfrämjande faktorer. För somatisk patologi finns i varierande grad mätbara och manifesta förändringar (biokemiska, strukturella) samt påtagliga och konkreta orsaksfaktorer. Psykiatriska tillstånd kännetecknas däremot i hög grad av subjektiva upplevelser utan generalitet eller likformig proportionalitet, varken till individens "objektiva" och observerbara symtom, eller till identifierade/misstänkta orsaksfaktorer. Modern psykiatrisk forskning söker svar på det mänskliga psykets dysfunktion främst genom att förklara psykisk ohälsa utifrån genetiska och neurostrukturella förändringar. Identifikation av genetisk atypi som psykiatrisk förklaringsmodell anses revolutionerande och klarläggande då påtagliga avvikelser ger möjlighet till förutsägbarhet och riktad prevention. Detta innebär ett mekanistiskt, förtingligande arbetssätt där individens dysfunktionsyttringar (psykiatriska symtom) identifieras, klassificeras och systematiseras inför den behandling som syftar till minskade symtom och ökad funktion utifrån en generaliserande och "objektiv" värdering. Den mekanistiska psykiatrins orsakssamband inbegriper kartläggning av biologi och funktion utifrån ett statistiskt normalintervall. Svaret på orsakssambandet avseende psykisk ohälsa förklaras som avvikelse från "normal" funktion och biologi där dysfunktion (psykiatriska symtom) kan härledas till biologisk atypi och beteendepsykologiska förklaringsmodeller. Psykiska symtom skattas, sorteras och klassificeras enligt diagnossystemet DSM-IV.

Diagnoser upplevs orsaksförklarande men är i själva verket endast etiketter för dysfunktionsyttringar, som vore yttringen detsamma som yttringens orsak. Individens subjektiva upplevelser tillerkänns begränsat mätvärde. Sambandet förringar orsaksfaktorer såsom psykisk påverkan av upplevelser, erfarenheter och miljö, vilka utifrån en stress-sårbarhetsmodell har en avgörande betydelse för utveckling av psykisk ohälsa. Omständigheter som t.ex. bristande anknytning, omsorgssvikt och känslomässiga trauman är faktorer som ur ett stress-sårbarhetsperspektiv djupgående påverkar individens psykiska hälsa, förhållanden som förvånande ofta inte noteras eller tillmäts betydelse i den psykiatriska vården.

Det är tveksamt om individen verkligen är betjänt av standardiserade biologiska förklaringsmodeller framför psykologisk förståelse och känslomässig insikt. Utifrån en naturalistisk syn är psykiatri en biomedicinsk, kvantifierbar disciplin där människans funktion utvärderas och återställs mekaniskt. Vidare är sjukvård enligt ett humanistiskt synsätt en kulturell konstform, där läkaren liksom konstnären måste behärska grundläggande tekniska (här: medicinska, psykiatriska) kunskaper.

Gränsen mellan sjukdomstillstånd och normalitet är flytande

Ur ett humanistiskt förståelseperspektiv ses människan och individen i sitt sociologiska, psykologiska och existentiella sammanhang. Utifrån ett sociologiskt synsätt är samhället samtidigt en struktur, en grupp och en process som utgörs av ingående individer och formas genom intersubjektiv kommunikation och växelverkan. Dessa samhällsnormer och normaliteter är under ständig transformering där känslouttryck är tidstypiska fenomen, det vill säga, uttryck uppstår och amplifieras kollektivpsykologiskt genom aktion och reaktion individer emellan. Gränsen mellan sjukdomstillstånd och normalitet är flytande, temporärt markerad och beroende av samhällets krav och förväntningar. Detta innebär att dysfunktionella tillstånd och diagnoser är produkter av samtiden i sammanhanget och inte nödvändigt faktiska.

Den mänskliga existensens villkor inkluderar relationen till döden, friheten, meningslösheten och ensamheten. Ångest betraktas inte nödvändigtvis som patologisk. Den ses snarare som ett uttryck för inre konflikt vid konfrontation med hennes existentiella villkor. Människans drivkrafter inkluderar meningssökande och meningsskapande; hon söker tillfredsställelse genom skapande och produktion samt genom relationer och närhet. Friheten medför ansvar för handlingar och val, och döden måste människan ofrånkomligen förhålla sig till. Det existentiella perspektivet innebär en bekräftelse av individens allmänmänskliga belägenhet.

Det psykologiska perspektivet ser bland annat till relationell utveckling, unika erfarenheter och subjektiva upplevelsevärldar. Faktorer av betydelse innefattar bland annat anknytning, affektiv kommunikation och traumatiska upplevelser.

Trots hög förekomst penetreras sällan bakomliggande orsaksfaktorer då psykiatrien nöjer sig med diagnos utifrån symtomskattning. Anknytningstörning och PTSD döljer sig i många fall bakom diagnoser som ångest, depression, personlighetsstörning och ADHD. Ofta förblir dessa bidragande orsaksfaktorer okända eftersom det i första hand är individens symtom som skattas och värderas.

Psykisk ohälsa är en mångfacetterad problematik som främjas av ett brett och mångfacetterat behandlingsutbud såsom olika former av psykoterapi, psykosociala stödsatser och medicinsk behandling. Den psykiatriska behandlingen som för närvarande dominerar innebär en mekanisk korrektion av biologisk avvikelse och dysfunktionellt beteende. Behandling sker företrädesvis med psykofarmaka, ECT och KBT (eller annan behavioristiskt inriktad psykoterapi). Individen bör istället erbjudas behandling utifrån individuell bedömning och personliga önskemål. Utöver psykiatrisk behandling gynnas individens psykiska hälsa av en social tillvaro där grundläggande mänskliga behov kan tillgodoses. Social gemenskap är ett grundläggande behov hos människan och därmed är upplevelsen av existentiell meningsfullhet också en nödvändighet för psykiskt välmående. Existentiell mening kan innebära upplevelse av intresse eller passion men även skapandet av något som ger en känsla av delaktighet och stolthet.

