

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#3

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - September 2017

Kroppen

själens förpackning

ANSVARIG UTGIVARE:
Ullakarin Nyberg



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN



HUVUDREDAKTÖR:
Tove Gunnarsson

Innehållsförteckning:

Alltid i Svensk Psykiatri:

- 3 Redaktionsruta
- 3 Redaktionell ledare, **Tove Gunnarsson**
- 4 SPF styrelseruta, ledare, **Ullakarin Nyberg**
- 5 SFBUP styrelseruta, ledare, **Sara Lundqvist**
- 6 SRPF styrelseruta, ledare, **Per-Axel Karlsson**
- 7 Kommande temanummer
- 20 Senaste nytt från SPF's Utbildningsutskott, **Jonas Rask**
- 29 10 frågor, i det här numret intervjuar vi en av SPF's styrelseledamöter; Karl Lundblad, **Stina Djurberg**
- 38 Krönika enligt Tiger, **Mikael Tiger**
- 56 Bokrecension: Att utvärdera psykoterapi och kritiskt granska psykoterapistudier, **Björn Wrangsjö**
- 58 Bokrecension: Det finns inga häxor - en bok om kunskap, **Thomas Silfving**
- 59 Kalendarium

Tema:

- 8 Kroppsorierad psykoterapi in memoriam, **Björn Wrangsjö**
- 10 När man inte förstår kroppens språk, **Lars Joelsson**
- 12 Om själen, **Daniel Frydman**
- 14 Väger själen 21 gram? **Lars Farde**
- 15 Äldrepsykiatri - ett eget kunskapsområde, **Ingvar Karlsson**
- 16 Got ink? **Kristina Sygel**
- 18 Konsultpsykiatri - kroppens psykiatri, **Lars Wahlström**

Rapporter från möten och resor:

- 28 SPF på Almedalsveckan, **Steinn Steingrímsson**
- 31 Filosofi och psykiatri. Kurs och konferens i Oxford juli 2017, **Kjell Reichenberg**
- 36 Rapport från ESCAP-kongressen 2017 i Geneve, **Lars Joelsson**

Psykiatriska nyheter:

- 43 ECT kopplat till minskad risk för återinläggning, **Daniel Lindqvist**
- 43 Antidepressiv medicin under graviditet ökar inte risken för intellektuell funktionsnedsättning hos barn, **Alexander Viktorin**

Psykiatriska nyheter:

- 44 Ny stor metaanalys av behandling med SSRI och SNRI vid vanliga tillstånd inom barn- och ungdomspsykiatri, **Klara Suneson**
- 44 ADHD-medicinering kopplat till bättre resultat på högskoleprovet, **Yi Lu**
- 45 Litiumbehandling kopplat till lägre risk för suicidala handlingar vid bipolär sjukdom, **Jie Song**
- 46 Familjära riskfaktorer bidrar till samsjuklighet mellan epilepsi och ADHD, **Isabell Brikell**
- 47 SSRI, fungerar, **Elias Eriksson, Fredrik Hieronymus, Alexander Lisinski, Staffan Nilsson**

Debatt:

- 49 Regionalt vårdprogram för (o)jämlig vård, **Alessandra Hedlund**
- 52 Är girighet en beroendesjukdom? **Per Lindqvist**
- 53 Från dialogverandan - BUP, **Torgny Gustavsson**
- 55 Psykiatrien bör ledas av psykiatrer, **Lars Jacobsson**

Övrigt:

- 21 Dags att nominera om "Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne"
- 22 Professorsrutan: Pressetik, läkaretik, psykiatri, alkohol och narkotika, **Ulf Rydberg**
- 25 ST-läkare! Svenska Psykiatrikongressen är ett gyllene tillfälle att få kursintyg, **Alessandra Hedlund**
- 26 Somatisk sjukdom och psykisk ohälsa - helhetssyn för god och jämlik vård, 12-13 oktober 2017, Malmö
- 30 SPF Fortbildar fokus på diagnostik. Och nu då? **Maria Larsson**
- 32 Från akut mani till den affektiva drömmottagningen, SSBS höstmöte 9/11
- 34 Dags att nominera hedersledamot till Svenska Psykiatriska Föreningen
- 37 Inbjudan att skicka in kongressbidrag (Call for abstracts) SPK 2018
- 39 Svensk Förening för Filosofi och Psykiatri inbjuder tillsammans med Svenska Psykiatriska Föreningen till ett seminarium, 26 oktober, **Helge Malmgren, Jerker Hanson**
- 40 Psykiatrifonden - Fonden för Psykisk hälsa öppnar i Almedalen och anordnar en första gala, **Martin Schalling, Maria Larsson**
- 41 SPF fortbildar - Psykofarmakologi & RTMS
- 42 Down the rabbit hole, ST-konferensen på Stenungsbaden, 24-26/1 2018
- 48 SPF:s Kliniska riktlinjer - så hittar du dem! **Tove Gunnarsson**

Tidskriften för
Svensk Psykiatri



SVENSK PSYKIATRI

Tidskrift för

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

ANSVARIG UTGIVARE

Ullakarin Nyberg

HUVUDREDAKTÖR

Tove Gunnarsson

redaktoren@svenskpsykiatri.se

REDAKTÖRER

Hanna Edberg

(hanna.edberg@sll.se)

Daniel Frydman

(daniel.frydman@icloud.com)

Per Gustafsson

(per.a.gustafsson@liu.se)

Björn Wrangsjö

(bjorn.wrangsjo@gmail.com)

TEKNISK REDAKTÖR

Stina Djurberg

stina.djurberg@buf.se

FOTO/GRAFISK DESIGN

Carol Schultheis

carol.schultheis@buf.se

(där inget annat anges)

OMSLAGSBILD

Carol Schultheis

GlebSStock / Shutterstock.com

INTERNET

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

TOVE GUNNARSSON

Redaktionell ledare



Kroppen är den största delen...

... med ett litet hål för själen. Detta klassiska citat* anknyter till ett av bidragen till detta nummers tema, Kroppen – själens förpackning. Artikeln beskriver bakgrunden till den spridda uppfattningen att själen väger 21 gram. Tatueringar, somatisering, psykisk sjukdom när kroppen/hjärnan åldras, kroppsorienterad psykoterapi och Aristoteles är annat som avhandlas. Vi hoppas att temat ska få sin fortsättning, bl.a. i form av rapporter från konferensen "Somatisk sjukdom och psykisk ohälsa" som går av stapeln 12-13 oktober i Malmö.

Till avdelningen Psykiatriska nyheter har denna gång sju personer skrivit sammanfattande rapporter om aktuell forskning, egen eller andras, som alla publicerats i år och som har tydlig relevans för kliniskt arbete. Vi ser gärna mer av sådana rapporter framöver och även redogörelser för vad som händer på Sveriges – och andra länders – psykiatriska kliniker såsom utvecklingsprojekt, förbättringsarbeten, nya arbetsmetoder m.m.

I detta nummer finns förstås en hel del annan läsning som debatt, recensioner och mötesrapporter. Missa inte heller informationen om att du fortfarande kan skicka in förslag på programpunkter till Svenska Psykiatrikongressen 2018 eller ansöka om Cullbergstipendium!

Nästa nummer

Redaktionen hade ett möte i april, två veckor efter terrordådet på Drottninggatan i Stockholm. Vi kom förstås att diskutera detta och liknande dåd i andra europeiska städer. Vad gör dessa händelser med oss människor? Ska man inte kunna röra sig fritt utomhus utan att vara rädd för att mejas ner av individer med mord och hat i sinnet? Hindrar det oss att leva fullt ut som vi skulle vilja?

Vi övervägde att kalla nästa tema Terror men valde till slut det litet öppnare Rädd att leva som har fler psykologiska och psykiatriska ingångsvinklar än det ovan beskrivna.

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson

Redaktör Svensk Psykiatri

*Citatet är hämtat från hämtat från Pyttans A-B- och C-D-lära av J.A.G. Acke, Albert Engström, Verner von Heidenstam, Gustaf Fröding och Birger Mörner (1896).

Psykiatern, vår tids hjälte

Många psykiatrer som har varit verksamma ett tag kan berätta om tillfällena när deras yrkesval har blivit ifrågasatt. Själv minns jag en äldre kollega som utbrast: "Vilket slöseri!" när jag berättade att jag tänkte söka mig till psykiatri. Jag minns också en artikel i en av dagstidningarna som hade titeln: "Psykiatern – vår tids bödel" och hur orättvist det kändes att bli omskriven på det sättet. Ingen skulle ju ha beskrivit en onkolog eller kardiolog så trots att de, liksom vi, arbetar med svåra sjukdomar som riskerar att förkorta livet för den som drabbas.

Är det då annorlunda idag? Ja, absolut! Attityderna kring psykisk sjukdom och självmord har förändrats dramatiskt. Människor med erfarenhet av psykisk sjukdom, kända och okända, berättar sin historia och engagerar sig ideellt. De som vågar och orkar ta det steget blir inte sällan förebilder för många, och det gör att fler vågar prata och söka hjälp. Journalisten Niklas Ekdal skriver drabbande om det självmordsförsök som var nära att kosta honom livet. Han skäms inte utan betraktar det som hände honom som ett psykologiskt olycksfall. Nu har han fått Suicide Zeros pris för bästa rapportering om självmord 2016. I Almedalen drog psykiatriens programpunkter fulla hus och styrelsen hade en intensiv och mycket positiv diskussion med publiken. Inom somatiken växer intresset för psykiatrisk konsultation och kunskap och kongressen "Somatisk sjukdom och psykisk ohälsa" i Malmö lockar allt fler besökare. Media rapporterar ofta sansat och balanserat om psykisk sjukdom och det finaste TV-priset Kristallen gick till SVT:s serie "30 liv i veckan", som handlar om självmord. Häromkvällen var jag och Charlie Eriksson (upphovsman till "Aldrig ensam") med i det populära programmet "Gokväll" och vårt samtal om självmord nådde därmed ut till nästan en miljon människor. Att sitta i trivselsoffan och prata om ett tabubelagt ämne utan att någon enda person på redaktionen verkade tycka att det var jobbigt, tvärtom, kändes överklagt. Så vi har kommit långt. Människor vet att vem som helst kan drabbas av psykisk sjukdom och psykiatern betraktas inte längre som en konstig typ med egna problem.

Återspeglas då denna utveckling i motsvarande breda satsningar avseende resurstilldelning till psykiatrisk vård och forskning? Nej, det har vi tyvärr ännu inte sett. Nollvisionen för självmord som antogs av riksdagen 2008 har inte lett till någon större satsning för att förebygga självmord. Det kontrasterar mot andra satsningar för att förebygga olycksfall och död, till exempel de 67 miljoner som Stockholms län anslår för att minska antalet olyckor i trafiken genom att sätta upp trafiksäkerhetskameror och trafiksäkerhetsforskningen som tilldelas 100-150 miljoner årligen i Sverige. Anslagen till psykiatrisk forskning är försvinnande små i jämförelse. Personalflykten från psykiatri, till exempel av specialistsjuksköterskor, är stor och handlar ofta om sådant som skulle gå att åtgärda med relativt enkla medel, till exempel bättre arbetsmiljö och löneutveckling. Primärvården, som är första linjens psykiatri, behöver kraftigt förstärkas och psykiatrien måste utveckla sin spe-



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

ULLAKARIN NYBERG

Ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen



SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

ORDFÖRANDE: Ullakarin Nyberg
(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

VICE ORDFÖRANDE: Alessandra Hedlund
(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

SEKRETERARE: Michael Ioannou
(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

SKATTMÄSTARE: Christina Ysander
(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

VETENSKAPLIG SEKRETERARE: Daniel Lindqvist
(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

FAKLIG SEKRETERARE: Jonas Rask
(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

REDAKTÖR SVENSK PSYKIATRI: Tove Gunnarsson
(redaktoren@svenskpsykiatri.se)

LEDAMOT: Michael John
(john@svenskpsykiatri.se)

LEDAMOT: Cecilia Mattisson
(mattisson@svenskpsykiatri.se)

ST-REPRESENTANT: Karl Lundblad
(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

KANSLI: Svenska Psykiatriska Föreningen
851 71 Sundsvall
kanslisten@svenskpsykiatri.se
Hemsida: www.svenskpsykiatri.se

cialistroll för att stödja denna utveckling.

Så vi befinner oss i den paradoxala situationen att psykisk sjukdom utgör ett allt större hot mot befolkningens hälsa och arbetsförmåga samtidigt som de resurser som behövs för att vända utvecklingen saknas. Jag längtar efter den dag när en regering tydligt proklamerar att nu ska breda satsningar till psykiatri prioriteras! Det ska få kosta att skapa en trygg och säker arbetsmiljö med rimliga arbetsvillkor där hot och våld är undantag. Ingen ska behöva ta sitt liv i Sverige. Alla ska erbjudas en psykiatrisk vård som präglas av effektiva behandlingsmetoder, helhetssyn, god samverkan och personalutveckling. Det får kosta! Kunskapen finns, det är bara att omsätta den i handling. Och vi finns. Vi som väljer att arbeta inom psykiatri därför att arbetet är fantastiskt och ger oss möjlighet att gång på gång visa att förändring är möjlig när det gäller oss själva, våra patienter och, hoppas jag, politiska beslut.

Ullakarin Nyberg
Ordförande SPF

Att lämna svåra besked

När jag gjorde AT-tjänstgöring var en av de placeringar som jag trivdes bäst på geriatriken. (Det fanns ingen BUP-placering på min tid annars hade den slagit i taket förstås). På den geriatrika avdelningen minns jag ett möte med en familj till en åldrad kvinna med nu säkerställd demenssjukdom. Det var en stor familj som kom för att få information om mammas, systers och mormors sjukdom. Jag var tydlig och berättade vad vi visste och inte visste och kunde efter en stund börja fokusera samtalet på hur livet för mamma, syster, mormor nu skulle se ut. Jag hade lämnat ett svårt besked, tagit emot den känslomässiga reaktionen som kom med det och tillsammans kunde vi orientera oss vidare. Det var en bra dag på jobbet och det jag gjorde kändes meningsfullt.

Det var ingen slump att jag efter några år av ambivalens ändå valde att arbeta inom barn- och ungdomspsykiatri. Det är påfallande hur likt mötet på geriatriken var med de möten jag har nu med familjer dagligen på min öppenvårdsmottagning. Föräldrar som märkt att något inte står riktigt rätt till sedan en tid tillbaka och en tonåring som berättar i enrum att hen upplever livet så ohanterligt att hen haft planer på att ta sitt liv det senaste halvåret. Att ta emot tonåringens berättelse och sedan kunna dela den med föräldrarna och hantera de reaktioner som kommer för att ibland kunna omorientera sig och börja blicka framåt mot nåt bättre tillsammans.

Dessa möten är viktiga för mig, de påminner mig om hur livet plötsligt kan förändras och jag är tacksam över att jag får delta.

Den 8 september anordnar Folkhälsomyndigheten, NASP, Mind, SPES och Suicide Zero en förmiddag om självmordsprevention. Seminariet lyfter olika sätt att utveckla ett familjeperspektiv i arbetet med att minska självmord. Dessa frågor diskuteras också på den 11:e nationella kongressen för suicidprevention som går av stapeln samma vecka i Göteborg. Där har Sfbup varit med och arrangerat ett symposium om vikten av rätt bemötande och tidiga insatser för att förebygga suicid.

I början av september hade styrelsen höstens första internat. Vi diskuterade kongressen, riktlinjer, specialisters fortbildning och träffade representanter från skolläkarföreningen för att diskutera evidensbaserade metoder för förebyggande arbete i skolan. De flesta psykiska sjukdomar startar tidigt i livet, den stora majoriteten av de som utvecklar psykisk sjukdom i vuxen ålder visar varningstecken redan i tonåren. Denna grupp går med andra ord att definiera och nu finns också bra metoder för tidiga evidensbaserade insatser. Det som återstår är därmed lite politisk klokhet och handlingskraft för att få insatserna igång i alla våra skolor. För



SARA LUNDQVIST
Ordförande Svenska Föreningen för
barn- och ungdomspsykiatri



SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

ORDFÖRANDE: Sara Lundqvist
(sara.lundqvist@vgregion.se)

VICE ORDFÖRANDE: Susanne Buchmayer
(Susanne.buchmayer@gmail.se)

FAKLIG SEKRETERARE: Beata Bäckström
(beata.backstrom@skane.se)

KASSÖR: Anne-Katrin Kantzer
(anne-katrin.kantzer@vgregion.se)

VETENSKAPLIG SEKRETERARE:
Maria Unenge Hallerbäck
(Maria.Unenge.Hallerback@liv.se)

UTBILDNINGSANSVARIG: Gunnel Svedmyr
(gunnel.svedmyr@akademiska.se)

MEDLEMSANSVARIG: Cecilia Gordan

LEDAMOT: Shiler Hussami
(shiler.hussami@nll.se)

LEDAMOT: Håkan Jarbin
(hakan.jarbin@regionhalland.se)

ST-REPRESENTANT: Toby Blechinger
(tobias.blechinger@vgregion.se)

SFBUP:s hemsida: www.sfbup.se

att citera det yttrande som Autism- och Aspergerförbundet skrivit helt nyligt över remissen Samling för skolan – Nationell strategi för kunskap och likvärdighet, SOU 2017:35, U2017/1967/S: "det finns nog med evidens för att elevhälsans arbete måste stärkas och förändras och att det inte så fall inte i första hand handlar om att förstärka skrivningarna i läroplanerna utan snarare att gå till handling och påbörja ett förbättringsarbete".

Sara Lundqvist
Ordförande SFBUP

Nu har vi gjort det!

En kollegial revision av den rättspsykiatriska verksamheten i Sala har genomförts under 22–24 maj 2017 av Psykiatrin länsgemensamt, Region Norrbotten i enlighet med SOSFS 2008:18 samt säkerhetsaspekter via SOSFS 2006:9.

Uppdraget gavs av Bengt Karlsson Jarl som ansvarig resultatombudschef/verksamhetschef.

Sala Rättspsykiatri tillhör medelklasstorleken bland Sveriges drygt 20 rättspsykiatriska vårdkliniker. Man vårdar bara patienter enligt LRV och man har ett uttalat och bra samarbete med Salberga kriminalvårdsanstalt (klass 1).

Sala Rättspsykiatri finns i regionorganisationen tillsammans med barnpsykiatri och allmänpsykiatri, habilitering och primärvård. Den allmänpsykiatriska delen är stadd i krympande vad gäller vårdplatser generellt och en centralisering till Västerås. Framtiden pekar mot regionalisering tillsammans med Uppsala/Örebro(?) men redan idag pågår branschspecifik samverkan, s.k. grenråd.

Verksamheten säljer vård till andra landsting/regioner, vilket ger medel för vidare utveckling. Den är välbemannad och stabil personalförsörjning har faktiskt även börjat ses på läkarsidan, som varit problematisk förut.

Man menar att elektroniska användningsförbud enligt LRV har minskat droginförsel och kan visa på övertygande siffror för detta. Därigenom går man dock miste om att använda elektronik i syfte att förhöja ADL, göra skattningsuppgifter, stödja tidsuppfattning, livshantering/coping m.m., vilket kan vara ett utvecklingsområde. Här torde kliniken vara jungfrulig mark för projekt, bara wifi kan etableras.

Kliniken har goda förutsättningar att nå stor framgång i vårdkvalitet med specifika riktade insatser och vi tror detta ger mer autonom ställning i vårddivisionen.

Generellt finns en positiv stämning. Det har sagts av flera och det verkar stämma, att kliniken har "ett gott hjärta" och det har varit roligt att få revidera verksamheten, som har god potential att nå toppskiktet i rättspsykiatrisk vårdkvalitet.

Familjeterapeuten som håller kontakt med anhöriga och partiellt även brottsoffer är unik och värd att lyfta fram.

