

Tidskriften för Svensk Psykiatri

#3

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Barn- och Ungdomspsykiatriska Föreningen
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - aug 2008

TEMA Självhjälp utanför psykiatrin



Dr Phil har gjort en förmögenhet på psykologisk rådgivning.

TEMA Vad innebär självhjälp? Det kan ju vara allt från vederhäftiga kognitiva beteendeterapeutiska böcker till rena frälsarlitteraturen. Om man nu ska rekommendera patienter självhjälp - hur ska man göra då? Var finns den på nätet? Vilka böcker är bra och vilka är dåliga? Till nästa nummer önskar vi få ännu mera svar på den frågan. Skicka gärna bokrecensioner. Framförallt om något är extra bra. Se SID 3; 24-26; 30-31

ÖVRIGT ECT-behandlingen har under många år varit ifrågasatt trots dess vetenskapligt bevisade effektivitet. Mer vetenskapliga publikationer önskas av Nordic Journal of Psychiatry. Multifamiljeterapi presenteras, liksom strategier för tidiga insatser. Dessutom publiceras Niklas Rådströms tal om psykiatri från SPF-ST:s konferens i Saltsjöbaden. Och så diskuteras hur man kombinerar ICD och DSM. Se SID 8-10; 12-16; 20-21; 35 & 40

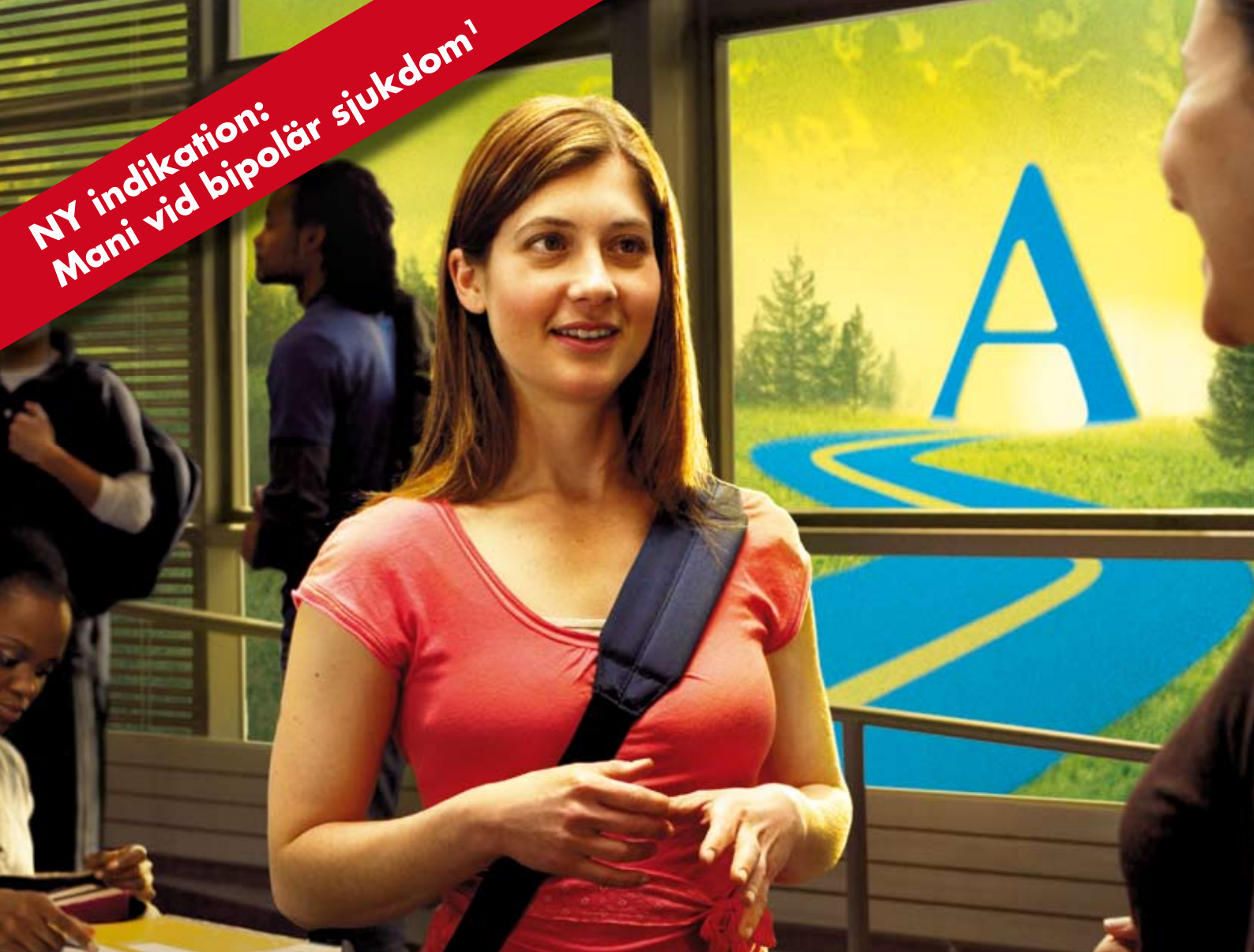
DEBATT Claes davidson ger sig inte. Nu läxar han upp skribenten till det senaste inlägget. Han håller sig själv högt och står för det. Göran Isacson ger sig in i debatten som utlöstes av Christoffer Rahms publicerade tal om psykiatrin. Isacson menar att de allra flesta av skribenterna skulle kunna enas om en naturvetenskaplig grundsyn som inrymmer etiken. För etik krävs ju inom all medicinsk verksamhet. Se SID 32-34



Ansvarig utgivare och huvudredaktör - David Eberhard



**NY indikation:
Mani vid bipolär sjukdom¹**



ABILIFY® (aripiprazol) är indicerat för behandling av schizofreni och nu också godkänt för **behandling** av måttlig till svår **manisk episod** vid bipolär sjukdom och för **profylaktisk behandling** av återfall i **nya maniska skov** hos patienter med huvudsakligen maniska episoder och vars maniska episoder svarat på **ABILIFY®**-behandling.¹

Referens: 1. SPC 2008.

ABILIFY® (aripiprazol) för behandling av schizofreni. **ABILIFY®** för behandling av måttlig till svår manisk episod vid bipolär sjukdom och för profylaktisk behandling av återfall i nya maniska skov hos patienter som haft huvudsakligen maniska episoder och vars maniska episoder svarat på aripiprazolbehandling. **ABILIFY® injektionsvätska** för att snabbt få kontroll på agitation och stört beteende hos patienter med schizofreni, när peroral behandling inte är lämplig. **Förpackningar och styrkor:** Tablett 5 mg, 10 mg, 15 mg, 30 mg. Munsönderfallande tablett 10 mg, 15 mg. Oral lösning 1 mg/ml, 150 ml. Injektionsvätska 7,5 mg/ml. **Övrig information:** Abilify är receptbelagt och förmånsberättigat. För fullständig information och pris se www.fass.se. Texten är baserad på produktresuméer februari 2008 (injektionsvätska) och mars 2008 (övriga beredningar).

Behandla idag för en väg framåt

ABILIFY®
(aripiprazol)

Hjälp utanför psykiatrin

REDAKTIONELL
LEDARE

Hur lätt är det inte att se sig och psykiatrin som det där avgörande för att patienten ska få hjälp. Oftast med hjälp av anhöriga och nätverk förstås, men även då ser vi väl lätt att vi är inblandade på något sätt. Och så plötsligt inser man att man är en bland många som är med i leken! Ibland är det något annat "proffs" som skrivit den där boken som blev helt avgörande för personens syn på hur han eller hon skulle gå vidare, ibland är det en annan medmänniska som ger den verkligt verksamma hjälpen. Ibland är det andra personer som gått igenom liknande lidande och nu verkar inom en intresse- eller anhörigförening som känns säkrast att lita på.

"Fast utbudet är rikt finns det också patientgrupper som som sällan eller aldrig nås av någon bra självhjälpsslitteratur"

Och hur förhåller vi inom psykiatrin oss till sådan hjälp som kanske snarare sätter käppar i hjulet för "vår" hjälp? Självhjälpböcker av diskutabel kvalitet, underliga tips i en TV-självhjälpsshow eller forum på internet där vettiga inlägg blandas med vissa skribenters skräckbilder av psykiatrin så att man knappast törs ha något med den att göra efter att ha läst...

De som får all sin hjälp utanför psykiatrin träffar vi inte alls. De som håller sig nyktra med hjälp av AA. Tonårstjejen som går på Stadsmissionens verksamhet och på så sätt lyckas vända sin begynnande nedstämdhet och ätproblem utan minsta skymt av någon psykiater eller psykolog. De som väljer att vända sig till en annan hjälpinstans – medicinmän från den kulturkrets man kommer eller kanske en healer eller homeopat?

Fast utbudet är rikt finns det också patientgrupper som sällan eller aldrig nås av någon bra självhjälpsslitteratur, mindfulness-CD's eller brukarorganisationer. Kanske är det en god idé att vi sätter oss in i vad som faktiskt är utmärkta tillägg och komplement till det vi har att erbjuda och tipsar våra patienter och deras närstående. Ett litet bibliotek i väntrummet med inspirerande och upplysande böcker kan kanske vara något? Vilket förutsätter att man läst dem själv!

Det är inte alltid så lätt för oss inom psykiatrin att få kläm på vad våra patienter tar del av förutom det vi har att erbjuda och att sedan dessutom kunna värdera om det verkar hjälpsamt eller ej...

Och vi kan själva vara en del av utbudet genom att skriva böcker, delta i frivilligorganisationers och brukarföreningars möten, kolla in internetsajter som vänder sig till vår patientgrupp. I detta num-



mer blir det några nedslag i utbudet av hjälp för psykiskt lidande som finns utanför våra arbetsplatser.

TIDSKRIFTEN FÖR SVENSK PSYKIATRI

Huvudredaktör och ansvarig utgivare:

David Eberhard (redaktoren@svenskpsykiatri.se)

Redaktörer:

Daniel Frydman (daniel.frydman@sl.se)
Tove Gunnarsson (tove.gunnarsson@sl.se)
Camilla Hallek (camilla.hallek@sl.se)
Per Lindqvist (per.lindqvist@ki.se)
Kristina Sygel (kristina.sygel@rmv.se)
Björn Wrangsjö (bjorn.wrangsjo@sl.se)

Annonser och material till:

redaktoren@svenskpsykiatri.se

Omslag:

Dr Philip McGraw 34th Annual Daytime Emmy Awards Kodak theater Hollywood. Bild Glenn Weiner/ Stargate/IBL

Det är mycket nu . . .

LEDARE
SPF

Ordförande
Christina Spjut

Knappt har beslutsstödet för sjukskrivning vid depression, ångest-sjukdomar och utmattningssyndrom blivit klart förrän allt flera nyheter dyker upp. Regeringen har varit särskilt aktiv inom psykiatriområdet och nyheter spottas ut i ökande takt.

Jag har prenumererat på nyheter från Socialdepartementet och får minst ett nyhetsmail om dagen: Nu finns lag om rehabilitering, satsning på rehabiliteringskoordinator i företagshälsovården, satsning på utbildning och kompetens i psykiatri, utredning av metoder för bedömning av arbetsförmåga mm mm. Det är inte lätt att hålla sig à jour med allt som händer och att se till att våra patienter och våra verksamheter får tillgång till information allt detta nya. Intressant är ändå att Regeringen nu visar att man har förstått att psykisk sjukdom är en mycket viktig orsak till arbetsoförmåga och sjukskrivning och att det finns ett mycket stort eftersatt behov av kontinuerlig fortbildning för alla psykiatriers medarbetare.

Privatiseringen av primärvården i Stockholm har kommit ganska långt. Nu är det psykiatriens tur. Underlagen för upphandling av både BUP och vuxenpsykiatri kommit i början av juni. Underlagen är om-

och inte lätta att hantera. Särskilt eftersom anbudet skall vara inkomna i slutet av augusti. Det är sannolikt att de aktörer som får i uppdrag att producera BUP eller vuxenpsykiatri är några av de stora, multinationella aktörer vi redan nu har på den svenska sjukvårdsmarknaden. Så särskilt mycket av mångfald lär det nog inte bli. Samtidigt är det intressant att notera att vi redan nu utför ett så komplext och komplicerat uppdrag att beskrivningen kräver så många deldokument för att låta sig beskrivas. Och ändå saknas förmodligen en hel del. Finns det i dokumentmas-

av alla nya och gamla vårdproducenter eller är den någonting som man ostraffat kan fortsätta att dra ned på? Och fortfarande

"Nytt är förstås att vi som anställda inom psykiatri får flera arbetsgivare att välja mellan även på samma ort"

verkar det oklart hur LPT riktigt ska hanteras framöver.

Avtal om arbetsuppgifter

Nytt är förstås att vi som an-

bildning och – inte minst – den kliniska forskningen? Hittills har vi ofta bara sökt en tjänst och kanske förhandlat vår lön. Framöver blir det ännu viktigare att också sluta avtal om t.ex. fortbildning och möjlighet att forska. Och våra nya arbetsgivare vill kanske sluta avtal om vilka arbetsuppgifter vi ska utföra och vilken volym vi ska prestera. Det blir en ny värld för oss som hittills varit offentliganställda. Det är intressant att notera att de privata producenterna av geriatrik i Stockholm verkar kunna attrahera unga, nyblivna specialister i geriatrik. Kanske har nya grupper av arbetsgivare intressanta erbjudanden att komma med även till oss psykiatriker



fattande – med 29 bilagor på fil för vuxenpsykiatri och 26 dito för BUP -

san beskrivet hur vi utbildar och handleder medicinstudenter, AT-läkare och ST-läkare? Kommer beställarna att bevaka att vår fortbildning garanteras

ställda inom psykiatri får flera arbetsgivare att välja mellan även på samma ort. Hur kommer detta att påverka våra löner, våra arbetsvillkor, vår fort-

och kanske kan privat psykiatri vara intressant att arbeta i?

Att bli sig själv igen - med effektiv behandling

Med en effektiv behandling uppnår du ett långvarigt resultat. Det krävs för att depressionspatienten ska bli fullt återställd och hitta tillbaka till sitt vanliga jag igen. Cipralex® (escitalopram) är ett modernt och effektivt antidepressivt läkemedel. Det finns idag omfattande långtidsdokumentation med Cipralex både vid depression och ångest (generaliserad ångest, tvångssyndrom och social fobi).¹⁻⁷ Dessutom har Cipralex en fördelaktig biverknings- och utsättningsprofil.⁸⁻¹² Det är också en viktig faktor för den som är på väg att bli sig själv igen.

Lundbeck  **Cipralex**
escitalopram
Tillbaka till livet

Cipralex® (escitalopram) R_x (F) INDIKATIONER: Depression, paniksyndrom, social fobi, generaliserad ångest och tvångssyndrom (OCD) SPC 2007-05-11. 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) Boulenger et al Curr Med Research and Opinion, Vol 22, No 7, 2006, 1331-1341. 2) Wade et al Curr Med Research and Opinion Vol 23, no 7, 1605-1614. 3) Hyman Rapaport et al Journal of Clinical Psychiatry 2004; 65:44- 49. 4) Allgulander et al Internat Journal of Neuropsychopharmacology 2005, 9, 1-11. 5) Fineberg et al European Neuropsychopharmacology 2007, may Jun (6-7) 430-439. 6) Montgomery et al Clinical Journal of Psychiatry 2005; 66:1270-1278. 7) Lader et al Depression and Anxiety 2004;19:241-248. 8) Wade et al Curr Med Research and Opinion Vol 23, no 7, 1605-1614. 9) Khan et al Clin Drug Invest 2007;27 (7): 481-492. 10) Montgomery et al Neuropsychobiology 2004; 50:57-64. 11) Baldwin et al Br Journal of Psychiatry 2006; 189: 264-272. 12) FASS.se

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

BUPs Vårmöte 2008

2 – 4 april

**BUP
LEDARE**

**Ordförande
Lena Eidevall**

Svenska föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri genomförde sin årliga Kongress, det s.k. Vårmötet i strålande vårväder i lärdomsstaden Lund. Knappt 200 deltagare kunde välja mellan ett stort antal seminarier och föredrag på temat "Tidiga interventioner".

Och dagarna spände över vitt skilda teman som samspelsbehandling, befolkningsinriktad prevention, arbete på SIS institution, hur vuxna kan stötta unga på Internet, arbete med multisystemisk familjeterapi, forskning, bipolär sjukdom, tvångsvård, arbete med unga vuxna, användning av intervjuer för diagnostik, affekt-

"Dagarna spände över vitt skilda teman som samspelsbehandling, befolkningsinriktad prevention mm . . ."

teori

Mötet inleddes med musik av en av Lunds Idolvinnare och avslutades med en panel som reflekterade över de utmaningar vi står inför kring ungas psykiska hälsa .

Inledningstalare var professor Robert Goodman från Maudsley i London, som under rubriken "Making life easier for ourselves and families: Using



the online DAWBA to take some of the hard work out of detailed assessment " med underbar torr engelsk humor tog oss alla med i funderingar kring diagnostik, användande av teknik, moderna hjälpmedel, standardisering och välutbildad personal och angav tonen för det som blev ett lyckat 3 dagars möte.

Moderator för hela kongressen var professor Carl-Göran Svedin. Han lotsade alla igenom dagarna med värme och vänliga ord och uppmuntrade föreläsare och deltagare till aktiva dialoger och frågestunder.

Styrelsen vill tacka de lokala värdarna på BUP- kliniken i Lund med Verksamhetschefen Morgan Johansson i spetsen . Vi vill samtidigt uppmärksamma samtliga verksamhetschefer inom BUP i Sverige att i fortsättningen prioritera denna årliga kongress. Under föreningens årsmöte var denna punkt upp till livlig diskussion och man konstaterade att Vårmötet är ett unikt tillfälle som infaller en gång varje år där läkare och övriga professioner inom barnpsykiatri kan träffas tillsammans med chefer, samarbetspartners och forskare för att utbyta erfarenheter och lära nytt. Vårmötet är den svenska barnpsykiatriens egen kongress och årets möte gav ett starkt stöd för att detta är en angelägenhet och tradition att hålla fast vid.



Sol, sommar och nyhetstorka

När journalister inte har annat att skriva om då blir vi i den rättspsykiatriska vården populära. Kanske kan man hitta någon som rymt, som återfallit i brott eller fått "för tidig" permission. Hittar sensationsjournalisten sedan en sommarvikarierande chefsöverläkare som darrar på målet då kan det bli en riktigt häftig artikel. Detta kommer vi nog aldrig ifrån så länge man kan sälja lösnummer på allmänhetens rädsla för psykisk sjukdom men vi kan bli mer offensiva.

Den rättspsykiatriska vården är inte någon bakgård till allmänpsykiatri utan oftast en mycket välfungerande verksamhet som i hälsoekonomiskt perspektiv förmodligen också är mycket lönsam för

samhället. Detta skulle man kunna forska mer på.

Rättspsykiatri kan visa upp välutredda och välbehandlade patienter som följs under lång tid oftast med en god personal-

**SRF LEDARE
ORDFÖRANDE
Lars Eriksson**

kontinuitet. För många patienter kan en dom till vård innebära en andra chans.

Kvalitetsregistret är i gång

Och genom kvalitetsregistret kommer vi kunna visa på

en del av den rättspsykiatriska vårdens förutsättningar och resultat. Kvalitetsregister, regelbundna skattningar med instrument som HCR20 och SORM är guldgruva för den som vill titta närmare på och granska vår verksamhet. Dessutom pågår ett antal forsknings- och utvecklingsprojekt som förtjänar att lyftas fram. Läkarstämman i november ligger där närmast i tiden

Torsdag eftermiddag under Läkarstämman har föreningen sitt program av fria föredrag och årsmöte. 29 augusti ska abstracts ha kommit in via Läkarföreningens hemsida

Bidrag till Svensk Psykiatri

Att skriva artiklar i tidskriften är ett utmärkt sätt för oss

att synas och skapa debatt i viktiga frågor. Vi behöver ett antal medlemmar som tycker om att skriva och som våra representanter i redaktionen kan vända sig. Ta kontakt med någon i styrelsen om du är intresserad.

Det är viktigt att vi har aktuella e-postadresser till föreningens medlemmar. Vi kommer från i höst att försöka så långt möjligt distribuera all medlemsinformation via e-post. Adressändringar kan meddelas till vår sekreterare. Vi hoppas också att under hösten kunna återuppliva föreningens hemsida.