Dessutom styrs psykiatrien av ekonomiska krafter som ser till kapitalvinst framför individens psykiska välmående

Dagens psykiatri är inte nyanslös men övervägande positivistisk till sin natur. Dessutom styrs psykiatrien av ekonomiska krafter som ser till kapitalvinst framför individens psykiska välmående. Ekonomiska satsningar är förhållandevis kortsiktiga; de ger inte utrymme för en gedigen uppbyggnad av den psykiatriska vården och de utvärderas löpande med krav på ekonomisk utdelning trots att uppbyggnaden borde vara långsiktig för att ge ett varaktigt resultat. Således bör en ny kontextuell psykiatri formuleras och byggas. En psykiatrisk vetenskap och vård som ser individen i sin komplexa, flerdimensionella existens utifrån ett biologiskt, psykologiskt, filosofiskt och sociologiskt perspektiv.

Kajsa M Nordström

**Initiativtagare till nätverket Upprop för en Ny Psykiatri
(www.nypsykiatri.se)**

Underläkare Psykiatri Nordväst, Stockholm

Referenser finns på vår hemsida

www.svenskpsykiatri.se

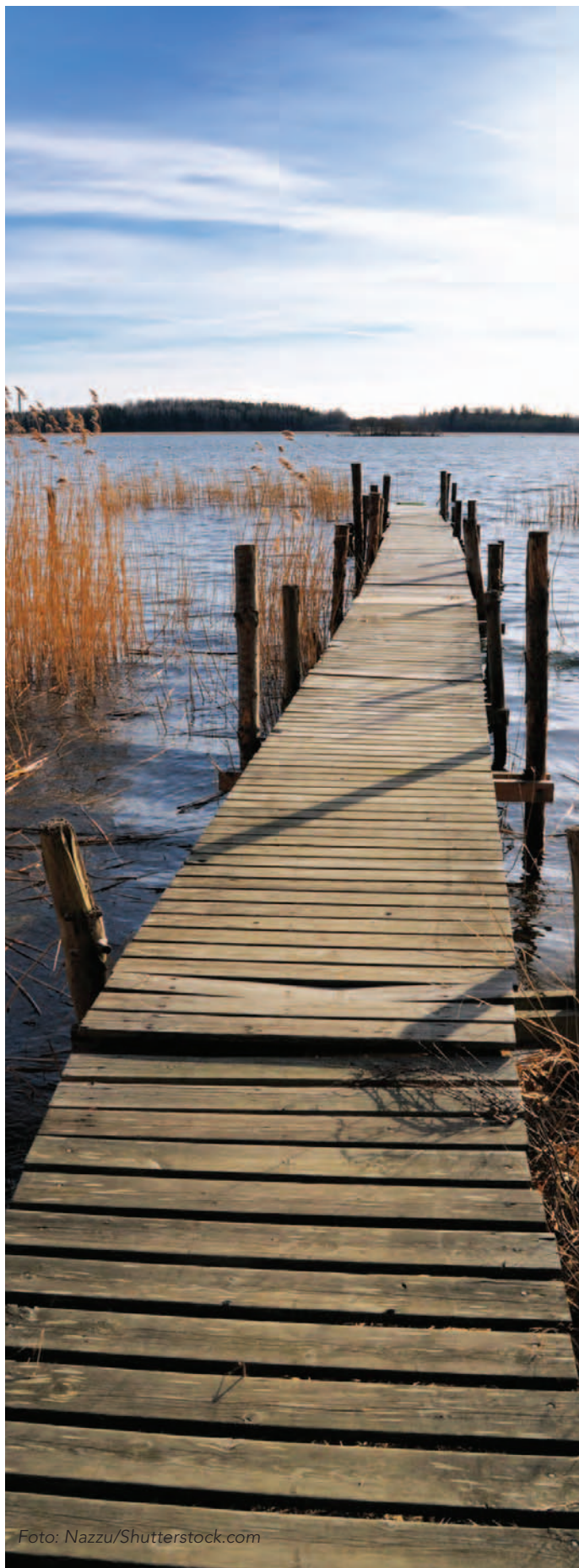


Foto: Nazzu/Shutterstock.com

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.



10 frågor till.....

Denna gång möter Du Kristina Sygel *Nyttillträdd ordförande i Svenska Rättspsykiatriska Föreningen*

Född:
1977

Bor:
Hus på landet utanför Stockholm

Familj:
Make, 2 barn, 4 hundar, 2 papegojor

Arbetar:
Överläkare på Rättsmedicinalverkets Rättspsykiatriska Avdelning Stockholm och doktorand på Karolinska Institutet

Vad gör Du när Du INTE jobbar:
Forskar; friluftsliv på landet med familjen, hundar och jakt; ibland lite storstadsliv med vännerna i London

Favoritmat:
Choklad

Senast lästa bok:
Läser alltid en för nöje och en för nytta parallellt, just nu Jim Butchers The Dresden Files och Ben Goldacres Bad Science

Vad gör Dig lycklig:
Min familj, mina vänner, mitt arbete, en vacker utsikt och en tupplur

Vilka förebilder har Du?
I karriären: min far och Marianne
I arbete och vänskap: Järngänget på RPA-Stockholm
I kreativitet: mina (nästan) systrar Charlotte och Caroline
Min man, den enda jag känner som kan konsten att slappna av!



Vilka är SRPFs största utmaningar under de närmsta åren?

Att som förening samla alla läkare som arbetar med rättspsykiatri för att informera oss om och diskutera kommande förändringar, föra vår kunskap vidare till blivande specialister och vidareutbilda oss själva.

Stina Djurberg
SP redaktion

Deadline för bidrag till nästa nummer:
1 september

Vart är BUP på väg?

Del 1



Jag har under ett antal år mest arbetat som skolläkare på gymnasiet med stor del "lättare" psykiatri respektive inom dövpsykiatri där vi arbetat med hela det barnpsykiatriska spektrat. Vi hade det beprövade systemiska synsättet i grunden vilket inkluderade ett bio-psyko-socialt och existentiellt synsätt och där t.ex. familjeterapi, dynamisk terapi, handledning till skolan, men naturligtvis också KBT och farmaka, användes när det var indicerat.

