

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#4

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättsspsykiatriska Föreningen - December 2017

RÄDD
ATT LEVA



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**
- 6 SFBUP styrelseruta, ledare, **Sara Lundqvist**
- 7 SRPF styrelseruta, ledare, **Per-Axel Karlsson**
- 8 Kommande temanummer
- 14 Krönika enligt Tiger, **Mikael Tiger**
- 24 Senaste nytt från SPF's Utbildningsutskott, **Jonas Rask**
- 63 Bokrecension: Må dåligt. Om psykopatologi i vardagslivet, **Björn Wrangsjö**
- 64 Bokrecension: Stulen gräns, **Thomas Silfving**
- 65 Bokrecension: Oro: Att leva med tillvarons ovisshet, **Thomas Silfving, Gunilla Nilson**
- 66 Bokrecension: Fördel ADHD: var på skalan ligger du? **Thomas Silfving**
- 67 Kalendarium

Tema:

- 9 Att svika sin kallelse, **Björn Wrangsjö**
- 10 Något av en gåta, **Claes Hyllinger/Daniel Frydman**
- 11 En ghasel, **Gustaf Fröding**
- 12 När förändringen är det största av alla hot, **Daniel Frydman**
- 14 Det är ingen konst att vara modig - om man inte är rädd, **Mikael Tiger**
- 16 Vikarierande hopp, **Lars Albinsson**
- 18 Cancerdrabbad - hur börjar man om? **Anna Wrangsjö**
- 19 De som drar sig undan världen, **Tove Gunnarsson**
- 20 "Hej då", **Lena Carlsson**

Rapporter från möten och resor:

- 26 Svenska Psykiatriska Föreningens första organiserade kongressresa blev en succé! **Michael John**
- 27 rTMS, Referat från WPA-kongressen, **Jonas Rask**
- 28 Att leda som kvinna för framtidens psykiatri. Rapport från WPA 2017 i Berlin, **Allesandra Hedlund**

Rapporter från möten och resor:

- 30 Schumann, van Gogh och Morrison. Referat från WPA-kongressen i Berlin, oktober 2017, **Cecilia Mattisson**
- 34 Somatisk sjukdom och psykisk ohälsa - helhetssyn för god och jämlik vård, **Kerstin Lindell**
- 52 Rapport från UEMS-CAP mötet i Wien 15-16 september 2017, **Gunnel Svedmyr**
- 54 Mental Health Evening, Psykiatrifonden rullar ut röda mattan för Psykisk Hälsa för första gånge, **Maria Larsson, Martin Schalling**

Psykiatriska nyheter:

- 58 Skrivande som hälsofrämjande aktivitet inom psykiatrisk omvårdnad, **Iman Chetoui Lehtinen, Erik Löfvendahl**
- 60 Avhandling i psykodynamisk barnpsykoterapi, **Björn Wrangsjö**

Debatt:

- 61 Debatten om nyttan och faran med SSRI måste få lov att vara kontroversiell, **Tove Mogren, Matilda Naesström, Joakim Börjesson**

Övrigt:

- 5 Kallelse till årsmöte i Svenska Psykiatriska Föreningen
- 23 Samhällsintresserade kollegor se hit! **SPF's styrelse**
- 25 ST-läkare! Svenska Psykiatrikongressen är ett gyllene tillfälle att få kursintyg, **Alessandra Hedlund**
- 36 Dags att nominera hedersledamot till Svenska Psykiatriska Föreningen
- 37 Årets förebild inom Barn och Ungdomspsykiatri, dags att nominera
- 38 Svenska Psykiatrikongressen 2018, program
- 46 BUP 2017 - rekordmånga patienter men brist på personal, **Lotta Jernström**
- 47 SPF Fortbildar - Psykofarmakologi & RTMS, **SPF's styrelse**
- 48 "Om man ska vara psykiater så måste man också kunna lyssna och tala med patienten", **Per Magnus Johansson, Claudia Fahlke**
- 51 Prisbelönad dokumentärserie om självmord, **Tove Gunnarsson, Cecilia Mattisson**
- 56 PTSD hos äldre, **Ingvar Karlsson**

Tidskriften för Svensk Psykiatri



Det är livsfarligt...

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
Petra van der Put / Shutterstock.com

INTERNET

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till
annonser@svenskpsykiatri.se

... att leva. Detta citat från författaren och Nobelpristagaren Eyvind Johnson får illustrera vårt tema Rädd att leva. Bidragen på temat handlar både om att inte alls orka leva längre och om att av olika skäl inte kunna leva sitt liv fullt ut. Några skönlitterära exempel har vi också med.

Du har väl bokat in 14-16 mars nästa år? Då går Svenska Psykiatrikongressen av stapeln på Münchenbryggeriet i Stockholm! Kongressen arrangeras av SPF men vi hoppas att det breda programutbudet ska locka deltagare även från de övriga psykiatriska specialiteterna. I detta nummer kan du ta del av hela programmet. Det finns fler kongresser att se fram emot under 2018, se kalendarium på sidan 67, och vi kommer att rapportera från så många vi kan i kommande nummer av Svensk Psykiatri.

Vi vill också påminna om att det är hög tid att formulera en ansökan om Cullbergstipendium, se annons på sista sidan. Missa inte denna chans att få ekonomiskt stöd för en auskultation på psykiatrisk klinik i annat land!

Nästa nummers tema...

... är Var finns vården? Skenbart kan svaret ses som enkelt: inom psykiatrien såklart, och allmänmedicinen. Här finns aktuella vårdideologiska och politiska infallsvinklar: t.ex. tillgänglighet, valfrihet, resurser, lokaler, offentligt kontra privat.

En annan aspekt är att "vården" ibland kan utgöras av en enda person och relationen till en specifik vårdgivare eller medmänskliga kan vara det som gör skillnad i en människas liv. Många gånger kan det nog upplevas så för dem som söker sin hjälp utanför psykiatrien, t.ex. till alternativa terapier, eller hittar en samtalspartner utanför vården.

Snart stundar helger och redaktionen hoppas att ni alla ska få tid för avkoppling – och tid att skriva förstås! Vi tar tacksamt emot bidrag på temat, mötesrapporter, debattartiklar, recensioner, psykiatriska nyheter m.m.

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Se helheten!



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

ULLAKARIN NYBERG

Ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen



"Metoo"-kampanjen har fått oss att tänka på kroppen med förnyad medvetenhet. Min kropp, din kropp, kroppens gränser, medgivande till kroppskontakt eller inte. Jag och många med mig har blivit påminda om övergrepp i det förflutna och om vår egen utsatthet för maktutövning under sårbara perioder i livet. Själv minns jag hur jag slutligen tog mod till mig och berättade för min chef om en respekterad och mycket äldre kollega som hade smekt mig på låret under en jobbmiddag och kommit med önskade sexuella inviter. Chefens respons blev att anklaga mig för att "sexualisera" alla situationer och det användes emot mig i ett senare skede. Den här händelsen lärde mig mycket som jag har haft glädje av om olika former av maktutövning och om mina egna gränser.

En klok person sa: Som psykiater måste man tänka på att själen bor i en kropp. Som det står i Pyttans A-B- och C-D-lära: "Kroppen är den största delen, med ett litet hål för själen". Själv bytte jag en gång i tiden från psykiatri till onkologi, eftersom jag tyckte att kroppen fick för lite plats i psykiatri. Sedan bytte jag tillbaka igen, eftersom psykiatri trots allt är det allra roligaste man kan ägna sig åt. Det är ett val som jag aldrig har ångrat.

Vi som arbetar inom psykiatri får ett speciellt förhållande till kroppen. Vi måste ha stor medvetenhet om kroppens gränser och vi tvingas många gånger överskrida dessa hos människor som på grund av sin sjukdom och utsatthet befinner sig i underläge. Ibland inskränker vi patientens autonomi i syfte att bevara hens integritet. Utan tillit till oss och psykiatri i stort skulle detta inte fungera.

Idag behöver ingen psykiater känna att kroppen glöms bort. Tvärtom. På gott och ont dominerar ett biomedicinskt synsätt dagens psykiatri. De biologiska landvinningarna är stora, men samtidigt är många oroade och menar att det biologiska perspektivet leder till att individers sårbarhet i form av psykosociala riskfaktorer ignoreras. Patientens livshistoria hamnar i bakgrunden och förståelsen av komplexiteten i sjukdomsutveckling och individens möjlighet till återhämtning hämmas på grund av det.

Jag tror att det är nödvändigt att behålla ett helhetsperspektiv för att undvika polarisering. Vi behöver bejaka både biologi och psykologi, terapi och farmaka, evidensbaserad behandling och klinisk erfarenhet, helhetssyn och processinriktad vård, strukturerade intervjuer och patientens berättelse. Jag möter allt fler kollegor som med stor självklarhet ser patientens problem som en konsekvens av sociala, biologiska och psykologiska faktorer. Som förstår att individens sårbarhet måste vägas in i både diagnostik och behandling och att den med störst sårbarhet ska få mest resurser, oavsett diagnos. Det innebär inte att psykosociala missförhållanden ska medikaliseras, men medvetenhet om komplexa samband gör det lättare att prioritera hur resurser ska fördelas. Helhetssyn underlättar också utveckling mot en vård där

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

patienten betraktas som expert på sitt eget liv och därmed en självklar aktör i vård och behandling.

Så, du som har följt med mig så här långt i detta något spretiga resonemang börjar kanske ana att jag inte kommer att presentera någon enkel slutsats, kanske undrar vad slutsatsen blir. Förutom den att patientens tillit är avgörande för att vi ska vara framgångsrika i vår yrkesutövning. Psykiatri är och förblir en komplex vetenskap där kropp och själ är intimt sammanlänkade. Ju bättre vi blir på att se helheten, desto mer lyckosamma blir vi i vår yrkesutövning. Så läs FN-rapporten om vad som behöver göras för att fler ska uppnå psykisk hälsa, tänk på helheten i patientens liv liksom i ditt eget, finn kraft i den mänskliga komplexiteten som betyder att psykiatri för alltid kommer att innehålla utmaningar och därmed möjlighet till utveckling för oss alla!

Ullakarin Nyberg
Ordförande SPF



**SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN**

Dagordning till årsmötet i Svenska Psykiatriska Föreningen

Tid: Torsdag den 15 mars 2018, klockan 17:15

Plats: Münchenbryggeriet, Stockholm

1. Årsmötet öppnas
2. Val av ordförande för mötet
3. Val av sekreterare för mötet
4. Val av justeringsmän
5. Godkännande av kallelse
6. Fastställande av föredragningslista
7. Behandling av
 - i. styrelsens verksamhetsberättelse
 - ii. skattmästarens redogörelse
 - iii. revisorernas berättelse och ansvarsfrihet för styrelsens förvaltning
8. Bestämmande av årsavgift för nästkommande arbetsår
9. Behandling av motioner, ärenden eller förslag, vilka förelagts mötet av styrelsen eller väckts av föreningsmedlemmar
10. Val av revisorer och revisorssuppleanter
11. Val av styrelse
12. Val av hedersledamot
13. Val av representanter i Svenska Läkaresällskapets fullmäktigeförsamling och suppleanter för dessa
14. Val av valberedning
15. Frågor som skall underställas Svenska Läkaresällskapets fullmäktige
16. Övriga frågor
17. Mötet avslutas

Ullakarin Nyberg
Ordförande i SPF

OBS! Ändringar och tillkommande ärenden uppdateras fortlöpande på hemsidan
www.svenskpsykiatri.se

Sårbar ärftlighet eller ärftlig sårbarhet



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

Tänk om det gick att veta vilket av mina tre barn som har den största genetiska risken för att få en depression. Skulle jag vilja veta det och hur skulle det förändra mitt förhållningssätt till dem, skulle jag bete mig annorlunda, vara mer försiktig och mer orolig för det sårbara barnet? Skulle de andra två barnen få stå tillbaka? Om detta skriver Siddhartha Mukherjee, som är onkolog och genforskare, i sin nya bok Genen. Han drivs delvis av sin egen historia med genetisk sårbarhet för psykisk sjukdom när han gräver allt djupare efter sökandet efter normalitet, identitet, variation och ärftlighet.