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN STYRELSE

Ordförande: Christina Spjut

(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Vice ordförande: Lise-Lotte Risö Berglind

(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Sekreterare: Hans-Peter Mofors

(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Skattmästare: Olle Hollertz (skattmastare@svenskpsykiatri.se)

Vetenskaplig sekreterare: Tove Gunnarsson

(vetenskaplig.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Facklig sekreterare: Dan Gothefors

(facklig.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Redaktör för Svensk Psykiatri: David Eberhard

ST-representant: Johan Lundberg

(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

Riksstämmosekreterare: Rolf Adolfsson

(riksstamman@svenskpsykiatri.se)

Kansli

SPF; 851 71 Sundsvall

kanslisten@svenskpsykiatri.se

SVENSK FÖRENING FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRI STYRELSE

Ordförande: Lena Eidevall

(lena.eidevall@skane.se)

Vice ordförande: Kerstin Malmberg

(kerstin.malmbeg@sl.se)

Facklig sekreterare: Mie Lundqvist

(mie.lundqvist@lj.se)

Kassör: Catharina Winge Westholm

(catharina.wingewestholm@lthalland.se)

Vetenskaplig sekreterare: Jan-Olov Larsson

(jan-olov.larsson@ki.se)

Ledamot: Christer Olsfelt (christer.olsfelt@vgregion.se)

Ledamot Marie Törnqvist (marie.tornqvist@lvn.se)

ST-representant Anna Steen (anna.sten@sl.se)

SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN STYRELSE

Ordförande: Lars Eriksson

(lars.eriksson@vgregion.se)

Vice ordförande: Kristina Sygel (kristina.sygel@rmv.se)

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

Facklig sekreterare: Lars-Håkan Nilsson

(lars-hakan.nilsson@kriminalvarden.se)

Sekreterare: Margareta Lagerkvist

(margareta.lagerkvist@vgregion.se)

Kassör: Mats Persson (mats.persson@lvn.se)

ST-frågor: Katarina Wahlund (katarina.wahlund@ki.se)

Kaj Forslund (kaj.forslund@nvso.sl.se)

Christina Karlsson (christina.e.karlsson@lio.se)

Patrik Myrén (patriarken1973@hotmail.com)

ECT – En 70-årig kritiserad men välfungerande metod

Under dagarna 9-11 April, ordnade med Nordic Association for Convulsive Therapy (NACT) och Psykiatrien i Vestfold HF, Norge, det 6:e Nordiska erfarenhetsmötet om ECT. Datum och innehåll var valt mot bakgrund av behandlingsmetodens 70 årsjubileum. Enligt journaluppgifter från upphovsmännens arkiv gavs den första ECT-behandlingen den 11 april 1938 kl. 11.15 i Rom av Cerletti och Bini.

Behandlingsformen har varit hårt kritiserad, men dess terapeutiska värde är idag väl vederlagt. Behandlingen kräver specialistkompetens, och behovet för kunskapsutveckling inom området är stort. Nordic Association For Convulsive Therapy (NACT) grundades 2003 och vårt huvuduppdrag är att arrangera erfarenhetsmöten och konferenser för att sprida kunskap om ECT och vara

med ECT i Danmark, Finland, Island, Sverige och Norge.

Kursprogram och möjligheter att anmäla sig sändes per post till dem adresser vi hade på tidigare deltagare och därmed medlemmar i föreningen för ECT (NACT). Det fanns även möjlighet att anmäla sig till kongressen via internetadressen www.piv.no. Konferansen hölls på engelska, svenska och norska.

Sammanfattande presentation av föredragshållare och föredrag:

Max Fink

Professor Emeritus. USA. Har publicerat studier av ECT sedan 1952, och var i många år redaktör för tidskriften Convulsive Therapy. Han har skrivit flera Böcker, bl.a. Etichs and ECT tillsammans med Jan-Otto Ottosson 2004. Hans senaste bok utgavs 2006 och var skriven tillsammans med Michael Taylor: Melancholia: The Diagnosis, Pathophysiology and Treatment of Depressive Dis-

Psykiatrien i Vestfold HF
Kurs- og kompetanseenheten

HELSE SØR-ØST

en kollegial mötesplats i Norden för utbyte av erfarenhet inom el-behandlingen och dess metodik.

ECT verkar över flera mekanismer och har stor terapeutisk bredd. Detta innebär både möjligheter att behandla fler sjukdomstillstånd och risk för alltför vidlyftig användning av ECT utanför indikationsområdena. Detta reser frågeställningar av behandlingsmässig och etisk art.

För att tillvarata behandlingsformens anseende inom läkekonsten och inom allmänheten, är det nödvändigt att behandlingsteamet (psykiater, psykiatrisjuksköterskor, anestesiläkare och anestesijuksköterskor) har tillräckliga kunskaper om ECT och ECT:s roll i behandlingen för den enskilde patienten.

Kongressen hölls på Rica Park Hotel, Sandefjord, i Norge. Den var godkänd av den norska Läkarföreningen och det norska Vårdförbundet. Erfarenhetsmötets riktade sig till Psykiatriker, ST-läkare, sjuksköterskor samt annan vårdpersonal som arbetar

orders. Hans föredrag behandlade ämnet: Melankoli – en huvudindikation för ECT.

Jan-Otto Ottosson:

Professor Emeritus. Han är pionjär inom utvecklingen av ECT, och har en stor bredd inom det psykiatriska kunskapsfältet. Han har bland annat skrivit den lärobok som använts inom svensk psykiatriutbildning de senaste decennierna. Tillsammans med Max Fink har han nyligen utgivit boken Ethics and Electroconvulsive Therapy. Hans föredrag beskrev Elbehandlingens historia och utveckling under sju decennier.

Kitty Dukakis

Har haft återkommande djupa depressioner och sekundärt svårt missbruk i många år. Hon fick ECT först efter 17 år av lidande, och har tillsammans med journalsten Larry Tye skrivit en bok om sina erfarenheter och användningen av ECT i USA. Hon har anlitats flitigt som föredragshållare i dessa frågor, bl.a. på APA 2007 i San Diego, CA. Hon har engagerat sig i hur behandlingen varit och är svårtillgänglig för breda grupper, inte minst de fattiga i USA, och vilka konsekvenser detta kan få.

Michael Dukakis

Tidigare guvernör i Massachusetts, USA. Han var demokraternas presidentkandidat i 1988. Han är gift med Kitty Dukakis. Hans bror fick ECT på 1950-talet.

”För att tillvarata behandlingsformens anseende är det nödvändigt att behandlingsteamet har tillräckliga kunskaper”

**Kitty Dukakis har
haft återkommande
djupa depressioner.
Hon fick ECT först
efter 17 år**

norska regeringen på socialdepartementet.

Ing-Marie Wieselgren

Specialist i psykiatri. Hon var tidigare huvudsekreterare i kommittén som utarbetat riktlinjer för psykiatrisamordningen mellan stat, kommuner –och lands-

Han föreläste tillsammans med sin hustru och förmedlade anhörigperspektivet på svår och otillräckligt behandlad depressionssjukdom.

Helge Worren

Specialist i allmänmedicin och samhällsmedicin. Arbetar nu på avdelningen för psykisk hälsa för den

Specialist i psykiatri. Han var tidigare ansvarig för ECT på den psykiatriska kliniken i Tønsberg, Norge. Han är ledamot av styrelsen i NACT. Han berättade om den första dokumenterade el-behandlingen med positivt terapeutiskt utfall, som gavs den 11:e april 1938 kl.11.15.

Arne Repål

Psykolog. Han är förvaltningschef för psykiatrin i Vestfold HF. Han har skrivit flera böcker om behandling av patienter med psykiska besvär, bl.a. om kognitiv terapi.

Förutom de ordinarie föreläsningarna engagerades deltagarna i sex olika arbetslag för att utbyta erfarenheter ur vissa specifika perspektiv som:



ting i Sverige. Tillsammans med Helge Worren presenterade hon ECT: s ställning i de två nordiska länderna. Konsekvenserna av den norska lagstiftningen med krav på skriftligt samtycke och svårighet att ge ECT vid tvångsvårdskrävande tillstånd diskuterades.

Björn Mårtensson

Specialist i psykiatri. Han är universitetslektor vid Karolinska institutet i Solna. Han har forskat på ECT. Han arbetar för SBU som bl.a. har värderat ECT i behandling av depressioner. Hans föreläsning belyste om det verkligen var dem rätta patientgrupperna med psykisk sjukdom som fick ECT-behandling.

Dag Norem

Specialist i psykiatri. Han är ledamot i styrelsen för NACT. Han har tidigare haft huvudansvaret för ECT vid den psykiatriska avdelningen på Sjukhuset i Østfold, Norge. Han arbetar nu som privatpraktiserande psykiater. Han föreläste under rubriken: Konservativa eller liberal användningen av ECT i det moderna samhället.

Marco Nobis

Specialist i psykiatri. Han är styrelseordförande i NACT. Han arbetar på psykiatrisk kliniken i Trelleborg. Hans föreläsning handlade om hur allmänheten informeras via ett modernt media som exempelvis fri sökning på olika sökmotorer inom Internet. Hur man kan sprida ovetenskapliga och falska bilder av psykiatrin och dess olika behandlingsmetoder.

Per Lapins

Journalist. Han har skapat ett TV-program om den perioden då han var allvarligt deprimerad. Han fick ECT och berättar om sina erfarenheter.

Visade sin egen film som SVT visat hösten 2007 med titeln: "Den deprimerade reportern." Han kommenterade själv filmen med möjlighet för auditoriet att ställa direkta frågor.

Roar Verde

*ECT integrerat i annan behandling.

*Kommer ECT bli accepterat som en "neutral", icke stigmatiserande behandlings metod?

*Kan teknisk utveckling ge bättre effekt och reducera biverkningar?

*Har ECT specifika kognitiva biverkningar?

*Val av stimuleringsparametrar och monitorering.

*ECT och relationen till massmedia.

Sammantaget ur ovanstående perspektiv uppfattades kongressen som givande, även ur social synvinkel, vilket skall utvärderas vidare med hjälp av schema som samtliga deltagare fick för en möjlighet att fylla i och lämna in under kongressens sista dag.

Marco Nobis

Ordförande NACT

Håkan Odeberg

Styrelseledamot, NACT.

**Skriv en bok-
recension till
tidningen:**

**Maila till
redaktoren@
svenskpsykiatri.se**

Hur skapar man harmoni mellan ICD och DSM?

Arbetet med jämförbarhet mellan ICD och DSM fortsätter. WPA:s engagemang i WHO:s revidering av ICD berör den svenska psykiatri.

Inom svensk psykiatri har användning av kriteriebaserad multi-axial diagnostik enligt DSM-IV-R ett starkt stöd. Ett problem har varit att det har saknats en fullt utvecklad modell för att knyta DSM-IV-R:s diagnoskategorier till ICD-10-koder. Eftersom ICD-10-koder krävs för diagnosrapportering till Socialstyrelsens patientregister har detta blivit ett hinder för att konsekvent använda DSM-IV-R i diagnostiken. Socialstyrelsens enhet för klassifikationer har nu fått i uppdrag att ta fram en officiell standard för hur diagnoskategorierna i DSM-IV-R ska kodas med ICD-10-koder. Arbetet leds av Lars Berg och en arbetsgrupp har bildats bestående av Mattias Agestam, Bo Ivarsson, som båda deltog i framtagande av den sk LF-grupperingen, Jörgen Herlofson, välkänd som store introduktören av DSM-systemet och som också deltog i arbetet med LF-grupperingen, Annika Stenman, med erfarenhet av DSM i kliniken, samt Stephan Ehlers, som tillför BUP-perspektivet och som har bedrivit omfattande utbildningsverksamhet i diagnostik och klassifikation.

Gruppen har under våren lagt upp riktlinjer för arbetet. Målet är att göra det möjligt att i den diagnostiska processen

använda DSM-IV-R manualens kriteriebaserade beslutsstöd och komma fram till diagnoskategorier som har fastställda ICD-10 koder. För att möjliggöra detta kommer dels ICD 10:s s.k. "fördjupningskoder" att användas, dels kommer det att behöva tillföras ytterligare ett antal "svenska fördjupnings-

"Målet är att göra det möjligt att använda DSM-IV-R-manualens kriteriebaserade beslutsstöd och komma fram till ICD-10-koder"

koder" enligt samma modell som Socialstyrelsen har tillämpat inom andra specialiteter.

Under den närmaste tiden kommer gruppen att ta fram förslag på vilka koder i DSM som skall föreslås jämföras med motsvarande i ICD.

SPF tackat ja att ingå i WPAs nätverk

Nyligen tackade också SPF:s styrelse ja till att ingå i WPA:s nätverk "WPA Global Network of Classification and Diagnostic Groups". Som arbetsgrupp utsågs Mattias, Bo, Jörgen och Annika som redan engagerats i SoS arbete ovan, samt Hans Ågren.

Nätverkets första uppgift rör revisionen av F-kapitlet i ICD10 i samarbete med WHO:s klassifikationsansvariga. Den andra huvuduppgiften är att delta i utveckling av ett bredare koncept inom WPA för diagnosklassifikation, som man kallar för "Person-centered Integrative Diagnosis" (PID). Det betyder t ex att gränsen mellan ICD och ICF ska beaktas, en fortsatt strävan till harmonisering mellan ICD och det multi-axiala synsättet i DSM, överväganden att bl a inkludera livskvalitet i det diagnostiska konceptet, mm.

För en översikt av WHO:s planer, se <http://extranet.who.int/icdrevision>. Av särskilt intresse är revisionsarbetet kommer att bedrivas med en internetbaserad dia-

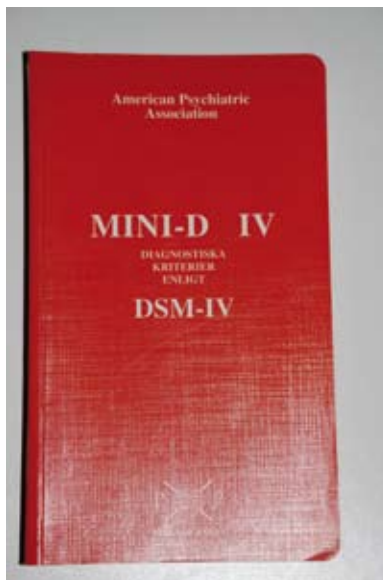
"Läs mer om detta på http://www.who.int/classifications/icd/Press_release_ICD_Revision.pdf"

logyta. Läs mer om detta på http://www.who.int/classifications/icd/Press_release_ICD_Revision.pdf

För en djupare introduktion till WPA:s utvecklingsarbete hänvisas till Editorial "Towards innovative international classification and diagnostic systems: ICD-11 and person-centered integrative diagnosis" publicerat i Acta Psychiatr Scand 2007; 116: 1–5.

SPF:s arbetsgrupp har hittills endast bidragit med synpunkter på en enkät som förbereds.

De båda grupperingarna avser att återkomma med fortlopande information när väsentliga steg tas.



**Annika Stenman
Bo Ivarsson
Hans Ågren
Jörgen Herlofson
Mattias Agestam
Stephan Ehlers**



Jag kan börja **leva** igen.

börja arbeta igen umgås med vänner skratt
tid med familjen

Att endast stå ut, eller verkligen leva? Vad är egentligen remission? För oss är remission när patienten fullt ut kan känna glädje för sådant som intresserade henne innan depressionen fick fäste; att hon får komma hela vägen tillbaka.

När anser du att din depressionspatient uppnått symtomfrihet? Vad bör målet vara; att överleva vardagen eller verkligen leva?


Cymbalta®
duloxetine
hela vägen tillbaka

Cymbalta® (duloxetine). N06AX21. R., För behandling av egentliga depressionsepisoder. För behandling av smärtsam diabetesneuropati hos vuxna. Startdos och rekommenderad underhållsdos är 60mg en gång dagligen. Kapslar 30 mg x 28, 60 mg x 28 och 60 mg x 98. F. Datum för översyn av produktresumén: 2007-08-28. För mer information och priser, se www.fass.se. Eli Lilly Sweden AB. Box 721, 169 27 Solna, 08-737 88 00, www.lilly.se. Boehringer Ingelheim AB. Box 47608, 117 94 Stockholm, 08-721 21 00, www.boehringer-ingelheim.se.

Familjer som hjälper familjer – Multifamiljeterapi vid anorexia nervosa

”Precis som familjer formade samhällen genom att hjälpa varandra långt innan ”psykoterapi” fanns, formar multifamilje grupper ett ersättningsammanhang som kommer att fylla samma funktion”

Peter Laqueuer

Vi har idag en stor uppmärksamhet på psykiatri, dess svårigheter och utmaningar. Detta kallas ibland för ”psykiatrins kris”, och

”Att lära sig att äta på sjukhus är en sak, att ta hand om sig själv och våga äta ute i verkliga livet är ofta något annat”

har mycket fokus på bristen av sängplatser på sjukhusen – och mindre på behandlingens egentliga innehåll. När vårdplatser inte längre finns och patienterna får svårt att klara sig ute i samhället kommer kravet på att få tillbaka dessa vårdplatser. Men vistelse inom slutenvården är inte enbart av godo. Patienter med

svår psykisk sjukdom riskerar att tappa sin förmåga till självomhändertagande, och om inte det naturliga sociala sammanhanget hjälper till återstår myndigheterna - sjukvård och socialvård.

Många psykiskt sjuka drivs in i ensamhet, både av sjukdomen och av att tillbringa långa perioder på sjukhus. För allt för många blir sjukhuset den enda familjen. Sjukhuset går in som den trygga föräldern och ser till att allt blir bra.

Den moderna psykiatri vi har idag karakteriserats av en brist i resurser – men också av ett stort framsteg - att i allt större omfattning se behandlingen av psykiska sjukdomar som ett samarbete med patienten och anhöriga. Anhöriga och patientorganisationer blir allt mer involverade, och den gemensamma frågeställningen blir allt mer: Hur skall patienten kunna leva ett meningsfullt liv med en sjuklighet som kan vara hela livet?

Inom psykiatri har vi inga kausala behandlingar, vår behandling kan hjälpa patienten och familjen att gå mot sjukdomen, och begränsa sjukdomens effekter. Genom att göra det kan en del tillfriskna. Vid våra sjukdomar som anorexia nervosa och schizofreni klarar oftast inte

patienten av att gå mot sjukdomen på egen hand, och vi vet att patienter med dessa diagnoser hör till de som har de längsta sammanhängande vårdtiderna inom psykiatrisk slutenvård.

Patienter med anorexia nervosa insjuknar vanligen i tidiga tonår, när förmågan till självomhändertagande inte fullt har utvecklats. De är därför helt beroende av att familjen med stöd av det naturliga nätverket kan hjälpa dem, annars kan de riskera att bli helt beroende av sjukvårdens omhändertagande. När patienter med anorexia nervosa blir inlagda, oftast i samband med en uttalad viktnedgång och en uttalad medicinsk fara, upplever oftast alla inblandade en stor lättnad; nu behöver man inte vara rädd för att patienten skall dö av svält. Föräldrarna kan känna sig lite lugnare och patienten kommer förhoppningsvis i en miljö med personal som inte blir rädda och provocerade av patientens rädsla för mat. I bästa fall skapas en trygg situation för patienten, som med mycket stöd vågar äta så att hon/han börjar gå upp i vikt, och vågar fortsätta med det även när ångesten ökar i samband med viktökningen. Ibland kan detta ta lång tid, många månader, och när patienten skrivs ut möter hon/han en förvånad familj som är glada över att hon/han gått upp i vikt och verkar friskare, men förstår inte hur det gått till. Detta innebär ofta att när patientens rädsla för maten på nytt gör entré, så står alla oförbredda. Att lära sig att äta på sjukhus är en sak, att ta hand om sig själv och våga äta ute i verkliga livet är ofta något annat. Snart har patienten gått ner i vikt igen och maktlösheten inför sjukdomen har tagit över både



patient och familj. På nytt blir en inläggning aktuell och patient kommer in i en cirkel av ökande beroende av sjukhus och sluten-

vård, som riskerar att leda till en dramatisk ökning av den sociala isoleringen och gör det ytterligare svårt för patienten att klara av att komma tillbaka till det vanliga livet (1).

Det finns inget som är så smittsamt som ångest. Ångesten vid anorexia nervosa konkretiseras kring risken att dö, och den sprider sig i familjen, men ofta även bland behandlare. Sjukhus avdelningen blir en trygghet. En ersättning för den trygghet som individerna skall känna i sitt eget liv, bland sina egna nära o kära, med sin egen familj. Om man skall kunna motverka denna starka kraft, och hjälpa familjerna att kunna behålla ett adekvat ansvar för sina sjuka familjemedlemmar krävs genomtänkta insatser från sjukvården.

Historia

Multifamiljeterapi kom att utvecklas ur det arbete som en man vid namn Peter Laqueur startade på femtitalet. Peter Laqueur var vuxenpsykiater på ett stort sjukhus i New York området, och behandlade patienter med schizofreni. På söndagarna när de anhöriga kom på besök, brukade han träffa de anhöriga för att samtala om hur deras sjuka anhörige hade det. Han uppmärksammade, att en del familjer dröjde kvar efter besökstiden, och började umgås. Detta hade i sin tur en positiv effekt på patienternas tillstånd. Denna observation gjorde att han började samla familjerna tillsammans under någon timme för att diskutera bl a sjukdomen och behandlings metoder. Ur detta utvecklade han en metod att arbeta med grupper med familjer vid psykosbehandling. I USA har multifamiljeterapi utvecklats vidare i arbete med psykotiska patienter, utifrån ett psykoedukativt arbetssätt (2). Den som framförallt utvecklat multifamiljeterapi vid psykos sjukdom är William McFarlane (3). I den bok han gett ut redovisas även flera behandlingsstudier, som visar på metodens effektivitet, och även en studie som visar att multifamiljeterapi är bättre än sedvanlig individuell familjeterapi. Denna multifamiljeterapimodell vid svår psykiatrisk sjukdom bedrivs i USA, och här i Norden framförallt i Norge. Det är en behandlingsmodell som framförallt utvecklats vid arbete med vuxna patienter.

Utgångspunkten i arbetet med grupper av familjer till psykiatriskt svårt sjuka patienter var att kunna öppna upp mot samhället. I individualterapi är det enbart ett möte mellan den sjuke och en representant för sjukvården, i individuell familjeterapi möter familjen en representant för sjukvården. I multifamiljeterapi är det fyra nivåer som möts samtidigt. Patienten, familjen, terapeuterna och genom övriga familjer är samhället utanför närvarande.

Den multifamiljeterapi som jag kommer att beskriva nedan, skiljer sig från den som utvecklats vid psykosbehandling. Dels genom att den utvecklats vid behandling av barnpsykiatriska tillstånd, och dels genom att den avpassats för behandling av anorexia nervosa vilket framförallt innebär en mycket högre intensitet från början, med förväntan på att det måste ske en förändring snabbt – patienten måste äta och gå upp i vikt.