När jag nu återvänt till BUP känner jag inte igen mig, blir förvirrad och djupt oroad. Jag försöker få klarhet i vad som hänt och varför, men det hela tycks mig som en dysfunktionell familj med en dold agenda som inte går att tala om.

Förändring utan eftertanke?

Det pågår så vitt jag kan bedöma den största omorganiseringen av barn- och ungdomspsykiatriens arbete sen dess konception för ca 100 år sen. Men det tycks ske helt utan en grundlig och saklig diskussion. Det handlar om den s.k. "första linjens psykiatri". Det tycks nu plötsligt vara en självklarhet att BUP inte ska ta emot barn och familjer med "enkla problem", det kan andra göra bättre t.ex. primärvården, skolan och socialtjänsten. Men varför har de då inte gjort det? BUP ska nu vara specialistsjukvård och ägna sig åt riktiga, läs neurobiologiska, sjukdomar.

Men vad är barnpsykiatri? Och varför kommer dessa påstådda självklara sanningar just nu?

"Första linjens psykiatri inte BUP:s bord?"

Då jag försöker finna grunden till idén om första linjens psykiatri har jag nu via SKL kommit till Miltonutredningen. Där fanns en vuxenpsykiater med men ingen barnpsykiater.

Där slås fast att BUP inte hinner med sina uppgifter och att man därför inte kan ägna sig åt första linjens psykiatri utan ska vara en specialistverksamhet. Men vi har faktiskt inte legat på latsidan så det som nu anses att vi inte ska göra måste någon annan göra. Jo det är det som ska vara första linjens psykiatri. Men den finns inte! Nej men vi ska tillskapa den genom nya resurser. Bra! Det är mer resurser som behövs! Tillströmningen av barn och familjer till BUP har varit mycket stor så det är klart vi inte kan klara våra uppgifter utan mer resurser. Men nu kommer min fråga:

Men varför inte BUP?

Var ska dessa resurser läggas? Varför inte på BUP? Det är här jag inte sett någon grundlig diskussion om för- och nackdelar och konsekvenser med olika alternativ. Det gör mig orolig när frågan inte ens diskuteras (1)! När så stora förändringar i vad som anses vara barnpsykiatri och medföljande organisatoriska förändringar plötsligt anses som självklarheter då har jag svårt att hänga med och anar dissociation och dolda dagordningar.

Jag kan lätt se några direkta fördelar med att BUP får de nya resurserna och som tidigare arbetar med hela det barnpsykiatriska spektrat:

Det är mycket tungt att bara arbeta med den tunga psykiatri och att ha hela spektrat skapar bättre balans för oss medarbetare och det är bra för vår förståelse av barns hela situation i familj, skola och samhälle. Det är också viktigt i den förebyggande barnpsykiatri att ha gedigna kunskaper om anknytningens betydelse. Mot detta sägs - men vi ska inte sjukförklara, psykiatisera, barns alla problem.

Nej, men jag anser att det är skillnad på att sjukförklara där man sätter en diagnos, läs neuropsykiatrisk, på barnen och där man arbetar med barns och familjers psykiatriska problem.

Psykiatri betyder själsläkekonst och en del av konstarten är också att genom tidigt stöd både till barn och till familjer förebygga allvarigare problem. Men då säger man - det kan primärvården, skolan och socialtjänsten göra. Jo alla kan lära sig allting men BUP, kan, eller har i varje fall kunnat detta, och har en lång tradition och beprövad erfarenhet av detta.

Vårdgarantin piska förklädd till morot?

Det tycks mig också som vårdgarantin med det självklara budskapet att barn ska få hjälp snabbt blir en byråkratisk produkt som försämrar vården. För att hinna med vårdgarantin och få dessa "morotspengar" måste man bestämma sig för korta behandlingar fast detta inte överensstämmer med det verkliga behovet. Självklart blir det då också en betoning på quickfix speciellt farmakologi i strid med evidens. T.ex. får många barn och ungdomar direkt medicin vid depression fast riktlinjerna är att pröva terapi 4-6 gånger först (2). Men vem ska hinna med det när vårdgarantipiskan viner?

Ökad fragmentering

Och jag ser en tillbakagång i den nya fragmenteringen.

BUP ska bli sjukdomsbehandlare, som den gamla vuxenpsykiatri, men inte arbeta med barnens hela situation ur ett bio-psyko-socialt och existentiellt perspektiv.

BUP tillkom just pga. denna problematik med att få en helhetssyn och har sina rötter främst i barnmedicin, pedagogik och socialtjänst och bara till liten del i vuxenpsykiatriens neurobiologi. Men nu i en övertro på neurobiologi ska BUP bli (dålig) "vuxenpsykiatri med små kroppar." När BUP släpper nätverkstanken arbetar BUP för att utveckla den.

Och vart har neuropsykiatri lett oss? Allt mer av BUP:s resurser går åt till ADHD. Är det verkligen barnpsykiatri eller är det inte till största delen ett samhällsfenomen som just det verkligen bör åtgärdas i första linjen? Och är det inte ibland PTSD?

Vad är barnpsykiatri? Vad är ADHD? Hur ska vi nå och hjälpa fler barn utsatta för sexuella övergrepp? Vad ska BUP arbeta med och med vilken organisation? Vad styr BUP idag - politisk ideologi eller psykiatrisk kunskap? Och vill vi ha det så? Fortsättning följer (3).

Jan Pilotti
Ungdomspsykiater
Universitetssjukhuset i Örebro

Referenser:

1. Jo det finns olika dokument från SKL, Positionspapper och rapporter. Men jag kan inte se någon analys och diskussion av olika alternativ hur en barnpsykiatri med ökade resurser bäst organiseras. Det bara påstås att en organisation med olika nivåer ökar tillgängligheten. Men då krävs ändå en ny organisation för samordning. Så enligt min syn inte klarlagt att det är bättre med första linjen utanför BUP.

2. <http://www.lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER-2006/FontexProzac-fluoxetin-godkanns-for-behandling-av-depression-hos-barn-och-ungdomar/>.