Förbättrings- och utvecklingsområden

Den somatiska delen av vården synes kunna utvecklas och för framtida verksamhet bör den somatiska kompetensen öka. Man bör investera i bland annat EKG och man bör förbereda för framtidens verksamhetsbaserade laborativ verksamhet. Tidsödande och personalkrävande processer i transporter och väntetider för enkla somatiska åtgärder bör kunna åtgärdas. Både sjuksköterskor



PER-AXEL KARLSSON

Ordförande Svenska Rättspsykiatriska Föreningen



SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

ORDFÖRANDE: Per-Axel Karlsson
(ordforanden@srpf.se)

VICE ORDFÖRANDE: Kristina Sygel

SEKRETERARE: Hanna Edberg
(sekreteraren@srpf.se)

KASSÖR: Kosilla Pillay
(kassoren@srpf.se)

VETENSKAPLIG SEKRETERARE: Katarina Howner
(vetenskapligsekreterare@srpf.se)

FAKLIG SEKRETERARE: Erik Dahlman
(facklige.sekreteraren@srpf.se)

LEDAMOT OCH KRIMINALVÅRDSREPRESENTANT:
Lars-Håkan Nilsson

ST-FRÅGOR: Kosilla Pillay

LEDAMÖTER: Sara Bromander, Harald Nilsson,
Margareta Lagerkvist

Hemsida: www.srpf.se

skegruppen och läkargruppen bör vidmakthålla sin grundutbildningskompetens. Somatiska färdigheter såsom att sätta i kateter och droppnål samt ge akut medicinsk behandling bör krävas.

Mina personliga intryck

Det här var kul!

Jag vill särskilt framhålla nyttan för både revisorer och reviderade, det finns så mycket att vinna på att sprida detta med att kollegialt granska varandra. Rättspsykiatriens kliniker ligger som öar i havet och behöver besökas.

Nordisk rättspsykiatriskt symposium i den 12:e uppsättningen på Själland vilket också är en ö i havet. Mycket välordnat och trevligt och så får man ju träffa många gamla bekanta finnar. (Ja även svenskar m.fl.)

Nu börjar min svampsång och hoppas även ni därute hittar spännande arter.

Per-Axel Karlsson
Ordförande SRPF

SVENSK PSYKIATRI

Skriv till oss
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **15/11**
Tema: **Rädd att leva**



NUMMER 4 2017

Tema: **Rädd att leva**
Deadline 15 november
Utkommer vecka 49

Utgivning 2018

NUMMER 1 2018

Deadline 7 februari
Utkommer vecka 10

NUMMER 2 2018

Deadline 16 maj
Utkommer vecka 23

NUMMER 3 2018

Deadline 29 augusti
Utkommer vecka 38

NUMMER 4 2018

Deadline 14 november
Utkommer vecka 49

Temat är avsett att inspirera till alternativa ingångar till förhållanden och problemställningar inom psykiatri. Men självklart välkomnar vi bidrag om mycket annat än temat. Vi vill gärna ha artiklar om psykiatriska nyheter, kongressrapporter, debattinlägg, recensioner, fallbeskrivningar och intervjuer!

Maila till redaktoren@svenskpsykiatri.se

SKRIV I SVENSK PSYKIATRI

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

Författarinstruktioner för Svensk Psykiatri

Artikellängd: Texten bör vara max 800 ord (om du har bild eller figurer 600 ord).

Om Din artikel har fler ord och inte går att korta kan vi behöva publicera den på vår hemsida istället.

Rubriker: Vi är tacksamma om Du förser Din artikel med förslag på rubrik/titel och underrubriker.

Filformat: Skicka texten som bilaga i e-brev, helst i Word-format.

Porträttfoton och andra foton: Vi vill gärna ha foto på våra författare. Det är bra om ni skickar med foto (dock inte inbäddade i artikeln utan som bilaga), i så hög upplösning som möjligt, redan när ni skickar in er artikel. Om Du har andra foton som Du tycker är relevanta för Din artikel så skicka gärna med dem. Uppge alltid namn på fotograf.

Figurer: Vi publicerar endast diagram eller andra figurer som är väsentliga för resonemanget i Din artikel och som skickas som bilaga.

Författaruppgifter: Ange korrekta och utförliga författarpresentationer både i e-brevet och i artikeln. Namn, titel och arbetsplats.

Postadress: Svensk Psykiatri, c/o Djurberg, Skogsrydsvägen 60, 506 49 Borås

Kroppсорienterad psykoterapi in memoriam

Detta nummers tema om kroppen föreföll mig vid första anblicken lämpa sig väl för någon form av betraktelse från min sida. Jag konstaterade med en viss förvåning att tiden gick och deadline närmade sig utan någon infallsvinkel bjöd sig. Jag snuddade av och till vid tanken på att skriva något om kroppсорienterad psykoterapi. Men varför det? Visserligen ingår kroppsaspekter och kroppsriktade interventioner av skilda slag, kanske ännu mer nu än förr i terapiformer med vetenskaplig evidens. Det kan handla om psykoedukation beträffande ångest, mindfulnessbaserade övningar och fokus på icke-verbala reaktioner i samspelet med terapeuten. I gestaltterapi har det av tradition alltid funnits kroppsliga interventioner. Men kroppсорienterad psykoterapi, vem bryr sig om den metoden nu för tiden? För all del, fortfarande finns terapeuter som arbetar efter denna metodik, men på sikt...

Den metoden är inte evidensbaserad och utbildningen i Sverige har tynat bort. Dessutom tillhör metoden den grupp som anser sig ha generell räckvidd, det vill säga indikationer för ett brett panorama av diagnoser, symtom och problem. Det gäller fortfarande i stor utsträckning för till exempel psykoanalys och gestaltterapi. Sådana metoder är svåra att manualisera. Anpassningen till den unika patienten och problematiken sker via terapeutens/analytikerns val av interventioner i processen. Utvecklingen går annars mot en allt längre subspecialisering framför allt inom KBT men även psykodynamisk psykoterapi där specificerade manualer är kopplade till specifika diagnoser och symtom, vilket i många fall kan vara konstruktivt men vara något vanskligt om patienten fyller kriterierna för både två, tre och fyra diagnoser. Det tycks framför allt vara sådana metoder som intresserar huvuddelen av psykoterapiforskarna nu för tiden.

Så varför skriva om kroppсорienterad psykoterapi? Mitt motiv är personligt och ganska enkelt. Kroppсорienterad psykoterapi är en av de många terapiformer som jag varit intresserad av och utbildad i. Under en tid på 80-talet var jag ordförande i Institutet för utbildning i kroppсорienterad psykoterapi. Varför var jag det? Jo för att kroppсорienterad psykoterapi tycktes mig ha den bredaste uppsättningen av terapeutiska interventioner och den i god mening mest komplexa teoretiska underbyggnaden (så psykoanalytiker och systemteoretiker jag var).

Vad konstituerade då den kroppсорienterade psykoterapin? Överföring/motöverföringsperspektivet kom från psykoanalysen, här- och nuperspektivet på mötet från gestaltterapi och det kroppsliga perspektivet beträffande andning, muskelspänning och samspel mellan psykiska och kroppsliga reaktioner från Reich och Lowen. Dessa komponenter låg till grund för en syntes som gjordes av George Downing som introducerade metoden under 1970-talet.

Låt mig ge en ytterst förenklad översikt över metoden. Andningsdjup och andningssynkronisering liksom spänningsvariationer i tvärstrimlig muskulatur sågs som de viktigaste affektreglerande

funktionerna – händer det något i den inre världen till exempel beträffande försvarsaktivitet i förhållande till affekter händer det ofta något iakttagbart i kroppen samtidigt. Detta lämnar utrymme för terapeuten att i stunden välja att fokusera på kropp eller psyke. Valet av metodik och därmed typ av interventioner styrdes av analysen av personlighetsstrukturer i två avseenden. Understrukturerad, vanligen "bristbaserad" eller överstrukturerad, mer "konfliktbaserad". Den understrukturerade problematiken verkade mer personlighetsstörnings- eller traumarelaterad och den överstrukturerade mer neurotisk. Naturligtvis fanns också olika grader och blandformer.

Den understrukturerade patienten krävde mer fokus på bygge av inre strukturer vilket relationellt innebar mer hållande och kroppsligt sett mer arbete med grundande, till exempel arbete med andning och kontakt med underlaget för att expandera sitt toleransfönster för känslor med stöd av terapeuten. För en person med överstrukturering handlar det vanligen om emotionella konflikter dvs känslor om känslor. Skam och skuld blockerade ofta känslor av vrede. Vrede och ledsenhet/gråt kan växelvis blockera varandra. Samtliga känslor kan blockera en djup längtan. Men hjälp av fokus på andning och kroppsspänning aktiveras de känslor som ligger närmast ytan. Dök det upp ett motstånd innebar det vanligen att en annan konfliktuerad känsla var på väg att ta över, antingen i sin egen rätt eller som försvar eller båda. Känslorna kunde riktas mot terapeuten till exempel i överföringen, eller igenom gestalttekniker riktas direkt mot viktiga personer i nuet eller det förflutna, inte sällan inom anknytningsdimensionen.

Metoden fick sin flexibilitet genom att man kunde välja att arbeta i stående, bland annat för strukturbyggande men även arbete med intensiva affektuttryck, i sittande för terapeutiska dialoger och i liggande för mer fokus på processer i den inre världen som underlättades av viss regression. Processen förstärktes också av att olika övningar såväl för grundning som för intensifiering av affektuttryck dels kunde användas separat, dels kunde flätas in i den löpande terapeutiska processen när "läge" uppstod. Intensitet, flöde och meningsfullhet i denna form av arbete 90 minuter varannan vecka översteg vida vad jag upplevt i psykodynamiska samtal 45 minuter i veckan.

Varför försvinner metoden mer och mer? Därför att det inte går att få tillräckligt forskningsstöd om en metod inte har massiv akademisk anknytning och för att kliniskt beprövad erfarenhet numera står sig slätt. Synd på en bra metod, det lär ju vara angeläget med mångfald och valfrihet.....kanske vore det på sin plats att Socialstyrelsen åtminstone lade ner en krans.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*

ANNONS



Foto: Lars Joelsson

På Svenska BUP-kongressen i Gävle i år var barnpsykiatrikern Isobel Heyman från London en av våra huvudföreläsare. Hon pratade om "Somatic syndrome disorder". Jag måste erkänna att jag först inte hade så höga förväntningar tills jag under föreläsningen kom på mig själv att tänka på flera patienter som jag haft genom åren. Det var barn, ungdomar och vuxna som jag träffat under min tid som distriktsläkare och barnpsykiatriker. Alla hade det gemensamt att de sökte för kroppsliga symptom där man inte kunde hitta en medicinsk förklaring, "Medically Unexplained Physical Symptoms (MUS)". Det här var första gången som jag hört någon prata om dessa patienter på en kongress. Det är förvånansvärt tyst om dem trots att det är mycket vanliga patienter som ofta har stora svårigheter med stort lidande och som är svåra att hjälpa.

Detta är patienter som man möter i vardagen. Enligt Isobel Heyman är det 10-30 % som har kroppsliga symptom där man inte kan hitta någon medicinsk orsak. Vanliga symptom är huvudvärk, magont, trötthet och motorisk svaghet men även

När man inte förstår kroppens språk

kramper utan epilepsi och det är vanligt att man har flera av dessa symptom. Isobel Heyman berättade att 80 % av barnen med MUS rapporterade att de sista året innan debut av symptom hade varit med om stressande händelser som mobbning, skilsmässa, nära vän eller familjemedlems död, sjukhusvård av förälder eller syskon, viktig examen, brutit med sin bästa vän och eller varit utsatt för övergrepp som anmälts till socialtjänsten. 30-50 % av barnen har också psykiatriska symptom som ångest, depression och eller beteendestörningar. Symptomen kvarstår ofta in i vuxen ålder och man räknar med att vid 30 % av alla besök hos allmänläkare i England kan man inte hitta någon medicinsk orsak.

Isobel Heyman menar att barnen och familjen ofta reagerar på fysiska symptom med rädsla, ångest, ilska och hjälplöshet samt kan gå i försvar eller undvikande. När man söker hjälp förstärks ofta föräldrarnas ångest och/eller ilska och vi behandlare kan lätt stämpla dem som störda och besvärliga vilket i sin tur leder till att föräldrarna söker en ny och mer sympatisk läkare. Barn och föräldrar kan ofta känna att de inte blir tagna på allvar. "Positiva" besked, som exempelvis att det inte finns några förändringar på röntgen eller att proverna är bra, tas inte alltid emot med glädje då det lätt kan uppfattas som ett avfärdande. Som läkare är det alltid svårt att sätta gränser för när man inte behöver göra fler utredningar, rädslan att missa en allvarlig somatisk sjukdom finns alltid och man känner sig pressad av föräldrarna. Risken är att man kommer in i en ond cirkel där barnen utsätts för många undersökningar vars syfte blir att utesluta somatisk sjukdom när man i stället borde inrikta sig på behandling.

En hörnsten i behandlingen är att respektfullt och icke dömande bemöta familjen och engagera familjen som samarbetspartner. Viktigt att ta symptomen på allvar och bekräfta svårigheterna och oron. Man bör undvika ord som "funktionell" och "psykologisk" eftersom de förstärker tanken på att vi är

uppdelade i kropp och själ. Bättre då att använda termen MUS som på svenska skulle kunna bli "medicinska symptom där man inte hittar någon orsak".

I en bra översiktsartikel i Paediatrics and Child Health 2008, skriver MD Rose Geist m.fl. att när symptomen är svåra så är det värdefullt att använda en familjeintervju där både psykosociala och medicinska frågor berörs. Ofta är det vid dessa intervjuer som föräldrarna för första gången får höra barnen berätta om sina känslor och svårigheter att hantera olika aspekter av livet som skola, sömn och att hantera sociala sammanhang. Vid dessa intervjuer får föräldrarna också möjlighet att berätta om sin egen oro och sina känslor.

Enligt Rose Geist m.fl. är det viktigt att stärka (empowering) barnet och föräldrarna så att de tror att det är möjligt att bli frisk samt erbjuda psykoterapeutisk behandling framför allt i form av KBT. Det är också viktigt att tänka på ev. farmakologisk behandling och då i första hand antidepressiva läkemedel.

För att lyckas med behandlingen måste man ha ett nära samarbete med andra vårdgivare och med skolan. När jag tänker på patienter som jag träffat på BUP så har en nära och förtroendefull kontakt med barnläkaren varit nödvändig för att jag skall känna mig trygg i min psykiatriska behandling. Likaså har det varit nödvändigt med ett nära samarbete med lärarna och personal från elevhälsan så att de har kunnat känna sig trygga i att stötta patienten i skolan. Oron för att det kan vara en farlig kroppslig sjukdom sprider sig annars lätt hos behandlare och skolpersonal.

Som sista mening kan jag inte motstå att säga att det kan naturligtvis vara en farlig kroppslig sjukdom bakom symptomen och då är det bra att vara ödmjuk inför att man inte kan vara säker och ha en bra barnläkare att konsultera.

Översiktsartikel av Geist m.fl.:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2532910/>

Patientinformation från England:

<http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/parentsandyouthinfo/parentscarers/medicallyunexplainedsymptoms.aspx>

<http://www.gosh.nhs.uk/teenagers/your-condition/non-epileptic-seizures-nes>



Foto: Anette Lehto

Lars Joelsson

Överläkare på BUP-kliniken, NU-sjukvården
i Västra Götalandsregionen

Det finns många anledningar att vara medlem i SPF

Förutom Svenska Psykiatrikongressen, årliga fortbildningsinsatser,
kongressresor

Svensk Psykiatri
Nordic Journal of Psychiatry online
The Nordic Psychiatrist

Läs mer på hemsidan under "medlem"
www.svenskpsykiatri.se

Om själen

Själens affekter – mod, mildhet, fruktan, medlidande, tillförsikt, vidare glädje samt kärlek och hat – tycks likaså samtliga vara förenade med kroppen, ty samtidigt som dessa affekter uppstår röner även kroppen en viss påverkan. Att så är fallet framgår av det faktum att vi ibland inte blir upprörda eller rädda trots kraftiga och påtagliga anledningar till affekter, medan vi vid andra tillfällen försätts i sinnesrörelse av obetydliga och oklara anledningar, då kroppen liksom sväller av vrede och är i ett tillstånd liknande vrede. Ett ännu tydligare bevis är att man utan att något fruktansvärt alls inträffar kan råka i samma lidanden som den som är rädd. Om så är fallet, så är det tydligt att affekten hör till de begrepp som är relaterade till materia; därför bör affekterna definieras på följande sätt: vreden exempelvis är ett slags rörelse hos en så och så beskaffad kropp eller kroppsrelaterad själsförmögenhet, vilken rörelse framkallas av den och den anledningen för det och det ändamålet.

(Aristoteles, Tre böcker om själen, Daidalos förlag 1998, övers. Kimmo Järvinen)

Frågan om vad som är kropp och vad som är själ har nog plågat vår art under hela mänsklighetens historia. Historiens första kända text som diskuterar frågan, därifrån citatet ovan är hämtat, är författad av Aristoteles i "Tre böcker om själen". Frågorna som ställdes då liknar väldigt mycket dem vi står inför i den vardag som vi lever i nu.

Han tilldelar själen tre "domäner" (*min benämning*): nutrition, perception och förnuft.

Den första domänen, **nutritionen**, hanterar själva livsfundamentet. Näringsintag, ämnesomsättning och fortplantning är de funktioner han placerar här, de funktioner som vi brukar för att definiera liv, och som skiljer oss från stenar och förenar oss med akacieträd och rosmarin.

Den andra domänen, **perceptionen**, omfattar alla sinnesförmågor. Han säger att alla som har någon sorts sinnesförmågor också kan uppleva begär, känna lust/olust och skilja mellan det som är angenämt och det som inte är det. Begäret fyller här funktionen att styra kroppen som själen äger till det angenäma och till lustupplevelserna. Alla djur har förmågor och enligt Aristoteles därmed förmågan att vilja och välja.

Den tredje domänen är **förnuftet**, den funktion som uppges skilja människan från alla andra djur. Förnuftet i antiken omfattar såväl förmågan att tänka, som de handlingar som tankarna gäller.

Vi vet att vi människor kan känna ångest och vara ledsna och att vi kan sakna en kär vän om den rest bort. Vi talar ibland med varandra om sånt vi tänker på, varnar om något verkar farligt och tar hand om de hjälpbehövande (givet att samhället inte blivit för hårt och vi genom en ständigt pågående ström av påstående om olika gruppers olika värde trubbar av vår medkänsla).

Det förefaller som att även träd bryr sig om sina fränder. En tysk biolog och skogsvaktare, Peter Wohlleben, har skrivit en bok "Trädens hemliga liv", där han ger många exempel på hur träd kan känna smärta. Ett träd tycks kunna kommunicera till närliggande träd om det blir hotat. Man har exempelvis sett att akacieträd på savannen i Afrika utsöndrar en giftig gas, när giraffer betar i trädskronorna. Träden runt omkring kommer då producera samma sorts gas redan innan giraffen har kommit dit, något som girafferna tycks känna till. De går nämligen till träd några hundra meter bort. Så långt når inte gaskommuni-

kationen och de mer fjärran belägna träden smakar alltså bättre. Träd tycks också kunna uttrycka "omsorg" om svagare plantor, som kan få hjälp med näring via rottrådar från större och starkare träd, om de klena släktingarna ligger utanför rötternas räckvidd, kan svampmycel föra vidare näringen.

Med Aristoteles flertusenåriga definition, skulle träden ha nutritionens själstecken men inte perceptionens. Berättelsen om träden som kan känna "smärta" eller "rädsla" och som kan signalera om faran till andra träd, motsäger detta.