Under 80-talet började man vid Marlborough Family Service i London, som är en vanlig barnpsykiatrisk sektoriserad mottagning, att arbeta allt mer med familjer i grupp (4). Den modell för

arbete med barnpsykiatriska tillstånd de utvecklade byggde på ett behandlingsprogram som engagerade familjerna under hela dagarna. Vid Marlborough har man inte arbetat med anorexia nervosa. Eia Asen, som är den främste företrädaren för detta arbete, reser mycket och utbildar. Han har varit en hel del och utbildat i Danmark, och där använder man detta arbetssätt framförallt inom socialtjänsten. Dessutom har han varit en hel del i Tyskland, framförallt i Dresden. Detta är bakgrunden till att multifamiljeterapi vid anorexia nervosa startade samtidigt hösten 1999 vid ätstörningsenheterna vid Maudsley sjukhuset i London och i Dresden. Det är utifrån dessa erfarenheter vi arbetar (5).

Jag har tillsammans med mitt team vid enheten för anorexi och bulimi på BUP i Lund gått en ettårig utbildning för Ivan Eisler och Pennie Fairbairn från Maudsley i London. Våren 2005 började vi som första ätstörningsenhet i Sverige arbeta med denna metod. Dessförinnan hade man börjat i Odense i Danmark. Idag har ett tiotal ätstörningsenheter i Norden, varav två ytterligare i Sverige, börjat arbeta med multifamiljeterapi vid anorexia nervosa hos den yngre patienten. I Lund är vi ansvariga för att samordna det nordiska nätverket för multifamiljeterapi vid anorexia nervosa. Det innebär att vi bedriver en ettårig utbildning i multifamiljeterapi och ansvarar för att lägga upp en utvärderingsforskning, i samarbete med Ivan Eisler i London.

Behandling vid anorexia nervosa

Grundstommen i anorexi behandling är att skapa en trygg situation som kan hjälpa patienten att våga gå mot sin rädsla för maten. Denna situation inträffar 5-6 gånger dagligen, varje gång det är dags att äta. Detta är en trygghet som måste etableras i det vanliga livet, då det tar lång tid att komma ur svälten. Det räcker inte med ha kommit ur svälten, det svåra blir att våga fortsätta och behålla en normal vikt.

Den evidens som finns när det gäller behandling av anorexia nervosa, är att familjeterapi förefaller vara den bästa behandlingen för den yngre patienten (6,7,8). Genom att i familjeterapin engagera framförallt föräldrarna kan man skapa en situation hemma som ger patienten en trygghet att våga gå mot den intensiva ångest sjukdomen ger.

Anorexia nervosa är en sjukdom som totalt kan förstöra livet för den unga individ som drabbas. Sjukdomen gör att man drar sig undan från kompisar, inte klarar skolan och leder till en uttalad social isolering. Dessutom har anorexia nervosa en påtaglig samsjuklighet, framförallt med depression, tvångssyndrom och generellt ångesttillstånd. Detta gör det viktigt att från början hjälpa den drabbade att hålla kvar ett fungerande socialt nätverk så hon/han inte försvinna in i sjukdomens isolering.

Multifamiljeterapi vid anorexia nervosa

En målsättning vid multifamiljeterapi är att hjälpa familjerna att klara av att bemästra anorexisjukdomen, att kunna stödja den sjuka ungdomen att klara av att äta och våga utmana sjukdomen och därmed gå vidare i det vanliga livet. Denna målsättning är gemensam med sedvanlig familjeterapi. Precis som man avser att hjälpa



"Det som är specifikt för multifamiljeterapi är att skapa ett socialt sammanhang med andra familjer i samma situation"

de enskilda familjerna att identifiera och hantera problematisk interaktion och kommunikation i familjen. Till en början vad gäller frågor som rör mat och ätande, senare även i förhållande till områden omkring tonårsutveckling, som rör gränsdragning och självständighet.

Det som är specifikt för multifamiljeterapi är att skapa ett socialt sammanhang med andra familjer i samma situation, och att därmed motverka social isolering för både patient och familj. Genom att uppnå detta, skapar vi ett klimat i behandlingsarbetet som öppnare upp för nya lösningar, som ligger utanför sjukvården.

När flera familjer intensivt arbetar tillsammans med gemensamma problem, skapas ett gynnsamt klimat. Det erbjuder möjligheter att göra betydelsefulla förändringar under förhållandevis kort tid. Det erbjuder möjlighet att ta till sig av andras erfarenheter och kunna pröva nya lösningar under trygga former.

Behandlingsprogrammet

De centrala elementen i multifamiljeterapi är att:

- i samtal och diskussioner utveckla kunskap om sjukdomen och förståelse för de drabbade och i undervisning lära sig mer tillsammans.
- i samtal och diskussioner utveckla kunskap och förståelse för de svårigheter som familjen har fastnat i och hitta verktyg för att bryta låsta mönster.
- i olika samspelsövningar få upplevelsebaserade erfarenheter genom konkreta övningar lära sig använda de nya erfarenheterna.

Behandlingsprogrammet löper över ett år, och innefattar vanligen tio hela dagar, från 9.00 till 16.30 (9). Så som vi använder oss av multifamiljeterapi, så är det en behandlingsmetod som erbjuds alla patienter med diagnosen anorexia nervosa och deras familjer så tidigt som möjligt i behandlingen. Multifamiljeterapi är inte den enda behandling som vi erbjuder. Den övriga behandlingen varierar beroende på patientens tillstånd.

Detta intensiva upplägg som löper över ett år kan hjälpa många att ta ett avgörande steg ut ur anorexia nervosa sjukdomen. För de som sedan har ett längre förlopp av sjukdomen bör arbetet med multifamiljeterapi läggas upp på ett annorlunda vis. Framförallt måste man utgå ifrån att man inte kan förvänta sig så snabba förändringar, och därmed måste behandlingsintensiteten vara lägre.

Introduktionsträff

När familjerna får erbjudandet att delta i multifamiljegrupp, får de samtidigt en broschyr som översiktligt beskriver metoden och inbjuds till en introduktionsträff. Det är först efter denna introduktionsträff som man behöver fatta sitt beslut om deltagande. Vid denna introduktion samlar vi minst sex familjer med patient, föräldrar och syskon, då sex familjer är det optimala att ha med i en grupp. Vi börjar med att ge en föreläsning som först går genom vad vi vet om behandling vid anorexia nervosa, och sedan

"Detta är inte en behandlingsform för en ensam terapeut, då det händer väldigt mycket i en grupp på cirka 25 personer"

en beskrivning av vad multifamiljeterapi innebär. Denna formella introduktion hjälper familjerna, och framförallt tonåringarna att lite försiktigt betrakta de andra deltagarna, samtidigt som vi förmedlar central information. Efter detta kommer det viktigaste inslaget, ett föräldrapar från en av de tidigare multifamiljegrupperna berättar om hur det har varit för dem att vara med i denna behandling. Vi har introduktionsträffen ungefär en vecka innan multifamiljeterapin skall börja.

Multifamiljeterapin börjar med fyra dagar i följd, de övriga sex dagarna är sedan utspridda under resten av året med allt längre intervall. Familjerna är förberedda på att vi börjar med fyra heldagar, och har fått information om dessa datum tidigare. Detta gör att man har hunnit förbereda sina arbeten på att man kan komma att behöva vara borta. Föräldrarna har rätt till föräldrapenning för svårt sjukt barn upp till 18 år.

Anledningen till att behandlingen börjar med fyra hela dagar i följd, är främst för att skapa en intensitet som hjälper familjerna att komma varandra nära så de kan samla kraft att kunna gå mot denna svåra sjukdom som anorexia nervosa är.

Under dagarna växlar vi mellan att diskutera i storgrupp både i föreläsningsform kring anorexi och efterhand mer personligt, samt mer lekfulla övningar, för att sedan diskutera tillsammans i de smågrupper man hör till – mammor, pappor, patienter eller syskon.

Vi som håller i behandlingen är ett team på 4-5 personer. Detta är inte en behandlingsform för en ensam terapeut, då det händer väldigt mycket i en grupp på cirka 25 personer. Att försöka hålla reda på allt är som att försöka fanga en bisvärm med en hand. Det är två personer som är huvudterapeuter, och övriga terapeuter är observatörer i storgruppen och ledare i smågruppsdiskussionerna. Vi brukar ofta spela in diskussioner och övningar i storgrupp, och då måste en i teamet sköta kamerorna.

Jag kommer att göra en översiktlig beskrivning av en del av det som händer under de första fyra dagarna. Det är svårt att göra helt rättvisa på ett litet utrymme – det är så mycket som händer samtidigt, dessutom är den ena gruppen inte den andra lik. Jag hoppas att beskrivningen nedan ger en allmän uppfattning om vad multifamiljeterapi kan innebära.

Den första dagen ägnas mycket åt att hjälpa familjerna lära känna varandra. Men första dagen innehåller även en föreläsning om vad vi vet om anorexia nervosa, detta med syfte att i denna familjegrupp försöka skapa en gemensam uppfattning om vad anorexia nervosa är. Det finns en del fördomar om vad denna sjukdom handlar om, ofta spridd genom massmedia, som bidrar till att ge både föräldrar och patient skuld-känslor som vore det de som orsakat sjukdomen. När vi skall klara av att arbeta tillsammans mot en svår sjukdom, måste vi ha en någorlunda gemensam uppfattning om vad det är vi skall gå mot, och dessutom vara trygga med varandra. Detta är det centrala i första dagen.

Alla dagar har det svåra momentet att vi alla skall äta tillsammans – vid tre tillfällen, två mellanmål och lunch. Detta är ett genomgående tema för alla dagarna, då det mest centrala i behandlingen är att hjälpa patienten att våga äta. Den andra dagen har fokus på att hitta sätt att hjälpas åt att bryta svälten. Dels genom att i lekfull form förbereda och presentera en söndagsmiddag, som man förberett genom att klippa ut bilder på mat ur veckotidningar. Och dels genom att noggrant diskutera genom hur den ge-

mensamma lunchen skall genomföras. Detta är en situation som ofta har blivit ovan för familjer med en familjemedlem med anorexia nervosa – att äta tillsammans med andra familjer. Måltiden har förvandlats från en situation där familjen träffas och umgås, och berättar för varandra om hur dagen har varit – till den mest plågsamma situationen för familjen, som både den sjuke och övriga familjen ser fram mot med stark oro. Att då äta tillsammans med andra har alltmer blivit svårhanterligt, vilket riskerar att alltmer isolera familjen. Därför är detta ett centralt fokus för behandlingen.

Strukturen på lunchförberedelsen är att man delas upp i tre smågrupper, föräldrar, patienter och syskon. I alla smågrupper finns en behandlare med. Föräldrarna skall gemensamt komma fram till och besluta hur lunchen skall genomföras. De frågar de har att bestämma om är t ex vem som skall lägga upp maten, hur mycket patienterna skall klara av att äta, hur länge måltiden skall pågå. Patienterna skall gemensamt diskutera vad de vågar ändra på vid dagens måltid, och hur de kan hjälpa varandra att våga genomföra en eventuell förändring. Syskonen skall absolut inte prata om något som har med mat att göra, utan får utrymme att utbyta erfarenheter om hur det är att ha ett svårt sjukt syskon.

När tonårsfamiljer träffas och umgås – och skall äta mat tillsammans, är det normalt föräldrarna som bestämmer hur måltiden skall läggas upp. Inför måltiden samlas alla i storgrupp, och föräldrarna presenterar för barnen vad de bestämt. Ungdomarna har möjlighet att reagera och kommentera, men det är föräldrarna som beslutar. Och ungdomarna får sedan hjälpa till att förbereda lunchen: bära in bord och duka. Vi äter i det stora rum där storgruppen träffas, och dukar ett långbord. Maten kommer med catering, så ingen behöver stå och laga den. Vi behandlare äter tillsammans med familjerna. Vi sitter utspridda bland familjerna och vår funktion är att stödja dem att våga genomföra det som är beslutat.

Den tredje dagen har vi mer fokus på familjerna själva och ägnar stor del av denna dag åt att alla får möjlighet att göra sin familjeskulptur. Övningen genomförs genom att man använder sig

"En del av ungdomarna har blivit vänner och träffas separat, men ofta handlar det om att familjerna träffas tillsammans"

av andra personer än de i sin egen familj, för att konkret visa hur man upplever sin egen familj. Man väljer först ut vem man vill skall föreställa sig själv, och sedan de övriga av medlemmarna i din egen familj. Med hjälp av dessa perso-

ner skall man visa upp hur man 1) upplevde det var i sin familj innan sjukdomen kom, 2) hur det är nu när anorexin har vuxit sig



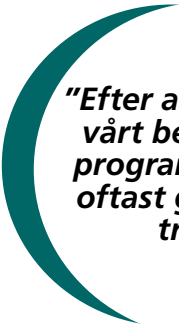
stark, och 3) hur det kommer att se ut när anorexin är borta. Detta är en övning som skapar en stor samhörighet mellan familjerna. Alla har vid dagens slut vid minst ett tillfälle agerat en person i en annan familj. De har alla fått en mycket konkret upplevelse av hur det kan vara i en annan familj som är i samma situation, och upplevt både skillnader och likheter. Detta hjälper till att skapa en samhörighet mellan deltagarna.

Denna övning är oftast något av det som både ungdomar och vuxna uppskattar mest. Det ger alla en stark upplevelse av hur låst och distanserat det blivit i familjen, men också en upplevelse av möjligheter. Detta är en kraftfull familjeterapeutisk teknik, som både är verbal och kraftfullt icke-verbal. Den är jämlik över generationerna, precis som de flesta övningar vi gör i multifamiljeterapi. I vanliga fall har de vuxna ett stort försprång före barn och ungdomar när det gäller verbal förmåga och möjlighet att reflektera kring känslor, och i sedvanlig familjeterapi är det lätt för vuxna att prata förbi ungdomarna. Detta är en övning som engagerar ungdomarna och där de har lika möjligheter att uttrycka och formulera sig som de vuxna. Därmed är det också en övning som det är viktigt att även syskonen har möjlighet att vara med i.

Den fjärde dagen fokuserar på framtiden. Samtidigt som alla dagar till en stor del handlar om hur vi gemensamt klara av måltiderna, så är övningarna sista dagen mer inriktade på vad som skall hända framöver, både på kort sikt, ett halvår, och på fem års sikt. När man i en familj står inför att bemöta en svår sjukdom som kräver ett intensivt känslomässigt engagemang vid varje måltid, så är det svårt att klara av att ha ett längre framtidsperspektiv. Det gör det också svårt att hämta hopp och näring ur framtiden.

De fyra dagarna inleddes med en genomgång av hur sjukdomen ser ut, och på vilket sätt familjerna är olika drabbade. Sedan började de försöka gå mot det centrala symtomet, svälten, samtidigt som de beskriver för varandra hur deras familjer ser ut. Enkelt kan man säga att vi under dessa fyra dagar först beskriver fienden, och bekantar oss med den. Sedan mönstrar vi styrkorna och formerar

dem för att gå till strid, för att sedan gå genom vad de har att vinna på att föra denna kamp.



***"Efter att vi avslutat
vårt behandlings-
program fortsätter
oftast gruppen att
träffas"***

de av programmet. Det skall bli alltmer uttalat, fram till den sista dagen, då det är familjerna som helt och hållet planerar och håller i dagen.

Under behandlingens förlopp brukar en naturlig kontakt mellan familjerna växa fram. Detta är inget vi som behandlare lägger oss i, utan det sker helt spontant. Ungdomarna byter e-mail adresser med varandra, och har ofta haft kontakt på MSN mellan gångerna de träffas. Föräldrarna, oftast mammorna, byter både e-mail och telefon nummer - och visar sig rätt ofta också varit inne på MSN och chattat med varandra. Hur kontakten ser ut varierar mycket. I en grupp tog en mamma tidigt i förloppet initiativ till att mammorna träffades själva, och började umgås – och kom att hämta mycket kraft hos varandra.

Efter att vi avslutat vårt behandlingsprogram, fortsätter oftast gruppen att träffas. En del av ungdomarna har blivit vänner och träffas separat, men ofta handlar det om att familjerna träffas tillsammans, t ex på en gemensam utflykt. Familjerna träffas och umgås som vanliga familjer, eller som en pappa sa till mig: "Ja, vi pratar inte om anorexi hela tiden".

Behandlingsforskning

Då detta är en behandlingsmetod vid anorexi nervosa som rätt nyligen lanserades, så finns det inte så mycket utvärderingsforskning gjord ännu. Det finns en del preliminära data (5). En stor randomiserad multicenter studie pågår i samarbete mellan Maudslsey i London, och Dresden.

De preliminära fynd som finns, framförallt i en studie från Dresden (5) pekar på två saker. Det ena är att behovet av slutenvård förfaller minska, samt att det är en behandlingsmetod som är uppskattad av familjer och patienter. Oftast har anorexi behandling höga nivåer av drop out från behandlingen, men vid multifamiljeterapi är drop out frekvensen låg. Våra erfarenheter i Lund, efter att ha arbetat med sju grupper under de senaste tre åren, är de samma. Vi har inte längre lika hög beläggning i våra familjebehandlingslägenheter – alltså ett minskat behov av slutenvård, och vi har endast en familj som avslutade behandlingen i förtid.

Avslutning

Multifamiljeterapi är en behandlingsmetod som utgår från att familjerna och det naturliga nätverket både klarar av att var till hjälp mot sjukdomen mer än vad man från sjukvården ofta tror och att de oftast kan stödja och hjälpa effektivare än vad sjukvården kan. För att kunna uppnå detta behöver familjerna hjälp. I första hand

kunskap om sjukdomen, men också konkret hjälp med hur man skall göra. Men framförallt, få hjälp med att hantera den rädsla och ångest som riskerar att förlama alla inblandade.

För att hjälpa till med detta verka multifamiljeterapi vara en mycket lovande behandlingsmetod.

Ulf Wallin

Forsknings och utvecklingsledare
KompetensCentrum för Ätstörningar - Syd

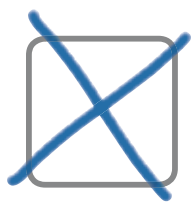
Referenser

1. Gowers, S.G., Weetman, J., Shore, A., et al. Impact of hospitalisation on the outcome of adolescent anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 176, 138-141. 2000.
2. Anderson, C., Reiss, D. & Hogarty, G. Patienter med schizofreni och deras familjer. 1990. W & W.
3. McFarlane, M. Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders. 2003. Guilford Press.
4. Asen, E., Dawson, N. & McHugh, B. Multiple family therapy: The Marlborough model and its wider applications. 2001. Karnac. (Finns på danska: Flerfamiljeterapi (2004) Hans Reitzel)
5. *Journal of Family Therapy*. Nummer 2, 2005. Tema nummer om Multifamiljeterapi vid anorexia nervosa.
6. Eisler, I. Simic, M. Russell, G.F.M. & Dare, C. A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48:6, 552-560. 2007.
7. Lock, J., leGrange, D., Agras, W. S. & Dare, C. Treatment manual for Anorexia Nervosa: A Family-based Approach. 2001. Guilford Press.
8. Wallin, U. Anorexia Nervosa in Adolescence. Course, Treatment and Family Function. Avhandling Lunds Universitet. 2000.
9. Wallin, U. Multifamiljeterapi vid anorexia nervosa. Behandlingsmanual stencil Lund. 2007.

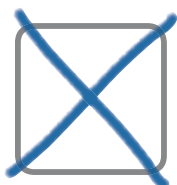
METIS hemsida är här!

**Läs om SK-kurser i ny
tappning på:**

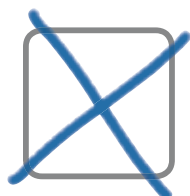
www.metisprojektet.se



SNABB
INSÄTTNING^{*1}



ENKEL
DOSERING^{*1}



BEVISAD
ÅTERFALLSPREVENTION²

**1 jämförelse med Seroquel®.*

Nu har Seroquel® Depot godkänts av Läkemedelsverket för behandling av schizofreni¹.

Den nya depottabletten gör att måldos kan nås redan dag 2 och möjliggör dosering en gång per dag.

Seroquel® Depot erbjuder dessutom en bevisat effektiv återfallsprevention vid schizofreni².



Seroquel® Depot, Rx, (F), (quetiapin) 50 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, SPC 2008-01-25. Farmakologisk grupp: N05AH04. Indikationer: Schizofreni. Underhållsbehandling med Seroquel® Depot förebygger effektivt återfall hos patienter med schizofreni i stabil sjukdomsfas. Rekommenderad dos är 600 mg en gång per dag, utan föda. Bland de vanligaste biverkningarna finns yrsel, somnolens och huvudvärk. **För information om kontraindikationer, försiktighet, biverkningar, pris och dosering, se www.fass.se.**

1. www.fass.se. 2. Peuskens J et al. Randomized, placebo controlled, relapse-prevention study with once daily quetiapine sustained release in patients with schizophrenia. Eur Psychiatry 2007;22:S132.

Mötesrapport från UEMS Section Board of Psychiatry i Köpenhamn 24 – 26 april

Första dagen av UEMS möte för psykiatri ägnades åt en introduktion till psykiatri i Danmark. Danmark saknar landsting med beskattningsrätt och finansierar psykiatri till 80 % med statliga anslag. Vården har en påtaglig sektorsindelning, vilket möjligen försvårar en utveckling av mer differentierat vårdutbud.

Specialistutbildningen inom psykiatri i Danmark består utöver 4 års klinisk tjänstgöring av 210 timmars kurser, inkluderande en uppsats. Vidare ingår psykoterapiutbildning om 60 terapiesessioner, handledning samt 60 timmars teori. Vetenskaplig metodik tränas under minst 10 dagar och åtföljs av en rapport och muntlig presentation.