Vi som arbetar inom hälso- och sjukvården kommer att ställas inför djupt svåra etiska dilemman när kunskapsutvecklingen rusar iväg och ifrån oss. Kunskap och makt är tätt sammanlinkade och med makten också ansvaret.

Ansvar är också något som media har, för folkbildning och som de själva säger, som en tredje statsmakt. Under höstterminen har jag dessvärre inte kunnat undvika att delvis förfäras över det intresse som vissa problemställningar väckt i media vid upprepade tillfällen. Jag har som ordförande i Sfbup blivit kontaktad med frågor kring sådant som visserligen kan uppröra men som inte borde vara det som vi ägnar mest tid åt. Vid ett tillfälle rörde det sig om den ekonomiska styrningen i form av den förstärkta vårdgarantin. Jag blev uppringd från Ekot, var det så, undrade reportern, att fler barn skulle dö av suicid nu när vårdgarantin tagits bort. Från Psykologtidningen undrade man om det var sant att vi gjort riktlinjer som implementerats avseende ADHD-utredningar och inte involverat neuropsykologerna som hade synpunkter på hur lång eller kort en utredning skulle vara. I sociala medier gick debatten om privata vårdaktörer som gjorde slarviga utredningar varm.

För mig är dessa mediala debatter skenmanövrar. Vi lever i ett land där ingen ordentlig vårdkedja finns uppbyggd för barn och unga med psykisk ohälsa, sjukdom och funktionshinder. Där varken elevhälsan eller primärvården på allvar tar på sig ansvaret för barns och ungas psykiska mående och där den enda väl definierade hälso- och sjukvårdsinstans som finns är specialistpsykiatri.

I skenet av detta, förvånar det någon att det är 2 års kö för utredning, att nybesöken drar ut på tiden eller att privata aktörer engagerar sig och gör på sitt sätt?

I alla kontakter jag har med media, oavsett deras ursprungliga anledning till kontakt, försöker jag framhålla denna fråga som den absolut viktigaste för dem att bevaka. Jag har ännu inte fått ett ord publicerat på detta tema så det känns skönt att i alla fall få några rader här i Svensk Psykiatri!

Och oavsett om jag har känt till riskerna för mina barn att drabbas av psykisk ohälsa och sjukdom eller ej, så vill jag att om de gör det så ska detta vara något som det finns en kunskap om i samhället och en förberedelse för i vården, något som är väl känt och där bra behandling finns att tillgå. För mina barn och allas barn.

Sara Lundqvist
Ordförande Sfbup

Varmt om hjärtat



PER-AXEL KARLSSON

Ordförande Svenska Rättspsykiatriska Föreningen



Det som ligger mig varmt om hjärtat är att det verkar finnas vissa uppvindar för psykiatri i landet, en känsla av erkännande kommer från allt ifrån media till SKL. Till och med Socialstyrelsen gör vissa "emotionella" eftergifter. Kanske det är dags, kanske det förtjänar att sägas efter alla dessa ord och år med påstådda vinningar och bindningar. Rättspsykiatri gör bra ifrån sig. Psykiatri i övrigt försöker hänga på men det är svårt med snäva budgetramar.

SKL ordnade en träff med rättspsykiatriskt forum efter att ha inhämtat upplevelser och fakta ifrån en nationell genomlysning av Zophia Mellgren och Frances Hagelbäck. Både på formell och emotionell nivå. Betagande människor och personligheter bägge två. Särskilt Zophia som räddat mitt liv – ett USB-minne som fanns på ett café på Landvetter. Jag är dig evigt tack skyldig Zophia. Och goa Frances!

Frågorna blev dock fler efter mötet och redovisningen, och jag uppfattar att det togs i slutet en litet sidocentrerad bild av rättspsykiatri i landet. Det fråntar dock inte att kvalitetsnivån uppfattas som hög i landet och det går väl ihop med min uppfattning efter mötet med SKL och med den europeiska Ghentgruppen i september. Svensk rättspsykiatri har en bra balans i frågan om vilka patienter som vårdas istället för att ha fängelse och svensk rättspsykiatri har rimlig vårdtid och ett bra innehåll rent generellt i den rättspsykiatriska vården. Vi behöver dock renodla litet mer och jag önskar att vi får fler tillfällen till samråd och samspråk.

Ett utmärkt tillfälle är den kollegiala granskningen som jag anser har störst potential till påverkan på innehåll och mål i vår verksamhet. Nu blev vi granskade av Sala som en retur från vårt besök i maj detta år.

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: Axel Haglund
(vetenskapligsekreterare@srpf.se)

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

KRIMINALVÅRDSREPRESENTANT:
Lars-Håkan Nilsson

ST-LÄKARREPRESENTANT: Jonatan Adling

LEDAMÖTER: Hannibal Ölund Alonso, Hedvig Krona

HEMSIDEANSVARIG: Jonatan Adling

Hemsida: www.srpf.se

Tänk om fler kliniker hängde på detta lönsamma spår.

Hur gick det för Öjebryn?

Omdömet "fantastisk verksamhet men klart underbudgeterad" sätter sina spår.

Om vi har intresse av förbättrad verksamhet ska vi allt mer trycka på detta goda instrument – kollegial revision – och använda det. Jag lovar – utbyte garanteras.

Med detta önskar jag en god jul och ett gott nytt psykiatriår.

Per-Axel Karlsson
Ordförande SRPF

SVENSK PSYKIATRI

Skriv till oss
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **07/02**
Tema: **Var finns vården?**



Utgivning 2018

NUMMER 1 2018

Tema: Var finns vården?
Deadline 7 februari
Utkommer vecka 10

NUMMER 2 2018

Tema: Det som inte
syns på utsidan
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 psykiatrin. 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

Att svika sin kallelse

Så småningom, strax före deadline vad gäller inlämning av bidrag till numrets tema kom ovanstående rubrik för mig. Först tänkte jag inte ge mig i kast med den då perspektivet i sig tedde sig hopplöst föråldrat. Kall – det är knappast något för moderna människor. Det för snarast tanken till idealister som sliter ut sig för ett i sig vällovligt mål, men utan att ta ordentligt betalt utan snarast låter sig utnyttjas. Kanske beundransvärt men ändå lite "korkat" – i stil med Lotta Svärd i Runebergs Fänrik Ståls sägner "något talte hon skrattas åt men hedras mest ändå". Ett kall skulle ju förutsätta att något bortom den egna kontrollen skulle styra stegen och då avses inte påtryckningar från omgivningen utan något som tycks initieras utifrån men verka inifrån. Kanske knappast ens präster kan i dag helt luta sig mot en kallelse.

Man kan komma att tänka på "ödet". Ytterligare ett omodernt perspektiv. Numera förväntas man ju skapa sitt öde själv. Motgångar är utmaningar. Att utmana sitt öde skulle ju antyda att det skulle finnas något som inte helt går att styra eller påverka. Jo, det är ju klart, man kan ha extrem otur, drabbas av sjukdom och andra oförutsedda händelser och stora svårigheter, men det är ju slumpfaktorer som inte går att undvika, med de har inget med "öde" som något i någon mening skulle vara förutbestämt att göra. "Ödet" är på sin höjd något man kan konstatera i efterhand när det är dags att summera sitt liv. Ödet är detsamma som "så blev det" men det är inte detsamma som att något är ödesbestämt.

Det finns dock avvikande åsikter. Den jungianske analytikern James Hillman argumenterar för att vi kan bära på en medfödd bestämmelse, att det kan finnas en röd tråd i en människas livshistoria som inte bara är en efterhandskonstruktion. För somliga kan det yttra sig som ett kall, en inre visshet om "var vägen går" i taoistisk mening. Något som styr oss i viss mån bortom våra medvetna val – en säregen tanke. Kan livet ta oss i anspråk till något vi inte riktigt råder över? Att riktningarna vad gäller livets mening kan ha en djupare resonans än de som svarar mot de personliga målsättningarna? Ibland kanske inte denna eventuella "bestämmelse" alls känns lockande, men ändå på ett märkligt sätt svår att göra motstånd emot.

Låt oss pröva en annan infallsvinkel. I en studie nyligen konstaterades att i runda tal halva befolkningen trodde antingen på Gud eller inte på någonting, medan den andra halvan trodde på "nått". Denna grupp döptes till "nåttisterna" – de som trodde på "nått". Detta "nått" visade sig svårt att definiera men kunde exemplifieras. Historien visar att detta "nått" är en mäktig företeelse som människor laddat med ett sådant värde att de varit beredda att låta sig fängslas och till och med dö för, snarare än att ge upp eller avsvärja sig detta "nått". Vanligen har det detta "nått" formats och riktats mot religiösa föreställningar eller kanske politiska värden. Numera kan mycket ifrågasättande riktas mot religioner i meningen utvecklade och formaliserade trosföreställningar då de tycks alltför tydligt "man made", men förnimmelser av "helighet" eller andlighet tycks svårare att helt ta kål på. Kanske detta "nått" är släkt med kallelse eller bestämmelse.

Rädd för att leva skulle kanske kunna vara att inte våga svara an mot en förnimmelse av en kallelse som inte nödvändigtvis skulle behöva ligga inom det religiösa området. Vad hindrar förutom att kallelsen "inte finns", kanske att det i ett tidevarv som regeras av marknadens hegemoni är svårt att räkna ut på vilket sätt det skulle löna sig – kallelsen skulle ju kunna handla om ett djupare självförverkligande som går utöver det personliga. Att ta på sig ett kall kanske kan vara oroande. Att inte våga – i en mening leva fullt ut – har dock förmodligen ett pris – en känsla av att inte ha vågat leva sitt liv fullt ut, att inte ha vågat låta sig tas i anspråk, att svikta i ett slags existentiellt civilkurage.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*

Något av en gåta

Ingenting hände honom. Livet tycktes inte ha en enda överraskning i beredskap åt honom, och han var, brukade arbetskamraterna säga när han var utom hörhåll, tråkigheten personifierad. Han råkade aldrig ut för något, inga passioner, inga penningförluster, ingen fiendskap. Hans liv gick sin gilla gång. Vi som kände honom visste dock bättre. Vi visste att han levde i ett tillstånd av ständig upphetsning, överväldigad av vardagens dramatik, ödmjuk inför den gråa morgonens skönhet, darrande inför varje nytt nummer av dagstidningen, vaksam som en hök på de faror som lurade i varje gatukorsning... Och han hade alltid något spännande att berätta.