Vi får utgå från att träd inte har något medvetande utan att de grundläggande livsfunktionerna kanske också gör till synes medvetna handlingar möjliga.

Kan huden tala? Vårt allra största organ, vår kontaktbarriär mot omvärlden, som värmer oss genom att skaka småmuskler när vi fryser och svalkar oss genom att släppa ut vätska när vi är för varma, som talar om när en beröring är välkommen och när den inte är det, om tyngden mot kroppen av täcket är bra eller dålig, om vinden i ansiktet är njutbar som vid lycklig segling i havsbandet eller plågsam som när en orkan sliter taket av husen.

Kan magen? Somliga patienter med ångesttillstånd beskriver symtom från magen, som att det rör sig i magen eller att det är som en klump i magen eller att det gör ont. Ångesten uttrycker sig bland annat genom symtom från magen. Många gånger har jag hört beskrivningar av ångestattacker som utlösts av att patienten har ont i magen, kanske hade en maginfektion eller ätit något olämpligt.

Förstår vi innebörden av signalerna redan innan de har kommit till hjärnan? Om vi gör det, vilken del av oss förstår då? Huden är kroppens förpackning och på samma gång en del av kroppen. Kroppen är själens förpackning, är den också en del av själen?

Har vi ens någon själ och har Aristoteles överhuvudtaget något att tillföra en diskussion om psykiska funktioner 2017? Kanske det, faktiskt.

Daniel Frydman

Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm



Foto: Shutterstock/Arif Alakbar



Foto: Shutterstock/Marian Klerx

Våren 1901 genomfördes ett ovanligt experiment i Massachusetts, USA. Doktor Duncan MacDougall skulle bevisa att människan har en själ. MacDougall genomförde sitt experiment på sex döende patienter som placerades på en specialtillverkad vågskål innan de dog. Det var en stor balansvåg som påminde om den typ som i mindre utförande var vanlig på apotek förr i tiden och där vikt kunde bestämmas med hjälp av tarerade motvikter i den ena vågskålen. Med hjälp av detta för sin tid känsliga instrument var hans avsikt att väga varje kropp före och efter döden för att se ifall han kunde påvisa någon skillnad.

Inklusionskriteriet var "mycket nära förestående död". Några av patienterna led av tuberkulos. Fem var män och en var kvinna men det är inte helt klart hur många patienter som ursprungligen ingick i studien. I närvaro av fyra andra doktorer mätte MacDougall vikten på första patienten. Samtidigt som döden inträffade gav vågen utslag. Viktminskningen var "three-fourths of an ounce" vilket motsvarar 21 gram enligt vårt viktsystem. Endast fyra av de sex patienterna kunde undersökas. Detta pga. tekniska problem och att en patient dog under förberedelserna. Men möjligen exkluderades fler. Samtliga fem doktorer gjorde enligt uppgift sina egna noteringar och jämförde resultaten. Alla fyra patienter förlorade inte exakt 21 gram men alla tappade vikt på ett sätt som inte kunde förklaras.

I samband med experimenten försökte man identifiera faktorer som kunde förklara den plötsliga viktmedgången. Men vare sig luftinnehållet i lungorna eller förlust av kroppsvätskor i samband med döden kunde förklara observationerna. Efter diskussion enades man om att den genomsnittliga viktmedgången var just 21 gram och drog slutsatsen att detta var vikten på den mänskliga själen.

Lars Farde

*Professor i psykiatri
Karolinska Institutet*

Källor: Diverse sökningar på internet med sökorden "21 grams soul"

Kort därefter följde MacDougall upp sin studie genom att utföra samma experiment på 15 hundar. I detta experiment kunde ingen viktskillnad påvisas i samband med döden. MacDougall menade att detta bevisar att det bara är människor som har en själ. Stöd för detta kom från en oberoende forskare i Los Angeles som undersökte viktminskning hos möss i samband med döden.

Studien publicerades 1907 i tidskriften *American Medicine* och mötte genast skarp kritik. Men MacDougalls forskning fick bred uppmärksamhet. Han dog 1920 men försökte aldrig att upprepa sina experiment. Sannolikt därför att denna typ av forskning snart kom att ses som oetisk. En konsekvens är alltså att ingen oberoende forskare har vederlagt MacDougalls resultat genom att upprepa försöken och göra egna observationer. Detta kan vara en förklaring till att dessa forskningsresultat ändå "lever" och genererar diskussion än idag. Alltifrån ifrågasättande av metodologi och alternativa biologiska förklaringar till olika religiösa och parapsykologiska tolkningar.

MacDougall övergick i stället till att försöka fotografera själen när den lämnar kroppen. Vi får komma ihåg att dessa experiment utfördes under förra sekelskiftet. Det var i en tid då det fanns ett stort intresse för okultism och spiritism. Något som bland annat har belysts i utställningen "Skräck och skrock" på Hallwylska palatset, 2014 - 2015.

Äldrepsykiatri – ett eget kunskapsområde

Psykisk sjukdom är vanlig i hög ålder. Det finns så väl sjukdomar som startat tidigt i livet, som schizofreni eller bipolär sjukdom, och som fortsätter in i åldrande, och nydebuterade sjukdomar. Det som omfattas av äldrepsykiatri i egentlig mening är de psykiska sjukdomar som uppstår vid åldrandet där såväl sjukdomsorsak och sjukdomspresentation ter sig annorlunda än hos vuxna. Det är dock viktigt att framhålla att det inte finns några specifika diagnostiska kriterier för äldres psykiska sjukdomar och detta skapar en osäkerhet såväl vid diagnostik som vid behandling.

Även om frekvensen demens är hög är "rena" psykiska sjukdomar vanligare. Prevalensen av dessa är nästan 20 % bland personer utan demens över 65 års ålder (Ritchie, Artero et al. 2004). Nästan en tredjedel av icke-dementa 95-åringar uppfyllde kriterier för en psykisk sjukdom: 17 % hade depression, 9 % ångesttillstånd och 7 % psykotisk sjukdom (Borjesson-Hanson, Waern et al. 2011).

En rad olika faktorer kan ge upphov till psykisk sjukdom hos äldre (Skoog 2011). Neurodegenerativa förändringar kan ge alla tänkbara psykiska sjukdomssymptom, lokalitet av skadan och omfattningen är avgörande för symptom bilden. Psykogen faktorer är betydelsefulla i hög ålder och framförallt depression/ångest har ofta en psykogen orsak i hög ålder. Både trauman och stress kan ge upphov till psykisk sjukdom. Sannolikt är också nedsatt fysisk aktivitet en viktig faktor bakom äldredepression och kognitiv påverkan. Brist på B12/folsyra kan öka risk för depression.

Det finns ett starkt samband mellan depression/ångest och kroppslig sjukdom. Kroppslig sjukdom kan fördubbla risken för en depression samtidigt som depression försämrar kroppslig sjukdom. Det finns rapporter om en kraftigt ökad mortalitet vid en rad olika sjukdomar som hjärtsjukdom, cancer, diabetes, KOL m.m. Risken för mortalitet i samband med depression är en gravt underskattad risk vid äldres kroppsliga sjukdomar även om sambanden inte är helt klara. Inflammatoriska cytokiner påverkar hjärnan och kan troligen öka risk för bl.a. depression. Risken för död finns också vid suicid, äldre män har den högsta självmordsfrekvensen, men överdödlighet i kroppslig sjukdom är i praktiken en allvarligare risk.

Somatisering är också ett problem vid diagnostik. Det finns en ovilja att lyfta fram psykiska problem och istället föra fram symptom på kroppslig ohälsa. Vid depression finns en obenägenhet att visa det sänkta stämningsläget, vilket bidrar till att försvåra diagnostiken. Dessa problem skapar svårigheter att få rätt diagnos och bidrar till att äldres psykiska sjukdom är kraftigt underdiagnosticerad.

Demenssjukdom blir ett gradvis ökande problem hos äldre, den ökar från 2 % bland 70-åringar till 30 % bland 85-åringar och över 50 % bland 95-åringar (Karlsson and Skoog 2013). Personer med demens har ofta också psykiska symptom som depression, ångest eller psykotiska symptom. Vid demens finns också en stor risk för konfusion (delirium), som kan medföra en rad olika psykiska symptom bilder. Behandling av psykiska symptom vid demens och framförallt kon-

fusion måste ske med annan strategi än hos personer utan kognitiv störning.

Behandling av äldres psykiska sjukdom bör inledas med att söka påverka en eventuell bakomliggande faktor. Även om sjukdomen i många fall har en multifaktoriell genes bör faktorer som vitaminbrist, psykosociala faktorer, bristande fysisk aktivitet beaktas. Äldres psykiska sjukdom kan många gånger påverkas av psykoterapi, framförallt finns kunskap om effekten av problemlösningsterapi vid depression hos äldre. Möjligheten för äldre att få psykoterapi är dock i praktiken mycket begränsad.

Psykofarmakabehandling av äldre skapar mer problem än hos yngre. Risken för biverkningar blir större – äldre är generellt mer känsliga för negativa effekter. Risken för mental påverkan är större, framförallt vid samtidig kognitiv störning. Risken för hjärtbiverkningar, framförallt av QTc-förlängning med torsade de pointes, ökar med åldern och framförallt vid hjärtsjukdom. Äldres ökade sjukdomar leder till användning av många läkemedel, vilket ökar risk för interaktionsproblematik. För att behandla äldre med psykofarmaka behövs ett grundligt farmakologiskt kunnande.

I många avseenden ställs man som läkare inför andra problem vid diagnostik och behandling av åldrande personer. Komplexiteten bakom sjukdomarna är påtagligt större. Kunskapen är mer begränsad bland äldre än hos yngre och bristande vetenskapligt stöd, både vad avser diagnostik och behandling, gör att det är svårt att ge evidensbaserade rekommendationer. God kunskap kan dock ge påtagligt goda resultat. Att behandla äldres psykiska sjukdomar kan många gånger skapa mycket stora positiva effekter och helt förändra liv och livskvalitet för den som drabbats.



Ingvar Karlsson

Docent, överläkare

Tina-mottagningen, Billdal

*Sahlgrenska Akademien, Institutionen för neurovetenskap och fysiologi,
Göteborgs universitet*

Foto: Privat

Denna artikel är den första i en serie om äldrepsykiatri.

Nästa kommer i nr 4 2017.

Referenser se svensk.psykiatri.se



Foto: Simon Djurberg

Got ink?

Inskrivningsbunten som sköterskorna la i undersökningsrummet bestod av § 7-undersökningen, blodprovshemremissen och den gamla sneda inskrivningsmallen. Den vikarierande underläkaren som visade mig inskrivningsprocessen på Rättsmedicinalverkets Rättspsykiatriska avdelning log ursäktande över blanketterna och påpekade "vi har några extra moment vid inskrivningen här på rättspsyk" och pekade på rutorna högst upp på inskrivningsmallens baksida där det stod "tandstatus" och "tatueringar". Jag minns att jag då undrade var de hittat den där ålderdomliga mallen. Att be intagna visa sina tatueringar kändes gammalmodigt, lite kränkande – de kan

väl få ha vad de vill där. Pliktstroget följde jag dock den där mallen i alla år. Sällan har jag ångrat att jag bett intagna ta av sig tröjan. Tvärt om. Nu propagerar jag istället för att alla psykiatriska inskrivningsmallar innehåller tatueringarbesiktning.

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

Listan över pinsamma tatueringar jag sett under karriären är lång och som civil ännu längre. Uppenbarligen är de flesta tatueringastudios inte försedda med vare sig ordlista eller rättstavningsprogram i datorn. På de europeiska språk jag kan läsa har jag sett många felstavningar (t.ex. "love is fuckt upp"). Så jag förstår inte hur man vågar använda ett språk man uppenbarligen inte själv behärskar (t.ex. sanskrit), än mindre kan tyda bokstäverna i dess alfabet. Det kan ju stå vad som helst! Vännerna är inte heller att lita på i dessa lägen. Detta blev jag medveten om tack vare en stilig, välklädd äldre herre på en somatisk avdelning redan under 90-talet. Då slipsen lossades och patientskjortan kom på, tittade ett örn huvud nyfiket upp långt över skjortkragen. Medan jag klistrade fast elektroderna under vingarna försökte jag att inte stirra på det blå/svarta naturund-

Tatueringen som diagnostiskt verktyg tycker jag är gravt underskattat på många psykiatriska kliniker.

ret som spred sig över bröstkorgen och upp mot hakan. Något vidare diskret kan jag inte ha varit eftersom herrn mumlade "jag talade inte till min vän på flera veckor efter vi hade nyktrat till. Tur att vi jurister alltid bär skjorta med krage." Jag minns att jag bemödade mig särskilt om att visa hans EKG för överläkaren för säkerhets skull.

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

Själv blir jag ofta rörd över tatueringar. En dag när jag var ST på en depressionsavdelning kom en deprimerad forskollärare

tillbaka från permissionen och visade glatt upp en söt tatuering hon just skaffat på armen. Den innefattade namnen på hennes tre barn och hon deklarerade stolt att en medpatient designat den åt henne. Den försynte killen med det neuropsykiatriska funktionshindret satt stolt som en tupp när hans mästerverk hölls upp till allmän beskådan. En av de andra medpatienterna frågade om inte patientens mans namn borde finnas med i tatueringen. Hon svarade självsäkert "mannen vet man aldrig hur det blir med, men barnen är ju alltid mina barn." Kloka ord som tål att tänka på när man skall skaffa sig en tatuering.

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

Kristina Sygel

Rättspsykiater, tatuerad sådan

Denna artikel publicerades ursprungligen i Svensk Psykiatri nr 2 2010

Konsultpsykiatri – kroppens psykiatri

Konsultationspsykiatri är det område inom psykiatrin som arbetar med patienter som har kroppsliga sjukdomar och besvär. Årets europeiska konsultpsykiatriska kongress EAPM hölls veckan efter midsommar i ett Barcelona som då fortfarande var fredligt och idylliskt.

Det brukar alltid vara några teman som dominerar. Uppseendeväckande den här gången var somatisering, där särskilt Per Fink från Århus drivit utvecklingen och belönades med ett särskilt pris. Mitt intryck är att man håller på att passera en tröskel både vad gäller forskning och klinik. I Danmark är en särskild kurs i somatisering, eller funktionelle lidelser som danskarna säger, obligatorisk för allmänläkarna. Och nya perspektiv öppnas när man inte längre förutsätter vissa samband mellan genes, t.ex. infektion eller stress och symtom, fysiska eller psykiska. Åtminstone i denna värld håller det cartesianska såret på att läka. En bi-effekt av kongresserna är ett stort europeiskt forsknings-samarbete, Euronet-Soma, som ska försöka få tillräcklig rörelseenergi i området somatisering. Nu gäller det för oss svenskar att få politiker och beställare att satsa på denna bortglömda patientgrupp. Nästa år får den intresserade anmäla sig tidigt eftersom kongressen då hålls i operafestivalens Verona.



I Edinburgh samlades i september det absoluta toppskiktet när det gäller kunskap om funktionella neurologiska syndrom och flera svenskar deltog. I Sverige finns *Funktionella listan*, en googlegroup på initiativ av Carl Sjöström som knyter ihop de som är intresserade av funktionella tillstånd.

Utbildningsbehovet är stort. Denna sommar har den snart tjugoåriga konsultationspsykiatriska veckoutbildningen flyttat från Manchester till Exeter. Kursen i Berlin på KEH i november är nu väletablerad med parallella spår på tyska och engelska. För ST-läkarna finns metiskurser i konsultationspsykiatri numera på fyra orter i Sverige.

För ökat kunskapsutbyte arbetar Konsultpsykiatriska föreningen som öppnat upp även för andra än psykiatriker att bli medlemmar.

Lars Wahlström

Psykiater, Stockholm

Kassör i Konsultpsykiatriska föreningen

lars.wahlstrom@sll.se



Foto: Shutterstock/DaLiu



Senaste nytt från SPFs Utbildningsutskott

I våras tog jag, Jonas Rask, över ordförandeskapet för Utbildningsutskottet. Jag är allmänpsykiatriker och överläkare på Unga Vuxna i Skellefteå, Psykiatricentrum Västerbotten. Jag har ett särskilt intresse för handledning, utbildning och fortbildning vilket gör det extra spännande att få vara med i UU. Min förhoppning är att arbetet tillsammans med alla erfarna och kunniga kollegor i utskottet ska leda till att jag lär mig ännu mer om dessa områden och även att jag ska kunna bidra tillsammans med övriga i UU att fortsatt utveckla området.

Efter en härlig sommarledighet känns det inspirerande och spännande att ta sig an höstens utmaningar och uppgifter. Utbildningsutskottet bevakar, som vi skrivit tidigare, fortsatt den kommande bastjänstgöringen där det är mycket viktigt att få med psykiatriskt innehåll. Jag tycker det är nödvändigt att man efter bastjänstgöring, oavsett vilken specialinriktning man valt, kan göra goda bedömningar om patienters psykiatriska tillstånd, utfärda korrekta vårdintyg och att man också ska kunna göra suicidriskbedömningar.

Hemsidans utbildningsdel uppdateras och vi kommer att sträva efter att hålla den aktuell och överskådlig för alla som använder den. Studierektorsnätverket, SPUR-inspektioner och Utbildningsutskottets bidrag till nästa års psykiatrikongress kommer vara några andra ämnen som behandlas under höstens arbete.

Utbildningsutskottet har också fått en ny STP-representant då David Bevmo efterträder Tove Janarv. Vi vill tacka Tove för hennes tid och engagemang och samtidigt välkomnar vi David!



Jonas Rask
Ordförande Utbildningsutskottet



Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatrin till **Raffaella Björcks minne**

Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse har beslutat instifta:

Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatrin till Raffaella Björcks minne.

Priset kommer att delas ut i samband med Svenska Psykiatrikongressen 2018.

Vill du nominera någon till priset?

Skicka Ditt förslag och motivering per e-post till Svensk Psykiatri:

raffaellapriset@svenskspsykiatri.se

senast den 1/12 2017 (OBS ändrat datum).

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

Styrelsen
Svenska Psykiatriska Föreningen



**SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN**

Forskningsanslag ur Fredrik och Ingrid Thurings Stiftelse

Stiftelsen som administreras av SEB har till ändamål att dela ut anslag en gång om året till medicinsk forskning. Anslagens ändamål gäller dels psykiatri, dels barn och ungdomar med funktionshinder eller kronisk sjukdom av somatisk eller psykisk natur.

Stiftelsen delar ut cirka 2,8 miljoner kronor årligen. Anslagen ligger i storleksordningen 25 – 150.000 kronor.

Ansökan sker elektroniskt via thuringsstiftelse.com.

Ansökningsperioden är öppen
15 september – 15 oktober.

SEB



Charlie Eriksson, upphovsmannen till
"Aldrig ensam"
samtalar med **Ullakarin Nyberg** om ensamhet och
gemenskap



Pressetik, läkaretik, psykiatri, alkohol och narkotika

Så återvänder vi så sakteliga till vardagen, med sjukvård, forskning, undervisning, administration, ekonomi och externa uppdrag. Jämfört med mycket annat uppfattar jag det att psykiatri i alla dess former har klarat sig bra, jämfört med annat elände i världen. Men visst är en hel del skakigt.

Jag har uttryckt att om man sakligt skulle granska allt vad som sägs och skrivs om våra ämnen och framföra kritik, vore det ett heltidsjobb. Men mer konstruktivt är väl att envist lyfta fram goda exempel på vad professionen kan frambringa i sina bästa stunder. "Positive reinforcement" i bästa form.

Råkade träffa Lars Farde och Tove Gunnarsson i rent socialt sammanhang. De gör en glad. Vi har så mycket gemensamt. Att jag beundrar Johan Francks chefskap är ingen hemlighet.