Kompetensmål för danska ST-läkare gäller inom 7 områden: medicinsk expertis, kommunikation & information, samverkan, ledarskap, prevention & hälsovård, forskning & utveckling samt etik & juridik. Utbildning formas kring perspektiven kunskap, kompetens och attityd. Måluppfyllelse följs upp med kunskaps-test, observation vid medsittning, uttrycksförmåga i skrift, diskussion och reflexion med handledare samt enkät till medarbetare (diverse personalkategorier) vid klinisk tjänstgöring. Kvalitetskontroll sker med strukturerade program enligt ovan, handledning, studierektorer med särskild utbildning, externa myndighetsinspektioner samt auktorisering av träningsklinik från danska motsvarigheten till Socialstyrelsen. Problem ses avseende otillräckligt antal sökande till ST-tjänster, otillräckligt antal kvalificerade handledare och svårighet att få arbetstiden (37 h/v) att räcka till.

En värtalig representant för danska ST-läkare beskrev upplevda realiteter. Den teoretiska utbildningen kommer alldeles för sent, påtagliga inslag av learning by doing, stora skillnader i lokala traditioner för handläggning på olika kliniker, för låga krav på kva-

lificerad prestation från ST-läkarens sida (möjligen en kontroversiell fråga?) och stort upplevt ansvar att säkerställa kvalitet på egen utbildning (you get what you take). Sammantaget tycktes situationen på många sätt likna den i Sverige, vilket kanske inte borde förvåna.

Mötet för Section på fredag den 25:e inleddes med en genomgång av sektionsens ekonomi samt fastställande av preliminärbudget för 2009.

Arbetsgruppen om tvångsvård hade vid förra mötet lämnat ett förslag till uttalande om tvångsvård i öppenvård (compulsory treatment in the community). Detta uttalande diskuterades och godkändes med några små förändringar. I korthet innebär ställningstagandet att UEMS Section of psychiatry är positiv till möjligheten att ålägga tvång även i öppenvård under vissa omständigheter som i allt väsentligt

”UEMS Section of psychiatry är positiv till möjligheten att ålägga tvång även i öppenvård under vissa omständigheter”

överensstämmer med den nya svenska lagstiftningen. Man varnar också för att introducera tvång i öppenvård innan man har ett utvecklat och ”robust” öppenvårds-system utvecklat.

Ett uttalande om privat praktik inom psykiatri som också presenterades blev föremål för en längre diskussion och ska ytterligare bearbetas inför nästa möte.

Diskussion angående medlemsfrågor innehöll justering av procedur för val till styrelseposter. Resultatlösa försök har gjorts att bjuda in representanter från de nya EU-länderna Bulgarien och Rumänien, men försöken fortsätter. Efter förfrågan från Israel, som enligt WHO tillhör Europa i dessa frågor, välkomnades Israel som medlem av



Nils Lindefors

UEMS Sektion and Board och representeras av Dr Tsvi Fischel.

Som vanligt rapporterade alla delegater kort om vad som pågår i deras respektive länder. Det pågår betydande förändringar i den psykiatriska vårdorganisationen i flera länder i riktning mot en mera community based psykiatri. I Ungern t ex har man plötsligt lagt ner alla mentalsjukhus, vilket skapat ett relativt kaos, samtidigt som det naturligtvis också innebär nya möjligheter att förändra den psykiatriska vården. Nedläggningen har framför allt dikterats av ekonomiska skäl och mindre av vårdideologiska. I Grekland har denna process nu pågått i ganska många år, men det finns fortfarande några mentalsjukhus kvar. Man har tidigare haft betydande bidrag från EU för att driva de nya mera samhällsbaserade vårdenheterna, men dessa bidrag krymper nu och det har inneburit ekonomiska problem med framför allt att personalstyrkan inom systemet minskar.

Psykiatrer flyttar västerut

Från länderna i Central- och Östeuropa rapporteras att många psykiatrer flyttar västerut, bl a till Sverige och att det upplevs föga förvånande som ett bekymmer.

Påfallande var också att man i många länder introducerar nya specialistutbildningsprogram eller att man har påbörjat en sådan process. Detta rapporterades bl a från Norge, Holland, Schweiz, England och Portugal. I Schweiz har den schweiziska Medical Association inte längre ansvaret för vidareutbildningen. Ett beslut som fattades mer på politiska grunder än på sakliga grunder. Från Finland rapporterades att man haft en fördubbling av sjukskrivningarna för psykiatriska problem under senare år, medan sjukskrivningstalet för andra sjukdomar har minskat. Det betyder att det finns för mycket av framför allt depression i Finland och att man från politiskt håll nu vill minska på detta!! Finland beskrevs också som att ha det mest decentraliserade systemet för finansiering av psykiatrisk vård – i princip är det varje kommun som har

ansvaret och att det naturligtvis skapar en del problem när det gäller möjligheten att ge vård på lika villkor. Man går ju ihop i kommunförbund av varierande storlek och kompetens och just nu pågår en process av att minska antalet kommuner i Finland.

Påtagligt och intressant är också att förändringarna i de psykiatriska vårdorganisationerna i flera länder beskrivs som irrationella från psykiatriprofessionens utgångspunkt och man har ett intryck av att den psykiatriska professionen inte har särskilt stort inflytande över de administrativa och politiska besluten i många länder.

Möte för Board hölls förmiddagen 26 april. Ett omfattande arbete har gjorts angående riktlinjer för Competence Based Training, i en stor arbetsgrupp med representanter för flertalet medlemsländer. Detta kan komma väl till pass inför översynen av den svenska specialistutbildningen i psykiatri. Dokumentet, liksom några utkast till uttalanden i andra ämnen från Section, kommer att skickas till styrelsen för SPF på remiss.

Kajsa Norström, ordförande (president) i European Federation for Psychiatric Trainees, rapporterade om en omfattande verksamhet kring direrse ämnen, relevanta för blivande psykiatriker i Europa. Nämnades även att organisationens nästa möte blir i Stockholm i slutet av juni.

Möten för UEMS Sektion and Board of Psychiatry sker två gånger årligen med rotation inom de olika medlemsländerna, vilket i stor utsträckning innebär EU-länder. Sverige har inte varit värd sedan mitten av 90-talet, varför en inbjudan lämnades för ett möte i Stockholm i april 2010. Initiativet välkomnades och planering kan nu ske för ett möte. Förfrågan att sponsra mötet kommer att skickas till Svenska Psykiatriska Föreningen, Läkaresällskapet och Läkarförbundet.

**Nils Lindefors
Lars Jacobsson**



”Man har ett intryck av att den psykiatriska professionen inte har särskilt stort inflytande över de administrativa och politiska besluten”



**SKRIV TILL
OSS**

SVENSK PSYKIATRI TEMANUMMER UNDER 2008 - 2009

NUMMER 4 2008

Ledarskap/team
(Innehållsansvarig Per Lindqvist)
Deadline 20 okt 2008

NUMMER 1 2009

Vart är vi på väg?
(Innehållsansvarig Per Lindqvist & Björn Wrangsjö)
Deadline 20 jan 2009

NUMMER 2 2009

Personlighetsstörningar
(Innehållsansvarig ej bestämt)
Deadline 20 april 2009

NUMMER 3 2009

Ej bestämt
(Innehållsansvarig ej bestämt)
Deadline ev. 20 juni 2009



"Individen bär personen och personen bär individen"

Sedan tre år tillbaka anordnar SPF-ST en årlig konferens, och i år gick den av stapeln på Vår Gård i Saltsjöbaden 30/1-1/2. Temat för årets konferens var "Konst". En av de föreläsare vi bjudit in var Niklas Rådström, som är författare. Många av hans böcker utforskar frågor om etik och existensens villkor. Det gjorde oss nyfikna på vad han hade att säga om konst och psykiatri.

Vi är glada över att ha möjlighet att vidarebefordra denna text till Svensk Psykiatri:s läsare, och publicerar här nedan texten i sin helhet.

Maria Holstad
Elisabeth Lundén

I samband med att jag bjöds in att hålla föredrag vid SPF ST:s konferens under temat Konst fick jag ta del av följande invändning mot konferensens tema:

"Är det inte dags att skippa det här med humanistisk psykiatri? Psykiatri är en medicinsk specialitet punkt. Om jag som patient uppsöker en onkolog, så vill jag såklart bli bemött med empati och att min onkolog har grundläggande färdigheter i samtalsteknik och krishantering. Men jag vill framförallt att min onkolog är bra på onkologi. Samma krav vill jag ställa på en psykiater. Låt oss fokusera på psykiatri. Inte på konst, inte på religion. Psykiatri."

Avsändaren, som har utbildningsansvar för blivande psykiatriker, kunde inte själv delta i konferensen, men ville ha ovanstående meddelande uppläst. En enkel kommentar till uttalandet är att det är enögt, oreflekterat och fördomsfullt och att det knappt förtjänar att tas på allvar. Låt oss ändå göra just det för några ögonblick.

Riktigt vad mailförfattaren menar att det är som vi fått nog av är oklart. Söker man på Internet på "humanistisk psykiatri" får man inte mer än en handfull träffar. Mailförfattaren överläter till läsaren att spekulera över vad som egentligen åsyftas. Den som slår i Nationalencyklopediens ordbok finner de bägge sammanförda begreppen förklarade på följande vis:

Psykiatri, själsläkekonst, medicinsk specialitet som har psykiska störningar, deras yttringar, orsaker, behandling och förebyggande som ansvarsområde.

Humanism, i filosofisk bemärkelse ett etiskt-estetiskt förhållningssätt som grundas i en normativ uppfattning av människans väsen, dvs. ett sökande efter förståelse vad en människa är.

För mig är det fullständigt obegripligt att någon alls kan tänka sig att det som gäller människans själsliv och psykiska erfarenheter på något närmast magiskt sätt skulle kunna frikopplas från människans väsen och det unikt mänskliga.

Men vad som här kommer till uttryck är egentligen inte en vetenskapsteoretisk hållning utan den oreflekterade föreställningen om att det finns en konflikt mellan evidensbar kunskap och humanistisk kunskap. Det är en konflikt som ibland ter sig alldeles oöverstiglig, ibland tycks den vara närmast av balkankaraktär: driven och laddad av fördomsfullhet, utan egentlig verklighetsprövning, styrd av prestige och egenintresse. Det bör dessutom påpekas att det är en konflikt som utöver att ha gett upphov till oerhört mycken tidsspil-lan också har det gemensamt med en krigssituation att den genererat enormt mänskligt lidande hos dem som hamnat mellan de stridande parterna.

Det är dock min övertygelse att det är en konflikt som framför allt bottnar i en grundläggande missuppfattning av hur vi människor handskas med världen och i en sammanblandning av begrepp och kunskapsområden.

Jag tänker mig att det finns tre sätt på vilka vi tar till oss våra erfarenheter av tillvaron. Det första sättet att uppleva världen genom är naturligtvis det som sker genom empirisk erfarenhet. Hit hör allt som har med trial and error att skaffa, från det lilla barnets lust att smaka och känna på allt hon möter till naturvetenskapens sökande efter det man inom sina kunskapsramar kan belägga med evidens. Det finns många som oreflekterat menar att detta egentligen är det enda sättet att möta världen. Själv har jag aldrig någonsin stött på en människa som endast förhåller sig till världen på detta vis. Jag kan inte ens föreställa mig henne.

Filosofiskt sätt att möta världen

Det andra sättet att möta världen skulle vi kunna kalla för filosofiskt. Med filosofiskt menar jag absolut inte bara det som rymms inom filosofin som ett akademiskt fack, utan kanske i första hand all den filosofiska reflektion vi sysslar med dagligen utan att ens tänka på att det är just det som vi håller på med. Det gäller sådana verklighetsprövningar som har med den fria viljan eller våra idéer om det egna jaget att göra. Vi tänker inte på det, men vart och ett av de val vi gör är också ett experimentfält för den fria viljan och inte en enda gång låter den sig bevisas för oss.

I en känd revysketch framstod valet mellan Expressen och Aftonbladet som ett oöverstigligt existentiellt problem. Men vi behöver inte ta till skrattspegeln för att konstatera att vardagen är ett ändlöst experimentfält för den fria viljan. Varje gång vi kommer ut ur butiken med den ena, den andra eller ingen kvällstidning alls har vi utsatt oss själva för frågan om den fria viljans re-

"Vi kommer aldrig komma längre än den Sokrates som menade att ju mer kunskap han hade, desto mer övertygad blev han om att han ingenting visste"

levans och varje gång har vi misslyckats med att ge den evidens. Och ändå får vi tänka oss att vi provat det empiriskt och experimentellt. Vi får även tänka oss att även den som menar att endast det empiriskt evidensbara ger en giltig kunskap av världen i just detta uttalande tar bruk av sin filosofiska erfarenhet.

Den tredje erfarenhetsvägen skulle vi i brist på bättre ord kunna kalla för uppenbarelse. Den består av komponenter från bägge de övriga, men blir ändå ofta både större och annorlunda än summan av dem. Det tydligaste exemplet på uppenbarelsen är hur vi upplever skönhet. Att vår upplevelse av skönhet går att mäta i hur hjärnan reagerar på ljus och ljud och att vi filosofiskt kan förklara den som en produkt av införlivade traditioner, normerande estetiska uppfattningar, etc. fångar ändå inte vår upplevelse. Där återstår alltid en obeskrivbar rest och den går bara att beskriva som en slags uppenbarelse. Och det är just till den kategorin av erfarenheter vi refererar när vi reflekterar över vilka vi egentligen är.

Förstå människan

Varenda dag av våra liv fylls av denna väv av empiri, filosofi och uppenbarelse och vi tar ständigt det ena för det andra. Det räcker aldrig med en väg genom erfarenheten för att fånga den. Kunskap är aldrig bara förklarande, den är lika mycket en skapare av komplexitet. Vi kommer aldrig att komma längre än den Sokrates som menade att ju mer kunskap han hade, desto mer övertygad blev han om att han ingenting visste. Det är brist på kunskap som ger tvärsäkra människor. Den som samlar till sig en stor mängd kunskap kommer bara att få allt fler bevis för tillvarons osäkerhet och komplexitet. Det kommer vi aldrig undan och den som tror att det går att ta sig förbi denna paradox och grundläggande osäkerhet bedrar ingen annan än sig själv.

Att möta en annan människa har just något av uppenbarelsens prägel. Vi kan skapa en fullständig grundämnesförteckning av vad en människa består av, men det säger oss ingenting om vad eller vem hon egentligen är. Vi kan möjligen med edsvurna vittnesbörder få vidimerad kartläggning av hennes liv, men vi vet ändå oerhört lite om vad hennes egen upplevelse är.

En människa är å ena sidan ett objekt bland andra i världen och går att studeras ur det tredjepersonperspektiv som kännetecknar de empiriska vetenskaperna. Men det som gör henne just till en människa är att hon inte endast går att ses som ett objekt, utan att hon har en unik känsla av varande. En människa är med andra ord inte bara ett erfaret objekt i världen, utan ett erfaraende subjekt för världen. Det är endast när vi ser henne som ett subjekt som hon är bärare av allt det där vi ser som typiskt för det mänskliga: avsikter, längtan, drömmar, fantasier, starka känslor.

Naturvetenskapen har till sin uppgift att förklara människan, dvs. att från sin position av att se människan som ett objekt studera och utforska henne. Här har vi all anledning att ställa mycket höga krav på empirisk bevisning.

De humanistiska vetenskapernas uppgift är härvidlag snarare att förstå människan. Förståelsen av vad det är att vara människa kan inte uppnås med aldrig så sofistikerade mikroskop eller disektionsverktyg, statistiska studier eller kognitiva experiment. Det är helt enkelt inte en möjlig väg för att nå evident kunskap om det vi är ute efter.

Vetenskaplig evidens måste alltid anpassa sig efter karaktären hos det som efterforskas. Visserligen har vetenskapshistorien exempel på hur vi tänkt oss kunna kartlägga mänskliga egenskaper och tillkortakommande genom att registrera skallstorlekar, näsformer, gångarter och hudfärg. Men gudskelov är det något som vi nu växt ifrån. Vad jag vet.

För att nå förståelse för det mänskliga hos människan är vi därför hänvisade till den evidens som kommer ur tänkandet, lyssnandet, inkännandet. Det är helt enkelt de adekvata vetenskapliga verktygen för undersökandet.

Jag skulle vilja lägga fram ytterligare ett argument för förhållningssättet att betrakta de naturvetenskapliga och de humanistiska disciplinerna som syskon och inte som rivaler. Det första är

detta: när vi söker efter ett symptom eller gör en diagnos så är utgångspunkten att den utgör en avvikelse från ett normalt tillstånd. Avvikelsen står alltid i relation till den normativa uppfattningen om det studerades väsen. Att då avstå från att problematisera och fördjupa vår kunskap om relationen mellan det normerande och det avvikande, just det spänningsfält som de humanistiska vetenskaperna undersöker, resulterar helt enkelt i sämre diagnoser, sämre förståelse, trubbigare förklaringsverktyg.

Jag skulle också kunna uttrycka det så här:

För att förstå människan måste vi hålla isär individ och person. Individ är vi i det att vi utgör en representation av det vi delar med andra. Våra fysiska egenskaper, vårt sociala och kulturella sammanhang, vår plats i evolutionens kedja av orsaker och verkan gör oss till individer. Som individer kan vi utsättas för och åtminstone till dels förklaras genom evidensprövning. Vår person däremot är det unika, den ojämförliga berättelsen, det som når sin bekräftelse i mötet med andra, det som gör oss i någon mening heliga, det utifrån vilket själva människovärdet kommer. Till vår person når vi bara just genom tänkandet, lyssnandet, inkännandet. Individens bär personen, personen bär individen – att tro att vi kan ta oss an den ene och bortse från den andre är och kan aldrig vara annat än en tragisk villfarelse.

Niklas Rådström

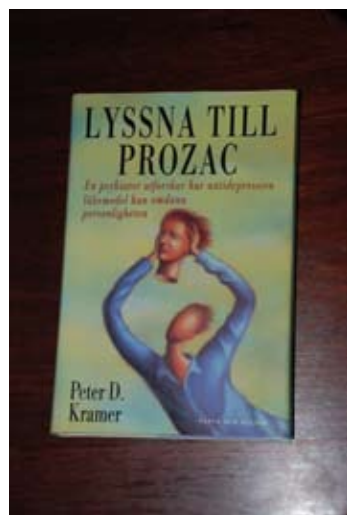


Att möta en annan människa har något av uppenbarelsens prägel

Psykiatrins ansikten – en av flera satsningar för psykiatri

Planeringen för den av Sveriges Kommuner och Landsting finansierade rikstäckande turnén **Psykiatrins Ansikten** går vidare. Programmen är på tryckning och förhandsanmälningarna kommer in från intresserade AT-läkare och läkarstudenter. I dagarna kom dessutom besked om att även regeringen ska satsa pengar på att förändra attityden hos unga medicinare kring psykiatri.

Den 18 juni gick socialminister Göran Hägg ut med ett pressmeddelande om att regeringen kommer att satsa på att fler ska utbilda sig till specialistläkare i psykiatri som led i utvecklingen mot en förbättrad svensk psykiatri. Norra och sydöstra sjukvårdsregionen får resurser för att satsa på en speciell psykiatri-AT för att inspirera unga läkare att välja specialiteten. Förhoppningsvis kan regeringens nya satsning tillsammans med Svenska Läkaresällskapets jubileumssatsning **Psykiatrins Ansikten** bidra till att den trend vi ser idag, att allt fler unga medicinare väljer vår intressanta specialitet, fortsätter.



Hjärnan påverkas av både av samtal och medicin

reläsare från olika delar av psykiatrin som på ett engagerat samt inspirerande sätt kan berätta om den variation och de spännande utmaningar, men även de svårigheter, som psykiateryrket bjuder” säger Lars Björklund programgruppen. Han fortsätter ”Min förhoppning är att åhörarna skall inspireras av bredden av intressanta frågeställningar som psykiatri ger och därav också psykia-

trisk forskning erbjuder. Hjärnan är ett organ som vi kan påverka både genom samtal och genom farmaka vilket gör vår vetenskap så unik och intressant att forska kring”.

Desto fler ”ansikten” och goda satsningar desto bättre

Under **Psykiatrins Ansiktets** turné kommer lokala ST-representanter vara närvarande liksom åtminstone en person som AT-läkarna och läkarstudenterna kan vända sig till om de vill veta mer om psykiatrisk forskning lokalt.

Projektledare Agnes Hulten är även glad för att SPFST kommer åka med på turnén med representanter för både vuxenpsykiatri och BUP. På det sättet kommer intresserade under turnén ha möjlighet att få veta mer om de psykiatriska föreningarna och visa ännu en sida av vår mångsidiga specialitet.

Inom arbetsgruppen känns det positivt att veta att projektet, som kommer ha en formell avslutning under riksstämman, möts upp av andra satsningar på psykiatri som exempelvis psykiatri-AT. Vi ser också fram emot övriga projekt och mer långsiktiga planer för att vi inom psykiatrin ska garantera unga läkare bra handledning, god stämning och utvecklingsmiljö om de väljer att bli psykiater.