– Klockan kan inte ha varit mer än nio på morgonen, när telefonen ringde. Detta var ju förfärligt, tänkte jag, vad ska jag göra? Men det slutade inte ringa, så jag tog till sist luren... Och jag blev alldeles förskräckt! Det var min bror. Vad vill han så här tidigt, tänkte jag...

Han berättade dessa historier med hes, viskande röst, medan han gick på gång slog handflatan mot pannan.

– Att detta ska hända mig! Det ringde på dörren! Och jag som inte var klädd! Jag rusade upp ur sängen och ut på toaletten och spolade, så att de skulle höra att det var någon hemma. Detta var ju förskräckligt! Vad ska jag ta mig till, tänkte jag...

Han blev inte gammal. Han dog, av uttråkning trodde många – i själva verket av överansträngning. Hans hjärta orkade till sist inte med den dagliga dramatiken, telefoner som ringde, bussar som var försenade, träd som fälldes, månen som vandrade över himlen varje natt. Om han kunnat ta lättare på tillvaron skulle han ha levt längre och lyckligare. Men han var den han var, något av en gåta för omgivningen. Somliga lever intensivare än vi andra, och vi kan inte alltid förstå dem.

Claes Hylinger

Kommentar

Claes Hylinger hör till de författare som är alldeles outhärliga för den som lärt känna dem. Liksom Erik Satie, som genom hela sin kompositionsgärning betonade det oväsentliga och tyckte att hans musik skulle vara som en möbel och inte något man behövde avnjuta med koncentration. Jag är inte säker på om Claes Hylinger har precis den inställningen till sina texter men lättheten har de gemensamt. Hör han till någon skola så är det till patafysiken, "läran om undantagen och de inbillade lösningarna". Medlemmarna i deras hemliga sällskap kan kännas igen t.ex genom att de har ett paraply som är hopslaget under armen när det är uppehåll och att det är uppfällt när det regnar. Han har en alldeles egen ton, just såhär vardaglig och med självklarhet, ingenting han berättar har en större tyngd än den text du just har läst, som redaktionen bestämt tycker pryder sin plats i ett nummer om att vara rädd för livet.

Texten ursprungligen tryckt i "Cabaret Hodell, en vänbok" författarförlaget Fischer & Rye 1989 till konstnären Åke Hodells 75-årsfirande. Hodell hör, liksom Hylinger till de konstnärer som för många passerar bortom horisonten. De flesta verk av Hodell kanske är okända, men flera ur läsekretsen har sett den gamla filmen "Rännstensungar", som han skrev manus till.

Daniel Frydman

*Redaktionen
Svensk Psykiatri*

Texten publiceras med tillstånd av författaren



En ghasel

Foto: Karuka/Shutterstock

Jag står och ser på världen genom gallret;
jag kan, jag vill ej slita mig från gallret,
det är så skönt att se, hur livet sjuder
och kastar höga böljor upp mot gallret,
så smärtsamt glatt och lockande det ljuder,
när skratt och sånger komma genom gallret.

Det skiftar ljust av asp och al och björk,
där ovanför står branten furumörk,
den friska doften tränger genom gallret.
Och över viken vilket präktigt sken,
i varje droppe är en ädelsten,
se, hur det skimrar härligt genom gallret!

Det vimlar båtar där och ångare
med hornmusik och muntra sångare
och glada människor i tusental,
som draga ut till fest i berg och dal;
jag vill, jag vill, jag skall, jag måste ut
och dricka liv, om blott för en minut,
jag vill ej långsamt kvävas bakom gallret!

Förgäves skall jag böja, skall jag rista
det gamla obevekligt hårda gallret
- det vill ej tänja sig, det vill ej brista,
ty i mig själv är smitt och nitat gallret,
och först när själv jag krossas, krossas gallret.

Gustaf Fröding

Kommentar

Författaren, journalisten och poeten Gustaf Fröding (1860–1911) fick sitt liv präglad av psykisk sjukdom och han tillbringade långa tider på olika vårdinstitutioner. En ghasel skrevs under vistelse på nervhemmet Suttestad i Norge och publicerades i diktsamlingen *Guitarr och dragharmonika* 1891. Redaktionen tycker att den ger en lika vacker som smärtsam bild av hur det kan kännas att inte kunna leva sitt liv till fullo.

Tove Gunnarsson

Redaktör Svensk Psykiatri



Foto: alphaspirt/Shutterstock

När förändringen är det största av alla hot

They've stolen my wallet
I'm finally broke
I've finally nothing to lose
(Stina Nordenstam, Memories of a color)

”Det är ingen idé att vilja något, för det kommer ändå inte bli som jag vill.” Många patienter som bär på en tanke som liknar den här kan vara alldeles paralyserade inför hur livet ska komma att gestalta sig. Många gånger kan tanken samsas med en upplevelse av att det är andra och annat (?) som styr över livet; att det inte finns utrymme

för eget inflytande.

Frågan: ”Vad är det du skulle vilja?” kan vara oerhört svår att besvara, eftersom själva idén att det finns en plats för en egen vilja ligger så långt borta. Där viljan, önskan eller fantasin skulle kunna finnas bor ofta istället en känsla av att vara överkörd; att ingen är intresserad eller alls bryr sig.

Pröva att betrakta den här tanken som i någon bemärkelse fanatisk; ett ord som inte brukar användas i sammanhang som detta, men en av dess synonymer ”oresonlig” matchar den

attityd som kan finnas. När det ändå inte är någon idé, då går det ju inte att göra något alls åt saken.

Rädslan för att känna sig skamsen, besviken eller annat besvärligt kan vara stor, i synnerhet när det är svårt att hantera känslan. Om man då hellre förhåller sig *passiv till sina egna behov och önskningar* så kanske man slipper bli besviken. En möjligen begriplig strategi, men samtidigt väldigt opraktisk, eftersom så många andra känslor också försvinner.

Naturligtvis kommer somliga med den här tankefiguren vara deprimerade eller ha någon ångestsjukdom, och för vissa ur den gruppen kommer en väl genomförd behandling påverka så att den hämmande tanken försvinner.

Jag undrar ändå hur patienterna hade reagerat om vi talat om den här hållningen som just en fanatisk hållning. Alla har sin bild av vad fanatism är. De flesta kanske tänker sig en terrorist, även om vi i vardagen nog möter ganska många personer som på ett oresonligt sätt håller fast vid vissa ståndpunkter, långt bortom förnuft och argument. Det är lätt att tänka sig att även de som är vardagsfanatiska på ett plan känner en rädsla för hur livet skulle gestalta sig om saker förändrades i en riktning som inte stämmer med den av dem utstakade.

I den korta men mycket innehållsrika essän "Hur man botar en fanatiker" resonerar den israeliska författaren Amos Oz om fanatismens väsen. Resonemanget leder inte till någon omedelbart fungerande kur (han är en dålig läkare) men väl till några rimliga tankar. Kan man väcka fantasin hos den som har fastnat i en oruckbar övertygelse, är mycket vunnet. Lyckas man dessutom nå en fanatikers föreställningsförmåga och få honom att skratta, puttar man personen en liten smula i riktning mot en mer ambivalent hållning gentemot tillvaron. En fanatisk hållning är svår att upprätthålla för en person som är ambivalent inför frågan det gäller.

Precis som den patient som bestämt anser sig veta att det inte är värt att önska något, kan den suicidale patienten vara lika fanatiskt övertygad om att det är nödvändigt att avsluta livet. Jag känner igen mig i Amos Oz diskussion om hur skrattet och föreställningsförmågan kan förändra saker. Förmågan att tänka sig olika scenarion är till nytta, även då fantasierna handlar om ett tänkt självmord. Det finns goda skäl att faktiskt ägna samtalstid åt de här tankarna istället för att enbart fokusera på det "grundtillstånd" som en suicidal patient lider av.

Patient X hade varit deprimerad under en längre tid. Han var mycket uppgiven och hade under de senaste besöken talat mycket om hur meningslöst han tyckte det var att leva. Han brukade inte säga så mycket mer. Till slut bad jag honom beskriva vad han tänkte när han tystnade. Efter en stunds tvekan berättade han om att han alltid trivts i fjällen, och att han och hans fru hade gjort många fjällvandringar tillsammans. Han tvekade och sa att han såg sig själv vandra uppför ett fjäll till en avsats där han ställde sig vid kanten för att hoppa. Han sa att det nog var så det skulle gå till, och att det inte behövde vara ett fjäll, eftersom det var så långt dit. "Hallå" sa jag. X såg förvånad ut och jag sa att han borde titta bakom sig. Han blev först förvirrad och tittade bakom stolen i samtalsrummet, och jag sa att jag menade där han stod på fjället. Jag berättade för honom att jag just kommit fram till samma plåtå, tillsammans med ett gäng klättrare. "Hallå, vilken märklig händelse att vi skulle ha valt samma led", ropade jag.

X suckade skrattande och sa att det var fräckt av mig att ha förstört hans fantiserade metod.

Den som gör bruk av sin fantasi och som även för ett kort ögonblick kan dela ett skratt med en annan person blir oftast mindre rädd för livet. Om vi för ett ögonblick tänker oss våra patienter som fanatiker som behöver bli omvända, så kommer vi tvingas lyssna och ta in den andre. Det kräver att vi själva måste sätta vår föreställningsförmåga på prov. Men det är å andra sidan det roliga.

Daniel Frydman

*Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm*

Det är ingen konst att vara modig – om man inte är rädd



Det sägs att rädslan är det som hindrar oss ifrån att leva. Samtidigt är den också det som gjort att vår art har överlevt. Rädsla har ett oslagbart överlevnadsvärde. Den som förhistoriskt inte aktat sig för ett hot har kunnat sluta som lejonlunch, särskilt under den tidiga epok som präglat oss genetiskt, på Afrikas savanner.

En nylig studie av hur vi reagerar på det ämne i blodet som gör att rovdjur får vittring visade att vi likt andra bytesdjur reagerar med rädsla. Man kan tänka sig att den ängslige kan ha varit den som först vädrat fara, en oro som sprider sig och kan göra att flera blir varse hotet, ungefär som ormfobikern som är den förste att upptäcka eventuella omgivande ormar. Samtidigt kan samma rädsla som en gång hindrat oss från att dö också hindra oss från att leva, nu när vi lämnat savannen för ett kontorslandskap. Det undvikande som var så rätt bland farliga rovdjur kan begränsa oss i onödan i avsaknad av reella hot. Hjärnan kan inte göra skillnad på det som är läskigt och det som är farligt. Ju mer vi undviker, desto läskigare framstår världen. Det som började med en rädsla för ormar kan eskalera och leda till att personen först undviker högt gräs, sedan undviker att åka till sommarstugan och slutligen inte kan dammsuga, av rädsla för den ormlika slangen. Här har exponering med responsprevention helt fantastiska effekter, för den som står ut med den ångest man måste bemästra för att kunna dra nytta av behandlingen. Hjärnan lär sig genom erfarenheten i en gradvis exponering att det som upplevs läskigt inte är farligt, vilket fungerar mot den överdrivna rädslan.