3 Om ADHD i nästa nummer.



Foto: Pixel Memoirs/Shutterstock.com

Vi ber om ursäkt

I förra numret av SP publicerades en text av MaiBritt Giacobini om forskningsläget kring genetik vid autism. Texten var i den form den publicerades avsedd för den oberoende tidningen Best Practice. Genom ett misstag kom den i tryck utan några ändringar eller förtydliganden.

SP:s redaktion ber MaiBritt Giacobini och redaktionen för Best Practice om ursäkt och hoppas att ingen skada skett på grund av detta.

Redaktionen

Postmodern psykiatri?

I detta temanummer om idéhistoria och psykiatri vill jag introducera frågan om vad postmoderniteten inneburit för psykiatrin och den vision om psykiatrins utveckling som Patrick Bracken och Philip Thomas presenterat i sitt förslag om en "Postpsychiatry". Framställningen följer en tänkt linjär utveckling, även om verkligheten sannolikt är mindre progressiv.

Psykiatrin som den moderna medicinens djärvaste företag

Efter att renässansen hade vänt sig tillbaka till antiken för att hämta ideal, blev samtiden referenspunkt för de tidiga "modernisterna" i "La Querelle des Anciens et des Modernes", en tjugo år lång debatt under 1600-talets sista decennier som spreds från Academie Francaise ut över Europa. Utvecklingen gick sedan från Upplysningen över Franska revolutionen till förnuftstro, parlamentarism, industrialism, men också nationalism, imperialism och kolonialism, på 1800-talet. Tiden före och under Andra världskriget kan uppfattas som modernitetens höjdpunkt. På temat Swedish Modern visade Stockholmsutställningen 1930 upp funktionella, luftiga och ljusa rum för människor som skulle "leva sundare, se klarare, och tänka kyligare". Lösningar på samhällsproblemen var kollektiva, tekniska och hygieniska. Vetenskap, medicin och teknik skulle befria mänskligheten från lidande och kroppsliga begränsningar. När detta väl var uppnått skulle de urgamla frågorna om meningen med livet och vad det egentligen innebär att vara människa inte längre kräva svar. Hälsa definierades 1946 av WHO som "a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity". Sedan dess har medicinen utvecklats till en hälsovetenskap som förväntas förvandla människors livsförutsättningar så att "ohälsa" inte ens uppstår.

Psykiatrin har varit medicinens djärvaste företag. Till och med vårt medvetande, våra tankar och våra känslor skulle förklaras naturvetenskapligt, det vill säga som materiellt orsakade, underkastade naturlagarna och därför möjliga att manipulera och förutse. Redan namnet är oerhört: det grekiska ordet "psyche" är Nya Testamentets ord för livet, själen, vad som tidigare uppfattats som den odödliga, gudsavbildande, fria essensen av att vara människa, men som genom psykiatrin görs till ett objekt för fysiologi och patologi. Och låt oss hålla i minnet att Freud och psykoanalysen, liksom den marxistiskt influerade sociologin, på samma sätt som den biologiska psykiatrin insisterade på att psykiska fenomen kunde föras tillbaka på tillräckliga orsaker. Fortfarande är det svårt, även för de som studerar och arbetar med psykiatri eller psykologi, att beskriva vad "psyket" egentligen är.

**Deadline för bidrag till nästa nummer:
1 september**

Ändå är det idag allmänt vedertaget att det är människans väsen och åtminstone delvis kan förklaras av medicinen och psykologin.

Det postmoderna tillståndet

Efter Andra världskriget var det svårt att upprätthålla tron på att människans problem skulle lösas med teknik och vetenskap. Istället såg man medicinens objektifiering av människor som en förutsättning för de moderna folkmorden. Den tidigare kollektivismen kom under efterkrigstiden att efterträdas av en radikal individualism. Tredje världen befriade sig från kolonialsystemen och satte genomgripande kulturella avtryck i västerlandet. Arkitekturen och konsten reagerade snabbt. Rationalistiska modeller fick en twist av något oförnuftigt, något som var vackert eller som bara var där på sina egna premisser. En funktionalistisk skyskrapa fick formen av en chippendalebyrå. På så sätt destabiliserades moderniteten, inte nödvändigtvis i någon särskild riktning, utan genom att tilltron till att framtiden ständigt kunde bli bättre och bättre avtog. Sådant som kunde uppfattas som totalitärt, maktfullkomligt eller triumfatoriskt väckte obehag.

Så kom 1970-talet med filmen "Gökboet" och en våg av kritik som framställde psykiatrin mer som en kontrollapparat än som en väg till befrielse från psykiskt lidande (Michel Foucault). Sexologin som hade arbetat för sexuellt likaberättigande uppfattades nu som en klassifikation för att marginalisera människor. "Avdiagnosticeringen" av homosexualitet visade också för världen att den psykiatriska vetenskapen var beroende av professionella omröstningar för att avgöra vad som skulle räknas som friskt eller sjukt. Till detta kom debatterna om steriliseringsprogrammen, neurokirurgi på psykiatriska indikationer och Sovjetpsykiatrins diagnostik och behandling av politiska dissidenter. År 1979 beskrev Jean-Francois Lyotard sin samtid som det "postmoderna tillståndet", alltså inte som en "rörelse" eller "-ism" med ett program, utan som ett tillstånd präglad av skepsis mot "meta-narratives – sometimes 'grand narratives', /.../ grand, large-scale theories and philosophies of the world, such as the progress of history, the knowability of everything by science, and the possibility of absolute freedom".

Postmodern psykiatri?

Hur berördes psykiatrin av denna utveckling? Det är slående hur lite utrymme kritiken fick i psykiatrins mainstreamfora, och överlag är det svårt att urskilja ett "postmodernt tillstånd" i psykiatrins utveckling.

För en tid framstod olika utvecklingar av psykoanalysen eller materialistisk sociologi som alternativ till den dominerande biologiska psykiatrin men förblev i grunden moderna teorier (där psykiska fenomen förstås som effekter av orsaker) byggda på kunskapsjämlighet (så att den vetenskapligt skolade behandlaren förstår väsentliga saker om den behandlade, som han eller hon inte har tillgång till själv). Under de senaste decennierna har sedan biologin återtagit centralplatsen i psykiatrin som alltmer betonat sin expertis som naturvetenskap.