Maria Larsson

ST-läkare organisationskommittén

www.psykiatrinsansikten.se

information@psykiatrinsansikten.se

”Hjärnan är ett organ som vi kan påverka både genom samtal och farmaka vilket gör vår vetenskap så unik och intressant att forska kring”

Turnédatum:
18/9 Stockholm
25/9 Göteborg
2/10 Umeå
8/10 Linköping
16/10 Lund
23/10 Uppsala

Nationella medicinska indikationer:

Nyckeln till evidensbaserad, rättvis och tillgänglig vård

Ur läkartidningen nr 6, 2008, saxar jag följande ur artikeln:

"Nationella medicinska indikationer: Nyckeln till evidensbaserad, rättvis och tillgänglig vård"

Sammanfattning:

Det finns stora regionala skillnader i frekvens för olika behandlingar i vården. Vårdgarantin och patienternas valmöjligheter innebär att detta förhållande på nytt måste bli föremål för åtgärder. De regionala variationerna beror ofta på att indikationerna förändras och indikationsgränser för etablerade behandlingar förskjuts i takt med att ny kunskap implementeras och tillämpas i klinisk praxis. I samband med införandet av vårdgarantin beslutade man att starta ett utvecklingsarbete kring "nationella medicinska indikationer". Indikationsarbeten inom sex områden har hittills redovisats. Ytterligare ett tiotal har pågått under 2007. Samtliga grupper som hittills avslutat sina uppdrag har presenterat förslag till nationella medicinska indikationer förankrade inom sina specialistföreningar. Generellt gäller att där behandlingsfrekvenser finns redovisade är de regionala variationerna omfattande. Förslag till remiss- och bedömningsmallar har presenterats för flertalet av diagnosgrupperna. Mycket talar för att indikationsarbetet kan vara nyckeln till att utveckla en mer kunskapsbaserad styrning av vården och därmed utgöra ett komplement till Socialstyrelsens riktlinjearbete. Praktisk tillämpning av indikationsarbetet kan innebära att vården blir mer evidensbaserad, rättvis, tillgänglig och

patientorienterad än vad som är fallet idag. För att indikationerna ska vara meningsfulla måste de ständigt ses över och omprövas i takt med nya medicinska rön. En särskild nationell funktion för detta bör inrättas."

En av de grupper vars arbete pågår berör psykiatri och handlar om bipolär sjukdom. Gruppen består av följande personer: Håkan Jarbin från barnpsykiatri. Från vuxen-

psykiatri: Mikael Landen, Bo Runeson, Mårten Gerle, Hans Ågren och Lise-Lotte Risö Bergerlind (ordförande och författare till denna artikel). Gruppen har träffats regelbundet och däremel-

lan arbetat via mail. Ett material finns nu färdigt och kommer att sammanställas under sommaren. Därefter kommer det att gå till barnpsykiatriska föreningen resp SPF för synpunkter.

Ur materialet noteras ett antal intressanta nationella skillnader i ex användandet av ECT och stämningsstabiliserande farmaka som inte verkar korrelera till demografiska skillnader.

För att behandlingsgarantin skall fylla sin funktion ur ett patientperspektiv är det nödvändigt att behandlingsrekommendationer vilar på en enhetlig bas. Att de styrs av ex tillgång till, eller brist på, specialister är inte acceptabelt.

Lise-Lotte Risö Bergerlind

Vice ordf SPF.

Internationell konferens om metabol sjuklighet inom psykiatri

Sällan har så internationellt kända och respekterade föreläsare framträtt vid en och samma konferens i vårt land!

Att för tidig död i sjukdomar relaterade till metabola rubbningar drabbar patienter med allvarlig psykisk störning är välkänt, jämfört med befolkningen i övrigt räknas denna för tidiga död i tiotals år. Många av de bidragande faktorerna till metabola rubbningar är påverkbara.

Detta riskerar att bli den skamfläck på dagens psykiatriska vård som vi i framtiden tvingas blicka tillbaka på om vi nu inte reagerar och förändrar handläggningen av dessa patienter! Därtill kan dålig metabol kontroll störa livskvalitet och försämra möjligheten för patienten att återhämta sig avseende psykiatrisk ohälsa.

Tack vare ett initiativ och hårt arbete av framför allt dr Urban Ösby samt dr Ulf Adamsson planeras nu en tvådagars konferens på detta tema där Svenska Psykiatriska Föreningen är medarrangör. Dag ett ägnas åt ett internationellt perspektiv och dag två åt ett inhemskt perspektiv, vgl se annons här bredvid. Skynda er med er anmälan så att ni inte blir utan plats!

Dan Gothefors

SPFs styrelse

"För att behandlingsgarantin skall fylla sin funktion är det nödvändigt att behandlingsrekommendationerna vilar på en enhetlig bas"

Självhjälp – i bokform eller på nätet

Under min grundutbildning i kognitiv beteendeterapi har olika böcker tagits upp som möjlig väg för patienter med olika svårigheter. De är i första hand tänkta till de med mild till måttlig grad av problematik, i syfte att använda som del i en terapi, eller på egen hand efter att diagnos ställts. Vi fick också en föreläsning om självhjälp via Internet eller i bokform, av psykolog Per Carlbring, docent vid Institutionen för beteendevetenskap, Linköpings universitet. Han är också författare till två självhjälpböcker (Social fobi – effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi och Ingen panik). Han berättade att ungefär 2000 självhjälpböcker kommer ut per år i världen, de flesta på engelska, och handlar om allt från olika ångesttillstånd till spelberoende och tinnitus.

Vilka fördelar finns det med självhjälp? Effekten är ofta relativt stor i de grupper som testats och många bibehåller också sin förbättring över tid (den Boer et al., 2004). Andra fördelar är att kostnaden är låg, att det når ut till många, att det är bekvämt (går bra när barnen lagt sig t ex) och att många känner sig mindre hämmade och har lättare att öppna sig. Just för personer med social fobi är det lätt att föreställa sig att kontakt via Internet inte är lika ångestframkallande som att träffa en livs levande terapeut. Och med tanke på det höga antalet individer med ångesttillstånd i samhället enligt epidemiologiska studier (Gwynn et al., 2008) är

det inte möjligt att få tillgång till en terapeut för alla.

Självhjälp skulle kunna vara ett sätt att arbeta preventivt, innan problemen blivit för stora, som alternativ till att stå på väntelista. För att läsa en självhjälpbok på egen hand och kunna använda sig av innehållet krävs både kognitiv förmåga, uthållighet, och motivation. Det är också betydelsefullt hur förbättrad man tror man ska bli, d.v.s. ju mer man tror på en metod desto större chans att den har effekt, vilket ju förvrigt gäller även i andra behandlingssammanhang.

Finns det några nackdelar med självhjälp? Självfallet är det så; det finns risk för missförstånd, besvikelser, att säkerhetsbeteenden kvarstår och att följsamheten blir

bristfällig. Dessutom kan en del få uppfattningen om KBT som något verkningslöst, om de på egen hand försöker utan att bli hjälpta. Därför rekommenderade Per Carlbring att använda sig av väggledd självhjälp, d.v.s. genom att ha viss kontakt, t ex elektroniskt eller via telefon, med en terapeut.

Vad finns det för hjälp att få på egen hand?

Det finns flera olika Internetsidor varav några är gratis; www.slutaspela.nu, för spelberoende, och www.alkoholhjalpen.se. Den senare har främst ett informativt syfte för de med alkoholproblem och för deras anhöriga. Utöver dessa finns en hemsida, www.studie.nu där möjlighet finns att anmäla sig till en väntelista för att delta i olika studier vid Institutionen för Beteendevetenskap och lärande vid Linköpings Universitet, Institutionen för psykologi samt Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap vid Uppsala universitet, Psykologiska Institutionen vid Stockholms universitet, Institutionen för beteende-, social- och rättsvetenskap, Örebro universitet samt vid Karolinska Institutet.

Andra Internetsidor är inte gratis, men betydligt billigare än att gå i psykoterapi. Exempel på sådana sidor är www.livanda.se och www.psykologpartners.se som båda erbjuder väggledd självhjälp för bland annat panikångest, depression och social fobi. Internetbehandling kan vara lämpligt för de med begränsade svårigheter, och det är förstås många som hamnar utanför denna kategori av våra psykiatriska patienter, av olika skäl, kanske främst för att många har alltför omfattande problematik.

När är det lämpligt att tipsa om en bok eller en Internetsida?

Här kommer det an på varje läkares egen bedömning, som det förvisso gör även när det gäller andra betydligt svårare beslut, och

”Finns det några nackdelar med självhjälp? Självfallet är det så; det finns risk för missförstånd, besvikelser”





givetvis är inte självhjälpböcker något som vem som helst när som helst kan tillägna sig. Emellertid finns det flera exempel på när det kan vara av glädje för en patient, eller ibland för anhöriga. Det förekommer att man som primärjour träffar patienter som har en panikångest och då hänvisar till husläkaren. I bästa fall går det bra, men behandling med KBT i studier har visat minst lika bra och i vissa fall bättre långsiktiga resultat jämfört med medicine-

ring vid panikångest (Barlow et al., 2000). I vissa fall vill patienten inte ta mediciner av olika skäl eller bara veta mer om sitt tillstånd. I sådana situationer har i alla fall jag mötts av tacksamhet när jag lämnat ut en självhjälpboktitel. Möjligheten att kombinera terapeutkontakt med en självhjälpbok eller Internetsida är värt att poängtera utifrån att chanserna då ökar att patienter tar sig igenom hela behandlingen, och svårigheter kan fångas upp på vägen.

Om du vill veta mer om detta eller ta del av den självhjälpboklista med KBT-perspektiv jag sammanställt får du gärna höra av dig per e-post.

Ullvi Båve

ST-läkare i psykiatri, PhD

Norra Stockholms Psykiatri

Ullvi.Bave@ssl.se

Referenser:

Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *JAMA* 2000 May 17;283(19):2529-36

Den Boer PC, Wiersma D, Van den Bosch RJ. Why is self-help neglected in the treatment of emotional disorders? A meta-analysis. *Psychol Med* 2004 Aug;34(6):959-71

Gwynn RC, McQuiston HL, McVeigh KH, Garg RK, Frieden TR, Thorpe LE. Prevalence, diagnosis, and treatment of depression and generalized anxiety disorder in a diverse urban community. *Psychiatr Serv* 2008 Jun;59(6):641-7.

Bokrecension:

En bok för erfarna kliniker som söker nya utmaningar

Bokrecension av Cognitive-Behavioral Therapy for Adult Asperger Syndrome av Valerie L. Gaus utkom på Guildford Press 2007. Redaktör för serien Guides to individualized evidence-based treatment är Jacqueline B Persons.

Syftet är med boken är att bidra till att öka antalet psykoterapeuter som är beredda att ta emot vuxna med Aspergers syndrom (AS) i kognitiv beteendeterapi (KBT). Det innebär för den enskilda terapeuten att hon/han behöver fördjupa sina kunskaper och modifiera sitt arbetssätt.

Bakgrunden är att behoven av hjälp är stora för denna grupp individer. Potentiellt kan insatser minska lidande avsevärt, göra det möjligt för individen att utveckla sin autonomi och minska bördan av samtida psykiatriska sjukdomstillstånd. För gruppen vuxna med AS är de hjälpinsatser som finns att tillgå otillräckliga.

Ambitionen är att lyfta fram hur evidensbaserade metoder kan användas likaväl som de används för personer utan Aspergerdiagnos, så kallade neurologiskt typiska individer. Därtill presenterar författaren på ett systematiskt sätt vilka modifieringar som kan behövas och vilka hinder som kan förväntas uppstå i behandlingen.

Kärnproblemen vid Aspergers syndrom presenteras och beskrivs som en annorlunda informationsbearbetning, som innebär svårigheter att bearbeta och integrera information såväl från den egna personen (self), från andra (others) som det som gäller annat (non-social information).

Bristande socialt stöd ger ökad risk för ångest

Denna generella modell är utgångspunkten för att förstå kärnproblemen och deras följder, vilka leder till kroniskt hög stressbelastning och tillsammans med bristande socialt stöd resulterar i ökad risk för ångest och depressivitet.

I flera klargörande kapitel fördjupas denna specifika kunskap.

I senare kapitel om behandling av komorbida tillstånd matchas denna generella kunskap med beskrivning av arbete utifrån individuella konceptualiseringar och behandlingsplaner.

Anledningar till hjälp

Inledningsvis poängteras att bilden är komplex då vuxna med Aspergers syndrom söker hjälp och att anledningen till att söka hjälp kan variera.

Ett antal illustrativa fallbeskrivningar återkommer i bokens kapitel.

Det är givande att ta del av konkreta beskrivningar av hur brister i förmåga till förståelse och tolkning spelar in i sociala sammanhang och hur brister i förmåga att använda socialt språk påverkar sociala situationer. Dessa bristande förmågor har lett till slutsatser som att personer med Aspergers syndrom skulle sakna förmåga till inkännande.

Avvikelse i förmåga att reglera känslor och sinnesintryck är välkända. Att till följd av en annorlunda informationsbearbetning ha svårt att skapa helheter utifrån detaljer innebär speciella svårigheter som kommer till uttryck som brister i minne, planering och organisation mm (exekutiva svårigheter).

När författaren kopplar dessa kognitiva svårigheter till kronisk stress och sårbarhet och påföljande risk för mentala hälsoproblem blir sammanhanget begripligt.

Författaren går systematiskt igenom individens, familjens och andras anledningar till att tycka att en person med Aspergers syndrom behöver söka hjälp. Ofta är det annat än Aspergers syndrom i sig som leder till att man söker.

Diagnos kan behövas av formella skäl för intyg som ska leda till olika rättigheter. Om detta inte är fallet är behovet av modifierade upplägg i behandling mm också anledning till att diagnos behöver ställas.

Minska lidandet

Bilden är ofta komplex då det finns samsjuklighet. Författaren är noga med att säga att de fallbeskrivningar som finns i boken inte i sig räcker som underlag för att kunna ställa diagnos utan att personerna genomgått en kvalificerad utredning. Hos vuxna är intervju med patienten och med en kompletterande källa för beskrivning av beteenden i barndomen av avgörande betydelse. Beträffande testning poängteras att konventionella tester för begåvning inte fångar upp patientens exekutiva svårigheter.

I den psykiatriska skattningen gäller det att känna till att patienten kan ha svårt att svara på frågor som inte är tillräckligt specifika, vilket bidrar till att patienten skattar sig lågt på svarsskalor.

I kapitlet om individuella fallbeskrivningar poängteras att det gäller att söka minska lidande och satsa på att åstadkomma bättre fungerande genom att inrikta behandlingen på vad som går att förändra respektive vad man ska låta vara.

"Bilden är ofta komplex då det finns samsjuklighet. Fallbeskrivningarna i boken räcker inte i sig som underlag för diagnos"

Mycket i mottagande och bemötande är standard för erfarna kliniker. Till detta behöver läggas extra ansträngning för att åstadkomma en fungerande arbetsallians och för hålla sig till en takt som är realistisk. Då tillståndet är komplext som vid komorbida tillstånd behövs mer tid. Det visar sig att 70% av patienterna har kontakt med psykiater för farmakologisk behandling för komorbida problem. Patienten behöver introduceras och mötas med uttryck som är konkreta och inte innehåller generaliseringar. Frågor kring själva diagnosen tas emot bland konkreta frågor som handlar om att t ex klara av tidpassning och utveckla tidsbegrepp.

"Terapeuten får stå för principen 'Assume nothing, explain everything!'"

När akuta kriser eller tillstånd med hög ångestnivå blivit bemötta och behandlade är tiden mogen för att arbeta med de specifika kärnproblemen i AS. Både sociala och andra coping förmågor behöver stärkas. Sociala förståelsekunskaper och förmågor att uttrycka sig behöver byggas upp. Terapeuten får stå för principen: "Assume nothing, explain everything!" Patienten behöver lära sig en mängd grundläggande förmågor som att sätta ord på känslor och behov. Förmåga att kunna uttrycka sig tydligare kan bli följden.

Undvikandestrategier

I arbetet med komorbida tillstånd som ångest, kronisk stress och depressivitet behöver terapeuten komma med extra förklaringar och övningar på det konkreta arbetssättet i KBT för att patienten ska kunna ta till sig det.

Ett speciellt kapitel ägnas åt hinder i terapin som undvikandestrategier, svårigheter att förstå begrepp och svårigheter att stå ut med den ångestökning som terapin kan medföra. Att uppnå vidmakthållande av förmågor, samarbete med andra vårdgivare och olika aspekter på terapiavslutning har egna kapitel. Obesvarade frågor och tankar om framtiden avslutar boken.

Som utredare och behandlare i ett neuropsykiatriskt team och som psykoterapeut och handledare vill jag rekommendera boken för erfarna kliniker som känner aptit på ny kunskap och nya utmaningar! För komplexa arbetsuppgifter inom det neuropsykiatriska och psykoterapeutiska arbetsfältet är den en utmärkt led-sagare!

Marie Hagnell

Överläkare Neuropsykiatriska diagnosteamet Liljeholmen

Leg psykoterapeut



Nu kommer det ett helt nytt läkemedel mot ångest. Fast det har redan funnits i två år.

Lyrica® (pregabalin) är nu godkänt för behandling av **generaliserat ångestsyndrom (GAD)**. För första gången på länge finns ett nytt alternativ med helt ny verkningsmekanism, byggd på minskning av neuronets aktivitet genom påverkan på kalciumkanalerna.¹

Men det betyder inte att Lyrica är oprövat. Sedan två år tillbaka används preparatet mot perifer neuropatisk smärta och tilläggsbehandling vid partiella anfall. Lyrica är inte bara effektivt mot de psykiska symtom som GAD ger, utan också mot de somatiska symtom som många av patienterna upplever.^{2,3} Sammantaget gör detta Lyrica till ett nytt och intressant alternativ vid generaliserat ångestsyndrom.²

LYRICA™
PREGABALIN

Lyrica gjuter olja på vågorna

Önskas mer info? Ring Pfizer Kunskapscentrum
Direktnummer för sjukvården 08-550 522 00

Pfizer AB Vetenskapsvägen 10 191 90 Sollentuna Tel 08-550 520 00 www.pfizer.se



Referenser: 1. Richard Kavoussi, Pregabalin: From molecule to medicine, European Neuropsychopharmacology (2006) 16, s128-133 2. Montgomery SA, Tobias K, Zornberg G, et al. The efficacy and safety of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: a 6-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo controlled comparison of pregabalin and venlafaxine. Paper accepted to J Clin Psychiatry. 3. Pohl RB, Feltner DE, Fieve RR, Pande AC. Efficacy of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: double blind, placebo-controlled comparison of BID versus TID dosing. J Clin Psychopharmacol. 2005;25:151-158. **Indikationer:** *Epilepsi:* Lyrica är indicerat som tilläggsbehandling för vuxna med partiella anfall med eller utan sekundär generalisering. *Neuropatisk smärta:* Lyrica är indicerat för behandling av perifer och central neuropatisk smärta hos vuxna. *Generaliserat ångestsyndrom:* Lyrica är indicerat för behandling av generaliserat ångestsyndrom hos vuxna. **Varningar och försiktighet:** Behandling med pregabalin har förknippats med yrsel och somnolens, vilket skulle kunna öka förekomsten av fallskador hos den äldre patientgruppen. Patienter bör därför tillrättas att vara försiktiga tills de känner till läkemedlets potentiella effekter. **Dosering:** 150–600 mg per dag, uppdelat på två eller tre doseringstillfällen. Lyrica finns som hård kapsel, 25, 50, 75, 100, 150, 225 och 300 mg i förpackningar om 14, 21, 56 eller 84 st. Samt burk 75, 150 och 300 mg om 200 st. Eventuellt kommer inte alla förpackningsstorlekar att tillhandahållas. Lyrica kan tas med eller utan föda. **För vidare information:** Se www.fass.se.

Prevention, kunskapsspridning och implementering av ny metodik

Erfarenheter från barnpsykiatri i Uppsala. Barnpsykiatri på 70-talet kunde bara bli bättre. Inga evidensbaserade metoder tillämpades, resurserna var knutna till slutenvården och inget preventivt arbete utfördes. Varför var det så svårt att få till organisationsformer och metoder och varför var det så svårt att vidmakthålla de projekt som visade framåt?

En första ögonöppnare för oss i Uppsala var när habiliteringen började med intensiv beteendeterapi vid infantil autism 1991. När ryktet och informationen sprids att det finns en effektiv behandling blir föräldrar, BVC och förskolepersonal intresserade av att hitta autism så tidigt som möjligt. Organisationen var enkel. Från misstanken på BVC direkt till det team som skötte behandling och utredning. Metodens kvalitet i starten garanterades av en psykolog som kom direkt från träning med Lovaas i Los Angeles. Vidmakthållandet bygger på att habiliteringsorganisationen ger alla länets barn med autism intensiv beteendeterapi och att alla i nätverket runt barnet får utbildning.

Grundreceptet var enkelt. Utbilda i den bästa evidensbaserade metoden, skapa en organisation utifrån behoven och se till att tillräcklig energi och tillräckliga resurser läggs på ett vidmakthållande. Fortbildning, träning i metoden, handledning och stöd från organisationens ledning får inte dras ner när ett projekt går över i reguljär verksamhet.

1995 försökte vi oss på OCD/Tourette. Vi skapade ett länsövergripande team som använder evidensbaserad behandling.