När jag gick min psykoterapiutbildning hade jag förmånen att få hjälpa en man med social fobi. Han hade byggt upp en tillvaro med säkerhetsbeteenden och undvikanden för att förhindra katastrofen, att bli bortgjord. I detta inmålade hörn kom han inte till sin rätt, och han kom inte framåt varken i livet eller arbetet, och kanske det som plågade honom värst, var att han mot sin vilja levde ensam. Inledningsvis arbetade vi kognitivt och med enkla frågor kunde han se att hans farhågor inte behövde vara sanna. När han efter en presentation fick frågor från publiken behövde det inte vara för att han var så nervös att ingen hörde vad han sade. Ett alternativ förklaring var att han hade väckt sina åhörarens intresse. I behandlingen ingick att hålla en presentation för en arrangerad grupp, och då med och utan säkerhetsbeteenden. Inledningsvis fick han

då använda alla sina tidigare knep, med att läsa innantill ur ett papper, hålla det i båda händerna och undvika ögonkontakt. Det som hände då var att åhörarna mest uppmärksammade dessa beteenden, istället för att lyssna på vad mannen faktiskt sade. Nästa runda blev utan stödhjul, där mannen fick lägga säkerhetsbeteendena åt sidan. Det blev en tuff start, med ymnig pannsvett, men mannen tog sig igenom till dess att ångesten klingade av. Sedan växte han och talade ur hjärtat, såg den välvilliga publiken i ögonen och kunde rentav le mellan varven. Presentationen blev riktigt bra. Något år efter behandlingen fick jag då och då rapporter om fortsatta framgångar. Han berättade om ett möte med Försäkringskassan där han krampaktigt hade hållit i en nyckelknippa och sedan insett att detta var ett säkerhetsbeteende. Med denna insikt hade han lagt nycklarna åt sidan och sedan fokuserat på själva mötet. Mannen hade knäckt koden och kunde generalisera sina lärdomar.

Rädsla kan mycket riktigt begränsa oss, och många skulle väl önska att de var mer orädda. Kanske är det en av anledningarna till att vi fascinerar oss över psykopaterna, som inte känner rädsla som andra. Inuiterna har ett eget ord för en psykopat, med betydelsen: "den som vet hur man gör, men inte gör det". De nordliga psykopaterna kan finna en plats i gruppen, genom att vara de som vågar gå först över isen under jaktpassen. Blir de psykopatiska dragen alltför uttalade har jag förstått att det har funnits en sedvänja att ta ut psykopaten på allt tunnare is, med en upprepade uppmaning om att testa isen lite längre ut. När isen sedan inte längre bar psykopaten åkte sällskapet hem honom förutan.

Det är ingen konst att vara modig – om man inte är rädd, konstaterar författaren Tove Jansson. Därför är det tveksamt om psykopaternas oförmåga att känna rädsla ska klassificeras som mod. När jag frågade min dotter hur hon kände inför att komma hem själv till en ny kompis första gången svarade hon: "Först kommer det att vara läskigt. Sedan kommer jag att vänja mig. Efter det kommer det att vara kul". Ungefär så är det. Kanske är det först när man gör något trots att man är rädd för det, som man verkligen är modig.

Mikael Tiger
*Psykiater
Stockholm*

ANNONS



Foto: Shutterstock

Vikarierande hopp

Tema i detta nummer av Svensk Psykiatri är Rädd att leva. Många av våra patienter kan ha en rädsla att leva. Rädslan kan uttrycka sig på olika sätt och risken är att vi inom psykiatrin med kunskap om många olika diagnoser teknifierar det hela och inte ser patientens existentiella livssituation.

Självklart har vi behandlingsförslag, men vi måste också nalkas patientens livssituation. Det är pinsamt att påminna om att mötet är det som kan hjälpa patienten och får man kontakt kan man sedan använda sin psykiatriska kunskap. Det här kan glömmas i den teknifiering, tidsnöd och de struntmätningar som pågår. I Läkartidningen nummer 18 oktober 2017 volym 114 är ett tema Etik i världens vardag. Här konstateras det självklara: *Vården börjar alltid med mötet. Läkaryrket är ett moraliskt yrke, där vi som kunniga i olika specialistområden skall möta den hjälpsökande och behövande människan.*

I mitt mångåriga kliniska arbete har jag varit med om hur svårt det ibland kan vara att möta den behövande människan. Ibland är patienten så fastlåst i sin sjukdomsbild, att vi inte når varandra. Men jag vet då att envishet i min behandling ofta kan ge ett bra resultat. Ibland finns det faktorer i omgivningen som jag inte rår på, t.ex. Migrationsverkets omänskliga ställningstaganden. Det som jag ändå ofta försöker arbeta med i samtalen när det behövs är att ge ett vikarierande hopp för att patienten kan fortsätta att leva. Jag vill här ge några kliniska exempel.

Under en period var jag ansvarig för en avdelning i slutenvård. Vi fick in en äldre kvinna med en agiterad depression. Depression hos äldre människor kan ofta te sig annorlunda med mer ångest och agitation än hos yngre. Av gamla journaluppgifter framkom att patienten tidigare hade fått ett SSRI-preparat med gott resultat. Då patienten mådde bra, hade man satt ut preparatet. Jag satte in preparatet igen tillsammans med liten dos lugnande medicin. Jag försökte också nå patienten med flera samtal men lyckades inte. Möjligen fick vi ändå viss kontakt, för hon lärde sig vilken tid jag kom till avdelningen. Hon stod innanför dörren och väntade på mig varje morgon. Varje dag sa jag: *"Du kommer att må bra igen, men det tar lite tid innan medicinen verkar"*. Jag upprepade den frasen varje morgon som ett vikarierande hopp för att lugna henne. Plötsligt en morgon stod hon inte innanför dörren. Jag gick in på avdelningen och letade upp henne. Hon sa: *"Jag har inte tid att prata med dig idag. Jag har precis tvättat håret och nu skall jag ut på stan och handla"*. Hon mådde bra igen. Att mitt vikarierande hopp haft någon betydelse för stunden tror jag, även om det är svårt att bevisa.

Nästa exempel är en tonåring vars föräldrar tillhörde både serbiska och kroatiska familjer och flydde under kriget i forna Jugoslavien. Migrationsverket ville inte ge familjen uppehållstillstånd och föräldrarna var förtvivlade och djupt störda. Pojken mådde sämre och sämre och höll till slut på att bli apatisk. Jag försökte hitta ett vikarierande hopp. *"Om du får stanna i Sverige, vad vill du då göra?"* *"Jag vill förstås gå i skolan och sedan spela fotboll som jag alltid gjort tidigare."* *"Vilken plats i laget brukar du spela på?"* frågade jag. *"Jo, jag är vänsterytter"*, sa han. *"Är du vänsterytter? Då kanske du är vänsterfotad?"* sa jag. *"När jag var i din ålder spelade jag ofta fotboll och jag var vänsteryt-*

ter eftersom jag är vänsterfotad", fortsatte jag. Plötsligt fann vi varandra och jag kunde stödja honom bättre i hans förfärliga livssituation. Han kämpade på utan att ge upp. Efter ett tufft nytt intyg till Migrationsverket om pojken som höll på att bli apatisk och sängliggande, gav sig Migrationsverket som man faktiskt gjorde på den tiden, till skillnad från idag, och familjen fick stanna. Familjen flyttade till en ort i södra Sverige och jag släppte kontakten. Några år senare fick jag ett brev från pojken. Han skrev *"Nu mår jag bra och går i gymnasiet och är med i ett fotbollslag. Jag spelar vänsterytter!"*

Mitt tredje exempel gäller en ensamkommande flyktingpojke, där jag inte har någon makt över hans liv. Han har tagit mig i hand på att han för närvarande inte skall ta sitt liv, men ser inte någon framtid alls. Han är deprimerad och har tidigare gjort ett allvarligt självmordsförsök. Han fyller alla kriterier på posttraumatiskt stressyndrom. När han nu för första gången i sitt liv förstod sin diagnos och varför, var det en aha-upplevelse, men självklart är han fortfarande livrädd. Posttraumatiskt stressyndrom är i hans fall inte bara en ångestbild som finns kvar utan självklart en rädsla för livet. Tyvärr kan han inte fly eller slåss mot Migrationsverket, som om det vore ett lejon som kom emot honom. Jag försöker ge honom ett vikarierande hopp. Pojken är född och uppvuxen i Iran ditt föräldrarna flytt. Han har varit med om förfärliga upplevelser som Migrationsverket inte tror på och inte heller på pojkens allvarliga sjukdomsbild. Ett självmordsförsök som hade slutat med döden, om han inte fått slutenvård är ju bara ett försök pojken gjort för att skrämja Migrationsverket och få uppehållstillstånd. Pojken skall utvisas till Afghanistan, ett land han inte har någon som helst relation till. Men man kan ju inte bryta mot Barnkonventionen, så det första Migrationsverket gjorde var att höja hans ålder till 18 år utan några som helst undersökningar och då är han ju totalt vuxen.

Pojken är mycket begåvad och förstår svenska. Min fråga om vikariande hopp blev då: *"Vad vill du göra om du får stanna i Sverige?"* *"Jag vet inte"* svarade han. *"Jag får ju aldrig stanna."* *"Har du inget hopp inför framtiden?"* frågade jag. Han förstod direkt ordet hopp, att hoppas att något kan bli bra. Ja sa *"Ordet hopp i Sverige har två helt olika betydelser. Dels gäller det att tro och hoppas att något kan bli bra i framtiden. Men ordet betyder också"*, sa jag och reste mig framför honom och hoppade upp och ned, *"att göra ett hopp upp i luften"*. Pojken började skratta och förhoppningsvis fann vi varandra. Sedan sa jag, *"när dina tankar blir för djävliga om din förfärliga livssituation, då skall du ibland ställa dig upp och hoppa några gånger och tänka på den här knäppa doktorn, vad han menar"*. Jag hoppas att jag på något sätt ändå kan ge ett litet vikarierande hopp i den kamp vi fortsätter.

Lars Albinsson

Med. dr., specialist i psykiatri
lars.albinsson@hotmail.se

Cancerdrabbad – hur börjar man om?

När jag fick frågan om jag vill skriva något i Svensk Psykiatri's temanummer "Rädd att leva", om mina erfarenheter av att arbeta med cancerpatienter fick jag tänka till litet. Under min tid som onkolog, de senare åren med inriktning mot rehabilitering, har jag följt många människor som drabbats av cancer och hört deras berättelser. Min känsla är att bara enstaka blir så rädda att de "stänger igen butiken" och förbereder sig på att dö. Merparten av de jag möter, och det är ofta de som inte riktigt reder upp rehabiliteringen för egen maskin, är verkligen kämpar trots de nya ovälkomna förtecken livet bjuder.

Oavsett vilken cancerdiagnos man drabbas av kan det leda till ett stort skifte i livet. Om man, förutom sin cancerdiagnos och operation, behöver gå igenom omfattande onkologisk behandling med t.ex. cytostatika, strålning, antikroppar och endokrin behandling, är naturligtvis påverkan på livet ännu större. Dessa behandlingar sträcker sig över månader och år, även om de ges i kurativt syfte.

När jag håller i rehabiliteringsgrupper för kvinnor som genomgått cytostatikabehandling av sin bröstcancer brukar jag inleda med att säga ungefär så här:

"I det här skedet av cancerbehandlingen brukar de flesta som jag mött beskriva att de upplever många förändringar sedan de fick sin diagnos" – och sedan beskriver jag nedanstående:

Identiteten förändras från "en som brukar vara frisk" till "cancerpatient".

Kroppen ser inte ut och fungerar inte som man är van, kanske är man osäker på hur man kan använda kroppen och vad den klarar. Många beskriver också en känsla av att kroppen svikit.