Peter Kramer presenterade en "kosmetisk farmakologi" i "Listening to Prozac" (1993) och efter att 1990-talet proklamerats som "the decade of the brain" med helt nya möjligheter inom brain imaging kom HUGO-projektet och familjestudier som gav belägg för att betydande delar av mellanmänniska skillnader kan hänföras till genetiska effekter. Sokal-affären 1996 spred misstro kring postmoderniteten och inför millennieskiftet var det intellektuella initiativet inriktat på att identifiera generna bakom olika psykiska störningar för att skapa skraddarsydda nya läkemedel ("designer drugs").

I början av 2000-talet kom dock en översiktsartikel av Bradley Lewis om "Psychiatry and postmodern theory" (2000) och ett förslag till en "Postpsychiatry" av Patrick Bracken och Philip Thomas i British Medical Journal (2001), följt av en bok med samma titel på Oxford University Press (2005). Sociokulturella faktorer bakom enskilda personers psykiska problem borde tillskrivas en mer rättvisande betydelse i multikulturella samhällen och särskilt i bistånd psykiatri. Etik borde prioriteras före teknologi i ett nytt ramverk där läkare och andra professionella möter välinformerade, aktiva patienter som inte längre är "objekt" som inte förstår väsentliga aspekter av sin egen problematik. Läkare och sjukvårdspersonals medverkan och centrala roller i tvångsvård ifrågasattes.

00-talet

Men har dessa idéer fått genomslag i psykiatrins utveckling under det senaste decenniet? Snarare har psykiatrin hittat ny kraft att hävda klassiskt modernistiska idéer i en naturvetenskaplig ram. Antonio Damasio "Descartes' error" (1994) och Steven Pinkers "The blank slate" (2002) har blivit centrala referenser för en programmatisk och polemisk biologisk reduktionism, där psykiska problem ses som konsekvenser av evolutionära genetiska mekanismer och avvikelser i hjärnans struktur och fysiologiska processer. Människor har börjat tala allmänt om sig själva i termer hämtade från neurokemi, psykiatrisk diagnostik, djurvärlden eller evolutionen. Psykiatrin ingår här i en skarp positionering mot icke-essentialistiska (konstruktivistiska) uppfattningar om människan (avfärdade med slogans som "no ghost in the machine" eller "the myth of tabula rasa") och metafysik generellt.

En näraliggande polemik är "the new atheism", där grupper av naturvetare under det senaste decenniet börjat förkasta den postmoderna tanken att religion svarar på andra frågor än naturvetenskap och därför har andra kunskapsramar ("dual magisteria", Steven Jay Gould). Istället argumenteras nu att "the God hypothesis" kan testas och falsifieras vetenskapligt (Richard Dawkins) och att (natur)vetenskapen därmed är det yttersta sanningskriteriet för allt mänskligt. Oroande är att många religiösa riktningar under det senaste decenniet samtidigt upplevt en radikaliserings i fundamentalistisk och politisk riktning.

Psykiatrins positionering i kunskapsteoretiska och politiska frågor kan inte förstås utan ett brett perspektiv på detta nya skeende inom vetenskap, samhällsliv och konst som kallats "hypermodernitet", alltså något så paradoxalt som en modernistisk renässans, med Gilles Lipovetskys ord en hyperkonsumism, nyindividualism och ett desperat kontrollbehov, omöjligt att tillfredsställa i avsaknad av trossystem, som kommit att präglade de västerländska samhällena under det nya seklet (faktaruta 1).

Hypermodern psykiatri

Men innebär då inte en "hypermodernitet" att psykiatrin får möjlighet att ta täten i samhällsutvecklingen? Psykiatrins kunskaper och verktyg blir nödvändiga för den nya människan som hanterar sina psykiska problem med samma självkontroll som hon stylar sin kropp, kontrollerar sin ångest med hjälp av datorprogram eller meditation, vet att hon "är vad hon äter", kartlägger sina genetiska anlag med saliv-DNA-kit och sin personlighet med validerade inventories för att matcha barnalstrande, kärlek, affärer eller vänskap (naturligtvis också samlat i en "hälsportal" på nätet "av säkerhetsskäl"). Med manualiserade träningsprogram för beteendemodifiering, rationella terapier, instrumentbaserade riskbedömningar, strukturella och funktionella imagingmetoder, epidemiologisk och molekylär genetik, nationella databaser och psykofarmakologi har ju psykiatrin teknologin för att förverkliga 1930-talets "sundare, klarare, kyligare"! Ser vi inte rent av början på en utveckling där psykiatrin verkligen kan få inflytande över mänsklighetens stora frågor som fred, lycka, ekonomi och global hälsa?

Framtidens psykiatri

Det finns otvivelaktigt många positiva inslag i psykiatrins utveckling – få professionella eller brukare skulle invända mot att verkliga framsteg uppnåtts i form av lättillgänglig kunskap om mentala problem, betydelsen av kroppslig hälsa för mentala funktioner, eller behandlingsmetoder med dokumenterad effekt och säkerhet. I ett på många sätt fördelaktigt läge borde det vara en prioritet att undvika misstag som tidigare lett till bakslag, inte minst därför att det unga 2000-talet vid sidan av den liberala hypermoderniteten också rymmer en neokonservatism som talar med en allt starkare röst från alla

delar av det politiska spektrumet och skulle kunna resultera i ett radikalt avvisande av psykiatrins kunskapsanspråk till förmån för förmoderna idéer eller försök att bryta individualismen kulturellt eller politiskt, vilket skulle göra delar av dagens psykiatri irrelevant. De följande rubrikerna är hämtade från Bracken och Thomas (2001) och visar att postmodernitetens kritik är användbar för att förstå dagens utveckling inom psykiatri och de utmaningar den ställer oss inför.