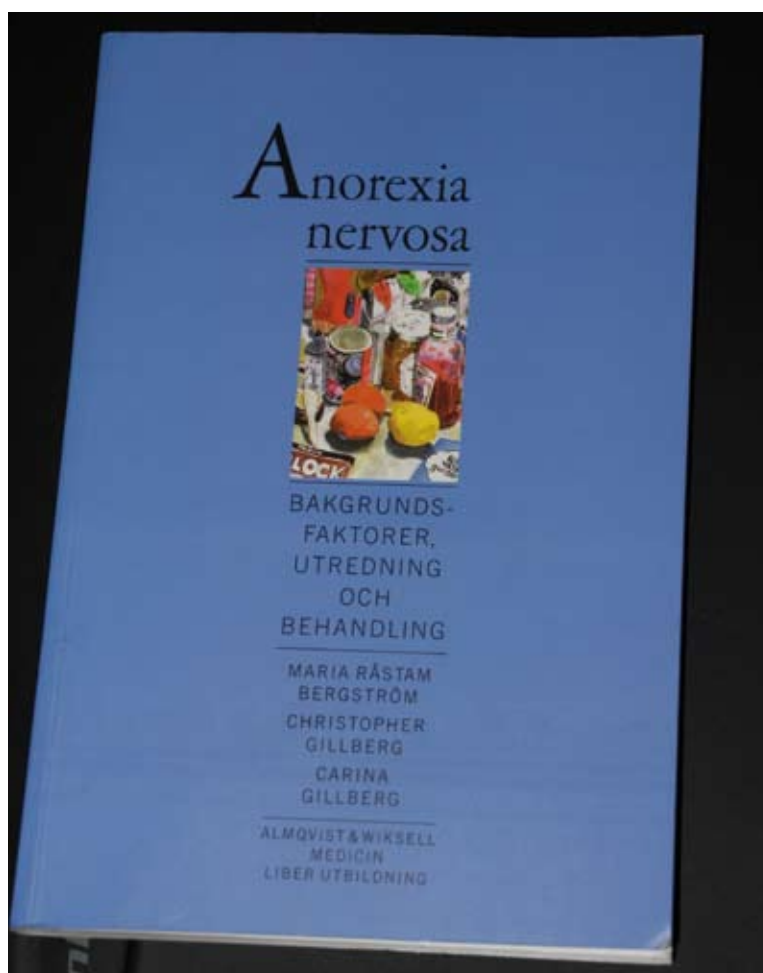
Trots att resursen fanns var det i starten svårt att få patienter ens från den egna organisationen. Ett stort hinder var den så kallade helhetssynen. Patienter som under en längre tid inte fått hjälp

för sitt tvångssyndrom levde i en härva av familjekonflikter och uppvisade en mängd symtom och störda beteenden. Det gjorde det svårt för öppenvårdsteamerna att identifiera OCD. Interna kurser och en artikel i Uppsala Nya Tidning öppnade slussarna. Ökad kunskap både hos patienter, föräldrar och vårdgivare gjorde det efter hand lätt att tidigt hitta OCD. Möjligheten för ett team att koncentrera sig på att behandla OCD har gett möjlighet till en fortlöpande kompetensutveckling. Erfarenheterna har legat till grund för ett material och handledarutbildning för att driva stödgrupper för brukare och patienter över landet i samarbete med brukarföreningen Ananke. www.ananke.org/dok/stod-gruppsinfo.doc

1999 kom den statliga barnpsykiatriutredningen som visade på stora brister. Vi satte oss ner med utredningens ordförande Claes Sundelin och funderade. Varför var vi så dåliga i vårt län på att verka preventivt, att implementera de bästa metoderna och att införa en bra organisation för de största grupperna med depression/ångest, ADHD, anorexi och utagerande med risk för kriminalitet och missbruk? De bästa metoderna fanns utforskade i USA och Kanada, men fick några verkliga möjligheten att lära sig dem? Får några mandat att arbeta för att få ihop resurserna inom kommun, landsting och brukare?

År 2000 angrep vi utmaningen att nå

den stora gruppen med ADHD. Vardagsnära Insatser i Tydlig Samverkan (VITS) blev namnet på modellen, som börjar med att föräldrar och rektor skriver på om en basutredning, som skolorna



Hur ska man behandla barnpsykiatriska tillstånd som anorexia nervosa?

sedan ordnar. Basutredningen hjälper skolan att sätta in åtgärder utifrån rätt funktionsnivå. Kompletterat med föräldrautbildning



"Epidemiologiska kunskaper om frekvensen av depression och ångest motsvarade inte alls hur många som kom fram till BUP"

enligt COPE behöver många med problembeteenden inte någon neuropsykiatrisk utredning. Kommun och landsting skapade gemensamma samordnartjänster. Istället för att föräldrar skulle leta reda på resurser inom elevvård, primärvård, socialtjänst, barnpsykiatri och habilitering sköttes det av professionella med mandat från alla organisationer. VITS-systemet sorterar fram dem med ADHD, som alla efter diagnos inom BUP erbjuds en väl genomförd medicinering och föräldrautbildning (se utvärdering av Metoder i Vardagen www.vinstprojektet.se) Genom att ta bort frågetecken kring vem som gör vad och förmedla kunskap och färdigheter till föräldrar och skolpersonal, så fungerar organisationen efter hand alltmer preventivt.

Helhetsansvar?

Fanns det någon bra metod för att behandla anorexi? Varför skickades dessa patienter mellan pediatrik och barnpsykiatri utan att någon tog ansvar för helheten? Den gordiska knuten vad gäller organisation var då vi år 2000 slog ihop barnsjukhusets anorexi-enhet med BUP:s dagvård. Nu visste alla skolsköterskorna i länet vart de skall hänvisa misstänkt anorexi. Det innebär en stor preventiv vinst att de med misstänkt anorexi direkt når fram till specialistkunskapen i form av ätstörningsenhetens barnläkare. Ingen behöver skickas mellan olika organisationer och många kan få tillräcklig hjälp att bryta ett ätstörningsförlopp redan på specialiserad rådgivningsnivå. Metodfrågan för ätstörningsenheten löstes genom att ge en KBT-utbildad psykolog ordentligt med tid att utforma en manual som alla kunde sluta upp bakom. Trots det var det svårt att få det hela att fungera eftersom organisationerna bar på sina negativa arv i form av sjukhusorienterad omvårdnad och tvångsvårdstänkande. Internutbildning i beteendeterapi för hela arbetsgruppen klarade av dessa svårigheter. De i länet med ätstörning som behöver får utan väntetid komma in i ett dagvårdsprogram. Beteendeterapi medför en snabb viktuppgång och samtidig föräldrautbildning garanterar att det kan fungera även i hemmiljö. Tydliga bevis på att modellen fungerar är den tidiga upptäckten, den förkortade vårdtiden och att sondmatning och slutenvård inte längre behövs.

Epidemiologiska kunskaper om frekvensen av depression och ångest motsvarade inte alls hur många som kom fram till BUP:s behandlare. Vi startade då hemsidan www.snorkel.se där ungdomar och föräldrar kan få råd, kompletterat med möjlighet till mailkontakt och telefonrådgivningstid. Genom att elevvården i länet har tillgång till de arbetsböcker som ingår i materialet, så kan de utgöra ett första personligt stöd för att genomföra åtgärder som kan lindra oro och nedstämdhet.

Självskadande beteende har en kulmen mellan 16 och 25 år så det var naturligt att 2002 planera en organisation för detta som ett samarbete mellan ungdoms- och vuxenpsykiatri. För att säk-

ra DBT-metoden, som endast delvis är utvecklad för tonåringar, bjöd vi in Alec Miller för en workshop och ordnade studiebesök till verksamheten i New York. Föräldrautbildning är en del av DBT som vi har behövt förstärka. Nu finns det 21 utbildade DBT-terapeuter som har fortlöpande utbildning och handledning av bl.a. Alan Fruzzetti och Anna Kåver. Det har visat sig att metoden fungerar på samma sätt som i USA. (Hjalmarsson, Kåver, Perseus, Cederberg, Ghaderi; Clinical Psychologist, March 2008, 18-29) Ångest, depression och känslomässig instabilitet visar sig tidigt och det finns en stor potential i att komma in tidigt med de tekniker som ingår i KBT-behandling och DBT.

Funktionell familjeterapi

De första statliga utredningarna på 70-talet om svensk barnpsykiatri andades förhoppningen att komma till rätta med kriminalitet och missbruk genom att tidigt behandla de psykiska störningarna. Det ingen i Sverige då uppmärksammade var att redan 1973 hade metoden funktionell familjeterapi (FFT) halverat återfallen i kriminalitet och missbruk. Marianne Cederblad och Kjell Hansson hämtade metoden till Sverige 1992, och kunde visa att den fungerade lika bra här. Trots det så blev metoden bara spridd till enstaka små projekt över landet. Efter utbildningssatsningar 2002 i Uppsala län kunde ett FFT-team komma igång. Organisatoriskt har det från början varit ett gemensamt projekt mellan socialtjänst och barnpsykiatri. Socialtjänsten har de flesta av dessa klienter/patienter och står för cirka 80 % av kostnaderna. Idag når organisationen hela länet och det finns fyrtio utbildade FFT-terapeuter, en fortlöpande handledning och resultatuppföljning.

Forskningen visar att allvarligt aggressivt beteende redan från förskoleåldern har en mycket dålig prognos. Barnpsykiatrin ägnar en mycket liten del av sina resurser till denna grupp. Vi startade år 2000 ett projekt för att lära oss mer om behandling tillsammans med forskollärare/lärare/föräldrar av aggressiva barn i 5-8 års åldern. För att vidmakthålla en struktur kring detta satsar vi på att tillsammans med kommunen erbjuda föräldrautbildningar (COPE, KOMET, Metoder i Vardagen) och vi håller på att utveckla fortbildning och handledning av lärare för att klara neuropsykiatriska funktionshinder (www.vinstprojektet.se). Vårt arbete med små aggressiva barn visade på den stora bristen på bra informationsmaterial till föräldrar och lärare. Det förekommer många insatser på detta område som inte har någon grund i vad som har evidens. Spridning av bra information som påverkar insatser inom kommun och landsting och stimulerar till självhjälp bland föräldrar har en stor preventiv potential. Informationen för vi ut genom www.mindrebrak.se.

Ju mer vi lyckas samarbeta med brukarorganisationer, skolor, socialtjänst, vårdgrannar, föräldrar och patienter, ju mer ser vi hur mycket lättillgänglig information och självhjälpsmaterial som saknas. Därför utvecklar vi nu hemsidor med materialet "självhjälp på vägen" för de neuropsykiatriska funktionshindren och som vi för ut i höst www.sjalvhalppavagen.se.

Staffan Lundqvist

Utvecklingschef

Henrik Pelling

Barnpsykiater

Hjälp hemma vid datorn?

Att söka information och råd och att dela erfarenheter på internet när det gäller psykiska problem är väl närmast en självklarhet för åtminstone dem som är uppväxta med datorn som kommunikationskanal, men säkert också för många som är lite äldre än så.

"Svårast är när inlägget inte riktigt bryter mot reglerna, säger Sofia Åkerman. Kanske är det bara för tungt och mörkt"

Personer som har kontakt med psykiatrin eller funderar på att ta en sådan kontakt är förstås inte undantagna. Och vad finns det då att ta hjälp av på internet? Massor förstås! Allt från vårdguiden och patientFASS till obskyra självmordsuppsmanande sajter. Numera finns ju också be-

handling som ges av professionella vårdgivare via internet, t.ex. KBT-baserade program för behandling av ångeststörningar, men när det gäller just självhjälp utanför psykiatrin tänker vi på sådana forum som är skapade av andra organisationer, intresseföreningar, privatpersoner osv.

Ganska förskräckt blir man när den 15-åring man just är inne i en bedömningsfas med på BUP kommer och konstaterar att hon redan tror att hon vet vad hon har för problem efter att ha gjort ett "test" på internet som kom fram till att hon hade narcissistisk personlighetsstörning. Lite undrande över vad det där konstiga ordet betyder är hon dock...

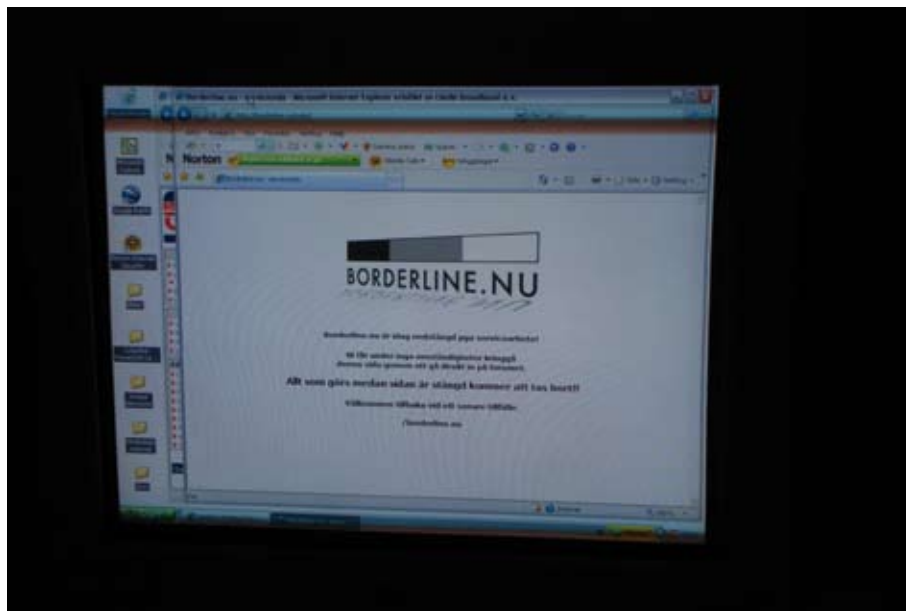
Lika tråkigt är det när läsning av andras inlägg om självmordsplaner och frossande i självskadebeskrivningar blir den trigger som leder fram till en egen självskada. Eller när andras rekordlåga BMI blir inspiration till att självsvälta ännu hårdare. Samtidigt går det att förstå att man vill läsa om andras erfarenheter som på olika sätt liknar ens egna erfarenheter.

Att det krävs mycket arbete för att hålla ett forum på internet i en sådan form att det är både tillåtande och hjälpsamt blir tydligt när man pratar med dem som gett sig in på detta. Jag tog tillfället

i akt att intervjua två personer, som håller i forum, som jag vet att en del ungdomar som går i behandling på den enhet där jag arbetar ibland besöker.

Zebraflickan

Sofia Åkerman, som skrivit boken Zebraflickan och är en välkänd föreläsare som delar med sig av egna erfarenheter av att må riktigt dåligt och ha en lång vårdtid inom psykiatrin bakom sig och hur hon kommit vidare, började i mindre skala med en hemsida för 4-5 år sedan för att sedan starta en blogg, och fick så många mejl och långa livshistorier till gästboken att hon sedan också startade ett forum på internet, Zebraforum. Hon hade egna negativa erfarenheter av forum på internet och har därför satt upp mycket tydliga regler och mål för forumet; det handlar om att hjälpa varandra och ha en tydligt konstruktiv inriktning. Zebraforum vänder sig till personer som hamnat i självskada och/eller ätproblematik eller mår psykiskt dåligt på andra sätt, dem som haft sådana problem och till anhöriga/närstående. Just nu har man runt 500 medlemmar varav 60 är anhöriga som har ett eget forum, så att man ska kunna dela erfarenheter mer fritt. Vanligaste ålder är drygt 20 år. Cirka tio personer arbetar med forumet; Sofia själv och ytterligare två administratörer, några säkerhetsansvariga och flera personer som ser till att alla får svar, bemöts bra osv. Även om det finns tydligt formulerade regler, som t.ex. att inte skriva om självskador, inte ange kroppsvikt mm, så behöver moderatorerna vara aktiva och ibland ta bort inlägg, ändra eller kommentera.



- Svårast är när inlägget inte riktigt bryter mot reglerna, säger Sofia Åkerman. Kanske är det bara för tungt och mörkt, så att det kan väcka för svåra känslor och hopplöshet hos andra läsare. Viktigt är då att den som skrivit ett sådant inlägg är beredd

att ta emot hjälp av de andra, så att inte de i sin tur känner vanmakt.

– Vi har tänkt att vi skulle kunna få ganska arga användare när vi går in och ändrar så pass mycket i inläggen, men så har det inte blivit, berättar Sofia. Det är ju också en trygghet för alla medlemmar att veta att man inte behöver riskera att läsa något som kan "stjälpa en" helt.

Det hände tidigare en period att det blev många inlägg kring psykofarmaka på forumet och administratörerna bestämde då att helt slopa den typen av diskussioner eftersom de riskerade att ta över och dessutom blev lite av ett sätt att jämföra "vem som var sjukast".

Borderline.nu

Betydligt större är Borderline.nu, som har över 3800 registrerade medlemmar och ännu fler besökare på de forum som är öppna. Man har t.ex. öppet och slutet (bara för medlemmar) brukarforum, forum för tips på självhjälp, forum för berättelser från slutenvården och "känslorum" – ett slutet forum där man enligt instruktionen tillåts skriva om självskadetankar och självmordstankar (men inte självmordshot) och där man varnas för att gå in om man inte mår tillräckligt bra. Jessica Westin är ordförande och projektansvarig på Borderline.nu, och hon berättar att det är ett ständigt ändrande av inlägg. Två administratörer och 5-6 moderatorer arbetar med detta vid varje givet tillfälle. Målsättningen för Borderline.nu är att sprida information - "självupplevd, men pålitlig" - och att sammanföra grupper; brukare, anhöriga och vårdgivare. Man anordnar också seminarier och brukarträffar.



***"Betydligt större är
Borderline.nu som
har över 3800 registrerade
medlemmar
och ännu fler besökare
på de forum
som är öppna"***

– Jag tror att vi kan spela en viktig roll för dem som ännu inte vågat ta kontakt med psykiatrin, de som mår dåligt och känner "att något är fel", men inte riktigt vet hur de ska gå vidare, säger Jessica Westin. De kan känna igen sig i andras inlägg och börja fundera på att söka hjälp.

Men hur gör man då med sådana inlägg som beskriver den hjälp man kan få via psykiatrin i väldigt dystra ordalag?

– Inlägg av typen "Gå aldrig till psykmottagning X!" tas bort eller kommenteras. Ofta hinner också andra medlemmar kommentera och man brukar uppmuntra till att försöka hitta den hjälp som passar en själv och understryka att det är olika för var och en. Det blir en balansgång, för det är också viktigt att kunna få bli bekräftad när man inte blivit nöjd med bemötandet från psykiatrin. När det gäller klagomål på olika läkemedel brukar man uppmäna att kontakta sin läkare.

Camilla Hallek

SPFs redaktion

Göran Isacson om psykiatrin: "Först läkare, sedan psykiater"

DEBATT
Christoffer
Rahms publi-
cerade tal om
psykiatrin

**Om vi till följd av något symptom söker sjukvården förväntar vi oss att få träffa en seriös, kun-
nig och empatisk läkare som baserat på veten-
skap och beprövad erfarenhet kan tala om för
oss om vi lider av en sjukdom och i så fall vilka
behandlingsmöjligheter som finns. Detta mås-
te vi kunna förvänta oss även om vi skulle råka
drabbas av psykiska symptom!**

I Svensk Psykiatri No 2 går debatten om psykiatrins identitet vidare. Några menar att debatten är meningsfull, att det är viktigt att formulera en och endast en plattform för psykiatrin. Andra debattörer menar att det "inte finns några motsättningar" utan bara olika sätt att tala om samma sak. Föreläsare för båda ståndpunkterna för fram goda argument och jag är övertygad om att

**"Ibland avses där-
med humanismen
som etik, men det
utgör inte 'något
mer' då alla medi-
cinska specialiteter
baseras på denna"**

debatten kommer att visa sig fruktbar. Jag och andra har i Läkartidningen argumenterat för den första ståndpunkten, att vi måste formulera en psykiatri(1-3). Jag menar att det grundläggande i en sådan formulering bör vara att psykiatrin är en medicinsk specialitet baserad på medicinsk vetenskap. Denna formulering understryker det gemensamma med övriga medicinska specialiteter och implicerar att samma krav ska ställas på psykiatrin som på övriga specialiteter. Det som skiljer psykiatrin från andra medicinska specialiteter är att vi arbetar med patienter som lider av psykiska sjukdomar, dysfunktioner i hjärnan som yttrar sig som dysfunktionella psykiska processer. Eller som Eric Kandell uttrycker det:

All mental processes, even the most complex psychological processes, derive from operations of the brain (...) As a corollary, behavioral disorders that characterize psychiatric illness are disturbances of brain function, even in those cases where the causes of the disturbances are clearly environmental in origin(4).

All mental processes, even the most complex psychological processes, derive from operations of the brain (...) As a corollary, behavioral disorders that characterize psychiatric illness are disturbances of brain function, even in those cases where the causes of the disturbances are clearly environmental in origin(4).

I motsats till definitionen av psykiatrin som en medicinsk specialitet, menar en del debattörer att psykiatrin inte bara är en medicinsk specialitet utan också "något mer". Oftast hänvisar man till "humanism". Ibland avses därmed humanismen som etik, men det utgör inte "något mer" då alla medicinska specialiteter baseras på denna. Ibland avses humaniora som är en övergripande beteckning på ett antal akademiska ämnesområden med litteratur

på döda språk som mest centralt område. En bred bildning är till nytta för alla men kan knappast ingå i en definition av psykiatrin. Oftast avses humanvetenskap i synnerhet psykologi. Detta byggs dock på en missuppfattning av vad medicinsk vetenskap är. Den definieras inte av sina metoder utan av sitt syfte att ge läkaren en vetenskaplig grund för sin verksamhet. Psykoterapiforskning såväl som andra icke-naturvetenskapliga metoder ryms således inom medicinsk vetenskap. Därför utgör inte heller detta "något mer".

Ute på hal is

Om man däremot verkligen menar att psykiatrin utöver att vara en medicinsk specialitet också ska bygga på humanvetenskap är man enligt min mening ute på hal is. Ett sådant tillägg till definitionen av psykiatri öppnar dörren för vilket innehåll som helst eftersom inte ens humanvetenskapare är överens om vad humanvetenskap innebär(5). Det finns humanvetenskapare som tillämpar empiriska metoder för att finna en allt mer sann beskrivning av verkligheten, men det finns också de som hävdar att humanvetenskap förvisso är en vetenskap, men en annan sorts vetenskap, med en egen kunskapsteori kallad hermeneutik. Enligt hermeneutiken behövs ej empiriska bevis utan "sanningen" uppenbaras helt enkelt för forskaren ("förståelse"). Yttersta konsekvens av detta tänkande är de olika "post-moderna" skolor som förkastar sanningen som begrepp, förnekar verklighetens existens och helt följdriktigt ej heller tror på vetenskapen. Det låter absurt, men post-modernismen är en framträdande riktning inom den akademiska humanvetenskapen. Här återfinns t ex genusvetenskapliga utsagor om att kön är enbart en "social konstruktion" eller att diagnos ska ses som en social konstruktion i förtryckande syfte i stället för att vara en förutsättning för att tillförsäkra psykiskt sjuka behandling baserad på vetenskaplig kunskap. Den kunskapsmassa som finns inom humanvetenskapliga discipliner måste uppenbarligen passera genom det medicinska filtret, för att sälla fram det som kan visas säkert och effektivt i klinisk verksamhet.