Relationer blir annorlunda

- till familjen – annan balans i vardagslivet när orken tryter
- nya roller till vänner – en del som man trodde skulle ställa upp försvann och andra man inte förväntade sig skulle komma till hjälp tog ett kliv in
- till arbetsplatsen – från "mitt i karriären" till "en som är sjukskriven"

Orken är inte densamma – många drabbas av fatigue, en sorts fysisk och mental trötthet som inte går att vila bort.

Känslolivet påverkas också för många nu, med oro för återfall, ökad stresskänslighet och ängslan, kanske humörsvängningar. Dessutom beskrivs känslan av skuld – har jag själv åsamkat mig den här sjukdomen genom hur jag levt?

Sexualiteten påverkas också, bland annat av biverkningar från t.ex. endokrin behandling.

Ekonomin försämras efter lång sjukskrivning.

Och som om inte detta vore nog blir den **kognitiva förmågan** nedsatt – man har koncentrationssvårigheter, svårt att hålla många bollar i luften, känner sig inte lika mentalt skarp.

Naturligtvis kan bilden se olika ut beroende på vilken behandling man fått och alla får inte alla symptom men en kvinna sa efter en sådan dragning i gruppen – Har du suttit som en fluga på väggen hemma hos mej eller ☹

Så hur kan man hjälpa sig själv att komma tillbaka – till sig själv, till sina relationer och till arbetslivet efter en sådan här smocka – när det är gungfly under fötterna på så många plan. Hur kan man hitta fast mark?

Jag träffar de här personerna på mina båda arbetsplatser, den ena i akutsjukvården där jag just nu bygger upp en onkologisk rehabiliteringsverksamhet tillsammans med sjukgymnaster, kuratorer och dietister och även onkologer och sjuksköterskor. Det här teamet har också sedan många år haft förmånen att ha tillgång till psykiater, Ullakarin Nyberg. Syftet är just att hjälpa cancerpatienter, gärna i grupp, att komma på banan igen efter den onkologiska behandlingen. Fysisk aktivitet är ju, föga förvånande, en hörnsten här, både under och efter behandling.

Den andra arbetsplatsen är ett onkologiskt rehabiliteringscenter där vi tar emot patienter för en rehabiliteringsperiod på 5 eller 12 dagar. Deltagarna får då ett ganska digert schema med olika typer av fysisk aktivitet – träning på gymmet, bassängträning, mediyoga, stavgång mm. Även samtal i grupp med psykolog flera ggr per vecka och föreläsningar om t.ex. fatigue och kost ingår. Det finns möjlighet till massage och kreativ verksamhet.

De som drar sig undan världen



Min erfarenhet är att en sådan rehabiliteringsperiod kan utträta underverk! Ibland kan jag skriva in en deltagare som jag märker är helt under isen och få impulsen att sätta in antidepressiva bums – men jag hejdar mig, ger rehabiliteringen en chans att verka. Vid utskrivning kan det vara som en ny människa som sitter framför mig. Lugnare, gladare, bättre styrka och kondition, en ny lust att leva. Magiskt.

Mitt intryck är att en stor del av "tillfrisknandet" handlar om att kunna dela sin erfarenhet med andra som har liknande erfarenheter. Det onormala blir normaliserat. T.ex. fatigue och kognitiva biverkningar som kan gå med mycket skam.

En annan faktor som jag uppfattar underlättar återgång till livet, är att man kan se det goda som för en del kommer ur cancerprocessen. Det kan till exempel vara att man bestämmer sig för att sluta stressa eller fullt ut börjar uppskatta sina relationer. Eller att man helt enkelt verkligen vill ta vara på livet. Väldigt många beskriver spontant en känsla av ökad livsnärvaro.

För merparten brukar det gå bra att komma tillbaka i arbete om man får ta det i sin takt. Efter till exempel bröstcancerbehandling kan det ta upp till ett år innan man känner sig helt i form igen både psykiskt och fysiskt.

Svårast brukar det vara att komma tillbaka till arbetet om man redan tidigare vantrivdes på jobbet eller om relation till chef och kollegor inte fungerat i den nya situationen. Svårt blir det förstås också om biverkningar som smärta, extrem fatigue eller svårbehandlad ångest biter sig fast.

Ur ett större perspektiv är jag säker på att ovanstående rehabiliteringsinsatser är väl investerad tid för både patienter, vård och samhälle.

Skulle liknande rehabiliteringsupplägg kunna ha en plats i den psykiatriska vården?

Anna Wrangsjö

*Specialist i onkologi, Grundutbildning i psykoterapi med vidareutbildning i Acceptance & Comittment Therapy (ACT)
Lärare i Mindfulness (MBSR),
Mediyoga och Mindful Self-Compassion (MSC)
Onkologkonsult - Capio St Görans Sjukhus AB
Överläkare - Rehabcentret Sfären*

Hundratusentals japanska ungdomar isolerar sig på sitt rum i föräldrahemmet, ofta i årtal. Dessa hikikomori varken studerar eller arbetar och har mycket begränsade kontakter med omvärlden. Den dagliga sysselsättningen består till stor del av internet, dataspel och TV-tittande. Vissa kommer inte ens ut för att äta utan är beroende av att familjen, dvs. vanligtvis modern, ställer fram mat utanför deras dörr. För sin försörjning förlitar de sig på sina föräldrar.

Fenomenet började uppmärksammas i slutet av 1990-talet. Uppgifter om antalet hikikomori varierar något men en vanlig uppskattning är att det rör sig om ca 700 000 individer i en befolkning på totalt 127 miljoner. Ca 3/4 är män, ofta den äldste sonen, och genomsnittlig debutålder är 15 år. Det ses som ett stort problem att så många unga drar sig undan arbetsmarknaden i en nation med en åldrande befolkning och lågt födelsetal. Hjälporganisationer, t.ex. New Start, gör insatser för att bryta isoleringen och få ut ungdomarna i livet igen. Man har halvvägsboenden och praktikplatser. De har även ett system med s.k. hyrsysstrar- eller bröder som kan anlitas för att få hikikomorin att lämna sitt rum. Tanken är att en ung människa kan ha lättare att etablera kontakt än föräldrar eller andra från vuxenvärlden.

Den traditionella japanska familjestrukturen, mobbning och skolfrånvaro samt hårda krav på att lyckas och en osäker arbetsmarknad är några av de faktorer som pekats ut som orsaker till tillståndet. Det förekommer även i andra asiatiska länder som Sydkorea och Kina och man har tolkat det som ett kulturellt fenomen, men liknande tillstånd finns i många länder. I Storbritannien kallas de NEET (Not in Education, Employment or Training) och i Sverige finns på flera orter Hikikomoriprojekt som riktar sig till unga "hemmasittare". Eftersom dagens samhälle med alla sina utmaningar ses som starkt bidragande finns det farhågor om att hikikomori ska bli ett växande problem även i västvärlden.

Tove Gunnarsson

*Psykiater
Stockholm*

Referenser: se svenskspsykiatri.se





"Hej då"

Foto: Antonio Guillem/Shutterstock

En tisdagsmorgon cyklar jag som vanligt till mitt jobb på en psykosavdelning i Stockholm. Den första novemberfrosten har kommit och allt känns krispigt och friskt där jag susar fram på väg mot en ny arbetsdag.

Många svårbehandlade patienter ligger inne men förmiddagen är ändå lugn. Jag får en stund över och går igenom osignerade journalanteckningar inne på expeditionen.

Jag börjar längst ner på listan och betar mig uppåt. En patient väcker särskilt tydliga minnen. När jag ser hennes namn undrar jag:

Hur gick det sen?

Jag öppnar journalen och möts av avgångskod Avliden.

Första gången du kom till oss på psykiatrin var med polis. Du hade skadat dig själv. Din hjärna var sedan länge kidnappad av droger.

Du var vild och bångstyrig. Man sade det var psykos. Du var streetsmart.

Förvånansvärt fräsch och snabb i huvudet trots alla droger som passerat ditt blodomlopp. Du var bostadslös, medellös, arbetslös och telefonlös. Du var krävande och tånjde på personalens gränser maximalt. Du gapade och skrek i högan sky så fort du inte fick som du ville.

- JAG VILL HA STESOLID NUUUUUU vrålade du över hela avdelningen. Jag stängde in mig med kollegor på expeditionen för att andas lugnt en stund.

Såret efter knivskadan läkte inte riktigt bra. AT-läkare skrev remiss till kirurgakuten. Jag följde med eftersom du tvångsvårdades.

Du gjorde entré på akuten med buller och bång, ingen undgick att se eller höra dig. Du gapade och skrek och lyckades tränga dig före alla i kön.

Du fick den fromma Röda Korstanten att hämta kaffe och bulle i ett nafs.
Sedan krävde du av tålmodig sjukhuspersonal att få komma in NUUUU.

Medan du flög omkring som en skottspole i vänt-rummet satte jag mig ner.

Jag tänkte:

Om jag vore ensam med dig på en öde ö skulle jag göra slut på dig.

Plötsligt blev du tyst. Jag halade upp min platta från handväskan för att läsa något. Pusta ut för ett ögonblick.

Efter en stund sade du:

- Jag vill träffa mina barn. De är kidnappade, de har placerat dem i ett fosterhem.

Jag kände:

Aj, det där gör ont.

Jag lade ifrån mig plattan.

Du sade klart och redigt:

- Jag har ingenting av det där du har. Jag har ingen telefon eller platta som du, jag kan inte lyssna på musik som är det enda som lugnar mig.

Jag kände:

Ännu mera ont.

Inne hos kirurgen fick du låna min iPhone för att stå ut. Du höll telefonen hårt i din hand och lyssnade koncentrerat på Laleh.

Nästa dag hade du pengar från socialen. Jag var din bundsförvant. Du fick mig att cykla till Teknikmagasinet och köpa den billigaste kontantkort-telefonen. Du fyllde på den med femtio kronor. Du var nöjd, log till och med. Du lyssnade på din egen musik via avdelningens WiFi.

Andra gången du blev inlagd hos oss kom du via beroendekuten. Telefonlös, medellös och fortfarande bostadslös.

Allt du ägde var en plastpåse med rulltobak och tändare. Du vrålade och skrek. Personalen suckade, här igen? Inte är väl detta psykos?

Socialekreteraren kom i retur med nya pengar.

Ännu en cykeltur för att köpa telefon men pengarna räckte inte. Efter någon dag hade du fixat en begagnad iPhone, gud vet var någonstans ifrån.

Du sade:

- Jag vill få ordning på mitt liv. Jag vill träffa mina barn.

Jag tänkte:

Du har uppförsbacke, kan det gå?

En dag såg jag dig hålla en medpatient i handen på avdelningen. Ni hade fått kontakt, du tyckte om henne.

Hon hade missbrukat ännu längre än du. Hon var sliten och tård, ni stöttade varandra.

Jag hörde dig säga :

- Du är som en morsa.....jag skulle vilja ha kontakt med min familj igen.

Jag tänkte:

Finns det hopp?

Efter två veckor är du färdigvårdad och skrivs ut.

Till ett HVB-hem. Jag minns när du åkte.

Jag hade beställt sjukresa, du rafsade ner dina få pinaler med en väldig fart i Landstingets bruna papperspåse och säger på ditt rappa sätt: Hej då!

Innan jag ska signera min sista anteckning på dig minns jag en annan yngre patient. Välkänd hos oss, jag satt extravak hos henne på MIVA för några år sedan, Hon hade hittats ute i en park sönderskuren och berusad.