1. "Incredulity towards metanarratives/importance of contexts"

Postmodernitet behöver inte innebära kunskapsnihilism eller relativism. Medvetenhet om kunskapsteoretiska ramar ("vilka frågor kan denna metod besvara?") leder istället till en mer rigorös tolkning av vetenskap. "Stora berättelser" hindrar oss från att förstå vad ny information egentligen betyder och lockar oss att dra slutsatser utan stöd i det vetenskapliga underlaget eller att extrapolera tolkningar till sammanhang där de inte är relevanta. De skapar också artefaktiska motsättningar mellan olika perspektiv, och gör det svårare att se att kunskap genereras i olika "snitt" genom verkligheten beroende på ur vilket perspektiv fenomen undersöks, och att olika bidrag, så länge vart och ett är rigoröst och kunskapsteoretiskt konsekvent, därför är komplementära istället för exkluderande. Teorimedvetenhet kan hjälpa psykiatrien att ge pregnanta svar på frågor som kan besvaras med psykiatrins metoder, och att tydligt avstå från att försöka förklara det som inte går att studera eller besvara med dessa metoder, exempelvis ont och gott, livets mening eller vägen till lycka. Idag påverkas psykiatrien inte sällan mer av berättelsen om den moderna vetenskapen än av empirisk kunskap. De sjukdomsliknande kategoriska diagnoserna i DSM och ICD strukturerar vårt tänkande kring psykisk ohälsa trots överväldigande empiriskt stöd för att de inte representerar naturliga entiteter (faktaruta 2). Antagandet att "psykisk störning orsakar brott" har legat till grund för att ge psykiatrien en roll i rättskedjan (för att identifiera personer med psykostillstånd som särbehandlas straffrättsligt) och för att sjukvården skall bedriva tvångsvård av samhällsskyddsskäl (särskild utskrivningsprövning). Om man istället prövar detta antagande mot empirisk kunskap och rättspsykiatrins historia (faktaruta 3) borde vi snarare utveckla effektiva, säkra och attraktiva behandlingsmetoder för att förebygga destruktiva beteenden.

2. "Ethical rather than technological orientation"

När en blivande psykiatriker eller psykolog vill meritiera sig vetenskapligt kommer forskarutbildningen ofta att innebära tre års arbete med brain imaging, laboratorieanalyser eller statistisk epidemiologi. Klinisk forskning har lågt meritvärde och är svår att finansiera. Samtidigt har de stora strategiska satsningarna på specifika fysiologiska, genetiska eller molekylära förklaringsmodeller för psykiska problem inte lett till nya behandlingsgenombrott, medan terapiformer, utbildning, bemötande och läkemedel som prövas kliniskt ofta påverkar många olika psykiska problem och egenskaper på sätt som vi fortfarande har otillräcklig kunskap om. Placebo har regelmässigt så stor effekt i psykiatriska behandlingsstudier att

de bakomliggande mekanismerna borde stå i fokus för stort anlagda kliniska undersökningar. Dagens behandlingsformer är effektiva mot symtom men restituerar inte hälsa.

Diskriminering kommer även fortsättningsvis att riktas mot personer som är ovanliga i någon mening. En etik som fokuserar det psykiatriska arbetet kan orientera vårt kunskapssökande och vår praktik mot relevanta och konstruktiva mål som inte styrs av det tekniskt görbara.

3. "Rethinking the politics of coercion"

Beklämmande få psykiatriker har problematiserat samhällets ökande krav på tvångsvård i förhållande till de krympande resurserna för vård under frivilliga former. När serien av "vansinnesdåd" i Sverige 2003 ledde till krav på ökade säkerhetsanordningar och mer utrymme för tvångsvård hördes sällan att det gemensamma för dessa förövare var att de avvisats från frivillig vård medan inte någon av dem klättrat över otillräckligt säkrade murar. Det är okontroversiellt att läkare måste ingripa akut för att hindra människor att skada sig själva eller andra, även om vi måste lära oss mer om när sådana ingripanden är motiverade och hur de utformas mest konstruktivt. Samtidigt saknas vetenskapligt underlag för tvångsvård som sträcker sig över lång tid och in i öppenvården. Unga kvinnor med självskadebeteenden är idag föremål för en stor del av tvångsåtgärderna, exempelvis bältesläggningar. Särskild utskrivningsprövning ger sjukvården ansvar för åratals slutenvård som inte bygger på vårdbehov. Farlighetsbedömningar är osäkra. Läkares och annan hälso- och sjukvårdspersonals deltagande i åtgärder som inte sätter patientens intressen främst och är förenliga med den traditionella medicinska etiken skadar möjligheten att etablera förtroendefulla och bärande behandlingsrelationer. Vi måste försvara värden knutna till vårt yrke som inte kan riskeras ens för specifika samhällsbehov eller möjliga nyttor, precis som advokater, journalister och präster.

Henrik Anckarsäter,
Professor/överläkare i rättspsykiatri
Göteborgs och Lunds universitet
www.neurophys.gu.se/rattspsykiatri

Referenser finns på vår hemsida
www.svenskpsykiatri.se



Faktaruta 1. Moderna, postmoderna och hypermoderna idéer i psykiatrin

	Modernitet	Postmodernitet	Hypermodernitet
Etiologi	Kausala förklaringsmodeller för psykiska problem men olika typer av orsaker i olika "skolor" (konstitutionella, psykoosexuella, sociala etc.)	Narrativa modeller som också innefattar kontextuella och kulturella omständigheter	Smala molekyllära, neurobiologiska eller neurokognitiva kausala modeller
Diagnostik	Auktoritetsbaserad (både den biologiske psykiaterns och psykoanalytikerns kunskap är oåtkomlig för patienten)	Relationell, dynamisk utan psykoanalytisk kunskapsmystik	Validerade skalor och instrument med dokumenterad reliabilitet och konvergensvaliditet (instrument är jämförda med andra instrument), men ofta oklart vad instrumenten egentligen mäter
Förhållningssätt till våldsökande	Paternalistiskt	Antiauktoritärt	Datoriserat (uppgifter om patienten används för riskanalyser, kvalitetsregister och öppna journalsystem medan patienten berättar om sin vård på sociala medier och skattar vårdgivaren), konsumistiskt (både patienten och vårdgivaren skall tjäna på kontakten)
Etik	Traditionell hippokratisk etik anpassad till det moderna samhällets behov (abortförbudet borttaget)	Emancipatorisk, brukarcentrerad, politisk etik, medvetenhet om "slippery slope" bakom exempelvis nazisternas folkmord	Utilitaristisk etik som väger risker mot nyttor med nya teknologier och regelmässigt finner att de kan motiveras (upphävd konfidentialitet i journalsystem, och läkemedelsregister, forskning på embryonala stamceller, genteknologi, tvångsvård med långtgående säkerhetssystem som elektronisk övervakning) och avfärdar "slippery slope" argument explicit i förhållande till ex euthanasi