Utifrån det sagda vill jag kommentera några bidrag till diskussionen i Svensk Psykiatri No 2. Ingemar Engström diskuterar modeller, aspekter och synsätt och beskriver att olika "paradigm" avlöser varandra inom psykiatrin såsom vinden blåser. Han förbiser den vetenskapliga kunskapsut-

**"Ingen skulle väl
inta en medi-
cin som tar sig in
i hjärnan och på-
verkar den innan
man fått möjlighet
att förstå hur den
skulle kunna hjäl-
pa"**

vecklingen. Neurovetenskap och kognitiv psykoterapi har erövrat sina framträdande platser genom att ha visat att de är psykiatriska patienter till stort gagn, inte för att någon vind vänt. De äldre "psykodynamiska och systemteoretiska paradigmen" har fått motvind till följd av att de inte kunnat visas vara till glädje för dessa patienter. I övrigt använder Engström många ord och begrepp för att säga att det är viktigt för läkaren att uppnå en god och empatisk kontakt sin patient, att ta upp en noggrann anamnes för att förstå vad som plågar denna patient och att på grundval av sin kunskap analysera patientens uppgifter och de egna iakttagelserna för att ställa en diagnos och föreslå lämplig terapi. Jag kan inte annat än att hålla med om allt detta, men jag tycker inte detta är något annat än den medicinska modellen. Det är en självklarhet att uppgifter om hereditet, sociala faktorer, tidigare och aktuella livserfarenheter, symptom och objektiva fynd integreras och att psykiatern har en förståelse för hur dessa faktorer har påverkat och fortfarande påverkar varandra.

Naturvetenskap och humaniora

Christoffer Rahm tycker det är helt igenom gott om psykiatrin formar sig som en naturvetenskaplig medicinsk specialitet, men undrar vart människovärdet tog vägen då psykiatrin "...reducerade det mänskliga, skar bort 'vidskepelse och religiositet' och i stället bestämde sig för de naturvetenskapliga antagandena...". Det är en filosofisk fråga med relevans långt utanför psykiatrin huruvida en naturvetenskaplig människosyn är förenlig med humanistisk etik. I den viktiga boken "Ett oskrivet blad" diskuterar Steven Pinker detta utförligt och visar att de är förenliga(6). Ur ett icke-religiöst perspektiv är humanistisk etik en av människan formulerad konvention som vi vill leva efter vare sig Gud finns eller ej.

Christian Johansson tar upp att det inte räcker att erbjuda effektiv behandling om inte patienterna accepterar den. Han menar att psykiatrin behöver "andra kompletterande eller konkurrerande perspektiv på tillvaron än de vi för tillfället förfäktar" för att förstå vad som är "meningsskapande" för patienterna, till exempel för att förstå varför de inte tar sin medicin. Räcker det inte med vanlig "medicinsk" empati? Ingen skulle väl inta en medicin som tar sig in i hjärnan och påverkar den innan man fått möjlighet att förstå hur den skulle kunna hjälpa mot ens psykiska lidande och innan man känner personlig tillit till sin läkare. Läkaryrket är en konst.

Calle Sjöström skriver att "vi läkare har ansvar för utveckla och värna de biomedicinska kunskaperna, men vi måste också värna de humanistiska värderingarna inom vår specialitet". Jag är helt överens om behovet av att integrera olika typer av åtgärder och om att den psykiatriska syndromdiagnostiken inte utgör tillräcklig utredning. Diagnostik/utredning av psykologiska och psykosociala faktorer med relevans för sjukdomstillståndet är också nödvändiga och om behandlingen ska fokuseras på dessa faktorer

eller på hjärnan direkt genom farmaka måste bedömas i det enskilda fallet, ofta blir det flera fokus. Han pekar också helt riktigt på evidens-baserings begränsningar och att våra åtgärder inte kan begränsas inom dess ram. Det gäller ju för övrigt också farmakologisk behandling (polyfarmaci).

Tomas Böhm som jag tidigare bemött i Läkartidningen skriver att "hjärna och psyke inte är samma sak...(utan) två sidor av samma mynt"(7). Om jag förstår honom rätt menar han att endast hjärnan är åtkomligt med naturvetenskapliga metoder medan kunskap om psyket endast kan fås med hjälp av humanvetenskapliga metoder. För att förklara detta använder han metaforen att bokstäver och poesi inte är samma sak. OK, men vad händer med poesin om poeten stavat fel? "Visst gör det ont när knoppar brista" är usel poesi, men det är bara ett "p" som saknas i Karin Boyes välkända versrad. Böhms metafor är alltså inte bara en bild av att hjärna och psyke inte är samma sak utan också av att psyket är ytterst beroende av hjärnan. Hjärnan är ett substrat medan psyket är en av hjärnans energikrävande funktioner, "hjärnan i arbete". Ett växelspel mellan genotyp och sinnesintryck har format var och ens individuella hjärna till vad den är idag. En liten "felstavning" i detta nätverk kan få stora konsekvenser för såväl vår förmåga att tolka omvärlden korrekt som vår förmåga till adaptivt beteende.

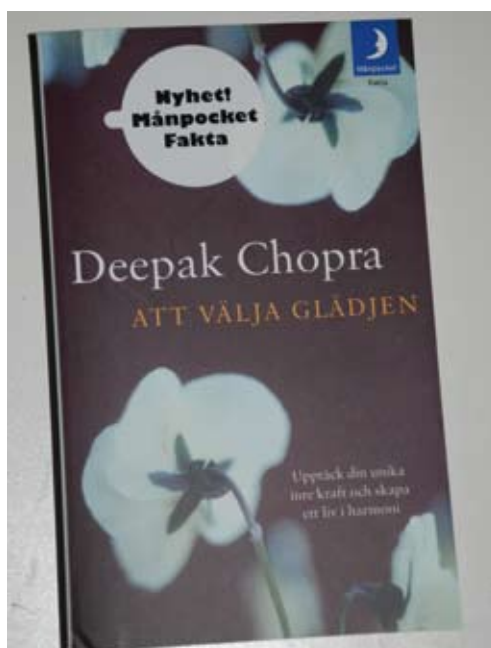
Jag avslutar detta bidrag med slutsatsen att psykiatrin, när begreppen är klargjorda, bör kunna finna en identitet som en medicinsk specialitet. Samtliga ovan kommenterade debattörer, med Böhm som möjligt undantag, tar upp aspekter som samtliga ryms inom denna definition.

Göran Isacsson

Docent, överläkare Affektiva mottagningen Psykiatri SV
Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge
Goran.Isacsson@sll.se

Referenser.

1. Dencker SJ, Wälinder J. Hur få svensk psykiatri på benen igen? Läkartidningen 2007;104:1297-8.
2. Dencker SJ, Läkartidningen JWJ. Vi behöver en ny psykiatri utan okunnigas inblandning. . 2008;105:421-2.
3. Isacsson G. Psykiatri är en medicinsk specialitet - punkt! Läkartidningen 2008;105:1120.
4. Kandel ER. A new intellectual framework for psychiatry. Am J Psychiatry. 1998 Apr;155(4):457-69. <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/155/4/457>
5. Nordin S. Humaniora i Sverige - Framväxt. Guldålder. Kris. Malmö: Atlantis; 2008.
6. Pinker S. Ett oskrivet blad : och andra myter om människans natur. Stockholm: Natur och Kultur; 2006.
7. Isacsson G. Replik till Tomas Böhm: Ställ samma krav på psykiatrin som på andra medicinska specialiteter! Läkartidningen 2008;105:1695.



Om psykiatrin inte är en medicinsk specialitet kan vilken självhjälpsguru som helst passera som psykiater

"Fantasi och verklighet i Kronoberg"

DEBATT
Claes
Davidsons
angrepp på
den
offentliga
psykiatri

Claes Davidson fortsätter att debattera om den offentliga psykiatri. Denna gång ger han sig på Henrik Jonsson som replikerade i förra numret. Davidson håller sin egen förmåga högt vilket han vill göra Henrik Jonsson uppmärksam på.

Henrik Jonsson [1] vet berätta att jag på min privatpraktik botar friska och att jag i den offentliga vården sätter ut mediciner och åstadkommer svåra störningar i patienternas liv. Jag skulle vid tillfälle gärna höra mer om hur han föreställer sig min tillvaro. Ett så rikt fantasiliv ger liksom mersmak. Men Henrik Jonssons logik är inte lika utvecklad som hans fantasi. När de slutsatser han drar om sin egen verksamhet - efter att ha läst mina artiklar [2] [3] - blir rent olidligt nedslående, då blir inte frågan hur han skall närma sig sin verklighet utan hur han skall fjärma sig från mig. Tokerier, säger Henrik Jonsson om mitt provocerande perspektiv, man tar sig för pannan. Låt oss lämna fiktionen och de teatrala gesterna och istället se vad som kan göras åt Din verklighet så att Du slipper drömma Dig bort!

Föreställ Dig, Henrik Jonsson, hur Du för första gången i Ditt långa psykiaterliv får uppleva att Du löst patientens depressiva problematik, eliminerat hennes splittring och kan konstatera att hon sedan ett år klarar sig utmärkt utan litium och antidepressiva så att Du nu kan avskriva diagnosen, avsluta journalen och önska henne ett gott liv!

Din son som drar ut i världen

Föreställ Dig också, Henrik Jonsson, att Du haft ett ungt par på tio krissamtal, att de lärt sig lösa sina konflikter, att de återupptagit sitt samliv och återkallar sin skilsmäsoansökan: vad tror Du det betyder för dem, för deras ettåriga lilla unge och för Din förbrukning av recept- och sjukskrivningsblanketter?

Föreställ Dig vidare, Henrik Jonsson, att Du just avslutat ett femårigt strukturbbyggande arbete med en borderlinepersonlighet, att Du ser honom gå ut från mottagningen och ut i livet: Du skall inte bli förvånad om det känns som om det vore Din son som just drog

ut i världen!

Föreställ Dig slutligen, Henrik Jonsson, att Du stärkt av Dina framgångar vågar Dig på att jobba med psykotisk problematik, att Du genom att fånga upp den unga patienten på jouren, medveten om hennes utsatthet, om hennes misstro mot alla vuxna, om kontinuitetens betydelse, om hennes utomordentliga känslighet och alldeles särskilda behov av att bli förstådd, sätter henne

tillbaka till Dig själv redan nästa dag för att inte äventyra Er känsliga relation som allting hänger på, och inleder ett psykoterapeutiskt samarbete för att förhindra vidare traumatisering och undvika risken för kronisering. Fattar Du vad Du betyder för denna unga människa och fattar Du vilka avgrunder Du räddar henne ifrån, tack vare att Du vågar möta henne och tack vare att Du insisterar på att förstå vad hon varit med om trots att hon på sätt och vis gör sitt bästa för att göra sig obegriplig?!

Du är i all anspråkslöshet en hjälte, Henrik Jonsson, Du blir rikligen belönad och risken finns att Du blir rörd till tårar. Nu tror jag Du förstår, att psykiatri har ett andra språk [2], att detta är minst lika viktigt som dess första, det som Du känner så väl, att det är mycket Du missat men att det kanske inte är för

sent att ta det igen, i alla fall inte för sent att sluta ondgöra sig över att andra har vad Du själv saknar.

Claes Davidson

Leg läk spec i allm psykiatri
Leg psykoterapeut



Claes Davidson anser förmodligen att han, till skillnad från Henrik Jonsson, inte bara är snäll utan också professionell

"Henrik Jonsson vet att berätta att jag på minprivatpraktik botar friska och att jag i den offentliga vården sätter ut mediciner"

Referenser

- Jonsson, Henrik: Davidsons naiva syn åstadkommer svåra störningar i patienternas liv. Svensk Psykiatri 2008:2
Davidson, Claes: Inte ett öre till den offentliga psykiatri! Svensk Psykiatri 2007:3
- Iatrogena bidrag till psykiatrisk morbiditet. Läkartidningen 2008:16

Tidiga insatser – att tidigt få till stånd en bra diagnostik

Vi var en grupp från BUP-kliniken i Göteborg som åkte till Vårmetet i Lund för att framför allt lyssna till professor Goodman när han pratade om hur man kan använda det internetbaserade frågeinstrumentet DAWBA för att göra en bättre probleminventering och diagnostik. Då vi håller på att införa instrumentet på kliniken blev mötet med professor Goodman en viktig inspirationskälla till att fortsätta arbetet med att få till stånd en bättre och mer likvärdig bedömning för dem som söker hjälp hos oss.

Ibland verkar det bara vara slumpen som avgör vilken riktning en behandling tar för den som söker hjälp på BUP. En familj söker och presenterar ett problem i samband med ett bedömningssamtal och sedan kastar vi oss iväg i en behandling. Det är som att ge sig ut i vildmarken på första bästa stig man ser utan att först ha studerat kartan. Därför händer det också av och till att vi förrirar oss och först efter ett tag börjar fundera kring varför vår inslagna stig inte leder till målet. Det kanske är så att vi först måste ägna lite tid åt att rita upp kartan för att se alla stigar som finns, hur de grenar ut sig och binds samman med varandra för att sedan planera den väg vi skall gå. Det behövs ofta många olika bilder för att få en heltäckande karta: ungdomen själv sitter inne med den viktigaste informationen men vissa delar kanske bara föräldrarna eller en lärare kan se utifrån. DAWBA har visat sig vara bra för att på ett tidseffektivt sätt få in bred information från flera olika informanter.

DAWBA är ett internetbaserat skattningsinstrument som är utformat för att fånga upp en rad olika psykiatriska diagnoser hos barn och ungdomar mellan 5-17 år. Genom att utrusta familjen med en kod kan de i lugn och ro sitta hemma vid sin dator och fylla i frågeformuläret som är uppdelat i olika moduler gällande olika problemområden. Den som lämnar information kan gå i och ur programmet och fylla i en liten bit i taget när man har tid. Man kan ta in information från flera olika föräldrar/ styvföräldrar. Ungdomar 11-17 år fyller i en egen skattning. Det har visat sig att många ungdomar har mycket lättare att formulera sig kring sina problem när de sitter framför datorn än när de sitter i besöksrummet på BUP. Det finns även en lärarskattning som är något kortare. Alla data samlas in i en databas och bearbetas av ett program som sedan räknar ut en sannolikhet för att detta barn uppfyller en viss diagnos. De styrda frågorna kompletteras med möjligheten att lämna fria kommentarer och beskrivningar

av problemen. Naturligtvis kan inte ett datorprogram ställa diagnos utan materialet måste gås igenom av en diagnostiskt kunnig kliniker. I klinisk vardag kompletteras det även med ett vanligt nybesök där man träffar familjen och ställer kompletterande frågor och gör ett psykiatriskt status.

För närvarande täcker instrumentet in de olika ångeststörningarna inklusive PTSD och OCD, depression, självskadebeteende, koncentrations- och aktivitetsvärigheter, utagerande beteende och en rad frågor kring mindre vanliga tillstånd. Ytterligare moduler kring ätstörning och missbruk är på väg att tas fram. Man

kan även välja att lägga till moduler som tar in bakgrundsinformation samt skattar familjeklimat. Instrumentet SDQ (Strength and difficulties questionnaire) ingår som en del av DAWBA. DAWBA finns översatt till en rad olika språk och den svenska översättningen är gjord av doc. Jan-Olof Larsson och doc. Hans Smedje. DAWBA har använts både i epidemiologisk forskning och i kliniskt arbete runt om i världen. Ytterligare ett exempel på hur instrumentet kan användas gavs under seminariet av en dansk skolläkarkollega som använde DAWBA för att göra en sortering vilka elever som han

skulle remittera till specialistvård hos BUP och vilka elever som hade mer okomplicerad neuropsykiatrisk/inlärnings problematik som hans team kunde handlägga själva. På flera håll i Norge ingår DAWBA som en del av bedömningen när man söker BUP och deras erfarenhet är att man får mer tid över till behandlingsarbetet då instrumentet effektiviserar bedömnings- och utredningsfasen.

Det visade sig att professor Goodman själv kanske var lite väl förtjust i kartor. Dagen till ära hade han ett stort rött "kastmärke" i pannan som han hade fått då han tågade omkring på Lunds gator och studerade sin karta utan att se upp på verkligheten och följaktligen hade tågat rakt in i en lyktstolpe. På sitt typiskt brittiska, ödmjuka sätt delade han frikostigt med sig av såväl denna anekdot som sin övriga kunskap.

Vi i Göteborgsgruppen åkte hem från vårmötet i Lund fulla av ny inspiration. Ett pilotprojekt med DAWBA har nu startat och faller detta väl ut kommer vi att införa instrumentet som en del av bedömningsfasen för alla som söker BUP. Vill man ha mer information om DAWBA kan man gå in på hemsidan www.dawba.com. Vill man själv testa instrumentet kan man anmäla sig som användare på www.dawba.net och få tillgång till att prova 25 gratis-skattningar.

Catharina Winge Westholm

Överläkare, BUP Göteborg

"Naturligtvis kan inte ett datorprogram ställa diagnos utan materialet måste gås igenom av en diagnostiskt kunnig kliniker"

Bilden av psykiatin – psykiatrins självbild

- Vad hindrar framgång i psykosbehandlingen?
- Varför tycks psykiatrikerna ofta famla i mörker trots så mycket samlat kunnande om hjärnans sjukdomar?
- Varför allt detta lidande?

Dessa tre frågor driver Cecilia Brain i hennes forskning. Cecilia Brain är vårdenhetsöverläkaren och specialistläkaren i psykiatri vid Sahlgrenska universitetssjukhuset som forskar i psykiatrins stigma.

I korthet betyder det att hon studerar sambandet mellan skam och attityden till läkemedel. Och att hon inte stannar vid den enskilda patientens känsla av skam och utanförskap. Hon fäster också uppmärksamheten på att hela den psykiatriska vårdapparaten dras med en stigmaproblematik.

Bilden av psykiatin – psykiatrins självbild var rubriken på en serie seminarier som Cecilia Brain och Lennart Lundin, psykolog och chef för Psykossektionen vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, bjöd in till under året för att starta en diskussion i ämnet. 25-talet personer i olika nyckelpositioner och med varierad anknytning till psykiatin deltog. Platsen var Jonsereds herrgård utanför Göteborg.

Rubriken har lite av löpsedelseffekt. För vilka känslor väcker inte bara de tre orden "Bilden av psykiatin"? Tankarna i hyenan hos oss går till tvångsvård, bältesspänning, drogade patienter, självmord och anhörigas förtvivlade rop på hjälp. Hur var det inte med brottaren Mikael Ljungberg, som tog sitt liv på slutet avdelning, och hur var det inte med Mijailo Mijailovic, Anna Linds mördare?

Psykiatrins positiva krafter finns

Rubriken har en underrubrik – psykiatrins självbild. Det är något fräscht i denna formulering. Hur psykiskt sjuka och deras anhöriga mår samt deras självbild har skrivits spaltkilometer om men hur ofta har psykiatrins egen självbild varit uppe till debatt i offentlighetens ljus?

Lennart Lund förklarar:

– Anledningen till att vi på Kompetenscentrum för schizofreni* vill lyfta fram just psykiatrins egen självbild är att vi är övertygade om att stigmat som vilar på våra patienter speglar av sig på hela det psykiatriska sjukvårdsområdet. Och det måste ändras. Vi måste bryta den onda cirkeln.

Lennart Lundin syftar här på bland annat massmediernas nega-

tiva bild av psykiatin.

– Psykiatin framställs alltid som en bransch i ständigt kris. Man talar bara om bristande resurser och patienter som far illa i vården istället för att visa på psykiatrins positiva krafter. För den bilden finns. Det vet vi som arbetar i psykiatin.

Lennart Lundin nämner som exempel från sin egen sektion hälsoprojektet som gick ut på att undersöka kroppslig hälsa hos psykiskt sjuka och som fick förra årets Kvalitetspris. Och han nämner handdatorn, skraddarsydd efter brukarens egna önskemål. En interaktiv kalender som påminner om olika vardagsaktiviteter som väckning, frukost, gå till bussen, ringa doktorn. Ett verktyg för att hantera tidiga varningstecken på sjukdomssymtom. Inte minst ökar handdatorn möjligheten att ta ett eget större ansvar och växa. Med handdatorn bär man symboliskt med sig sitt eget liv i fickan.

Svårigheten att planera sin tillvaro är funktionshinder som inte syns. Detsamma gäller känslan av skuld och skam. För psykiskt sjuka och deras anhöriga är känslan välbekant. Men Cecilia Brains forskning vidgar problematiken. Känslan av stigmatisering skär igenom hela vårdapparaten

Skam smittar, konstaterar Cecilia Brain. Att vara psykiatriker är inte lika "fint" som att vara kirurg eller allmänläkare. Det har hon själv fått erfara. Skam är också en av orsakerna till att allt färre lockas att bli psykiater. För vem vill arbeta i en vård som har rykte om sig att ständigt misslyckas. Och varför misslyckas man? En orsak, enligt Cecilia Brain, är att patienterna väljer att inte ta sina mediciner. Vilket i sin tur ökar risken för återfall.