Vid sängen hade patienten en svart ryggsäck. Hon ville ha sin telefon så jag började rota i väskan och hittade i botten bland blodiga trasor ett krossat vinglas och ett tummat fotografi på patienten som liten med sin mamma och pappa. Föräldrarna hade dött i en olycka något år tidigare.

Den annars så tillknäppta patienten var pratsam efter alla tabletter hon tagit. Jag minns hur jag passade på att ställa så många frågor jag kunde där jag satt på en pall bredvid sängen.

- Jag har inga rötter kvar nu när mina föräldrar är döda. Jag har ingen respekt för mitt eget liv. Jag är

ensam, olycklig och taskig mot alla i min omgivning sade patienten sanningsenligt. Men jag skulle kunna tänka mig ECT tillade hon sluddrigt efter en stund. Två veckor senare suiciderar patienten.

Jag signerar min sista anteckning. En patient knackar på dörren till expeditionen, jag ser honom genom glasfönstret. Jag lämnar datorn och går ut på avdelningen. Detta är mitt jobb i akutpsykiatri.

Vissa går inte att rädda, eller hur?

Lena Carlsson

Mentalskötare

Psykiatrisk slutenvård i Stockholm



Kommentar

En fråga jag ofta möter när nollvisionen om självmord kommer på tal är: Går det verkligen att rädda alla? Den frågan är förstås befogad och svaret är nej, om man menar att vi någon gång i framtiden kommer att kunna förhindra alla självmord. Människor dör av svår och kronisk sjukdom, vare sig den är fysisk eller psykisk. Förutom sjukdom finns andra svårigheter i människors liv som ingen professionell person kan göra något åt, hur mycket vi än anstränger oss.

Det är ofta svårare att avlägsna sådant som tynger människor i deras liv än att förstärka det som gör livet lättare att uthärda och var och en av oss kan förstärka skälen att leva hos dem vi möter. Genom att vara välkomnande, accepterande, engagerade och respektfulla minskar vi känslan av utanförskap som många självmordsbenägna individer brottas med. Ingen människa klarar att lösa alla sina problem på egen hand; man behöver relationer och det tillhandahåller vi inom vården. Så, vi kanske inte kan rädda alla, men vi är duktiga på att förlänga livet för våra patienter, som den fina texten ovan visar.

Ullakarin Nyberg

Ordförande SPF



MASTERCLASS PSYCHIATRY

Transcultural psychiatry – Diagnostics and treatment

In collaboration with the Maudsley Hospital and the Tavistock Clinic, London.

Check out the full programme and register on our website:

masterclasspsychiatry.se



Photo: Graeme Richardson

Samhällsintresserade kollegor se hit!

Svenska Psykiatriska Föreningen får årligen en mängd remisser från bland annat Socialdepartementet, Svenska Läkaresällskapet och Sveriges Läkarförbund att besvara. Remisserna avser aktuella vårdfrågor och svaren är viktiga underlag för beslutsfattarna. Nu söker vi intresserade kollegor att adjungera för hjälp att läsa och sammanfatta så att styrelsen därefter kan formulera välgrundade svar. Hör av dig med mejl till någon av oss i styrelsen (se hemsidan) om du är intresserad.

Styrelsen
Svenska Psykiatriska Föreningen



Senaste nytt från SPFs Utbildningsutskott

Det är viktigt att psykiatriker ges förutsättningar att fortsätta utveckla sig professionellt och utöka sin kunskap genom hela yrkeskarriären. Efter grundutbildningen, under allmän- och specialisttjänstgöring, är utbildningsinslagen tydligt reglerade och målbestämda. Som färdig specialist har man däremot inte något reglerat krav eller några målbeskrivningar att uppfylla.

Som kliniker är det lätt att man blir uppslukad av alla måsten som ska utföras innan man förhoppningsvis kan ta sig tid till att läsa en nyutkommen artikel, ta del av information om nya läkemedel eller diskutera komplicerade fall med kollegor. För att kunna fortsätta att utveckla sig tänker jag att det behövs rätt "mylla". De yngre och mindre erfarna kollegorna behöver och får stöttning och handledning, men även de mer erfarna torde utvecklas av ett forum där komplexa patientfall, nya behandlingar och nya forskningsrön kan diskuteras. Förutom att det kan bidra till förstärkt kollegialt samarbete, ökad känsla av delaktighet samt större tillfredsställelse över sitt eget arbete kan det påverka den kliniska vardagen. Om man lyckas skapa en sådan grogrund kan det leda till snabbare implementering av nya behandlingsmetoder, en tydligare samsyn på vilken behandlingsmetod som bör väljas och vad man ska undvika. Detta bör till sist också gagna patienten, de får i större utsträckning vedertagen behandling oavsett vilken läkare de träffar.

SPF arrangerade en kongressresa till WPA i Berlin som jag hade förmånen att delta i. Det var en mycket givande och innehållsrik kongress. Jag hade svårt att välja vilka föreläsningar jag skulle gå på för att det var så många intressanta alternativ som gick av stapeln samtidigt. Det starkaste intrycket från kongressen var ändå inte de inspirerande föreläsningarna på dagarna, utan de gemen-

samma träffarna vi hade på kvällarna då de föreläsningar vi gått på diskuterades. Den kollegiala "myllan" frodades verkligen där. Jag har under hösten deltagit i en inspirerande och utmanande METIS-kurs i neurovetenskap för specialister i Umeå. Det jag uppfattade som utmanande var att vi psykiatriker också måste börja tolka MRI-bilderna på patienterna som vi remitterat eftersom vi har kunskap om de psykiatriska symtomen, om vilka strukturer och bansystem som kan vara involverade där ev. strukturella förändringar påvisats. Det har lett till flera diskussioner med kollegor som även de inspirerats av utmaningen att se på MRI-bilderna ur ett neurovetenskapligt-psykiatriskt sätt.

Jag har lite prestationsångest inför kommande deadline på examinationsuppgiften som jag måste ge mig i kast med. Samtidigt har jag ett leende på läpparna: Vilken förmån att gå på kongresser och att få möjlighet att fortbilda sig. Det är en tillfredsställelse att känna att man fortsatt måste lära sig nya saker och att man aldrig blir färdig som psykiatriker.



Jonas Rask
Ordförande Utbildningsutskottet



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 Föreningens första organiserade kongressresa blev en succé!

Rapport från WPA 8-12 oktober i Berlin



32 psykiatrer från olika delar av Sverige sammanstrålade på Swiss-hotel, nära Kurfürstendamm i Berlin för att delta i World Psychiatric Associations årskongress i Berlin. Vård för årets kongress var DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie), som är den tyska storasystem till SPF (DGPPN har ca 9000 medlemmar).

Programmet hade en bred spridning av teman med något lös anknytning till fokusområdena komorbiditet mellan psykiska och somatiska sjukdomar, samhällsfrågor relaterade till psykisk ohälsa, sjukdomsprevention och tysk tradition avseende psykopatologi.

De svenska deltagarna som bokade genom SPF avnjöt en service där det ingick bokning av flygresor, transfer mellan flygplats och hotellet, två gemensamma middagar och ett eget seminarium på hotellet varje kväll, där deltagarna kunde utbyta erfarenheter från dagens program. Seminarierna uppskattades av deltagarna, som upplevde att de underlättade att konsolidera minnen genom att man återberättade det som man hade tagit del av och bytte information med varandra.

Det var särskilt roligt att som tyskfödd psykiater och tidigare Berlinbo kunna fungera som "Reiseleiter", välja trevliga restauranger och bidra till att resan gick smidigt för deltagarna. Själv utnyttjade jag även möjligheten att lyssna på föreläsningar och delta i seminarier på tyska som kanske inte skulle ha ägt rum i Sverige. (Ca 20 % av föreläsningarna och seminarierna hölls på tyska.) Egenskaper som kännetecknar tysk psykiatri skulle jag beskriva som ett stort utrymme för pluralism, ett utpräglat intresse för psykosomatiska frågeställningar och en stark filosofisk tradition.

Särskilt vill jag framhäva ett symposium som ordnades av DGPPN:s eget utskott för "Spiritualität und Religiosität" med titeln Existentielle Trauer – ein Dialog zwischen den Weltreligionen, Psychiatrie und Psychotherapie (Existentiell sorg – dialog mellan världsreligionerna, psykiatri och psykoterapi). Psykiatrer med olika kulturella bakgrunder refererade kring hanteringen av existentiell sorg ur islamiskt, kristet, judiskt, buddhistiskt, Bahai och ett agnostiskt perspektiv. I en efterföljande paneldebatt diskuterades hur religiösa, spirituella och världsliga resurser skulle kunna användas på ett meningsfullt sätt i en professionell terapeutisk kontext. Symposiet var mycket välbesökt med över 500 deltagare.

På tyska gavs även en sammanhängande kurs i psykofarmakoterapi vid somatisk grundsjukdom, som sträckte sig över en hel förmiddag och hölls av professor Christian Lange-Asschenfeldt, Düsseldorf. Seminariet täckte systematiskt specifika frågeställningar kring psykiatrisk farmakoterapi vid hjärt-kärlsjukdom, lever- och njursjukdomar samt epilepsi, och praktisk vägledning i hur risker med interaktioner mellan psyko- och annan farmakologisk behandling kan minimeras. Ett sådant sammanhängande seminarium skulle säkert väcka stort intresse även i Sverige och kan ge idéer för framtida vidareutbildningsinsatser från SPF:s sida.

Sammanfattningsvis var det en lyckad första kongressresa, som uppskattades av deltagarna. Vi i Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse vill gärna ordna flera sådana resor och har börjat diskutera vilken kongress vi vill välja ut för nästa år. Vi är tacksamma för era synpunkter!

Michael John

SPF:s styrelse

Foto: Jonas Rask



rTMS

Referat från

WPA-kongressen

På onsdagsmorgonen deltog jag i en workshop om repetitiv transkraniell magnetstimulering, rTMS. Det började med en föreläsning där behandlingens principer och bakomliggande teori diskuterades. Därefter presenterades studier med andra behandlingsindikationer utöver den etablerade behandlingen mot depression. De andra tillstånden som hade undersökts var bland annat symtomlindring efter traumatisk hjärnskada, reducering av symtom vid autismspektrumtillstånd, katatoni vid depression, OCD, bulimia nervosa och alkoholberoende.

Efter föreläsningarna förevisades en TMS-apparat. Vi fick beskrivet hur man går tillväga vid en behandling, hur man bestämmer motor-threshold och hur man orienterar den handhållna magnetspolen för att stimulera på det område man bestämt sig för. Flera av deltagarna fick sedan prova på att magnetstimulera. Föreläsarna ställde glatt upp som försökspersoner samtidigt som de fortsatt instruerade oss i handhavandet. Deltagarna fick som avslutning med sig en informativ och välgjord introduktionsmanual. Framtiden får utvisa om det kommer fler indikationer för rTMS-behandling.