	Modernitet	Postmodernitet	Hypermodernitet
Förhållande till den omgivande kulturen, andra vetenskaper och religion	Triumfatoriskt	Kritiserat	Aggressivt
Rättspsykiatri	Avfärdande av tillräknelighet och skuld/moraliskt ansvar, skyddsåtgärder istället för straff	Uttalad vårdideologi och politiskt avvisande av både straff och skyddsåtgärder	"Ondska", "uppsåt" och moraliskt ansvar ("tillräknelighet") kan bedömas utifrån neurovetenskapliga undersökningar ("neurolaw") och psykiatriska diagnoser
Bedömning av framtida våld	Farlighetsbedömningar av experter	Extrem skepsis: "flipping coins in the courtrooms"	Riskprediktion/prevention, matematiska modeller

Faktaruta 2. Psykiatrisk diagnostik

I den framväxande psykiatrin fanns en riktning som ville beskriva psykiska problem genom att uppskatta i hur hög grad de liknar en typologi (Ernst Kretschmer) och en annan som strävade mot att identifiera naturliga kategorier som skulle ha specifika orsaker, typiska kliniska presentationer och förlopp och ligga till grund för att välja rätt behandling (Emil Kraepelin). Upptäckten att paralysée générale berodde på syfilisinfektion inspirerade ett långvarigt sökande efter "schizokocker" eller "generna för" olika diagnoser, som också kommit att styra i princip all behandlingsforskning. Ledande forskare som Eli Robins och Samuel Guze (1970) eller Nancy Andreasen (1995) har föreslagit principer för att validera diagnoser, men empiriska undersökningar har istället visat att psykiatrins störningar inte är epidemiologiskt demarkerade från varandra eller från normalvariationen, förknippade med specifika laboriemarkörer, homogent ansamlade i familjer eller följer typiska långtidsförlopp (Anckarsäter, 2010). Gemensamma genetiska effekter bakom schizofreni och bipolär sjukdom, eller bakom de olika barnneuropsykiatriska tillstånden, har demonstrerats (Lichtenstein et al., 2009 och 2010). Diagnosmodellen har försvarats med att den fungerar bra oavsett om den är sann eller inte (Kendell och Jablensky, 2009). Men diagnoser som inte avspeglar verkliga kategorier är farliga. Förutom att de påverkar människors liv och självuppfattning kommer de ofrånkomligt att snedvrider vetenskapliga studier, särskilt genom att öka risken för typ-2-fel (vi missar verkliga orsaksfaktorer eller behandlingseffekter som relaterar till andra fenotyper än de som studierna bygger på). Diagnoser kunde formuleras på basen av behandlingssvar (ex vis litiumrespons eller ökat lugn av små doser centralstimulantia), vilket skulle förenkla kliniken men riskera att framställa psykiatrin som en mer heuristisk praktik än många önskar. Bracken och Thomas argumenterar för narrativa diagnoser som formas som berättelser om psykiska problem där också kontextuella faktorer ryms. Ett annat alternativ är att skatta funktionsnedsättning och lidande globalt oavsett etiologi och sedan jämföra med alla andra tänkbara sårbarhets- eller skyddsfaktorer som kan kvantifieras eller sägas föreligga/inte föreligga (Anckarsäter, 2010). På så sätt kan varje problemtyp som är terapeutiskt relevant inkluderas i diagnosen som dynamiskt återspeglar förändringar i tillståndet eller behandlingseffekter. Sambanden mellan en individs problem och systematiska mellanmänniska skillnader i mentala egenskaper och beteenden, neurobiologi och molekylär genetik är dock med all sannolikhet icke-linjära och matematiskt komplexa.

Faktaruta 3. Rättspsykiatri

Den "positiva" eller "italienska" straffrätten (Ferri, Lombroso) och rättspsykiatrien hävdade från 1800-talets andra del att människans handlande är styrt av konstitutionella orsaksfaktorer som liksom allt annat i universum följer naturlagarna. Därmed blir tanken på "skuld" för brott som kan "sonas" genom straff absurd. En vetenskaplig modell för samhällets skydd mot oönskade beteenden inkluderar generella förebyggande insatser (allmänprevention) och behandling eller inkapacitering av enskilda brottsbenägna individer (individprevention) oavsett vad de kan eller inte kan "rå för". Psykiatrien får centrala uppgifter, som att bedöma vårdbehov och förutsättningar för olika vårdformer, bedriva psykiatrisk vård inom påföljdssystemet, bedöma farlighet och ansvara för frihetsberövanden enligt tvångslagar. Modellen är modernt vetenskapsbaserad, rationalistisk och antimetafysisk.

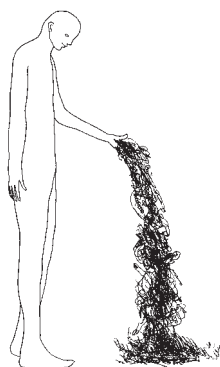
Under 1900-talets första hälft kom denna modell att få ett enormt internationellt genomslag. Ett känt exempel är överklassynglingarna Leopold och Loeb som i Chicago 1924 mördade en pojke bara för att försöka genomföra det "perfekta" brottet och sedan slapp dödsstraff därför att deras försvarsadvokat framställde dem som moraliskt handikappade, som "broken machines" (historien ligger till grund för flera filmer, bland andra Hitchcocks *Repet*). Tiden fram till mitten av 1960-talet blev en storhetstid för svensk rättspsykiatri. Olof Kinberg argumenterade för att begrepp som ansvar, skuld, tillräknelighet och viljefrihet var "transcendental bråte" som borde förpassas till "historiens sophög" (1914). 1965 års "Brottsbalk" ersatte straff med "påföljder" som innebar olika typer av "vård", till exempel Kriminalvård, Frivård, Ungdomsvård eller Slutna psykiatrisk vård/Rättspsykiatrisk vård, och försökte hantera de motstridiga uppfattningarna att människan saknar handlingsfrihet eller att hon både måste och har rätt att ta ansvar (Zaremba, 2006).