Cecilia Brain förklarar varför vissa patienter inte tar sina mediciner:

– Bristande sjukdomsinsikt, mycket på grund av sjukdomens art. Knapphändig eller svårförståelig information till patienten, närstående och vårdgrannar. Men också besvärande biverkningar av medicineringen och känslan att den inte hjälper. Man orkar inte invänta läkemedlens positiva effekter.

Katten på råttan och råttan på repet

Overheadbilden, som Cecilia Brain visar, säger mer än tusen ord. Den visar katten på råttan och råttan på repet – minskad budget och färre forskningsanslag som automatiskt innebär sämre vård, färre anställda och minskad kompetens vilket i sin tur sänker prestationsnivån, kvaliteten sjunker, antalet platser minskar – alla som behöver vård kan inte få vård. Till slut finns bara plats för dem som är mest illa däran, "problempatienterna" – ordet tvångsvård återkommer – ryktet försämrats ytterligare och så snurrar det onda hjulet vidare ett varv och ett till.

Gång på gång poängteras hur viktigt det är att få fram fler forskare. Men, forskning får inte bli ett självändamål. Resultat och ny kunskap skall omsättas i praktiken. Flera i debatten kan bekräfta att många av de insatser som idag görs för psykiskt sjuka saknar stöd i forskningen medan evidensbaserade forskningsresultat som

"Skam smittar, konstaterar Cecilia Brain. Att vara psykiater är inte lika 'fint' som att vara kirurg eller allmänläkare"

”Det handlar mycket om att tänka och ambitionen är att alla ska vara vinnare”, säger Ulf Malm”

skulle kunna hjälpa dessa människor inte används!

Lars Hansson, professor vid Lunds universitet ger exempel på gapet mellan forskning och praktik.

– Det finns en väldigt god vetenskaplig dokumentation när det gäller insatser för familjen som inte alls används. Likaså finns en välgrundad kunskap om arbetsinriktad rehabilitering, supported employment, som

heller inte tas till vara medan det görs en rad vårdinsatser för att ”man brukar göra så”.

Kan det vara så att även den psykiatriska forskningen saknar trovärdighet därför att den är smittad av den skam som Cecilia Brain talar om? En annan tanke är att det som är nytt skrämmer.

Ulf Malm, pensionerad överläkare och docent i psykiatri vid Göteborgs universitet, berättar om hur en ny yrkesroll, case manager, som växte fram ur ett nytt sätt att arbeta med psykiskt sjuka väckte ont blod.

– Det handlar om ett nytt sätt att tänka och ambitionen är att alla skall vara vinnare, säger Ulf Malm. Patienter med svåra och komplexa problem skall inte bollas runt mellan specialister. Därför behövs teamarbete och en speciell person, case managern, som har rollen att samordna alla kontakter så att beslut kan fattas i samarbete med brukaren och teamet.

Här är på sin plats att nämna psykiatern Jonas Eberhards inlägg i debatten. Hans forskningsprojekt i klinisk psykiatri visar att läkarens personliga engagemang och patientens eget ansvar har stor betydelse för behandlingsfölsamhet. Under fem år följde han ett antal personer med psykosdiagnos, schizofreni eller schizofreni-liknande symtom.

– Det gällde utprovnigen av ett nytt läkemedel, Risperdal. Från början var det 166 patienter som deltog i studien. När vi slutade, efter fem år, var fortfarande 100 kvar. Det skall jämföras med en liknande amerikansk studie, den världskända Catiestudien som kostade 63 miljoner dollar (!), och där hela 74 procent hade hoppat av inom 18 månader.

Att så många var kvar i Jonas Eberhards studie tillskriver han det faktum att patienterna var involverade i behandlingen samt att läkarna i viss mån arbetade ideellt.

Och när det gäller case manager- rollen i projektet Integrerad Psykiatri var rädslan obefogad. Ingen behövde känna sig överflödig.

Integrerad Psykiatri med Case management blev något av Psykiatri Sahlgremska flaggskepp.

– De medicinska symptomen har minskat med 27 procent och den sociala funktionen ökat med 37 procent i jämförelse med traditionella metoder. De anhörigas bördor har minskat med nästan 40 procent och brukartillfredsställelsen har ökat med 30 procent, berättar Ulf Malm.

***Kompetenscentrum består, förutom Lennart Lundin och Cecilia Brain, av specialistläkaren Pia Rydell, docenten och överläkaren Margda Waern och psykologen Daniel Abram – samtliga knutna till Sahlgremska universitetssjukhuset.**

Mitt sista nummer

Allting har ett slut, utom korven som har två. Nu är det dags för mig att gå. Efter snart tre års stimulerande arbete är detta det sista numret med mig som huvudredaktör.

I nästa nummer kommer Stina Djurberg att ansvara för lay-out, redigering och bildsättning m.m. Den som kommer att gå in som huvudredaktör för själva materialet är Tove Gunnarsson. Fortsatt ska ni skicka ert material till mailadressen redaktoren@svenskpsykiatri.se.

Tony Rosenqrantz var mycket intresserad av att skriva även i detta mitt sista nummer, men tyvärr blev han väl dyr. Inte nog med att han skulle ha fri champagne och rysk kaviar sju dagar i veckan. Dessutom tyckte han att jag skulle skriva texten åt honom. Förutom det hade han tänkt sig ett artistgage på 200 000 kronor för en halvsida. Så det hela fick vara helt enkelt. Han kanske kommer tillbaka om redaktionen anser sig ha råd. . .

Själv har jag haft en underbar sommar och som ni märker kommer detta nummer ut några dagar för sent. Det gör dock ingenting eftersom orsaken till varför jag inte haft någon ordentlig semester de senaste somrarna har varit att SPF:s höstmöte kommit så tidigt att tidningen måste vara ute till dess. Men det mötet är nu historia. Alltså tog jag mig friheten att trycka tidningen efter tryckeriets semester. Förlåt.

Istället åkte jag och försvarade Sveriges läkarfärger i Litauen där fotbolls VM för läkare gick av stapeln i början på juli. Det gick inget vidare. Vi kom på en hedervärd näst sista plats efter ett dramatiskt straffavgörande mot värdnationen som alltså slutade jumbo. Vann gjorde Ungern (men de hade ett stort antal icke-medicinare i laget). Vad nu det säger om läkarkåren?

Böcker och kränkingar

När jag avslutat detta nummer ska jag redigera klart min bok om alla kränkta människor som finns. Sannolikt kommer många att bli kränkta av den. Åtminstone hoppas jag det. Har ni inte blivit kränkta av mina små redigeringslustifikationer så kanske ni alltså får ett nytt tillfälle. Så ha det nu fantastiskt. Stötta den nya redaktören genom att skriva arga insändare, sura mail och andra skojiga saker som man kan publicera. Tack alla ni som bidragit med såväl intressanta som provocativa inlägg. Det är ju ni som gjort tidningen, inte jag. Fortsätt med det. och är det nån som skriver något ilsket om mitt sätt att göra tidskrift på så hoppas jag att Tove tar in det. Jag blir inte kränkt.

David Eberhard



F.d huvudredaktör tar sig för pannan. Vad är det för skit han läser? Har han verkligen skrivit det själv? Kränkande!

Intryck längs floden Spree

Det är fascinerande hur olika delarna av Berlin är. I fredags besökte jag Schöneberg, som bäst kan beskrivas som Fab five-land med en nypa turkisk peppar.

Det är inte så att alla här är homosexuella, även om det förvisso är här minnesmärket över offren för nazismens förföljelse av homosexuella finns, det är bara det att här finns en så utpräglad, trendig dandy-elegans att jag känner mig plufsig i jämförelse. Som väntat trivdes David Bowie, en figur med hög fab five-faktor (karln har ju onekligen varit utstuderat sminkad under perioder), som fisken i vattnet när han bodde här och jag var på hans stammiskafé och lyssnade på en konsert med gospel-soul-tolkningar av hans låtar. Där träffade jag också en tysk Ingmar Bergman-kännare och upptäckte nya sidor hos denne vår mest exporterade melankoliker. Det var också i Schöneberg John F Kennedy mitt under kalla kriget talade till Väst-Berlin som huvudstad i "den fria världen", med mottot ich bin ein berliner, som ju tyvärr bäst kan översättas med "jag är en syltmunk". Nåväl, folk förstod vad han menade i varje fall.

Bitar av kalla krigets kyligaste monument Berlinmuren står kvar som minnesmärke. Den längsta snutten finns utanför Ostbahnhof och har omvandlats till konstverket East side gallery med ljusa bilder av världen målade efter murens fall 1989.

Där finns bilden av en Trabant som kör igenom muren och en målning föreställande en saftig tungkyss mellan Breznev och Erich Honecker. När jag gick längs muren blev jag berörd, en hög vägg av betong hade alltså nästan över en natt separerat nära och kära från öst och väst och skapat ett otal Romeo och Julia-historier.

Artister har sjungit om muren

Det var likadant längs hela den öst-väst-tyska gränsen. En tyska berättade att hennes mor bodde på västra sidan gränsfloden Elbe och kunde vinka till mostern på andra sidan. En dag fick de inte vinka längre. Många artister har gripits av murens offer och David Bowie skrev Heroes till ett sådant kärlekspår. Det bästa svenska exemplet är nog Ebba Gröns Die Mauer, som jag för övrigt sjöng tillsammans med 810 Olsson under värnpliktens marscher. Inte undra på att man inte blev militär.

Innan murens fall var krokarna kring Bahnhof Zoo nöjescentrum i Berlin och det är här U2 hämtade sin inspiration under sin Berlinperiod, med låtar som Zoo station och Zooropa. Torget intill är en fanfar i neon, ett ständigt brus av människor och bilar och med ett Mercedes Benz-märke som ledstjär-

na. Allt snurrar kring Kaiser-Wilhelm-Gedächtniskirche, eller ruinerna av den, med ett tak sönderbombat spetsigt efter WWII. Det märks att det är skul-le vara symbolen för västvärlden under kalla kriget. Numera är detta främst stadens

shopping-epicentrum och ironiskt nog är det i delar av gamla öst som "det händer".

Igår tog jag en utflykt genom den väldiga skog som finns sydost om Berlin, Spreewald, för att besöka slottsbyn Steinhöfel där min värdinna hade en utställning av ett stort, hängande träd med titeln PANIC. På väg genom småstaden Steinhöfel noterar jag att gatorna heter Karl Marx-Strasse, Friedrich Engels-Strasse et c. Det verkar som det har funnits ett DDR-street renamål kit med ett antal lämpliga socialistsnubbar att döpa gatorna efter. Som wild horse här såg jag Jurij Gagarin-Strasse. Efter hand har det säkert skett en gallring och man har tagit ned Lenin, Stalin m fl från skylten. Gemensamt för alla kommunister som har lämnat klotet med hedern i behåll är att de aldrig regerade.



Skulptur som skateboardramp

Samtidigt med konstutställningen var det Apfelfest i Steinhöfel, en rosenkindad Gemütlichkeit-tillställning med glada familjer och äpplen i alla tänkbare beredningsformer. Det intressantaste under gårdagen var dock konstnärerna jag träffade, amerikanen som gjort konstverk av gamla östtyska fabriker, den tyska författaren som läste Henning Mankell under vakande nätter och smidde planer på att skriva en deckare och paret som planerade en gigantisk skulptur med en egen park. Skulpturen skulle också kunna fungera som skateboardramp.

Berlin idag tycks vara vad Paris var igår, en plats dit konstnärer färdas för att sjösätta sina idéer. Vår kollega, medicinstudenten Christopher Isherwood, insöp intryck här till boken Goodbye to Berlin, som sedan iscensattes som filmen Cabaret. I den tyska huvudstaden finns inget hav, men väl ett myller av möjligheter.

Mikael Tiger

"Bitar av kalla krigets kyligaste monument Berlinmuren står kvar som minnesmärke"

Metabol sjuklighet inom psykiatri

Stockholm 9 och 10 oktober 2008

Psykiatri Nordöst
Svenska Psykiatriska Föreningen
Danderyds sjukhus, sektionen för Endokrinologi
inbjuder gemensamt till konferens

Ökad sjuklighet och dödlighet i metabola sjukdomar är ett omfattande hälsoproblem för patienter med psykisk sjukdom, som förkortar livslängden, försämrar livskvaliteten och motverkar förbättring och återhämtning i den psykiska sjukdomen.

Att åtgärda detta problem är en utmaning för psykiatri, primärvård, somatisk vård, socialtjänst och övriga vårdgivare. Även hälsoplanerare och beställare måste uppmärksamma problemet och medverka i åtgärdsprogram.

Denna konferens kommer att ge bakgrunden till översjuklighet och instrument för kliniska åtgärder, med målet att psykiatriska patienter skall få minst lika god somatisk vård som befolkningen i övrigt.

Välkomna!

Läs mera www.slso.sll.se/metabola

Ytterligare information agneta.bagge@sll.se tel 08-655 6080

Tid

Torsdag den 9 oktober och fredag den 10 oktober 2008.

Plats

Hilton hotell Slussen Stockholm

Konferensavgift

3800 kr inkluderar lunch och kaffe för- och eftermiddag under två dagar.

Anmälan

lämnas på webbplatsen www.slso.sll.se/metabola

Program

för konferensen finns på webbplatsen www.slso.sll.se/metabola

Välkommen med din anmälan!

Sänd dina manus till Nordic Journal of Psychiatry

Att forska och skriva vetenskapliga artiklar tar tid och kraft. Desto tristare om dessa sedan ej blir lästa av en bredare publik. För att säkerställa att dina alster faktiskt läses av någon så kan Nordic Journal of Psychiatry vara ett utmärkt val. Denna tidskrift går ut till mer än 5000 prenumeranter i hela Norden, och har naturligtvis dessutom en potentiellt mångdubbelt större läsekrets via indexeringsorgan såsom MEDLINE/PubMed.

Under 2007 har förlaget, Informa Healthcare, arbetat fram en ny plattform för elektronisk publicering av tidskrifter. Detta har medfört att bibliotek och indexeringsorgan världen över får en mer lättillgänglig och överskådlig tillgång till publikationerna på nätet, som liksom tidigare är fullt sökbara via tjänster såsom PubMed och Google. Den nya sajten finns under följande adress: <http://www.informaworld.com/nordicpsychiatry>.

I nära samarbete med NJP:s redaktion har förlaget även introducerat ett webbaserat system för manushantering – Manuscript Central. Detta är ett verktyg som används av många välrenommerade tidskrifter i hela världen, och som har anpassats för NJP. För att skicka in artiklar till tidskriften, registrerar författaren sig med sin e-postadress och laddar upp sina filer via följande sajt: <http://mc.manuscriptcentral.com/spec>. Ungefär 50% av alla inskickade manuskript accepterats för publicering, och redaktionen strävar efter att det tiden från det att artikeln skickas in tills dess att den accepteras och publiceras ska bli så kort som möjligt. Ytterligare instruktioner för artikelförfattare finns att tillgå på tidskriftens webbsajt: <http://www.informaworld.com/nordicpsychiatry>.

"iFirst"

När en artikel sedan har accepterats för publicering är ambitionen att den ska finnas tillgänglig för eventuella läsare på nätet inom cirka 2 månader. Detta görs möjligt genom en service som kallas "iFirst", där de kan publiceras så snart korrektur rättats till och dokumentation om copyright mottagits. Fullständig paginering och tryckt version kan komma att dröja lite längre, men den tidiga online-publiceringen påverkar citeringsgrad och mängden läsare i positiv riktning. Mer information kring detta finns att tillgå på förlagets webbsida för författare: http://www.informaworld.com/smpp/authors_journals.

Redaktionen vill ge tidskriften en nytändning och uppmuntrar alla aktivt forskande och forskningsintresserade psykiatriker att skicka in bidrag till oss. Dessa kommer sedan att fördelas till den i redaktionen som är kunnigast inom det specialområde det gäller.

Vederbörande granskar och vidareänder sedan manus till externa "referees" enligt gängse mönster, och allt detta hanteras i vårt nya webbaserade system.

Utöver gängse vetenskapliga artiklar så kommer NJP härnäst även att inkludera en ny sektion som behandlar: "Current themes in Nordic psychiatry". Denna del av tidskriften ska rapportera om förändringar och aktuella teman rörande forskningspolicy och klinisk praxis i de nordiska länderna, men även presentation av consensus och "best practice" inom olika psykiatriska specialområden.

Ytterligare en ny sektion är tänkt att vara reserverad för bokrecensioner och omdömen av typen: "the best psychiatric book I have read" eller "why did I write this psychiatric book". Detta för att göra innehållet lite mer tilltalande för alla delar av läsekretsen.

Det är vår bestämda målsättning att försöka sörja för att granskningen ska vara så vetenskapligt korrekt, konstruktiv och effektiv som möjligt. Fördröjningar ska undvikas, både tidigt med ett prompt besked avseende acceptans eller ej, samt att den fortsatta processen går så fort som möjligt med bibehållen kvalitet. Det är med äkta forskarnyfikenhet och intresse som vi ser fram emot att få mottaga Ditt manus!

"Ytterligare en ny sektion är tänkt att vara reserverad för bokrecensioner och omdömen av typen: 'the best psychiatric book I have read'"

Jonas Eberhard

Svensk redaktör
Nordic Journal of Psychiatry

Sofie Wennström

Förlagsredaktör
Informa Healthcare
Box 3255
SE-103 65 Stockholm, Sweden
Tel: +46 8 440 80 51

För förfrågningar gällande inskickade manus, vänligen kontakta Hasse Karlsson, Chefredaktör via e-post: hasse.karlsson@helsinki.fi

Voxra® nu med
i förmånssystemet*
andrahandsval med begränsning.*



Antidepressiv behandling utan serotonerg biverkningsprofil.

Idag är SSRI-läkemedel etablerat förstahandsval vid behandling av egentlig depression. Men vissa patienter får biverkningar, som sexuell dysfunktion, viktuppgång och somnolens, av dessa serotonerga läkemedel. Voxra är ett andrahandsval – och nu med i förmånssystemet* – 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, sertraline).¹⁻⁵

Voxra har inga serotonerga biverkningar som sexuell dysfunktion, viktuppgång och somnolens.⁶

* 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.



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


Voxra®
bupropionhydroklorid

Den enda selektiva noradrenalin- och
dopaminåteruptagshämmaren.

Voxra® (bupropionhydroklorid) Rx, F. **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. Rekommenderad startdos 150 mg, kan ökas till max 300 mg. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot bupropion. Samtidig användning av annat läkemedel innehållande bupropion (Zyban®). Epilepsi eller tidigare (även enstaka) krampfall i anamnesen. Känd tumör i centrala nervsystemet. Samtidig avbrytande av läkemedelsbehandling eller alkoholmissbruk som kan tänkas öka risken för krampfall. Bulimi eller anorexia nervosa (även tidigare i anamnesen). Svår levercirros. Samtidig behandling med MAO-hämmare. För fullständig förskrivarinformation och pris se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén 2007-03-02.

Referenser: **1.** Public assessment report of the Medicines Evaluation Board in the Netherlands <http://db.cbg-meb.nl/mri/par/nlh-0785-001-002.pdf>. **2.** Weihs KL, Settle EC, Jr., Batey SR, Houser TL, Donahue RM, Ascher JA. Bupropion sustained release versus paroxetine for the treatment of depression in the elderly. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 196-202. **3.** Thase ME, Haight BR, Richard N, Rockett CB, Mitton M, Modell JG, et al. Remission rates following antidepressant therapy with bupropion or selective serotonin reuptake inhibitors: a meta-analysis of original data from 7 randomized controlled trials. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 974-81. **4.** Kavoussi RJ, Segraves RT, Hughes AR, Ascher JA, Johnston JA. Double-blind comparison of bupropion sustained release and sertraline in depressed outpatients. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 532-7. **5.** Kennedy SH, Fulton KA, Bagby RM, Greene AL, Cohen NL, Rafi-Tari S. Sexual function during bupropion or paroxetine treatment of major depressive disorder. *Can J Psychiatry* 2006; 51: 234-42. **6.** www.fass.se



Kalendarium

30 aug - 3 sep 2008
European College of Neuropsychopharmacology 21st Congress
Barcelona, Spanien

11 - 12 sep 2008
BUP Verksamhetschefsmöte
Stockholm, Sverige
1

9 - 25 sep 2008
World Psychiatric Association
Prag, Tjeckien

15 - 19 nov 2008
Neuroscience 38th Annual meeting
Washington DC, USA

26 - 28 nov 2008
Riksstämman
Göteborg, Sverige

11 - 13 mars 2009
Svenska Psykiatrikongressen
Göteborg, Sverige

1 - 3 april 2009
Vårmöte, BUP
Linköping, Sverige

16 - 21 maj 2009
American Psychiatric Association 162nd annual meeting
San Francisco, USA

22 - 25 sep 2009
29th Nordic Congress of Psychiatry
Stockholm, Sverige

22 - 26 sep 2009
ESCAP
Budapest, Ungern



Mot överdrifter bortom allt förnuft.



Under tio år har Zyprexa (olanzapin) hjälpt över 20 miljoner människor tillbaka till ett bättre liv.¹ En snabb och effektiv behandling mot schizofreni och bipolär sjukdom.^{2,3} Tillsammans med läkare och behandlingsteam ger Zyprexa effektivt skydd mot återfall och hjälp att komma vidare i livet.⁴ Framtiden ser bättre ut för allt fler.



10 år
Erfarenhet som
hjälp till livet vidare
1998-2008

1 IMS Patient Level Data

2 Wright et al, Am J Psych 2001; 158:1149-1151, Tohen et al, Arch Gen Psych, 2002; 59: 62-29

3 Davies et al, Arch Gen Psych 2003; 60:553-564, Tohen et al, Am J Psych 2005; 162: 1281-1290

4 Beasley et al, J of Clin Psychopharmacology, 2003; 23, 582-594, Tohen et al, Am J Psych 2006; 163: 247-256