Text och foto:

Jonas Rask

Styrelsemedlem i SPF

Att leda som kvinna för framtidens psykiatri

Rapport från WPA 2017 i Berlin

Varför är det fortfarande fler män än kvinnor i toppositioner, trots att det finns så många duktiga kvinnliga psykiatrer? Med denna fråga inleddes ett mycket inspirerande symposium med rubrik "Women leadership in psychiatry". De fyra talarna kom från Schweiz, USA, Österrike och Pakistan. Fyra kvinnliga psykiatrer från fyra olika sammanhang och kulturer, med en gemensam utgångspunkt: när ett yrke går från mansdominerat till kvinnodominerat leder det ofta till lägre status och lägre löner. Många av oss tycker kanske inte att det är ett så stort problem, för var och en personligen. Men vad innebär det för vår profession? För psykiatrin, för patienterna? Föreläsaren hävdade att det här är ett jätteproblem för professionens framtid och jag kan bara hålla med henne.

Jag var lite skeptisk inför symposiet, måste jag erkänna. Jag bor ju i ett modernt land, Sverige, jag är uppvuxen i ett italienskt matriarkat och hade antligen släppt tanken på den där handledaren som för länge sedan gjorde mig så frustrerad då hon hänvisade alla problem till könsroller. Antagligen var hon lika frustrerad på mig, som vägrade att ta på mig offerkoffan. Vi var ingen bra kombination, kan man konstatera i efterhand. Så nu ville jag utmana mina fördomar och gå på ett symposium med den otvetydiga rubriken "Women leadership in psychiatry". Jag blev inte besviken.

Det var särskilt en av talarna som fångade min uppmärksamhet. Dr. Nada Stotland är inte vilken kvinna som helst. Hon är psykiater och professor i psykiatri och gynekologi på Rush Medical University i Chicago, Illinois. Hon är en av de få kvinnor som har varit ordförande i American Psychiatric Association (APA). På podiet stod plötsligt en liten kvinna som skulle kunna vara min mormor, som levererade sitt politiskt inkorrekt budskap, lika naturligt och självklart som om hon gick igenom nya diagnoskriterier för ICD-11. Rak, bestämd och varm, emellanåt riktigt rolig, inte det minsta förbittrad. Där satt jag som förtrollad, nickade, skrattade, kände igen mig själv och andra, medan mina fördomar flinade åt mig.

Vad sa hon egentligen? Först slaktade hon ett antal myter. Bland annat att kvinnor underminerar andra kvinnor: "inte oftare än män som underminerar andra män". Att kvinnor jobbar färre timmar och deltidsarbete inte är produktivt: "det som spelar roll är hur effektivt man arbetar, inte hur många timmar man gör det". Att kvinnor väljer att prioritera familjen och de nödvändiga karriärstegen krockar (tidsmässigt) med familjebildningen: "det är aldrig för sent". Att ju fler kvinnor som kommer in i ett yrke, desto större chans att det kommer finnas kvinnor i ledande positioner. Att det finns ett "rätt" sätt att leda (männens sätt). Nej, det gör det inte.

Varför skulle man då som kvinna vilja leda? Dr. Stotland hade många förslag på svar, den ena anledningen bättre än den andra. Dem ska jag dock inte nämna, utom en, den sista och enklaste: varför inte?

Bäst var receptet på vad man ska göra om man siktar på ett ledningsuppdrag. Enligt Dr. Stotland handlar det om att arbeta hårt och målmedvetet och ta tillvara de chanser som bjuds. Satsa på rätt saker och prioritera. Det gäller att synas och att ens framgångar syns. Det handlar om att be om råd när det behövs. Vara generös, med måtta och klokskap. Identifiera de personer som är pålitliga. Utveckla sitt sätt att tala och framföra åsikter på. Våga ta plats, våga bestämma. Vara medveten om diskriminering där den finns och bemöta det på ett strategiskt sätt. Komma ihåg att det inte finns ett "rätt" sätt att leda, att det alltid kommer att finnas någon som tycker att du har gjort fel. Och sist men inte minst: att ta hand om sig själv. Det exemplifierade hon med flygplansregeln: "ta först på din egen syrgasmask, innan du hjälper andra".

Avslutningsvis vill jag vända mig till er läsare, kvinnor som män. Vad tycker ni? Har vi goda förutsättningar för kvinnors ledarskap i psykiatrin i Sverige? Eller finns det hinder, i så fall vilka? Vissa anser att det är vi kvinnor som behöver ta för oss mer och sluta förminska oss själva. Håller ni med? Ett bekymmer enligt Dr. Stotland är att yngre kvinnor inte ser de hinder som finns och vill inte ens höra talas om dem. Det kanske ligger något i det. Min (högst personliga) uppfattning är att det är brist på förebilder. Många kvinnor i ledande positioner idag påminner om de individer som Barbro Dahlbom-Hall kallar "förklädda män". Vidare finns några som har gjort "karriär" genom att trampa på andra, vilket inte imponerar. En del fortsätter dessvärre att bruka sin makt som ett vapen för att trycka ner andra, oklart varför. Kanske för maktutövandets skull? Eller är de så osäkra att de måste trycka ner andra för att stärka sitt sköra självförtroende? Oavsett skäl är ett sådant beteende inte det minsta förtroendeingivande. Visst finns det män som gör likadant. Men där finns det fler att välja emellan, om man letar efter förebilder. Jag tycker att alla ledare har ett ansvar att föregå med gott exempel och visa vägen för andra. Det gäller lika mycket, om inte mer, för oss kvinnor. Det handlar inte om att vara bäst eller perfekt, utan att göra så gott man kan och ta ansvar för det. Så skriv, kära läsare! Jag vill veta vad ni tycker, skriv i Svensk Psykiatri eller maila till mig.

Alessandra Hedlund
Psykiater, Stockholm

Artikeln är skriven tack vare ett värdefullt bidrag från Dr. Stotland.





Schumann, van Gogh och Morrison

Referat ifrån WPA-kongressen i Berlin, oktober 2017

SPF anordnade med hjälp av Hans-Peter Mofors en uppskattad kongressresa till Berlin där WPA, dvs. World Psychiatric Association, anordnat en stor kongress där cirka 11 000 delegater deltog.

Första dagen möttes vi av demonstranter mot psykiatri som t.o.m. körde med en likbil och en demonstrant var utklädd till lieman. Det var banderoller med budskap som handlade om att psykiatri dödar och torterar patienter. Även tvångsvård förbannades. På hemvägen verkade det vara någon som fotograferade oss när vi var på väg till tunnelbanan. Det kändes lite märkligt



(man vill ju inte känna sig som liemannen direkt) även om jag upplevt liknande yttringar på andra kongresser.

Kongressprogrammet var en tjock skapelse, med många parallella föreläsningar och symposier. Det fanns i programmet också en sorglig bild på ett par färgade fötter och ett par smala underben som var ihopkedjade. Det handlade om psykiskt sjuka i Benin och på Elfenbenskusten som fick underbenen hopkedjade eller kunde bli kedjade till träd och som betraktades som förhåxade. Värre stigmatisering är svår att föreställa sig och en del dog i fångenskap. Det var trösterikt att få veta att det fanns en organisation med säte i Tyskland som arbetade mot detta.

Programutbudet var synnerligen diversifierat och intressant. Jag var med på ett symposium som var mycket spännande och som handlade om psykisk sjukdom, psykopatologi och kreativitet.

En av föreläsarna berättade om tonsättaren **Robert Schumanns** liv och sjukdom. Schumann (1810–1856) anses vara en representant för högromantiken och var tonsättare, dirigent, musikkritiker och pianist. Speciellt hans sånger är mycket älskade. Han var gift med Clara Schumann och de fick tillsammans 7 barn.

Titeln på föredraget var Robert Schumann's psychopathology: a synthesis of biological and social perspectives with creativity research. Eftervärlden har ansett att Schumann led av bipolär sjukdom, och hans stämningslägesväxlingar med manisk skov var i hög grad var korrelerade till hans perioder av kreativitet. Han hade också lues som han ådragit sig då han i maniska skov var sexuellt överaktiv. När Schumann hade sina depressiva perioder hade han svårt att sköta sina plikter. Hans kreativa liv fick ett dystert slut, då han efter att ha upplevt hemiska röster i två år kastade sig i Rhen för att begå självmord. Han räddades av en fiskare och blev inlagd på ett mentalsjukhus där han enligt Wikipedia och även föreläsaren tillbringade sin sista två år i dovt svärmod tills döden befriade honom. Man kan inte låta bli att tänka på att modern psykofarmakologisk behandling och ECT-behandling mot det dova svärmodet kunde ha räddat den olycklige Schumann.

Dr Andrés Heerlein hade ett anförande om **Vincent van Gogh**; Creativity and schizoaffective disorders – the case of Vincent van Gogh.

Vincent van Gogh levde ett kort liv mellan 1853 och 1890 och blev följaktligen inte åldersstigen. Andrés Heerlein citerade Nancy Andreasen som är en mycket betydelsefull schizofreniforskare och som menar att dessa kreativa människor går före andra människor i sin uppfattning av världen och att dessa begåvade konstnärer hjälper oss i vår förståelse av världen. Dessa personer kunde ha drag av depression, mani eller schizofreni. Dr Andrés Heerlein ansåg att personligheten hos dessa skapande människor var sårbar och mer öppen för tvetydighet. Andrés Heerlein menade dock också att depression kunde vara ett antikreativt tillstånd och han

citerade också Marcel Proust som sade att "There is no artistic creativity without anxiety and despair". Andrés H verkade dock mena att det hämmade kreativiteten att vara deprimerad.

Vincent van Gogh hade psykotiska episoder och tidvis vanföreställningar. Trots detta hade Vincent van Gogh en enorm produktivitet och hans alster är nu näst intill ovärderliga och mycket kända, men under sin livstid sålde han endast en tavla ur sin rika produktion.

Ett trettiotal olika diagnoser har föreslagits som skulle förklara hans svårigheter och Heerlein själv trodde mest på diagnosen schizoaffektiva syndrom. Heerlein menade att van Gogh's sjukdom faciliterade hans enorma produktivitet. Konstnären hade en stark originalitet i sitt konstnärsskap och förebådade den moderna konstens framväxt. Föreläsaren tog som exempel tavlan "Stjärnennatt" som exempel på modernitet, genialitet och som förebådade något nytt inom konsten. Vincent van Gogh var en svår person och hade inga vänner, ingen partner utan den viktiga och närmast livsuppehållande kontakten var med brodern Theo som stödde honom under hans liv. Vincent van Gogh begick självmord.

Dr Rainer M Holm-Hadulla, verksam i Heidelberg, höll ett föredrag betitlat The myth of genius and madness enacted in modern pop-music. Det handlade om unga självförbrännande musiker som **Jim Morrison** som sannolikt hade en bipolär sjukdom och som levde ett kort men intensivt liv. Dr Holm-Hadulla jämförde Jim Morrison med Mick Jagger och jämförde dessa popmusikers liv. Enligt Holm-Hadulla var Mick Jagger en bildad, strukturerad och betydligt mera disciplinerad person och som inte förlorade sig helt i missbruk vilket Jim Morrison gjorde. Holm-Hadulla lade en stor vikt vid disciplin och att det var viktigt för att det skulle bli ett resultat av begåvningen och kreativiteten. Morrison är med i den fatala 27-årsdödsklubben och Hadulla visade en sorglig bild på honom när han var stadd i förfall och en bild där han tittade in i kameran med ytterst melankolisk blick.