Jag Ulf får ännu påteckna blivande doktorsavhandlingar med "må spikas". Så roligt det är att få träffa energiska forskarstuderande från olika områden. Just nu tänker jag på en kommande avhandling om "hoarding", samlarsjuka, en annan om amfetaminberoende. Och en kille jag är mentor för har fått vara i Amsterdam för sitt ambitiösa projektarbete. Vi kan, när vi vill, och får arbeta ostört utan klunsiga politiska påhopp.

Uppskattar själv att få träffa seriösa välutbildade journalister. Har ätit arbetslunch med både Karin Bojs (journalist och filosofie hedersdoktor), Maria Gunther (från början fysiker och journalist) och Armina Manzoor, som i DN främst står för kontakt med medicin. Det var stort att på Psykiatrikongressen få höra om aktuella journalistbragder i relation till medicinsk forskning och per-

sonliga erfarenheter om psykisk sjukdom. Psykiatern Maria Larsson har gjort fint ifrån sig för att relatera kontakter med pressen.

Men visst kan det ske fadäser. Jag har numera så mycket självförtroende att jag kontaktar chefredaktörerna för de stora dagstidningarna när jag anser att det är befogat. I DN hade en olycksalig journalist raljerat om narkotika i form av cannabis. Får man göra så – beroendesjukdomar kan inte så sällan få dödlig utgång! Och hur ska vi hantera att etanol numera anses vara såväl fosterskadande (SBU 2016) och carcinogent (IARC, Lyon)?

Det kan vara farligt med för mycket subspecialisering. Allmänpsykiatrer måste kunna en hel del somatik och beroendelära, specialister på "addiction medicine" måste kunna också allmän psykiatri, både i kontakten med enskilda patienter och kunskapsmässigt.

Det här blev litet av höstens första kåseri. Jag ser fram mot att landets professorer i psykiatriska ämnen blir mer utåtriktade, har mer kontakt sinsemellan och skriver själva i vår utmärkta tidskrift, Tidskriften för Svensk Psykiatri.

Ulf Rydberg

Professor emeritus, KI (skandalomsusat??)



"30 liv i veckan": SVT:s serie om suicid vann det prestigefyllda Kristallen-priset. Teamet som har arbetat med serien berättar om vad den har betytt för SVT och dem själva

ANNONS

Var med och förändra sjukvården som psykiatriker på Min Doktor

Vill du, precis som vi, göra vården mer tillgänglig och effektiv för patienter såväl som vårdpersonal? Som läkare på Min Doktor möter du och behandlar patienter på ett nytt sätt samtidigt som du är med och utvecklar den digitala vården.

Vi erbjuder patienter snabb bedömning och behandling på primärvårdsnivå oavsett var de befinner sig. Psykiska problem lämpar sig ofta mycket bra för digital handläggning. Som psykiatriker kommunicerar du med patienten främst via text och video. Stora delar av anamnesunderlaget har patienten själv skapat genom det frågeformulär som fyllts i före konsultationen.

Som psykiatriker på Min Doktor

har du flexibilitet och frihet i ditt arbete eftersom du väljer när och varifrån du vill arbeta

arbetar du med den teknik som passar dig bäst; mobil, surfplatta eller dator

är du en del av Min Doktors interna läkarnätverk, i syfte att genom kunskapsutbyte nå bästa handläggning erbjuds du konkurrenskraftig ersättning för ditt arbete

Är du

kliniskt verksam specialist eller i slutet av din ST?
flytande i svenska i både tal och skrift?
beredd att regelbundet ägna en del av din tid åt Min Doktors patienter?

Välkommen att skicka in din intresseanmälan via:

www.mindoktor.se/jobs

Ta del av våra remissvar!

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

Du kan läsa alla remissvar på våra hemsidor
www.svenskpsykiatri.se
www.sfbup.se
www.srpf.se

TOVE GUNNARSSON
Redaktör Svensk Psykiatri





Foto: Shutterstock/Katarina Hostovecka

ST-läkare!

Svenska Psykiatrikongressen är ett gyllene tillfälle att få kursintyg

Vilka delmål för ST-utbildningen uppfylls av SPK? När du läser kongressprogrammet kommer du att tycka att det täcker nästan alla. Men ingen människa kan lyssna på alla föredrag samtidigt. Närvarokontroller på kongressen är inte aktuella. Alternativet, att ge ett intyg "i blindo" för väldigt många delmål, känns oseriöst. Därför har vi valt att inte ange specifika delmål för ST-läkare. Så hur gör man med SPK och andra tillställningar som vänder sig till en bred målgrupp? Kan man få ett kursintyg ändå? Självklart!

Vår rekommendation är att man som ST-läkare tar hjälp av sin huvudhandledare med att gå igenom programmet innan kongressen och pricka för vilka föredrag man ska gå på. På nästa handledningstillfälle kan huvudhandledaren följa upp vad ST-läkaren fick

med sig från kongressen och skriva ett kursintyg på de relevanta delmålen. Detta är inte bara tillåtet utan det har lyfts fram av Socialstyrelsen som ytterligare ett sätt att bredda kursutbudet och knyta ihop teori och praktik.

Vi ser fram emot att träffa dig på SPK 2018!

För SPF:s styrelse
Alessandra Hedlund



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN



Sveriges
Kommuner
och Landsting



SVENSK FÖRENING FÖR DIABETOLOGI
SWEDISH SOCIETY FOR DIABETOLOGY

Somatisk sjukdom och psykisk ohälsa - helhetssyn för god och jämlik vård

12-13 oktober 2017, Clarion Hotel & Congress Malmö Live, Malmö

Detta är ett litet axplock ur programmet:

Egen erfarenhet av att leva med psykisk och somatisk sjukdom

Jenny Sjöo

Barn, ungdomar med intellektuell funktionsnedsättning: fysisk hälsa och levnadsvanor

Eva Flygare Wallén och Lena Nylander

FYSS Barn och unga

Ulrika Berg/Örjan Ekblom

Liaison physicians

(föreläsningen hålls på engelska)

Irene Cormac

Etiska utmaningar och möjligheter kring livsstilssamtal med personer med psykisk ohälsa

Lars Sandman

Fysisk aktivitet vid psykosjukdom

Lena Hedlund

Ätstörning vid diabetes

Ulf Wallin

Internationell utblick; Om arbetet i Danmark kring över dödlighet bland långtidssjuka i somatisk ohälsa

Simon Feldbaek Peitersen

Evidensläget för livsstilsåtgärder

Mai-Lis Hellenius

Vi har fortfarande platser kvar!

Anmälan till mötet gör du på www.jamlikvard.org

E-mail: hostmotet@meaconsulting.se

SPF på Almedalsveckan

SPF deltog i Almedalsveckan på Gotland i år med två seminarier; *På tal om suicid – vad vet vi?* och *Alternativa fakta och myter om psykiatri – sant eller falskt?* I dagens samhälle där fel uppfattningar om psykiatri lätt kan dominera medias debatt är det av yttersta vikt att professionella och andra direkt berörda finns med och bidrar till en nyanserad bild.

Intresset var stort för ämnena och det var fullsatt på båda seminarierna av en engagerad publik. Seminarierna hölls i Psykisk Hälsa Huset där flera intresseorganisationer för psykisk hälsa upprätthöll ett fullspäckt program hela veckan. Almedalsveckan är ett viktigt forum för intresseorganisationer, politiker och allmänhet där diskussion om psykiatri har en naturlig plats.

Steinn Steingrímsson

Vårdenhetsöverläkare

Psykiatri Affektiva, Sahlgrenska Universitetssjukhuset



Steinn Steingrímsson, Ullakarin Nyberg, Karl Lundblad, Alessandra Hedlund och Daniel Lindqvist.

Foto: Hanne K Carlsen.



SPF:s seminarium "På tal om suicid – vad vet vi?".

Foto: Hanne K Carlsen.

10 frågor



KARL LUNDBLAD;

sekreterare i ST-läkare i Psykiatri
ledamot SPFs styrelse

Född

Östra sjukhuset Göteborg. Med sugklocka av metall enligt mor.

Bor

Stockholm.

Familj

En väldigt användbar Le Creuset-gryta.

Arbetar

ST-läkare på Psykiatri Nordväst, Stockholm. Just nu på Mobila akutenheten Karolinska.

Vad gör Du när Du INTE jobbar?

Gillar att åka bil, tåg, båt och flyg. Ofta till Skåne eller västkusten. Annars konsumerar jag till exempel mycket kultur och historia av olika slag.

Anser du dig vara troende?

Jag tror i varje fall på GAIS i allsvenskan 2019.

Vilken bok ligger just nu på ditt nattduksbord?

Omar El-Akkad – American War, beslutad i bokklubben.

Vad gör Dig lycklig?

Charmigt åldrade landstingslokaler av klassisk typ. Ordning och reda. Flowkänsla. Just nu helst persisk mat, men även libanesiskt.

Vilken film/bok/TV-serie citerar du allt som oftast?

Lars von Trier – Riket. Uttjatad klyscha, men fortfarande den mest briljanta skildringen av skandinavisk sjukvård jag någonsin sett.

Vilka är STP:s största utmaningar under de närmaste åren?

I min åsikt borde man vidare driva gemensam specialistexamination, gärna skriftligen. Möjligen skulle sådan examination kunna användas som kvalitetssäkring även av specialister? Såklart är en ständigt pågående utmaning och mål att erbjuda en högkvalitativ ST-läkarkonferens med relevant och stimulerande innehåll.

Stina Djurberg

*Redaktionen
Svensk Psykiatri*



SPF fortbildar - Fokus Psykiatrisk diagnostik

"Hur ska vi diagnostisera så att det bäst gynnar patienten?"

SPF Fortbildar fokus diagnostik Och nu då?

Nu har det snart gått ett år sedan SPF:s extra fortbildnings-satsning med fokus på diagnostik började. Drygt 15 olika föreläsare belyste ämnet med olika aspekter i Stockholm, Göteborg, Malmö och Umeå och närmare 250 medlemmar deltog i en givande diskussion. Inför att programmet togs fram inkom synpunkter om att detta möjligen bara skulle bli "ännu" en av många engångssatsningar som sedan rann ut i sanden. Har det blivit så?

Frågan kring psykiatrisk diagnostik eller möjligheterna att klassificera olika psykiatriska tillstånd har funnits länge, inkluderat fördelarna och nackdelarna med detsamma. Jag tror till att börja med att den viktigaste utgångspunkten kring fortbildning och utveckling av detsamma är att vi aldrig kommer att bli färdiga. Utveckling är sådan, ligger i utvecklingens natur. Lärandet likaså, vi blir aldrig färdigutbildade. Däremot är det ju roligt om utvecklingen är positiv och bidrar till något bättre och kunskapen fördjupad och ny och inte bara innebär upprepningar, inte minst av gamla problem utan lösningar. SPF:s extra fortbildningssatsning under vintern 2016–2017 kring diagnostik tror jag kommer bidra till att utvecklingen tar ett stort steg framåt för patienternas bästa där vi inte nödvändigtvis behöver återupprepa gamla misstag. Inte minst då SPF:s styrelse har tagit till sig de frågeställningar som lämnades efter turnéns formella avslutning enligt nedan. Vidare är arbetet med SPK 2018, som kommer att äga rum på Münchenbryggeriet den 14–16 mars, i full gång och flera intressanta programpunkter, delvis uppföljande av turnén, på gång.

För dig som vill ta del av de övergripande intrycken och diskussionen från fortbildningssatsningen kan jag rekommendera artikel kring detsamma i Svensk Psykiatri nummer ett i år och för mer fördjupning en fullständig slutrapport med föreläsarnas sammanfattningar samt flera av deltagarnas skriftliga synpunkter som

kommer finnas på SPF:s hemsida när du läser detta.

I korthet kring SPF:s arbete med diagnostik efter fortbildningssatsningen. Utvecklingen fortsätter och den "blir aldrig färdig och det är som det skall".

Rekommendationer efter turnén som SPF:s styrelse tagit del av för en fortsatt utveckling av fortbildningssatsningen:

- Fortsatt i Svensk Psykiatri och SPK och övriga fortbildningssatsningar bidra till utbildning, diskussion och ständig utveckling av psykiatrisk diagnostik
- Utreda möjligheterna till att utveckla nationella riktlinjer kring diagnostik efter ett noggrant förarbete
- I utbildningsutskottet diskutera kring utbildning i diagnostik och möjligheterna till att anordna kurser i samdiagnostik och bästa utlärande och utveckling av diagnostik kompetens
- Utse ny kommitté eller ge i uppdrag till nu vilande arbetsgrupp att följa och om möjligt ge synpunkter på synkroniseringen av nya ICD och DSM-5

Maria Larsson

Moderator SPF fortbildar fokus diagnostik

Filosofi och psykiatri

Kurs och konferens i Oxford juli 2017

Psykiatrer och psykoterapeuter möter i sitt arbete flera grundläggande problem. Vad är en psykisk sjukdom? Skiljer sig sjukdom från psykisk ohälsa? Hur förhåller sig den utomstående (läkarens) uppfattning till personens (patientens) egen? För vem kan kriteriediagnostik vara värdefull? Finns positiva värden för personer att ha, av andra eller sig själva betraktas ha, psykisk sjukdom eller vara överkänslig för stämningslägen och kränkningar? Varför tilldelas en del psykiskt sjuka ansvarsfrihet för sitt handlande? Vad menas med att inte förstå sitt eget bästa?

Mer specifika filosofiska frågor: om det vi kallar depression i vårt samhälle uttrycks med psykiska symptom, i andra med kroppsliga sådana, vad är detta "något" som är gemensamt och som finns bakom symptomen? Vad kan vi mena med allmänna faktorer i psykologisk behandling med olika metodiker?

Lång tradition i Oxford

I Oxford finns en lång tradition med undersökning av filosofiska frågor om psykiatri, inom såväl den begreppsutredande, kritiskt resonerande som den fenomenologiskt inriktade forskningen. I mastodontboken, 1322 sidor, *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*, Oxford University Press 2013, tillgänglig i elektroniskt format på flera svenska universitetsbibliotek, redogörs för filosofiska aspekter på ovan ställda frågor. Och, många fler!

Svensk litteratur

För den utan vana att läsa engelskspråkig filosofisk litteratur är det inte helt lätt att tillgodogöra sig dessa texter. På svenska finns ännu ingen motsvarande standardöversikt. Men, litteratur finns. Fredrik Svenaeus resonerar i sin bok *Homo patologicus – medicinska diagnoser i vår tid*, TankeKraft förlag 2013, om filosofiska aspekter på depression, ångest, beroende, fetma och ADHD. (Svenaeus medverkar för övrigt med kapitlet *Psychopharmacology and the Self* i Oxfordboken.) På www.sfph.se, hemsidan för Svensk förening för filosofi och psykiatri, finns också litteraturtips och länkar.

Sommarkurs

University of Oxford anordnade i juli 2017 som del av sitt fortbildningsprogram för yrkesverksamma inom området *Philosophy and Psychiatry, Mind, Value and Mental Health: Summer School and Conference*. Deltog gjorde ett 20-tal psykiatriker, psykoterapeuter och filosofer. Mindre om psykiatrisk klassificering uppehöll sig diskussionerna om hur elementära fenomen som handlingsförmåga, fri vilja, självbestämmande, inlevelseförmåga, tolkningsföretärde och hopplöshet av läkare kan upplevas som symptom på psykiatriska sjukdomar, av drabbade som hinder eller möjlighet för tillfrisknande. För den, som jag, med erfarenhet av psykiatrisk och psykoterapeutiskt arbete och med vissa grundläggande kunskaper i filosofi, men täm-

ligen renons på den kontinentala filosofins betydelse för den psykiatriska vetenskapen, sänktes genom kursen ribban för förmågan att ta del av filosofiska diskussioner om psykiatriska sjukdomar och psykiatrisk verksamhet.

Moralfilosofin utelämnad

I målet för kursen ingick att också orientera om transkulturell psykiatri, både vad gäller nosologi, etiologi, diagnostik och behandling. Detta avsnitt saknade, enligt min mening, den klarhet kursen för övrigt uppvisade. Men, på svenska finns läroboken *Transkulturell psykiatri* av Sofie Bäärnhielm, Natur & Kultur, 2014. Tidskriften *Transcultural Psychiatry*, också tillgänglig elektroniskt på universitetsbiblioteken, är ett forum för pågående forskning. – Som nämnts knappast något om psykiatrisk klassificering, ett ämne väl lämpat för filosofisk reflektion. Inte heller behandlade kursen psykiatrisk etiska frågor som tvångsvård, barns rätt till självbestämmande, tvångsmedicinering vid avvisning av flyktingar eller rätten till sin egen död.

Värt att gå kursen? Absolut! Inte helt billigt, 16 000 kr, men då ingår kost, logi och kvällsmiddagar. En upplevelse bara att få bo och vistas på ett anrikt college i Oxford, denna gång det ursprungligen för kvinnliga studenter byggda St Hilda's college, med all sin lärdomshistoria. Nära till historiska platser som Iffley Road där Roger Bannister, läkare och sedermera professor i neurologi och läroboksförfattare, sprang den första engelska milen under 4 minuter, 3.59,4, 6 maj 1954.

Kursen beskrivs på <https://www.conted.ox.ac.uk/about/philosophy-and-psychiatry-mind-value-and-mental-health>.



Text och foto:

Docent Kjell Reichenberg

Specialistläkare socialmedicin och barn- och ungdomspsykiatri, leg. psykoterapeut. Frivilligläkare vid Rosengrenska mottagningen för gömda och papperslösa i Göteborg.

Från akut mani till den affektiva drömmottagningen SSBS höstmöte 9/11

Vi i SSBS styrelse vill önska dig välkommen till höstmötet den 9/11 på Södra Teatern i Stockholm. En dag för ökad kunskap, inspiration och inte minst tid för utbyte med kollegor intresserade och eller verksamma inom det bipolära spektret.

I enlighet med beslut på årsmötet 2017 i maj kommer delar av mötet att fokusera på olika aspekter av mani. Behandling, kognitiv påverkan sekundärt till mani och bemötande kommer att lyftas samt även särskilda aspekter att tänka på hos den höggravida eller nyförlösta maniska kvinnan. Men SSBS höstmöte kommer inte bara handla om manier. Vi vill även bland annat bidra med att sprida en del om senaste nytt från Bipolär samt lyfta en vetenskaplig diskussion om viktiga frågor inom det bipolära sjukdomsområdet idag. Dagen kommer att avslutas med en visionär föreläsning om den affektiva drömmottagningen 2020. Under höstmötet kommer även SSBS styrelse att presentera ett förslag vi jobbat på med uppdaterade teser för sällskapet och ett nytt vision-, mål- och handlingsplansdokument för synpunkter från deltagarna och möjlighet till utvecklande av värdefulla dokument för sällskapet.

Förutom själva programmet hoppas vi också att de generöst tilltagna pauserna ska innebära möjlighet till mer informell förkovran. För mer tid för detsamma har SSBS styrelse därför även tagit beslut om att höstmötet inte denna gång slutar efter sista föreläsningen. För att öka chanserna till utbyte och inspiration till vardagens arbete kommer mötet avslutas med en middag på Champagnebaren på Södra Teatern där Psykiatri Sydvästs band «The Affected» kommer att uppträda.

I korthet ett höstmöte du inte får missa! Men innan dess ett citat från Lord Byron, som du som kommer också kommer få möjlighet att under «Kultur till kaffet» få lära dig mer om, för att inspirera höstens arbete tills vi ses «The Power of thought is the Magic of mind».

SSBS styrelse

SSBS Höstmöte - Från akut mani till den affektiva drömmottagningen

Datum: 9/11 2017

Plats: Södra Teatern, Stockholm

Kostnad: 800 kronor för medlemmar och 1500 kronor för icke medlemmar inkluderat middag

Anmälan: Görs genom mail till kls@medicalresource.se följt av inbetald avgift inom 3 bankdagar till plusgiro 28 99 41-7 Nordea.