När Karsuddens sjukhus utanför Katrineholm invigdes 1964 var det som den första av fem eller sex planerade anläggningar för "unga behandlingsbara psykopater" som med psykiatriska behandlingsmetoder skulle hjälpas framåt från 'D-huset', utan sängar, gardiner eller aktiviteter, till ett samhällsanpassat liv i 'A-huset' med arbete i verkstaden och öppna vårdformer. Misskötsamhet och bristande följsamhet ledde till tillbakaflytt i "vårdkedjan". Folkhemmet skulle komma till rätta med kriminaliteten. En kort tid efter att den första anläggningen togs i bruk kom den postmoderna psykiatrikritiken och planerna på fler psykopatsjukhus skrinlades. Av tre rättspsykiatriska kliniker som byggdes enligt samma ritningar i Göteborg, Uppsala och Lund togs bara två i bruk efter att den tredje brandbombats av aktivister 1969. I USA överprövades principen att läkare kunde tvångsintaga personer som bedömdes vara farliga efter avtjänade fängelsestraff och tusentals sådana patienter frigavs på kort tid. Efter att de följts upp vetenskapligt och nästan ingen återföll i brott nådde förtroendet för rättspsykiatrien botten, som "flipping coins in the courtrooms" (Ennis & Litwack, 1974).

De senaste decenniernas forskning har dock visat att hälften eller mer av skillnaden mellan människor i risk att begå brott kan hänföras till genetiska effekter och/eller till överaktivitet i barndomen, uppförandestörning/antisocial personlighetsstörning, och missbruk (alltså diagnoser som främst beskriver normbrytande beteenden). Sådana uppgifter kan användas för att identifiera personer som kommer att begå brott i framtiden med en precision som är bättre än slumpen ("nothing predicts behaviour as behaviour"). Schizofreni och andra psykoser medför bara en måttligt ökad risk för våldsbrott som till största delen beror på att tidigt debuterande beteendestörningar och missbruk ökar risken för psykos och andra psykiatriska tillstånd (sambandet mellan psykiska störningar och brott är alltså minst dubbelriktat). Personer som begår upprepade våldsbrott skiljer sig personlighetsmässigt, kognitivt och biologiskt från normalbefolkningen och hos en stor majoritet finns kända sårbarhetsfaktorer.

Innebär då detta bevis för att människan inte har handlingsfrihet? Människors förutsättningar att avstå från brott i vårt samhälle är förvisso orättvist fördelade, men att iaktta en variation eller uppskatta betydelsen av genetiska effekter mellan familjemedlemmar (i regel tvillingar) är inte samma sak som att förklara bakgrunden till en viss handling. Vågorna i havet uppkommer av energi men består av vatten. Och om hälften av variansen mellan människor kan hänföras till genetiska effekter betyder inte det att hälften av alla brott eller halva brotten "beror på" gener eller att det överhuvudtaget finns genetiska varianter som kan kopplas till brott. I ett annat samhälle skulle brottsligheten se helt annorlunda ut.

Om din kollega fortfarande är djupt deprimerad, vilken behandling tror du på härnäst?



Oavsett vem du skulle vilja hjälpa är behandlingsresultaten ofta nedslående: Alltför många med depression svarar inte tillräckligt bra på första linjens behandling. Du funderar och funderar. Vad kan fungera? Vad är klokast?

Seroquel Depot (quetiapin) är ett nytt behandlingsalternativ vid depression som är indicerat för tilläggsbehandling av depressiva episoder hos patienter som inte svarar tillräckligt bra på anti-depressiv läkemedelsbehandling i monoterapi. Som tilläggsbehandling förbättrar Seroquel Depot MADRS från vecka 1 och hjälper fler patienter att nå remission.

Med erfarenhet och kunskap kan du, varje gång du möter en ny patient, väga de olika alternativen mot varandra och därigenom finna bästa möjliga behandling.

Hur väljer du härnäst?



STYRKA SOM SKAPAR STABILITET I LIVET



PSYKIATRIFONDEN

PSYKIATRIFONDEN

Bli medlem i Psykiatrifonden!

Psykiatrifonden är en svensk, ideell insamlingsstiftelse med målsättningen att samla in medel till forskning inom hela det psykiatriska fältet. Medel delas ut årligen, senast 1 miljon kronor.
För att fortsätta att aktivt kunna stödja svensk forskning inom området, behöver vi dig som medlem!

Du betalar in till Plusgirokonto 90 07 501 eller Bankgirokonto 900-7501.
Årsavgift: 100:- för enskild medlem
Ständig medlem: 2000:-
Stödjande medlem/företag: 10 000:-/år.
Gåvor från enskilda och organisationer är varmt välkomna.

Om Du önskar ytterligare information tag kontakt med Psykiatrifondens ordförande Lise-Lotte Risö Bergerlind, lise-lotte.risobergerlind@vgregion.se, tfn 033 616 40 55.

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

Jag stödjer Psykiatrifonden:
Arvid Lagercrantz

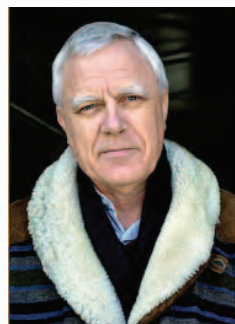


Foto: Ulla Montan

Sök forskningsanslag från Psykiatrifonden!

Psykiatrifonden delar ut medel en gång per år. Medel ges företrädesvis till yngre odisputerade forskare under handledning. Summan varierar beroende på hur mycket vi får in i medlemsavgifter och gåvor. Senaste datum för att söka årets forskningsanslag är 15/8 2011.

Du skickar Din ansökan elektroniskt till:
ansokan@psykiatrifonden.se
Läs mer på www.psykiatrifonden.se

Välkommen med Din ansökan!

PSYKIATRIFONDEN