Om faktura önskas v.g. ange faktureringsadress och det ref.nr. som arbetsgivaren önskar på fakturan.

Ange namn både i mail och vid inbetalning.

Sista anmälningsdag 25/10

Program

8:30 – 9:00 *Samling med kaffe i Kägellbanan Södra teatern*

9:00 – 9:15

Inledning Från akut mani till den affektiva drömmottagningen

Maria Larsson, ordförande SSBS

9:15 – 9:45

Behandling av akut mani

Benny Liberg, medicine doktor, överläkare Psykiatri Sydväst

9:45 – 10:15

Hjärnans påverkan vid mani

Carl Johan Ekman, medicine doktor, överläkare Norra Stockholms Psykiatri

10:15 – 10:45 *Fika*

10:45 – 11:15

Bemötande av den maniska patienten på nytt sätt

Rut Janzon Ene, enhetschef affektiv avdelning, Psykiatri Sydväst

11:15 – 11:45

Den höggravida eller nyförlösta kvinnans specifika problem vid mani

Margareta Blomdahl Wetterholm, överläkare Konsultationsenheten, Psykiatri Sydväst

11:45 – 12:00

Sammanfattning akut mani

SSBS styrelse

12:00 – 13:00 *Lunch*

13:00 – 13:30 Kultur till kaffet – Lord Byron

Carl Lindgren, barnläkare och litteraturvetare

13:30 – 14:15

Bipolär: Om årets resultat och om kvalitetscertifiering av mottagningar

Mikael Landén, professor, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

14:15 – 15:00

Viktiga vetenskapliga frågeställningar inom det bipolära spektrat idag

Lena Backlund, medicine doktor, Karolinska Universitetssjukhuset

Mikael Landén, professor, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Rolf Adolfsson, professor, Umeå Universitetssjukhus

15:00 – 15:30 *Fika*

15:30 – 16:00

I have a Dream – Om den affektiva drömmottagningen 2020

Lina Martinsson, medicine doktor, processägare bipolära sjukdomar, Psykiatri Sydväst

16:00 – 16:15

Avslutning Från akut mani till den affektiva drömmottagningen

Maria Larsson, ordförande SSBS

18:00 – 22:30

Middag Champagnebaren Södra Teatern med underhållning av Psykiatri Sydvästs band «The Affected»

Hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen

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

I våra stadgar står "Till hedersledamot må på förslag av styrelsen vid ordinarie föreningsmöte kallas person som på framstående sätt främjat föreningens syften.

För beslut om sådant medlemskap krävs minst 2/3 av de vid mötet röstande.

Till hedersledamot kan även icke läkare väljas".

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



Linda och Magnus: föräldraparet i "30 liv i veckan" som miste sin son genom självmord samtalar med **Ullakarin Nyberg** om sorgens konsekvenser

Glöm inte våra hemsidor:

På respektive hemsida läser Du alltid senaste nytt:

Svenska Föreningen för Barn - och Ungdomspsykiatri:

 www.sfbup.se

ST-läkare i psykiatri:

 www.stpsykiatri.se

Svenska Psykiatriska Föreningen:

 www.svenskpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:

 www.srpf.se

ANNONS



Svenska deltagare på kongressen: Fr.v. Eva Lindgren, Elisabet Wentz, Christina Svanberg, artikelförfattaren, Maria Råstam, Björn Ramel och Amelie Kjellstenius. Foto: Kadri Kalvo

Rapport från ESCAP-kongressen 2017 i Geneve

Det var med blandade känslor som jag tidigt på morgonen lördag den 8:e juli bordade flyget i Göteborg med destination Geneve för att vara med på 2017 års ESCAP-kongress. Det kändes svårt att lämna sommaren i Bohuslän och min familj med barn och barnbarn. Samtidigt såg jag fram emot att ta del av nya kunskaper inom barnpsykiatri samt att representera Sverige vid ESCAPs fullmäktigemöte.

Drygt 1000 deltagare hade kommit till Geneve för att vara med på kongressen. I år var det extra betoning på ungdomar då temat var "Transition", d.v.s. övergång mellan BUP och VUP. Psykisk ohälsa utgör den största belastningen för ungdomar och unga vuxna och därmed också för sjukvården. Resurserna som är avsatta för att möta och behandla unga med psykisk ohälsa motsvarar dock inte alls behovet. Under kongressen blev det tydligt att detta gäller för de flesta länder i Europa.

Jag lyssnade på många tankeväckande föredrag och symposier men en föreläsare fick mig att lyssna lite mer. Det var Patric McGorry från Australien. Han pratade om att vi har alltför lite att erbjuda unga människor med psykiatriska svårigheter när de är som mest sårbara. Modellen med pediatrik och vuxenmedicin passar nog bra för somatiska sjukdomar men passar dåligt vid psykiatriska svårigheter. McGorry förespråkade att vi måste bygga en sammanhållen vård för unga människor.

McGorry pratade mycket om att vi har en underbehandling i dag på grund av att tröskeln för att få hjälp är alltför hög. Han tog som exempel att vi aldrig skulle be någon med nyupptäckt cancer att komma senare när canceren har utvecklats mer. Men enligt McGorry gör vi så med ungdomar som har psykiatriska svårigheter. Vi tänker att det går över av sig själv, vilket det sällan gör. Han förespråkar en stegvis behandling där man börjar med samtal och psykopedagogik eller liknande och sedan går över till psykoterapi

och ev. mediciner. Den första linjens mottagningar skall vara lätta att besöka och finnas där ungdomar rör sig. McGorry visade exempel med "Headspace". Till Headspace-mottagningarna kan man söka helt anonymt, det kostar inget och man behöver inte boka tid. I Headspace arbetar frivilliga medarbetare. Ofta har de en utbildning som passar men de kan också rekryteras för att de är goda samtalspartners. Headspace började i Australien och har spritt sig till flera länder bland annat vårt grannland Danmark. Gå gärna in på Headspace.dk, där finns mer information. För mig kändes det som ett mellanting mellan våra ungdomsmottagningar och BRIS.

ESCAP-kongresserna skiljer sig enligt min mening från den amerikanska motsvarigheten i att det är färre presentationer av läkemedelsstudier. En mycket intressant studie är ADDUCE-studien, en prospektiv studie om säkerhet vid långtidsmedicinering med metylfenidat. Forskarna med David Coghill i spetsen kunde presentera de första preliminära resultaten. Under 2 år följer man 722 barn med ADHD som precis startat med metylfenidat och som kontroller har man 376 barn med ADHD men som inte har medicin samt 272 barn som inte har ADHD. Man mäter tillväxt och pubertal mognad, psykiatriska effekter samt kardiovaskulära biverkningar. Studien är slutförd men alla data när det gäller psykiatriska effekter är inte bearbetade ännu. Enligt Coghill framkommer det inga oroande nya effekter på tillväxt eller kardiovaskulära biverkningar. Man kan se en viss minskning av vikt och längdtillväxt och att det är fortsatt viktigt att följa dessa parametrar. När det gäller blodtryck och puls steg det lite under dagen men inte under natten, vilket talar för att det är en effekt av läkemedlet som sådant och inte på grund av strukturell effekt från hjärtat. Det skall bli intressant att se hela resultatet när studien är färdig.

På kongressen fanns det fem svenska föreläsare. *Björn Ramel*, överläkare på BUPs Trauma- och Krismottagningen i Malmö, presenterade en studie över ensamkommande barn på slutenvården i Malmö och han redogjorde också för hur vi tar emot de ensamkommande i Sverige. *Eva Lindgren* från Luleå är sjuksköterska och lektor på Luleå Universitet, institutionen för hälsovetenskap. Hon har undersökt hur övergång mellan BUP och VUP fungerar och bland annat intervjuat föräldrar om de svårigheter som de möter vid övergången. Eva berättade att när hon inledningsvis frågade föräldrarna hur de klarade sig började alla gråta. Eva är intervjuad på ESCAPs hemsida där man kan läsa mer om hennes intressanta och tankeväckande arbete. *Maria Råstam*, professor emerita i Lund och *Elisabeth Wentz*, överläkare, docent och föreståndare på Gillbergcentret i Göteborg presenterade 30 års uppföljning av sina anorexi-patienter och deras kontroller. Imponerade att de kunnat följa patienterna och kontrollerna under så lång tid. *Abdulbaghi Ahmad*, överläkare och docent vid institutionen för neurovetenskap, BUP i Uppsala, presenterade den verksamhet som han byggt upp i Kurdistan med krisintervention.

På fullmäktigemötet valdes Köpenhamn att bli värd för kongressen 2023. Jag hoppas att vi svenskar då fyller lokalen. Jag ser redan framemot luncherna med läckra danska smörrebröd. Men innan dess ses vi i Wien 2019 där nästa ESCAP-kongress går av stapeln.

Lars Joelsson

Överläkare på BUP-kliniken, NU-sjukvården i Västra Götalandsregionen



Inbjudan att skicka in kongressbidrag (call for abstracts) 2018

Nu planerar vi för Svenska Psykiatrikongressen 2018 som kommer att gå av stapeln 14-16 mars på Münchenbryggeriet i Stockholm.

Vi vill att du som är intresserad av att hålla en egen muntlig presentation skickar in en kort sammanfattning (abstract) till oss.

Det kan handla om ny forskning, samverkansprojekt eller metodutveckling. Du kan också föreslå ett debattinlägg eller ett kulturinslag.

Vi förväntar oss att många tar chansen att bidra till att 2018 års kongress blir den bästa hittills!

Skriv ditt namn, förslag på titel till din presentation och en sammanfattning på max 150 ord.

Sammanfattningen skickas till **Ullakarin Nyberg**, ullakarin.nyberg@sl.se

Sista datum för inlämnande är den **15 oktober 2017**.

Företag/landsting som önskar ställa ut på SPK 2018 - ta kontakt med **Stina Djurberg**, stina.djurberg@buf.se senast den **1 oktober 2017**.



Trägen vinner

Bland föräldrar som hämtar barn på förskolan pratar man om "grit", det nya svarta i vägen till framgång i livet. Där man tidigare vurmade för begåvning som framgångsfaktor talar man idag om vikten av hårt arbete. "Grit" kan översättas med karaktär, mod och självdisciplin. Under småbarnsföräldraåren tvingas man mobilisera sin egen inre "grit", och kämpa för att få till basen i Maslows behovstrappa. Som tvillingföräldrar har vi verkligen fått vår släng av slev och jag har flera gånger associerat till en formulering ur Oxford Handbook of Clinical Medicine om hur man överlever under den brettiska motsvarigheten till AT-tjänstgöringen: "you do not much like the person you are becoming". Hänger man bara i så lättar det lyckligtvis med tiden i linje med resten av formuleringen: "Luckily not all of us are made of steel so there is a fair chance that, in due course, we will spring back into something resembling our normal shape".

Även musikalisk framgång hänger ihop med ihärdighet. Den romantiska föreställningen om det medfödda geniet vilar på en bräcklig empirisk grund. Istället brukar forskare i området som Fredrik Ullén lyfta fram att den musikaliska prestationen korrelerar med antalet övningsstimmar. På svenska saknas det ett bra ord för termen "grit", men i inlärningssammanhang tror jag att det gamla uttrycket "sittfläsk" kommer ganska nära.

I den psykiatriska vardagen finns också ett värde i att hålla ut. Min ST-handledare lyfte fram vikten av att inte ha för bråttom, mycket av det som är viktigt tar också tid. Det är lätt att bli otålig och vilja leda patienten framåt, vilket kan fungera i den akuta situationen, men annars riskerar att leda till att den behandlade sparkar bakut. En av mina patienter, i kategorin stamkunder, saboterade effektivt mina försök att ta en omsorgsfull anamnes. Med tiden kom jag att acceptera att patienten hela tiden hade en egen berättelse och lät honom komma till tals. Jag reste mig hövligt under sessionens sista fem minuter och följde mannen över tröskeln från mottagningsrummet när klockan var slagen.

I övrigt fick patienten tala om det som pågick i hans liv, medan jag följde förloppet i hans bipolära sjukdom och tillsåg att patienten tog sin stämningsstabiliserande medicin och fortsatte att vara nykter. Dessa enkla åtgärder gjorde under. Patienten vände sin tillvaro från en brant utförlöpa till en väg tillbaka. Han återupptog kontakten med sin minderårige son och kom efter år av sjukersättning tillbaka till arbetsmarknaden. Det var en krävande patient, men också en av dem som gav mest tillbaka. När jag tänker tillbaka på hans långa väg tillbaka, gör jag det med värme.

Framgång behöver således inte vara så storstilad. Som behandlande läkare kan det vara att få ett sjukdomstillstånd att vända till det bättre, som forskare kan det vara att få ett manuskript accepterat i en vetenskaplig tidskrift och som småbarnsförälder kan det vara att leverera barnen till dagis utan alltför mycket gnissel (varken från barnen eller en själv).

Sedan är det här med "grit" inte något särdeles nytt heller. En liknande dygd anbefalles de ädla ynglingarna i Stiernhielms epos Hercules från 1647. Även om vi tittar mer än 2000 år tillbaka i tiden hittar vi en stilla hyllning till ihärdigheten, i Aisopos fabel om Haren och sköldpaddan. Sensmoralen är tidlös: trägen vinner.

Mikael Tiger
Psykiater
Stockholm

Svensk Förening för Filosofi och Psykiatri inbjuder tillsammans med Svenska Psykiatriska Föreningen till ett seminarium

Torsdag den 26 oktober, eftermiddag

Birgitta rummet, Medeltidsmuseet, Strömparterren 3, Norrbro

(OBS! Ny lokal)

Fokus blir

Filosofiska aspekter på psykoterapi
inkluderande preliminärt även medvetandets roll

Om du är intresserad: skicka gärna ett mail till Jerker Hanson jerker.hanson@telia.com och/eller Jenni Andersson anderssonjv@gmail.com

En mindre avgift kan tas ut för kaffe mm.

Helge Malmgren och Jerker Hanson, ordf. resp. vice ordf. i SFFP
Svensk Förening för Filosofi och Psykiatri
(Swedish Association for Philosophy and Psychiatry)
<http://sffp.se>
http://sffp.se/sffp_eng.html (English homepage)
<https://www.facebook.com/groups/782922585088399/>
e-mail: info@sffp.se



DEADLINE

för bidrag till
nästa nummer: 15/11

Tema: **Rädd att leva**

Psykiatrifonden – Fonden för Psykisk hälsa öppnar i Almedalen och anordnar en första gala



Arbetet med att öka öppenhet, sprida kunskap kring psykisk ohälsa samt bidra till att forskningsanslagen till forskning når den storleksgrad patienterna förtjänar fortsätter för Psykiatrifonden. Nu närmast med att tillsammans med 1,6 & 2,6 miljonerklubben anordna en mindre "gala" på Maximiteatern den 9/10 där bland andra Lisa Nilsson kommer att delta. Vidare ska precis arbetet för styrelsen och det vetenskapliga rådet påbörjas för att gå igenom alla ansökningar till forskningsanslag som inkommit för att kunna bidra till ännu mer framåtriktande vetenskap.

Vi kan använda skattebetalarnas pengar bättre

Innan höstens arbete sätts igång har det ju emellertid varit en sommar där Psykiatrifonden deltog under Almedalsveckan. Psykiatrifonden hade den stora äran att inleda föreläsningsveckan i SKLs storsuccé "Psykisk Hälsa Huset". Det var överläkare Alexander Wilczek som tillsammans med riksdagsledamot Bengt Eliasson på basen av vetenskap diskuterade hur vi kan använda skattebetalarnas pengar bättre genom att förebygga utmattningssyndrom. Utmattningssyndrom går att förebygga men trots detta ökar sjukdomstillståndet och kostar samhället miljarder varje år plus, förstås, det mänskliga lidandet. Inga fungerande behandlingsmetoder finns och sjukskrivningsperioderna vid utmattningssyndrom är långa. Vi i Psykiatrifonden ville med programpunkten lyfta detta till riksdagsnivå och har därefter även blivit erbjudna besök i riksdagen för att diskutera frågan vidare. Vad de pengar som "kastas i sjön" istället kan användas till diskuterades också, som att till exempel bidra med forskning till bättre behandlingsmetoder av andra psykiatriska sjukdomstillstånd eller funktionsnedsättningar som i förlängningen kan rädda både liv och livskvalitet.

Psykiatri lyfts fram i strålkastarljuset med NSPH och Hjärnkoll som sponsorer

Nu har höstens arbete påbörjats och Psykiatrifondens storsatsning denna höst är en afton för att öka öppenhet kring psykisk ohälsa och bidra till ökade forskningsanslag, *Mental Health Evening - MHE*.

MHE är ett samarrangemang med 1,6 & 2,6 miljonerklubben på Maximiteatern den 9 oktober där bland andra Lisa Nilsson, Nanne Grönwall och operatör Divine deltar och Alexandra Charles är med och modererar. Vidare kommer Psykiatrifonden att dela ut sina forskningsstipendier och sitt fördomspris under kvällen. NSPH och Hjärnkoll är klara som sponsorer och samtal pågår med flera möjliga sponsorer. Vi tror det blir ett givande program! Aftonen ligger i anknytning till World Mental Health Day och förhoppningen är att det ska bli ett årligt arrangemang som sprids i landet. Missa inte chansen att delta denna första gång och gå in på www.psykiatrifonden.se för länk till anmälan. Det är hög tid att psykisk ohälsa en gång för alla lyfts fram i "fnrummet" och att fördomar försvinner kring dessa vanliga sjukdomstillstånd. Tiden där man skulle gå in bakvägen till sjukhuset vid psykisk ohälsa är förbi, vi i Psykiatrifonden – Fonden för psykisk hälsa rullar ut den röda mattan.

Varmt välkommen att gå på den med oss.

Martin Schalling

Ordförande Psykiatrifonden

Maria Larsson

Ordförande programutskottet Psykiatrifonden



FOTO: MARTIN SCHALLING



FOTO: ULF SIRBORN



SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN

SPF FORTBILDAR – PSYKOFARMAKOLOGI & RTMS

Svenska Psykiatriska Föreningen bjuder in till kostnadsfri fortbildning om psykofarmakologi och RTMS för medlemmar i SPF eller STP på universitetsorter runt om i landet.

- **Ketaminbehandling**
Pouya Movahed, PhD, överläkare, Psykiatri Skåne, Lund; ansvarig prövare, KETECT-studien
- **Repetitiv transkraniell magnetstimulering (RTMS) –**
Robin Kihlbaum, Överläkare, Psykiatriska kliniken, Höglandssjukhuset Eksjö
- **Ny forskning om antidepressivas effektivitet**
Fredrik Hieronymus, doktorand, Institutionen för neurovetenskap och fysiologi, Göteborgs Universitet
- **ADHD och beroende**
Professor Bo Söderpalm, Institutionen för neurovetenskap och fysiologi, Göteborgs Universitet
- **Paneldiskussion**

MISSA INTE ATT ANMÄLA DIG REDAN NU, FÖRST TILL KVARN GÄLLER:

ANMÄL DIG TILL EWA MATTSSON KANSLISTEN@SVENSKPSYKIATRI.SE

Malmö Tisdag 6 februari 13:30-17:00

Göteborg Onsdag 7 februari 13:30-17:00

Stockholm Torsdag 8 februari 13:30-17:00

I Göteborg är KPH (kunskapsstöd för psykisk hälsa) medarrangör.



ST-Konferensen på Stenungsbaden 24-26 Januari 2018

Anmälan börjar 15 Oktober 2017 på STP's hemsida: stpsykiatri.se



Filmvisning: Efter Inez - en hoppfull dokumentärfilm om sorg och kärlek, som skildrar ett ungt par vars första barn dör i magen. Vi får följa hur föräldrarna hanterar krisen och så småningom finner kraft att våga igen.

Ungdomspanel: ungdomar med egen erfarenhet ger råd till experter om vad som bör göras för att förebygga självmord

Antipsykotisk behandling, interventioner och prevention - **Merete Nordentoft**, Köpenhamns Universitet; **Jari Tiihonen**, KI; **Lex Wunderink**, University of Groningen, Holland

Psykiatrisk diagnostik - **Fredrik Svenaeus**, **Mats Adler**, **Jörgen Herlofson**, **Johan Fernström** m.fl.

Att utveckla neurovetenskapligt baserad behandling för alkoholberoende - **Markus Heilig**

Nya forskningsrön kring antidepressiva läkemedel - **Elias Eriksson**

Oredlighet i forskning, erfarenheter från Macchiariniärendet - **Bengt Gerdin**

Artificiell intelligens när vanlig inte räcker till. Några tankar om framtidens psykiatri - **Anders Tingström**



ECT kopplat till minskad risk för återinläggning

Trots att ECT är en mycket effektiv behandling vid svår affektiv sjukdom så har användningen minskat de senaste decennierna. Därför behövs fler studier som undersöker kopplingen mellan ECT och olika typer av hälsorelaterade utfallsmått.

Slade et al. använde slutenvårdsdata från 9 amerikanska delstater för att undersöka om ökat användande av ECT var kopplat till färre återinläggningar 30 dagar efter utskrivning från psykiatrisk avdelning. Data analyserades från över 160 000 individer med unipolär depression, bipolär sjukdom eller schizofreni.

Studiens huvudfynd var att de patienter som behandlats med ECT hade lägre risk för återinläggning de närmaste 30 dagarna; i multivariatanalysen såg man att riskreduktionen var 46 % i gruppen som fick ECT (sannolikhet för återinläggning för de som fick ECT var 6,6 % jämfört med 12,3 % hos de som inte fick ECT). Kopplingen mellan ECT och minskad risk för återinläggning var starkast hos män och hos de med bipolär sjukdom eller schizofreni.

Till studiens styrkor hör dess storlek och multisite-design. En svaghet med studien var att det var en observationsstudie vilket ökar risken för *confounders*, dvs. att det finns faktorer som man ej tagit hänsyn till som kan påverka såväl behandlingsval som risk för återinläggning. För att minska risken för detta använde man sig av en avancerad statistisk modell, s.k. "instrumental variable model".

Daniel Lindqvist
*Docent, ST-läkare
Lund*

Slade, E.P., Jahn, D.R., Regenold, W.T., Case, B.G., 2017. Association of Electroconvulsive Therapy With Psychiatric Readmissions in US Hospitals. *JAMA Psychiatry* 74, 798–804.

Länkar
Slade et al, *JAMA Psychiatry*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28658489>
Editorial, *JAMA Psychiatry*, <http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2633172>
Kommentar kring Instrumental variable model, *JAMA Psychiatry*, <http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2633174?resultClick=1>

Antidepressiv medicin under graviditet ökar inte risken för intellektuell funktionsnedsättning hos barn

Depression har ökat i omfattning de senaste decennierna, och anses i dag vara den ledande orsaken till hälsoproblem i världen enligt Världshälsoorganisationen (WHO). I takt med detta har även omfattningen av antidepressiv mediciner ökat, i synnerhet bland gravida.

Därför är det viktigt att undersöka huruvida antidepressiv mediciner under graviditet kan ha negativa hälsoeffekter på barn. Vi studerade förekomsten av intellektuell funktionsnedsättning bland 179 000 svenska barn födda 2006 och 2007, och kopplingen till antidepressiv mediciner under graviditeten.

Vi fann en liten absolut riskökning (0,4 %) bland barn till mödrar med antidepressiv mediciner under graviditeten, men att denna riskökning försvann när vi justerade för andra faktorer relaterade till föräldrarna, såsom ålder, utbildning och tidigare psykisk sjukdom.

Vidare såg vi snarlika resultat när vi undersökte barn till mödrar med någon annan psykotropisk medicin än antidepressiva läkemedel (t.ex. lugnande, antipsykotisk eller stämningsstabiliserande medicin, m.m.).

Därför drar vi slutsatsen att antidepressiv medicin under graviditet inte ökar risken för intellektuell funktionsnedsättning, utan att andra underliggande faktorer hos föräldrarna troligen förklarar sambandet.

Alexander Viktorin
*Med. dr., med. kand.
Mount Sinai hospital, New York, USA
Karolinska Institutet, Stockholm, Sverige*

Viktorin, A., Uher, R., Klevzon, A., Reichenberg, A., Levine, S.Z., Sandin, S., 2017. Association of Antidepressant Medication Use During Pregnancy With Intellectual Disability in Offspring. *JAMA Psychiatry*.
<http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2642923>



Ny stor metaanalys av behandling med SSRI och SNRI vid vanliga tillstånd inom barn- och ungdomspsykiatri

I JAMA Psychiatry publicerades nyligen en metaanalys där Locher et al. jämfört effekt av SSRI och SNRI med placebo vid behandling av vanliga barn- och ungdomspsykiatriska tillstånd. Utöver effekt valde man att utvärdera skillnader i placebo svar och rapporterade biverkningar.

Metaanalysen omfattar 36 kliniska prövningar (randomiserade, dubbelblindade, placebokontrollerade), varpå man inkluderade data från 6778 deltagare. 17 av studierna var riktade mot depressiva tillstånd, 8 mot OCD, 10 mot ångesttillstånd och 1 riktade sig mot PTSD. I resultaten visar man att både SSRI och SNRI var signifikant bättre jämfört med placebo över samtliga diagnosgrupper, även om effekten överlag var liten (Hedge's $g=0,32$). Effekten var större vid ångesttillstånd (Hedge's $g=0,56$) än vid depressionstillstånd (Hedge's $g=0,20$). Denna skillnad tillskrevs primärt det höga placebo svaret som sågs vid behandling mot depression jämfört med placebo svar vid ångest. SSRI gav signifikant bättre effekt än SNRI vid behandling av ångesttillstånd men ingen signifikant skillnad sågs vid depressionstillstånd.

Författarna konkluderar att SSRI och SNRI är mer effektivt än placebo vid samtliga testade barnpsykiatriska tillstånd, även om effektstorlekarna varierar mellan olika tillstånd. Placebosvaret är stort, speciellt vid behandling av depression och biverkningar är, icke förvånande, mer vanliga vid behandling med SSRI och SNRI än med placebo. I diskussionsdelen väger man utfallet mot betydelsen av komorbiditet såväl som andra diagnostiska utmaningar inom barn- och ungdomspsykiatri.

Klara Suneson

*Doktorand, klinisk psykiatri, Lunds universitet
Underläkare, Barn- och Ungdomspsykiatri, Skånevård Sund*

Locher C, Koechlin H, Zion SR, Werner C, Pine DS, Kirsch I, Kessler RC, Kossowsky J. 2017. Efficacy and Safety of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors, and Placebo for Common Psychiatric Disorders Among Children and Adolescents A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry. <http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2652447>

ADHD-medicinering kopplat till bättre resultat på högskoleprovet

Personer med ADHD har svårigheter inom många olika områden, däribland skolan. Tyvärr får endast en mindre andel specialundervisning på grund av begränsade resurser. Därför har personer med ADHD en tydlig nackdel när deras utbildningsresultat, såsom t.ex. resultat på högskoleprovet, jämförs med personer utan ADHD. Vi försökte svara på frågan om farmakologisk behandling kan bidra till att förbättra prestationen på högskoleprovet för personer med ADHD.

Efter att ha justerat för tänkbara störfaktorer fann vi att personer med ADHD presterade något bättre under perioder då de medicinerats, jämfört med perioder utan medicin (0,048 poäng, på skalan 0,00–2,00). Denna effekt är liten, men för dem vars resultat ligger på gränsen kan farmakologisk behandling öka chansen att bli antagen till högre utbildning.

Våra resultat tyder på att ADHD-mediciner kan förbättra praktiska utbildningsresultat, utöver att lindra de centrala symptomen av ADHD.

Yi Lu (PhD)

Institutionen för medicinsk epidemiologi och biostatistik
Karolinska Institutet

Lu, Y., Sjolander, A., Cederlof, M., D'Onofrio, B.M., Almqvist, C., Larsson, H., Lichtenstein, P., 2017. Association Between Medication Use and Performance on Higher Education Entrance Tests in Individuals With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. JAMA Psychiatry 74, 815–822. <http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2633178>



Litiumbehandling kopplat till lägre risk för suicidala handlingar vid bipolär sjukdom

Under perioder med litiumbehandling minskar självmord och försök till självmord bland personer med bipolär sjukdom. Det visar en stor registerstudie gjord vid Karolinska Institutet som publiceras i The American Journal of Psychiatry.

Drygt en procent av jordens befolkning lider av bipolär sjukdom. Sjukdomen kännetecknas av växelvisa faser med onormal upprymdhet och uttalad nedstämdhet. Medicinering med litium och valproinsyra verkar förebyggande mot maniska faser och har stämningsstabiliserande effekter. Sedan tidigare är det känt att personer med diagnosen har en markant förhöjd självmordsrisk, men huruvida medicinerna minskar självmordsrisken har inte varit tillräckligt utrett. För att ta reda på det har forskare vid bland annat Karolinska Institutet och Göteborgs universitet genomfört en omfattande registerstudie.

I studien har forskarna studerat drygt 50 000 personer med bipolär sjukdom från det svenska nationella patientregistret under en period av åtta år (2005–2013). Mellan dessa år inträffade 10 648 självmordsrelaterade händelser. Studiedeltagarna har jämförts med sig själva under perioder med – och utan – litiumbehandling, och på samma vis med valproinsyra. Risken för självmord och självmordsförsök minskade med 14 procent under behandling med litium jämfört med när samma individer stod utan behandling. Baserat på exponeringshastigheten och riskförhållandena föreslås att 12 % av de självmordsrelaterade händelserna kunde ha undvikits om patienterna skulle ha varit behandlade med litium under hela uppföljningen. Studien visar också att behandling med valproinsyra, det vanligaste alternativet till litium, troligen inte har någon effekt alls på självmordsbeteende.

Litiumbehandlingen har minskat stadigt i Sverige under de senaste åren. Forskarna hoppas att resultaten kan få betydelse för det kliniska beslut som läkarna fattar då de ordinerar medicin mot bipolär sjukdom. Hos patienter med bipolär sjukdom och uppenbara självmordsintentioner bör litium betraktas som en förebyggande strategi för självmord, med balans mellan effektivitet och tolerans.

Studien har finansierats av Vetenskapsrådet, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Stiftelsen för strategisk forskning och the China Scholarship Council. Inga företagsintressen finns rapporterade.

Jie Song,
PhD

Karolinska Institutet

Song, J., Sjolander, A., Joas, E., Bergen, S.E., Runeson, B., Larsson, H., Landen, M., Lichtenstein, P., 2017. Suicidal Behavior During Lithium and Valproate Treatment: A Within-Individual 8-Year Prospective Study of 50,000 Patients With Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry* 174, 795–802.
<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2017.16050542>



Familjära riskfaktorer bidrar till samsjuklighet mellan epilepsi och ADHD

Samsjuklighet mellan epilepsi och Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) är vanligt. Trots det starka sambandet är det oklart vad som orsakar samsjuklighet. Delade genetiska riskfaktorer är en möjlig mekanism, men det finns få studier som adresserat detta. Målet med vår studie var därför att undersöka om familjära riskfaktorer bidrar till samsjuklighet mellan epilepsi och ADHD, och till vilken grad sambandet förklaras av genetiska och miljömässiga faktorer.

Vi identifierade 1 899 654 personer födda 1987–2006 via Svenska Populations Register, identifierade deras släktingar via Flergenerationsregistret samt epilepsi och ADHD-diagnoser från Svenska Patientregistret.

Vi skattade risken för ADHD hos personer med epilepsi, samt hos deras släktingar, genom logistisk regression. Personer med epilepsi hade en 3,5 gånger högre risk för ADHD, jämfört med personer utan epilepsi. Risken för ADHD var även högre hos släktingar till person med epilepsi, jämfört med släktingar till personer utan epilepsi. Risken för ADHD hos barn till mammor med epilepsi var 2 gånger högre och risken hos barn till pappor med epilepsi 1,6 gånger högre. Personer med ett helsyskon med epilepsi hade en 1,5 gånger högre risk för ADHD, medan risken hos maternella halvsyskon och kusiner var cirka 1,2 gånger högre. Paternella halvsyskon hade även en ökad risk, men effekten var inte statistiskt signifikant.

Vi använde kvantitativ genetisk modellering, som nyttjar information om graden delad genetik och miljö hos olika typer av släktingar, för att skatta hur mycket av sambandet mellan två sjukdomar som förklaras av genetiska och miljömässiga faktorer. Våra resultat indikerar att 40 % av sambandet mellan epilepsi och ADHD förklaras av genetiska faktorer, 11 % av miljöfaktorer delade inom familjen och 49 % av miljöfaktorer

unika för individen.

Sammanfattningsvis visar denna studie att familjära, primärt genetiska, riskfaktorer bidrar till samsjuklighet mellan epilepsi och ADHD. Det genetiska sambandet mellan sjukdomarna är dock betydligt svagare än vad som tidigare rapporterats i liknande studier mellan ADHD och neuropsykiatriska diagnoser som autism och intellektuell funktionsnedsättning. Mer forskning krävs för att identifiera riskfaktorer unika för individen, som i vår studie var den starkaste källan till samsjuklighet mellan epilepsi och ADHD. Potentiella riskfaktorer inkluderar födelsekomplikationer, låg födelsevikt, genetiska faktorer ej delade inom familjen (de novo-mutationer), långsiktiga effekter av epileptiska anfall och antiepileptika, samt skador mot huvudet relaterad till den ökade olycksrisken hos personer med ADHD.

Isabell Brikell

*Doktorand, Institutionen för medicinsk epidemiologi och
biostatistik
Karolinska Institutet*

Referens

Brikell, I., Ghirardi, L., D'Onofrio, B. M., Dunn, D. W., Almquist, C., Dalsgaard, S., Kuja-Halkola, R., & Larsson, H. Familial liability to Epilepsy and ADHD: A Nationwide Cohort Study. *Biological Psychiatry*. doi:10.1016/j.biopsych.2017.08.006



SSRI fungerar

En handfull debattörer har rönt betydande medial berömmelse genom att hävda att antidepressiva läkemedel är verkningslösa. Hypotesen att serotonin skulle kunna vara involverad i depressionssjukdomen, introducerad av bland andra Arvid Carlsson, beskriver man som uttryck för läkemedelsindustrins illistiga machinationer. Och det råd man ofta ger patienter med denna potentiellt livshotande sjukdom är att avstå från verkningslösa mediciner och i stället ägna sig åt t.ex. motion eller mindfulness.

Den som är påläst inom området, eller har egen erfarenhet av depressionsbehandling, vet förstås att ifrågasättandet av antidepressiva är struntprat. Vissa av de äldre medlen, som amitriptylin och klomipramin, kan utöva en närmast mirakulös antidepressiv verkan. Och också SSRI-preparaten, om än inte fullt lika effektiva, uppvisar en fullgod effekt hos en stor andel av patienterna. Långt ifrån alla svarar, men väldigt många gör det.

Fundamentet för det aktuella ifrågasättandet av SSRI-medlen har varit att skillnaden mellan det testade medlet och placebo i många av läkemedelsföretagens studier framstått som ganska blygsam (1). Vi har i tidigare undersökningar visat att detta i hög grad beror på att man använt ett okänsligt och delvis missvisande effektmått (2) och på att man inkluderat suboptimala doser i sina analyser (3). Tar man hänsyn till dessa faktorer visar det sig att SSRI-medlen varit mer effektiva än placebo i nästan alla studier som genomförts och att de uppvisar en effektstorlek som är väl i paritet med många av de läkemedel som används inom somatiken.

I en aktuell studie (4), som liksom våra tidigare inlägg i detta ärende baseras på post hoc-analyser av företagets registreringsgrundande studier, har vi adresserat hypotesen att SSRI-medlens förmåga att slå placebo beror på att placeboeffekten hos den aktiva medicinen förstärks genom att medlens biverkningar får patienten att förstå att han/hon inte har lottats till

placebogruppen. Teorin är långsökt, men har gjort Harvard-professorn Irving Kirsch internationellt ryktbar (1), och vunnit entusiastiska anhängare också i Sverige, t.ex. vid Karolinska institutet (5).

Att antidepressiva inte fungerar enbart eller främst genom en placeboeffekt är dock självklart för den som kan något om psykofarmakologins historia. Också innan man av en slump upptäckte de första sant antidepressiva preparaten, imipramin och iproniazid, försökte man behandla depression med en rad olika farmaka, som t.ex. opiater, barbiturater och amfetamin, men med nedslående resultat. Hade depression varit en sjukdom som låter sig behandlas med placebo hade ju dock alla dessa medel, liksom t.ex. magnecyl och C-vitamin, varit precis lika antidepressivt effektiva som tricyklica och MAO-hämmare.

Hade skälet till att antidepressiva farmaka i kontrollerade studier lyckas slå den behandling med vilken de jämförts varit att patienten, till följd av biverkningarna, förstått att han/hon erhållit aktiv substans, hade man ju dessutom aldrig kunnat påvisa någon tydlig skillnad mellan två potentiellt aktiva medel i studier utan placebo-arm, där patienterna alltså vetat att de inte riskerat att få placebo. Men det finns många studier där ett antidepressivt medel visat sig bättre än det medel med vilket det jämförts, och där chansen att skillnaden beror på en slump är mindre än en på 1000 eller 10000. Många potentiella antidepressiva medel har till följd av bristande effekt aldrig nått kliniken.

Vidare kan anföras att alla medel som introducerats för depression av både läkare och patienter borde ha uppfattats som exakt lika effektiva i den händelse deras verkan bara varit uttryck för en placeboeffekt. Men alla erfarna psykiatrer vet att vissa medel, när de nått kliniken, inte levat upp till förväntningarna, och därför blivit en försäljningsmässig flopp varhelst de lanserats.

Trots att Kirschs hypotes alltså är osannolik tyckte vi att dess popularitet gjorde det motiverat att testa den på ett sätt som den hittills inte har testats, dvs. genom att undersöka om det föreligger någon skillnad mellan SSRI-farmaka och placebo även hos patienter som inte erfar några biverkningar. Och föga förvånande fann vi att både paroxetin och citalopram är klart mer effektiva än placebo också i denna subgrupp (4). Den antidepressiva effekten är alltså inte sekundär till biverkningarna.

Samma debattörer som menar att SSRI-medlen saknar effekt brukar också vara anhängare av en rad andra alldeles ogrundade åsikter om dessa farmaka, som t.ex. att de är beroende-framkallande, har livshotande biverkningar och oftare ökar än minskar suicidtankar. Inte i något avseende ser man något försonande hos dessa läkemedel. *Man tycker helt enkelt inte om dem.* Och trots att SSRI-medlens patent har gått ut, och de härmed saknar kommersiellt intresse för läkemedelsindustrin, brukar man avfärda alla argument som talar för att de fungerar med att avsändaren är en ful fisk som går industrins ärenden.

Vi hyser härmed inga förhoppningar om att SSRI-kritikerna kommer att ta intryck av våra resultat. Också fortsättningsvis kommer deprimerade patienter att kunna läsa i dagspress och på nätet att antidepressiva farmaka inte fungerar. Och några kommer härvid sannolikt att avstå från att ta den medicin de ordinerats, med ökad risk för suicid som följd.

Elias Eriksson
Fredrik Hieronymus
Alexander Lisinski
Staffan Nilsson

Farmakologiska sektionen, institutionen för neurovetenskap och fysiologi, Sahlgrenska Akademien, Göteborgs universitet och Avdelningen för tillämpad matematik och statistik, Institutionen för matematiska vetenskaper, Chalmers tekniska högskola.

Referenser:

1. Kirsch I: The emperor's new drugs. The Random House Group, UK, 2010.
2. Hieronymus, Emilsson, Nilsson, Eriksson: Consistent superiority of selective serotonin reuptake inhibitors over placebo in reducing depressed mood in patients with major depression. *Mol Psychiatry* 2016;21:523-30.
3. Hieronymus F, Nilsson S, Eriksson E: A mega-analysis of fixed-dose trials reveals dose-dependency and a rapid onset of action for the antidepressant effect of three selective serotonin reuptake inhibitors. *Transl Psychiatry* 2016;6:e834.
4. Hieronymus, Lisinski, Nilsson, Eriksson: Efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in the absence of side effects: a mega-analysis of citalopram and paroxetine in adult depression. *Mol Psychiatry*. 2017, advance online publication 25 July 2017.
5. Lekander M och Sachs L: Kejsarens nya läkemedel. SANS, nr 3, 2013 (<http://fritanke.se/kejsarens-nya-lakemedel/>).



SPF:s serie Kliniska riktlinjer- så hittar du dem!

Kliniska riktlinjer för ett flertal viktiga psykiatriska områden har publicerats i SPF:s regi sedan 1996. De har skrivits av arbetsgrupper bestående av utvalda experter inom respektive ämne. I nuläget finns nio riktlinjer tillgängliga men fler är att vänta. Arbetet med att ta fram nya riktlinjer och uppdatera gamla sådana pågår kontinuerligt.

Flera av våra riktlinjer finns som bok och kan beställas hos Gothia Fortbildning.

Några finns tillgängliga i elektronisk version och kan laddas ner. Det är dock inte möjligt att skriva ut de riktlinjer som fortfarande är beställningsvara på bokförlaget.

Information, länkar för beställning och PDF:er att ladda ner finner du på <http://www.svenskpsykiatri.se/spfs-kliniska-riktlinjer/>

Tove Gunnarsson
Styrelsen SPF



Regionalt vårdprogram för (o)jämlig vård

Vuxna med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. ADHD, autism, intellektuell funktionsnedsättning. Det är ett hett ämne nuförtiden vilket betyder att alla har en åsikt. Våra mest kända dagstidningar uppmärksammar den senaste tidens ökning av antalet ställda diagnoser och utskrivna centralstimulerande läkemedel. Få uppmärksammar ökningen av utredningskravet med dess konsekvenser: snabbare utredningar, hur ska det gå till? Vad gör vi med fler nydiagnostiserade? Kommer andra patientgrupper i kläm, hur fördelar vi resurserna? Vad händer om kliniken inte klarar av sitt beting? Ännu färre uppmärksammar hur förskrivningsmönster påverkas av sådant som förändringar i regleringen, utgångna patent, vårdens styrsystem eller mottagningarnas bemanning. För att inte tala om insatser som ska komma efter utredningen, hur mycket kunskap och resurser finns kvar för det, när mycket fokus ligger på utredningen? Helhetssyn lyser med sin frånvaro.

För att utvecklingen inte ska gå över styr har det på flera håll i landet samlats experter för att skriva konsensusdokument som ofta blir till regionala vårdprogram. Det ena mer eller mindre uppdaterat än det andra, men de flesta är ändå omfattande och innehållsrika. Ofta ett resultat av samlade lokala krafter. Eldsjälar som brinner för sitt ämne och vill att fler ska göra "rätt". Kunskapen ska ut, heter det. Där jag jobbar har man till och med försökt visualisera vårdprogrammet som ett flödesschema som man döpt till "vårdprocess". Fler ska göra rätt och viktigast av allt, ingen ska göra fel. Socialstyrelsen skriver beslutsstöd men halkar efter. SBU granskar litteraturen och författar rapporter, vilket gång på gång påminner oss om vår ofullkomlighet och får varannan kliniker att fråga sig själv: varför forskar inte jag egentligen?... medan var tredje finner svaret på den frågan just när man läst klart SBU-rapporten.

Jag stannar och tänker efter. Vad håller vi på med? Läger vi verkligen våra krafter på rätt saker? Tänk om det fanns ett vårdprogram för hela landet. Ett enda. Sanktionerat av experter, intresseorganisationer och helst också Socialstyrelsen. Visst ser förutsättningarna väldigt olika ut i olika delar av landet. Men är det skäl nog för att patienterna ska få olika insatser, eller inga alls, beroende på var de bor? För visst är patienterna

olika varandra, men inte på det viset att deras vård- och habiliteringsbehov torde vara så himla olika. På gruppnivå alltså.

Ett enda vårdprogram. Eller nationella riktlinjer, som det ofta heter. Jag hävdar att tiden är mogen och att det är möjligt, särskilt med tanke på det tunga och omsorgsfulla arbete som hittills har krävts (och fortfarande krävs) för att få till våra lokala styrdokument och hålla dem uppdaterade. Vi kan inte fortsätta som vi gör nu, att utgå från det vi har "hemma", jämföra oss med varandra, beklaga våra brister eller skryta om våra lokala riktlinjer. Har vi riktig otur så hamnar vi i bråk om vilka forskningsresultat som är mest pålitliga, till och med om innehållet i begreppet "beprovad erfarenhet". Då är vi ute på hal is. Det är som att lägga ett enormt pussel utan kantbitar. Ett träd här, ett fönster där. I just det här pusslet ingick inte heller en referensbild på hur det ska se ut. Snurrtigt värre! Nej, jag hävdar att vi kan bättre. Vi kan lära av varandra istället, se helheten eller snarare bidra till att helheten tar form under vårt yrkesliv. Vi behöver hjälpas åt för att hitta den där referensbilden som inte följde med pusslet.

Vi kan bättre, det handlar inte minst om att acceptera att vi inte alltid kommer att vara överens, eftersom våra referensramar är olika, våra erfarenheter likaså. Men vad gör det om vi har samma mål, nämligen att vi ska göra någonting bra för våra patienter. Handen på hjärtat, vad är jämlig vård? One size fits all? En RCT (randomized controlled trial)? Kanske flera RCT? Bortse från retoriken, tänk på patienterna, vad är jämlig vård? Att alla får samma insatser eller att alla får samma förutsättningar? På tal om det: de flesta vårdprogram och styrdokument innehåller förhållandevis många sidor om utredning, få sidor om vad en utredning ska leda till, ännu färre sidor om hur de efterföljande insatserna i praktiken ska utformas och samordnas. Fast i verkligheten är det det omvända som gäller. Utredningen tar några veckor eller månader. Därefter börjar ett nytt kapitel i patientens liv som sträcker sig över många, många år. Inte minst idag, när diagnoserna ställs i allt yngre åldrar och behöver omprövas... men det är en annan historia. En annan artikel. Kanske nästa!

Alessandra Hedlund
Psykiater, Stockholm

ANNONS



Lördag 7 oktober, 2017



Ett lopp på 5 km i syfte att synliggöra
fysisk aktivitets betydelse för vår psykiska hälsa.
Allt överskott går oavkortat till Psykiatrifonden.

Anmäl dig idag på
mentalhealthrun.se

SPONSRAS AV

Svenska kyrkan 
STOCKHOLMS STIFT

MENTAL HEALTH RUN ARRANGERAS I SAMARBETE MED STP

Är girighet en beroendesjukdom?

I en essä i kyrkans tidning *Magasinet* år 2000 diskuteras synen på girighet, allt från biblisk tid till nutid ”då det blivit en statsreligion”. Förr dömdes ockrare till fängelse medan man numera blir belönad (”långivarna kan byta upp sig från fängelserum till styrelserum”). Det var många år sedan detta skrevs men problemet girighet är fortfarande aktuellt.

Om beroende

Den omgivning som alla människor, inklusive dem med beroendeproblematik, gärna söker sig till brukar förstärka de värderingar som legitimerar den valda livsstilen. Detta kan leda till tunnelseende och människor med beroendeproblematik utgör en särskild riskgrupp; de är försiktiga med att integrera nya perspektiv på tillvaron.

Ett utmärkande drag vid alla beroendetillstånd är att de kidnappar sin ägare och tränger undan funktioner såsom solidaritet, respekt för andra och ansvarskänsla. Ett annat sätt att uttrycka detta är att moraliska överväganden, frågor om vad som är rätt och fel, läggs åt sidan. Den enda frågeställningen är hur det egna behovet bäst kan tillgodoses.

Det finns en väletablerad vanföreställning om att beroendesjukdomar alltid är kopplade till social och materiell misär. I verkligheten kan de människor som är psykiskt, socialt, ekonomiskt och intellektuellt väl rustade gå utan upptäckt, diagnos och behandling under lång tid, i synnerhet om arten av det aktuella beroendet inte är stigmatiserat.

Girighet och beroende

En bakomliggande beroendesjukdom skulle kunna förklara varför mycket förmögna människor aldrig får nog med pengar utan fortsätter att avsätta tid och kraft på att så snabbt som möjligt bli ännu rikare. Det motsvarar ju inte ett materiellt behov eftersom det är omöjligt att konsumera hur mycket som helst. Det hjälps inte ens att mot skattebefrielse skänka stora summor till välgörenhet, som t.ex. Bill Gates, som ett år bara låg på tredje plats på listan över världens rikaste män. Efter stora donationer var han året därpå återigen etta.

Den livsuppfattning som förmögna kan utveckla är lik den som ses vid traditionella beroendetillstånd; försvagad verklighetsförankring och känsla för vad som är rimligt. De kräver fantasifulla ersättningar för att överhuvudtaget arbeta och de avskyr skatter. De menar att andra människor ska finansiera den samhällsliga struktur som de själva kapitaliserar på. Ett exempel på denna dubbla bokföring är när ledande politiker avgår men låter sig villigt kompenseras med bidrag för utebliven lön samtidigt som konsult- och föreläsningarsvoden flödar in i det egna företaget. Som många andra rika personer försvarar de sitt agerande med att det inte bryter mot bestämmelserna. Därmed reduceras mänskliga frågor om rätt och fel till vad ett administrativt regelverk säger. Det betyder indirekt att det inte finns någon anledning att avstå

från orättfärdiga handlingar så länge det inte kan leda till sanktioner och straff.

Förlust av känsla för anständighet associerar till grandiositet, dvs. att inte uppfatta sig som en del av ett sammanhang utan att vara sammanhanget. Därmed blir det också problemfritt att för egen vinning förse sig med en oproportionerlig stor del av de värden som skapas i samhället. Detta tänkande tas sedan över av närstående som därmed blir medberoende.

Som vid andra typer av beroenden ser man en stark sammanhållning inom gruppen förmögna. De lever med och för varandra. Samhörigheten är av samma karaktär som vid andra former av beroenden med en nedlåtande syn på ”Svenssons” och en genuin avsky för myndigheter (om det inte gäller bidrag/avdrag). I en sådan monokultur kan den filosofi som möjliggör ett fortsatt beroende odlas utan yttre störningar. Den självvalda segregationen motverkar känslan av att vara en del av något som är större än en själv, vilket i normalfallet upplevs som upplyftande av friska människor.

Vägen ut

Till skillnad från drog- och spelberoende ser man sällan personer från den finansiella eliten träda fram och ta avstånd från sitt beroende. Det tyder på att sjukdomsinsikten är låg. Det finns ingen marknad för exit-kurser för avhoppare och man ser inga politiska försök att aktivt bryta rika människors utanförskap och integrera dem i samhället.

Om girighet är en beroendesjukdom kan man bättre förstå de människor som röstade för Brexit eller på andra sätt vänder sig mot det finansiella, politiska och mediala etablissemangen. Då är dessa protester en sund reaktion på en ledningsfilosofi som låter ekonomisk vinning bli den enda ideologin, utan hänsyn till moraliska aspekter, mänskliga rättigheter eller demokratiska värderingar. Dessvärre tycks det dock som om de som företräder dessa protester själva har problem med den moraliska kompassen.

Den väg som vi andra kan anträda för att påverka incidensen av denna typ av beroendesjukdom är primärprevention. Om samhället blir mer avogt till girighet och möjligheten att berika sig bortom allt förnuft inte längre stimuleras av beslutsfattare kan det minska risken för nyinsjuknanden. Vi bör alla hjälpas åt med detta så att frågor om rätt eller fel får en ny renässans på bekostnad av pekuniär avkastningsfilosofi.

Per Lindqvist

*Pensionär, f.d. psykiatriker
Falun*



Jag hörde i drömmen:
 – Habib, vill du ha denna lök
 eller bara en skiva?
 Det föll över mig en stor tveksamhet
 Denna gåtas fråga
 var mitt livs fråga!
 Ville jag ha delen framför det hela
 eller det hela framför delen?
 Nej, jag vill ha båda
 och att ingen stridighet funnes i detta val

(Gunnar Ekelöf:
 Divan över Fursten av Emigión)

Från dialogverandan – BUP

I Svensk Psykiatri 2/2017 skriver Björn Lundin en artikel *"Det var sämre förr. Låt det inte bli sämre nu och framåt"*. Han vill med den starta en diskussion om erfarenhetens betydelse. Denna artikel är ett ytterligare inlägg från den Dialogveranda, som vi, ett antal kollegor, löst bildat för att väcka denna diskussion.

Flervetenskaplighet, tvärfacklighet, multiprofessionalitet är barn- och ungdomspsykiatriens kärna och grundförutsättning, det är min allra djupaste övertygelse. Vi kan inte existera utan denna rika och varierade kunskapsbas och förståelseram. Den flervetenskapliga diskussionen kring hur patient, familj, symptom och behandlingsåtgärder förstås, liksom beträffande vårdprogram, riktlinjer och forskning är kärnan i vår specialitets förutsättning och utveckling. Diagnostik och behandling skall alltid vila på tre ben där medicinsk psykiatri, barn- och utvecklingspsykologi och samhällsvetenskaplig socialpsykologi integreras.

Jag vill komplettera den trebenta pallen till en stol med ett fjärde ben, systemvetenskap avseende mänskliga grupper, t.ex.

familjers interaktion. Utöver dessa fyra ben måste också finnas stödfunktioner. Stolen måste ha ett underrede av evolutionsteori, nätverksteori och psykoterapeutkompetens, som förbinder benen, plus rygg- och armstöd av salutogenes, genusvetenskap och socialantropologi. Samt aldrig att förglömma: den värld och tid stolen står i.

Ändå saknas det ju stöd och funktioner i stolen. Var finns kulturkompetensen, beteendegenetiken, HBTQ-teorin? Dessa och fler komponenter bör vara med för att stolen skall vara komplett som bild för den högspecialiserade barn- och ungdomspsykiatrin.

Men även om vi är eniga om detta – vilket jag ibland tvekar om – så förtjänar balansen mellan delarna att diskuteras. När jag 1972 började inom BUP, uppfattade jag att det medicinska perspektivet dominerade men ifrågasattes främst från psykologiskt psykodynamiskt håll. Socialvetenskap var hjälpfunktion, ein mädchen für alles för att ordna fram stödresurser, men knappast en förståelseram i egen kraft. Systemteori hade nätt och jämt hörts av. Och även om alla dessa fyra kunskapsområ-

den under åren funnits där och utvecklats, så har balansen förändrats flera gånger under decennierna. Under 80-talet och in på 90-talet var systemteori och familjeterapi dominerande och inte sällan lösningen på allt, enligt principen att om du bara har en hammare så är alla problem en spik.

Idag uppfattar jag att den medicinska psykiatin med biologiska, genetiska, neuropsykiatriska förklarings- och behandlingsmodeller sitter stadigt i sätet som ledande princip tillsammans med psykometri och KBT. Systemteori och familjeterapi har till stor del förvisats till föräldrarådgivning och stöd i psykopedagogiska parallellkontakter till barnets KBT-behandling. Socialvetenskapens plats i förståelsemodellen ifrågasätts och socionomerna blir psykoterapeuter.

I sin roman "Geniernas återkomst" från 1987 ger P C Jersild en belysande bild av vart en ensidig förståelse av vad det är att vara människa kan leda. I en ganska nära framtid har man lyckats skapa exakta DNA-kopior av några av världshistoriens genier: Leonardo da Vinci, Sigmund Freud, Isaac Newton, Julius Caesar och andra. Också hominiden Lucy och en neandertalmänniska har fått komma med. Experimentet har målet att man åter skall kunna få del av den unika kapacitet dessa personer besatt för att lösa nutidens problem. Men något har gått snett. Inget av genierna lever på något sätt upp till genialitet, nyskapande kreativitet eller gränssprängande ny problemförståelse. Vad som fattas är givetvis den miljö, den sociala och kulturella värld som originalen levde i och som var med och skapade genialiteten. Livet som utvecklingsprocess med sin individuella unika kontext kan inte återskapas. Det är ju också den kontexten, som medskapar var och en av oss, vare sig vi blir genier, patienter, normala eller charmknuttar, träkmånsar, hetsporrar eller drömmare...

Miljön och de sociala förutsättningarna är så mycket mer än att mamma också har ADHD-diagnos, farmor var depressiv och pappa missbrukar. En diagnos skall ju vara förklarande, vi skall "lära känna väl" det barn, det system, den problematik och det lidande vi möter och skall hjälpa. Om stolen då allt mer blir två- eller enbent riskerar den att bli obrukbar och bidra till att den som sätter sig faller och slår sig, oavsett hur starkt, välkonstruerat, vetenskapligt det enda benet är. För det är de fyra benen, de många perspektiven som är essensen i stolsbygget, sammansmältningen det mest funktionella sättet att nå den djupa, fungerande och hjälpande förståelsen, att lära känna barnet, situationen, lidandet väl.

Att vi låter oss granskas, att vi utsätter våra favoritter och vår djupaste tro och övertygelse för den andres skärskådan borde

vara daglig praxis. Att vi lyssnar till den som har den andra kunskapen och att vi tar del av de andra narrativen kan öppna helt nya möjligheter att hjälpa. Den farligaste okunskapen är ju den omedvetna och förnekade och den kan vi bara bota genom att systematiskt, och också när vi tror att det inte behövs, öppna för second opinion från dem med annan kunskap och erfarenhet. Att granskas är kusligt. I Bibelns Daniels bok 5:27 står "du har blivit vägd på en våg och befunnen för lätt". Den oron finns hos oss alla – eller borde finnas. De tvärsäkra vet nog bara inte om det.

All vård vilar på diagnostik. Inte att ge ett namn och en kod utan att nå en förståelse och att kunna förmedla den. Att säga ADHD, social fobi, beteendestörning förklarar ju inte mycket i sig. Kriterier bockas av, adderas = diagnos. Det ger lyssnaren bilder beroende av vars och ens förförståelse, erfarenhet, fördomar. Vi måste ju acceptera det vi vet, att vi inte har några säkra mätinstrument för vår specialitet, enbart bedömningar och olika berättelser.

Annars blir det som om människan vore en köpmansdisk där ingredienserna ligger i var sitt fack, vetemjöl för sig, makaroner, salt, socker, kryddor och havregryn i var sin låda och Gud nåde det bodbiträde som spiller och blandar mellan lådorna. Men människan är ju mer som en limpa, där man inte kan urskilja de enskilda ingredienserna och egenskaperna, där saltet och sockret påverkar smaken av grynen och kryddorna sammansmälter till nya smaker och dofter. Tar du en tugga får du en smaksensation, komplexitet och rikedom. Du får inte bara en diagnos utan ett möte, men också en spegelbild av dig själv. För den som är patient framstår ju olika i olika möten. Liksom du som professionell. Det finns ingen fristående granskare, utredare, behandlare. Vi är berättelser berättade av oss själva och den andre. Varje gång vi sorterar och systematiserar, väljer vi och väljer bort. Vi väljer en berättelse av alla de möjliga. Jag menar att vi gör ett stort misstag om vi tänker att barn- och ungdomspsykiatri är, kan eller bör vara en exakt vetenskap.

Inget av detta betyder ju att du inte kan besitta kunskap eller att du inte kan vara vetenskaplig och systematisk. Tvärt om blir vetenskapen komplexare och rikare, kanske i någon bemärkelse fullständigare, mer förklarande. Förhoppningsvis mer vetenskaplig.

Torgny Gustavsson
Överläkare BUP Kalmar

Psykiatrin bör ledas av psykiatrer

Frågan om vem som ska leda sjukvården har länge varit en icke-fråga för läkarkåren. För min generation var det självklart att en läkare – den mest erfarne – också var chef för kliniken. Detta har förändrats dramatiskt de senaste decennierna. Efter hand har jag blivit mer och mer upptagen av den situation som utvecklats med flykten från landstingsvården, hyrläkare, överbeläggningar, utlokalisering av patienter, det ökande sjukskrivningstalet bland läkare och särskilt bland kvinnliga läkare, liksom högre självmordstal. Jag tror att mycket av detta är en konsekvens av ett svagt ledarskap inom sjukvården.

Jag menar också att läkarkåren har ett stort medansvar i detta och att det är hög tid att återta ledningsansvaret för vården och dess utveckling. Jag skrev om detta i Läkartidningen i början av året. Jag fick många kommentarer till min artikel. Kollegan Åsa Björkman påpekade att Psykiatriska föreningens styrelse, som hon satt i på 90-talet, hade uppmärksammat frågan för Läkarförbundet, men utan någon respons. Hon undrade också var professor Lars Jacobsson var vid den tiden och menade att det är dags att "gilla läget och sluta gnälla", "som man bäddar får man ligga". Jag håller med om att mitt uppvaknande kommit sent. På 90-talet var jag fortfarande chef för psykiatriska kliniken vid universitetssjukhuset i Umeå och hade varit det i många år. Jag efterträddes också av två erfarna kollegor och det är först de senaste 10 åren som kliniken har haft icke-läkare som chefer. Jag har av respekt för dessa inte velat lägga mig i hur verksamheten leds – problemet här har varit att inga läkare velat ta på sig chefskapet vilket gjort mig alltmer bekymrad.

Den nuvarande ledarskapssituationen inom vården och den kris som jag menar föreligger bygger på två faktorer som i sin tur är beroende av en rad olika omständigheter. Det ena har att göra med läkarkårens förhållningsätt. Läkare har alltid varit patientcentrerade, men det finns också ett systemperspektiv på hälso- och sjukvård som mer eller mindre försvunnit ur sikte, nämligen betydelsen av samhällsförhållanden och mera specifikt organisationen av vården. Några av oss måste också intressera sig för dessa mera överordnade systemfrågor. Vi läkare vet att vår roll är helt avgörande för sjukvården liksom sjuksköterskorna också vet det. Detta har gjort att vi kunnat luta oss tillbaka i förvisningen om att vi är outhärliga. Detta är en farlig inställning som vi nu ser konsekvenserna av.

Den andra omständigheten är föreställningen om att detta att

vara chef är något speciellt för sig som inte har med professionalitet att göra. Man behöver inte vara särskilt sjukvårdskunnig för att leda sjukvården, bara man har chefssegenskaper! Idén kommer, antar jag, från industrin och har anammats av konsulter, administratörer och politiker som gärna ser icke-läkare som chefer. Jag dock aldrig hört någon tala om att sätta en icke-militär som kompanichef eller chef för en brigad. Däremot går det alldeles utmärkt att en officer chefar för en sjukvårdsinrättning! Det är dags att vi tar strid, om nödvändigt, för att chefskap inom en så högprofessionell verksamhet som sjukvård/psykiatri ska anföras av personer med den högsta professionella kompetensen och den finns hos läkarna! Hög professionalitet hos chefen skapar förtroende, respekt och legitimitet.

Vad kan då göras? Hur ser det ut över landet vad gäller chefskap? Vi måste ifrågasätta idén om chefskap som något skilt från professionen. Vi måste utveckla chefsmodeller som möjliggör för läkare att ha kvar viss professionell aktivitet. Detta har ett egenvärde både för att kunna behålla sin professionalitet och för att möjliggöra en ev. återgång till mera renodlat vårdarbete efter en tid som chef. Det gäller alltså att rigga organisationen runt chefen på ett sådant sätt att det är möjligt att ha kvar en viss grad av medicinsk verksamhet. I min generation gick detta och jag kan inte förstå varför det inte skulle vara möjligt också nu. Vi måste undersöka varför (unga) läkare inte längre vill vara chefer. Det är uppenbart att dagens blivande specialister drar sig för att ta på sig den rollen och jag tror att en viktig del i detta är att man vill fortsätta att också vara doktor.

Psykiatriska föreningen skulle kunna arrangera seminarier och starta lämpliga utbildningar för att möjliggöra chefsåtaganden. Slutligen är det nödvändigt att försöka utveckla mellancheferpositioner lämpliga för läkare. Jag tror att detta har varit ett av problemen och något som jag så här i efterhand ångrar att jag inte mera aktivt sökte åtgärda. Steget har blivit alltför långt från att vara kliniker till att också vara chef. Låt oss gräva där vi står och inte vänta på att någon annan gör något. Men vi måste också arbeta med vår syn på hur sjukvården (psykiatrin) bäst utvecklas organisatoriskt och inte bara arbeta med individperspektivet!

Lars Jacobsson

Professor emeritus, fortsatt timanställd på kliniken



Att utvärdera psykoterapi och kritiskt granska psykoterapistudier

Lars-Göran Öst
Natur & Kultur; 2016

Avgörande förskjutning

Psykoterapi och psykoterapiforskning har gradvis instrumentaliserats på ett djupgående sätt. Från att en lidande människa söker förstående behandlare mot att "störande symtom" söker tillmötesgående manual. Det svarar emot en förskjutning från "konstart", via "konsthanterverk" mot "psykologisk ingenjörsvksamhet". Samtidigt innebär det att ny viktig metodik, teknik och systematik har utvecklats och att forskningen har underlättat att få ett grepp om vilken metodik som är hjälpsam mot vad.

Vitt fält

Psykoterapiforskningen erbjuder ett vidsträckt panorama. Här finns anläggningsytan mot diagnostik – vilket sätt att beskriva ett lidande öppnar sig bäst för en effektiv behandling. Här finns processforskningen som undersöker "hur går det till" och vilka förhållningssätt hos behandlare bidrar till den önskade förändringen. Vilka terapeutegenskaper är avgörande och är det samma egenskaper inom olika terapiformer. Vad är "common factors" och vad är det specifika i olika behandlingsmodeller och är de desamma för alla patienter? Vilka patientegenskaper vid sidan av symptomatologin är avgörande för val av behandling. I vilken utsträckning är det rimligt – och önskvärt – att en patient får välja behandlingsmetod? Vad har "single case studies" för relevans i psykoterapiforskning och hur kan den utvecklas?

Kvantitativ utvärderingsforskning och metodval

I sin bok *Att utvärdera psykoterapi och kritiskt granska psykoterapistudier* granskar Lars-Göran Öst, en av Sveriges mest erfarna psykoterapiforskare kvantitativa metoder och metodproblematik företrädesvis men inte bara i ett RKS (randomiserade kontrollerade studier)-perspektiv. En av hans utgångspunkter är att patienter – naturligtvis – måste ha rätt att själva välja psykoterapeutisk metod, men att offentligt finansierad psykoterapi bara ska bedrivas med metodik som har hög forskningsbaserad evidens. Han påpekar att en andel av patienterna i psykoterapi inte blir bättre utan tvärt om sämre, att terapeuters bedömningar inte är tillförlitliga då de lätt överskattar förbättring och förordar därför kontinuerlig utvärdering genom självsvarstest eller annan återkoppling t.ex. genom handledning. Val av terapimetod bör också baseras på återfallsrisk, tidsåtgång, de mentala påfrestningar patienten utsätts för i behandlingen, kostnad, patientens acceptans och följsamhet i arbetet.

Diagnos och självskattningsskalor

Utifrån ett brett urval av diagnoser via M.I.N.I väljer författaren ut och diskuterar ett antal fritt tillgängliga självskattningsskalor för såväl vuxna som barn. Deras psykometriska egenskaper beskrivs inte minst vad gäller olika aspekter av validitet, om det finns normdata och om de tycks vara förändringskänsliga. Han exemplifierar varje skala med dess tre första frågor. Författaren problematiserar frågan om förändring där man kan skilja på respons, remission och tillfriskande och redovisar också olika sätt att beräkna kliniskt signifikant förändring.

En reflektion: Om patienten inte längre uppfyller de diagnostiska kriterierna, eller om anhöriga eller terapeuten utifrån självskattningsskalor och klinisk bedömning, bedömer patienten som förbättrad och patienten själv inte upplever en förbättring, dvs. en skillnad som gör skillnad för att tala med Gregory Bateson – vem har då tolkningsföreträde?

Att se upp med

Författaren redogör för de felkällor som bör tas hänsyn till när det inte är praktiskt möjligt att åstadkomma en optimal design t.ex. RKS som är mer potent än väntelistekontroll och crossoverdesign vad gäller att kunna skilja effekter av behandlingen från påverkan av livshändelser. Han betonar vikten av att arbeta enligt "intention to treat" och inte utesluta patienter som avbrutit behandlingen liksom noggrann bortfallsbeskrivning och powerberäkning. Före- och eftermätningar ska göras med samma tidsintervall för behandlings- och kontrollgrupp då förändring i oberoende bedömares "baseline" kan inträffa om det går lång tid mellan skattningarna – en möjlighet är att spela in alla intervjuer på video och skatta dem.

Utvärdering av forskningsupplägg

Det kan vara svårt att få ett systematiskt grepp om hur väl ett forskningsupplägg ansluter till ovanstående aspekter. Författaren lyfter fram skalor som är utformade för att just utvärdera psykoterapiforskningsupplägg. Under sitt arbete med att göra metaanalyser av "tredje vågens" KBT konstruerade Lars-Göran Öst själv ett sådant instrument, skalan Psychotherapy outcome study methodology rating form (POMRF) som består av 22 items som skattas på en tre-gradig skala; "Dålig", "Hygglig", "Bra". Förutom de aspekter som diskuteras ovan omfattar skalan svårighetsgrad hos störningen, representativitet i urvalet, reliabilitet för diagnosen, specificitet, reliabilitet och validitet

hos utfallsmåtten, användning av bedömare, antal terapeuter och terapeutträning och kontroll av deras kompetens, manualisering, replikerbarhet och specificitet, statistisk analys och klinisk signifikans. Genom att jämföra olika bedömares skattning av olika forskningsupplägg kunde psykometriska egenskaper hos skalan beräknas. Författaren jämför sedan POMRF med två liknande skalor med samma syfte och finner att den står sig väl.

Metodjämförelse

Inom psykoterapiforskningen är det angeläget att kunna jämföra olika metoders effektivitet för olika problem/symtom/diagnoser. Författaren framhåller vikten av att metoderna får en rättvis chans att jämföras på lika villkor till exempel att terapeuterna är likvärdiga, att studierna har tillräcklig power, att manualen följs. Han diskuterar några jämförande effektstudier av DPT och KBT. De studier som lyfts fram kännetecknas av att projektledaren varit psykodynamiker. Samtliga studier kännetecknas av att KBT-metodiken i något avseende haft brister som gjort att jämförelsen inte skett på lika villkor. Här skriver författaren "En tentativ fråga som vissa av dessa studier aktualiserat är: 'måste KBT misslyckas för att DPT ska visa sig bättre – eller åtminstone inte sämre – än KBT'." Frågan i sig är naturligtvis intressant men den ges inget svar på. Möjligen är det än mer intressant att fundera över författarens sätt att hantera denna frågeställning.

Hur att studera orättvisa

Författaren tycks frånga den metod han pläderar för beträffande hur dylika frågeställningar ska undersökas. Här rör det sig inte om att ett representativt urval av studier där KBT och

DPT jämförs utifrån ett antal kriterier, utan om ett urval av studier där KBT-studier missgynnats och att man funnit att samtliga dessa studier har psykodynamiska projektledare. Man skulle kunna tänka sig att jämföra med fyra studier där DPT-metodiken missgynnats till förmån för KBT för att se vad man gör för fynd beträffande projektledare. Fortfarande skulle det röra sig om pilotstudier då antalet fall är litet. En tentativ fråga av motsvarande art som författarens skulle kunna vara:

"Är tanken på att KBT inte alltid skulle vara bäst motbjudande för författaren att pröva". Fenomenet beträffande samband mellan fynd i jämförande psykoterapiforskning och forskningsledarens teoretiska hemvist är känt som "allegiance" och förefaller såvitt jag vet gälla oavsett vilka metoder man jämför.

Värdefull "bibel"

Sammanfattningsvis borde denna bok genom sin översiktlighet, systematik och klarhet vara mycket användbar för psykoterapiforskare. Den klargör också att psykoterapiforskning av i dag är en resurskrävande, komplex och dyrbar verksamhet. Det betyder också att behandlingsmetoder som inte lyckas väcka akademiska forskningsinstitutioners intresse inte kan räkna med att någonsin få en rättvis chans till kvalificerad evidensprövning.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*



Det finns inga häxor - en bok om kunskap

Arne Jarrick
Weyler bokförlag, 2017

Det sägs att vi lever i en faktaresistent tid. Termen faktaresistens används ofta för att skuldbelägga meningsmotståndare som inte låter sig övertygas av den information man själv finner avgörande. Faktaresistenta människor är därför immuna mot alla former av verifierbara fakta. Det finns gott om forskning som visar att vi alla är mer eller mindre faktaresistenta, och ohälsosamt fästa vid de uppfattningar och trosföreställningar vi en gång valt att anamma. Man är alltså inte mindre faktaresistent för att man uppnått viss rang och/eller skaffat sig utbildning på något av världens mest prestigefyllda universitet.

I sin essäbok *Det finns inga häxor. En bok om kunskap* skriver Arne Jarrick, professor i historia, att vi människor tenderar att alltmer vårda våra vanföreställningar ju mer dessa uppfattningar hotas av den elaka och fruktade verkligheten. Han klargör skillnaden mellan våra önskesanningar om hur vi vill att verkligheten ska se ut och tillståndet i den verkliga världen. Det är i det gapet som bokens huvudtema utvecklas och reds ut: där kunskapen tar plats och blir betydelsebärande. "Vad vi än önskar borde vi alla arbeta för att låta oss ledas av kunskap frikopplad från våra önskesanningar." I det avseendet behöver vi alla hjälp. Det krävs för att motstå frestelsen från egna personliga böjelser: för att "hålla rent" så att kunskap kan tränga in och betyda något. Först då blir den "betydelsefull för alla och envar, i vilken position och var de än befinner sig i världen." Enligt författaren kan kunskapen då också fylla en både humanistisk och demokratisk funktion. Om vi däremot bara går omkring och tillåter oss att tro vad vi vill, och söker bekräftelse på redan omhuldade uppfattningar och tankar, blir kunskapen betydelselös, enligt Jarrick.

Så kan vi bara lyfta oss ur det igenkänningsbehov vi har som bekräftelsereferens (konfirmeringsbias) för våra uppfattningar och tankar kan det göra att man inte blir för uppgiven över dagens situation. Med det i ständigt minne är *Det finns inga häxor* en essähandbok för alla som anser att vårt felbara mänskliga

förnuft huvudsakligen är kunskapssökande till sin natur. Men det väcker också oro genom sin förmåga att selektivt fästa uppmärksamhet på sådan information som det redan känner till. Information och kunskap är dock inte samma sak. Vilket är bra att ha kunskap om med tanke på alla intryck och all information som dagligen sköljer över oss.

Arne Jarrick är professor i historia vid Stockholms universitet. Han har ägnat hela sitt liv åt att inhämta och sprida kunskap. Han har publicerat åtskilligt på såväl svenska som engelska. Idag oroas han över ett vikande intresse för kunskap och över en bristande respekt för skillnaden mellan sant och falskt. Över vår skamlösa likgiltighet inför våra egna och andras lögnar. Frågor som engagerar oss alla.

Thomas Silfving
Psykolog, psykoterapeut och författare

En Pudel!

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

DEADLINE

för bidrag till
nästa nummer: **15/11**

Tema: Rädd att leva

Kalendarium

WPA XVII World Congress of Psychiatry
8-12 oktober 2017, Berlin, Tyskland
<http://www.wpaberlin2017.com/>

Somatisk sjukdom och psykisk ohälsa - helhetssyn
för god och jämlik vård
12-13 oktober 2017, Malmö
<https://www.jamlikvard.org/>

Framtidens Medicin och Hälsa (arrangör Svenska
Läkarsällskapet)
14-15 november 2017, Stockholm Waterfront
<http://www.sls.se/fmh/>

ST-konferensen: Psykopatologi och vetenskap -
Down the rabbit hole
24-26 januari 2018, Stenungsbaden, Stenungsund
Anmälan från 15 oktober på www.stpsykiatri.se

26th European Congress of Psychiatry (EPA 2018)
3-6 mars 2018, Nice, Frankrike
<http://www.epa-congress.org/2018>

Svenska Psykiatrikongressen
14-16 mars 2018, Stockholm
<http://www.svenskpsykiatrikongressen.se/>

BUP-kongress: Moderna tider på BUP
24-25 april 2018, Luleå
<http://www.sfbup.se/kongress/>

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



Förlaget Natur & Kultur är en stiftelse som utan ägare kan agera självständigt och långsiktigt. Vårt mål är att genom stöd, inspiration, utbildning och bildning verka för tolerans, humanism och demokrati.

Cullbergstipendiet

Vill du bli inspirerad till nya arbetssätt genom att lära av kolleger utomlands? Resestipendier för ST-läkare och specialister i psykiatri delas ut i början av nästa år med stöd av Stiftelsen Natur & Kultur. Om du är intresserad av att söka är det nu dags att börja tänka ut en projektplan och etablera kontakt med den klinik eller institution där du vill vistas.

Syftet med Cullbergstipendiet är att stimulera till fördjupat kliniskt tänkande med inriktning på psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri eller rättspsykiatri. Resestipendiet ska användas till resa, boende och levnadskostnader vid auskultation på en psykiatrisk klinik eller institution utomlands under två till fyra veckor.

Det kan handla om att delta i kliniskt arbete, forskning, undervisning eller metodutveckling. Att vidareutveckla kunskaper om psykosociala och biologiska integrativa synsätt eller studera förebyggande arbete och/eller

behandlingsprojekt är några av de områden som kan omfattas. På www.cullbergstipendiet.se kan du läsa mer om stipendiet och hur du ansöker. Där kan du även läsa om tidigare resor och följa en reseblogg.

Ansökan

Ansökan ska vara stipendie-nämnden tillhanda den 1 februari 2018. Stipendiaternas namn tillkännages vid Svenska Psykiatrikongressen nästa år.

Börja gärna nu att diskutera med kolleger och läsa färskas tidsskrifter för att se var det bedrivs

spännande psykiatriskt arbete! Vi rekommenderar att du i ett tidigt skede tar kontakt med den arbetsplats där du vill vistas om du tilldelas ett stipendium. Vid frågor kontakta kanslisten@svenskpsykiatri.se

Stipendiekommitté

Ansökningarna bedöms av en stipendiekommitté bestående av Johan Cullberg, Tove Gunnarsson (Svensk Psykiatri), Hanna Edberg (rättspsykiater), Jörgen Vennsten (ST-läkare i barn- och ungdomspsykiatri), Pauliina Victorsson (psykiater) och Annika Schildt (Natur & Kultur).