Jim Morrison har fällt yttrandet "All games contain the idea of death" och han levde ytterst destruktivt och förstörde sin kreativitet och ytterst sitt liv pga. alkohol- och drogmissbruk. Hadulla-Holm menade att det har funnits en förhoppning sedan tusentals år att alkohol och droger kan inspirera till ökad kreativitet. Men som sagt, det är bättre att hålla sig nykter och drogfri för att poesin ska bli skriven och tavlan målad.

Det var ett litet axplock ur det omfattande utbudet och det roligaste av allt var ändå att träffa dessa trevliga psykiatrer som var med på resan till Berlin.

Vid pennan
Cecilia Mattisson
Docent, överläkare

ANNONS

ANSLAG FRÅN L.J. BOËTHIUS' STIFTELSE

Styrelsen för Lars Jacob Boëthius' stiftelse får härmed meddela att bidrag kan sökas ur stiftelsen.

Stiftelsens avkastning skall enligt testators önskan, som det uttryckts i testamentet den 11 augusti 1930, användas för att hjälpa "med nervsjukdom behäftade, mindre bemedlade, dock icke av stat eller kommun avsevärt understödda, svenska medborgare, vilkas fysiska och psykiska lidande kan, om icke fullständigt botas, så åtminstone lindras eller förbättras". Detta syfte skall enligt testator bäst kunna uppnås genom att inrätta sjukhem för unga människor, varvid unga män skall ges företräde. Missbrukssjukdomar, psykotiska tillstånd eller svårare fysiska handikapp är enligt stiftelseurkunden uteslagna.

Även om bidrag till sjukhem fortfarande kan erhållas anses stiftelsens syfte i nuläget bäst kunna tillgodoses genom att medel från stiftelsen används för uppbyggnad av lämpliga vårdinsatser för patienter i öppen vård. Sådan vård kan främjas genom utvecklande av olika psykoterapiformer/andra behandlingsformer. Tänkbara målgrupper är patienter med affektiva sjukdomar, ångesttillstånd av varierande genes t.ex. sociala fobier, självmordsbenägenhet och liknande tillstånd. Företräde ges projekt som gäller unga män. Vidare ges företräde åt sökande som är beredda att utveckla strategier och projekt som syftar till en systematisk utvärdering av behandlingsresultaten.

Styrelsen förutsätter att sökanden i tillämpliga fall ansöker och får godkännande enligt lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor.

Bidrag kan inte lämnas till enskild för vård och behandling och inte heller till utbildning.

Ansökningshandlingar ska skrivas på svenska och skickas in i 5 exemplar till sekreteraren Kerstin Bendz, Djurholmsvägen 34, 183 52 Täby, tel: 08-768 14 90 eller 0708- 39 75 70, som även lämnar ytterligare upplysningar.

Ansökan skall ha kommit in senast tisdagen den 20 mars 2018. **(Särskilda ansökningsblanketter finns inte).**

Ansökan skall innehålla en beskrivning av projektet, inklusive hur utvärderingen skall ske, med en kortfattad (högst en sida) sammanfattning för lekmän, sökandens meritförteckning samt ett budgetförslag.

Sökande som tidigare beviljats medel ur stiftelsen skall till ansökan foga en redogörelse över det hittills utförda arbetet.

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



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



Konferensen arrangerades av Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) tillsammans med Svensk Förening för Diabetologi och Sveriges Kommuner och Landsting i Malmö 12-13 oktober i den trevliga konferensanläggningen på Malmö Live.

Konferensen tog upp ett väldigt viktigt ämne och jag känner mig stolt över att vara medlem i SPF som på det här sättet visar på samarbetsmöjligheter mellan olika specialiteter och professioner. En liknande konferens hölls för några år sedan i Stockholm och nu hoppas jag att planering för nästa konferens snart påbörjas. Kanske blir det i Göteborg 2020?

Den betydande överdödligheten och översjukligheten i somatisk sjukdom hos personer med psykisk sjukdom är en skamfläck för vården och samhället. Vi vet alla att personer med allvarlig psykisk sjukdom avlider ca 15 år tidigare än normalbefolkningen till stor del pga somatisk ohälsa. Vi vet också att problematiken är likartad för personer med lättare psykisk ohälsa. Det är mer en gradskillnad än artskillnad. Det är uppenbart att vi här har flagranta exempel på ojämlik vård.

Mona Landin-Olsson, professor vid diabetesmottagningen i Lund Skånes Universitetssjukhus SUS, uppmärksammade oss på att patienter med anorexi har 7 gånger ökad dödlighet under 10 års uppföljning jämfört med friska. Har patienten både typ 1-diabetes och anorexi så ökar risken med 35 gångers dödlighet.

På konferensen presenterades många förslag på vad som kan göras för att bättre bemöta och hantera den psykiska ohälsan vid somatisk sjukdom och den somatiska ohälsan vid psykisk sjukdom. Vi

fick chansen att lyssna till dietist, fysioterapeut, etiker, tandläkare med flera. Vikten av hälsosamma levnadsvanor underströks förstås flera gånger. Mai-Lis Hellenius, professor vid kärpreventiv enhet vid Karolinska sjukhuset, påminde oss om att "Sitting is the new smoking". Varje timme vi sitter framför TV förkortar vi vårt liv med 22 minuter hos män och kvinnor över 25 år. Här kom Jill Taube till vår undsättning med pausdanser. Ett så enkelt, roligt, skönt sätt att röra sig en stund och skapa gemenskap. Många goa leenden utbyttes.

Vad ska vi då göra för att åstadkomma skillnad? Öka kunskapen hos många, höja krav och förväntningar för målgruppens hälsa. Hitta kontaktytor mellan olika verksamheter, bistå patienterna att ta sig mellan "stuprören". Vi behöver här som i många andra sammanhang våga fråga och våga be om hjälp. Vi psykiatrer är ju vana att tänka så kring suicidrisk bland annat men behöver bli bättre på att våga fråga om kroppslig hälsa. Glädjande nog efterfrågar per-

Förekomst och relativ risk (RR) för påverkbara riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom

Schizofreni resp bipolär sjukdom jämfört befolkningen i övrigt (De Hert et al 2009)

Påverkbar riskfaktor	Schizofreni	Bipolär sjukdom
Övervikt/ fetma	45-55%, RR 1,5-2	21-49%, RR 1-2
Rökning	50-80%, RR 2-3	54-68%, RR 2-3
Diabetes	10-15%, RR 2	8-17%, RR 1,5-2
Högt blodtryck	19-58%, RR 2-3	35-61%, RR 2-3

sonal på diabetesmottagningar psykologer med diabeteskunskap. Inom barndiabetesvården finns vanligen en sådan resurs.

Huvudspåren på konferensen var "psykisk ohälsa vid somatisk sjukdom" och "somatisk ohälsa vid psykisk sjukdom". Jag tyckte det var ett bra sätt att visa att vi behöver båda perspektiven. Lise-Lotte Risö Bergerlind representerade SPF på ett fantastiskt vis. Hon inledde, avslutade och improviserade en utmärkt och välbesökt föreläsning om självskadebeteende.

Presentationer och program finns tillgängliga här: www.jamlikvard.org/Presentationer.php

Kerstin Lindell

Psykiater

Medicinsk rådgivare, Region Skåne

Kerstin.h.lindell@skane.se

Foto: Lise-Lotte Risö Bergerlind

*God
Jul*



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.

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:

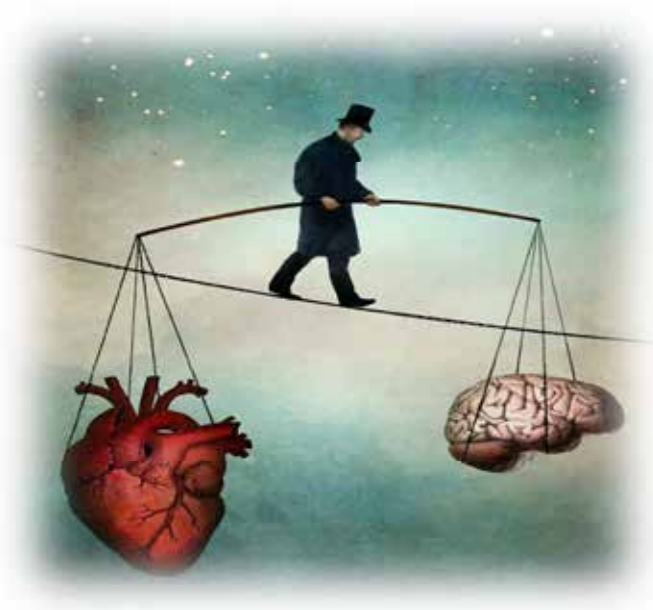
 www.srp.se



Årets förebild inom Barn och Ungdomspsykiatri



Nu är det dags att lämna in Din nominering till
2018 års förebild inom barn- och
Ungdomspsykiatri!



Mottagaren ska vara en person som genom sitt agerande har bidragit till att öka din motivation att fortsätta jobba och verka inom barn- och ungdomspsykiatri. Nominera den bästa kliniska handledaren, den drivna chefen, studierektorn som hjälpte dig genom ST eller någon annan inspirerande, dynamisk, tydlig, stark, klok eller omsorgsfull förebild.

Förutom äran så är priset en gåva, uppmärksamhet i media och främst vår tidning Svensk Psykiatri

Förra årets vinnare hittar ni på <http://www.sfbup.se/utbildning/stp-st-lakare-i-psykiatri/>

Jury

Barn och ungdomspsykiatriska ST-representanter i STP.

**Sista nomineringsdag är 28 februari 2018.
Förslag (namn samt motivering)**

Hederspriset delas ut vid SFBUPs årliga kongress 24-25 maj 2018. Nomineringar till årets förebild kan lämnas till ST representant Tobias Blechinger (tobias.blechinger@vgregion.se) eller lämnas in på STP konferensen på Stenungsbaden i januari 2018.



Svenska Psykiatrikongressen 2018

14-16 mars
Münchenbryggeriet
Stockholm



För elfte året i rad arrangerar Svenska Psykiatriska Föreningen den Svenska Psykiatrikongressen (SPK) som i år hålls i Stockholm.

De senaste åren har intresset för kongressen ökat markant och vi siktar förstås mot att den utvecklingen fortsätter genom att erbjuda ett brett program med många parallella programpunkter. Innehållet spänner mellan den senaste vetenskapliga och kliniska utvecklingen, ledarskaps- och utbildningsfrågor, arbetsmiljö, juridik, berättelser av människor med egen erfarenhet och en rad kulturella programpunkter med anknytning till psykiatrin. Vår önskan är att kongressen ska utgöra en självklar mötesplats för alla oss som är intresserade av att bidra till utvecklingen av svensk psykiatri – läkare och annan vårdpersonal, patienter och närstående, tjänstemän och politiker. Varmt välkomna till Münchenbryggeriet!

Ullakarin Nyberg
Ordförande SPF



	Nobelterrassen	Riddarsalen	Fogelström	Galleriet
09.00-09.45	Incheckning med kaffebuffé			
10.00-10.45	Inledningsanförande Välkommen Aldrig ensam <i>Charlie Eriksson</i> <i>Ullakarin Nyberg</i> OBS! Detta äger rum i Mälarsalen			
11.00-11.45	I den stora sorgens famn - filmen om Ted Gärdestad <i>Hannes Holm, Herman Holm</i>	30 liv i veckan - från tabu-område till Kristallenpriset <i>Ulrika Bokstad m.fl. från SVT's produktionsteam</i> Moderator: Ullakarin Nyberg	Psykoteraapi - är det bara bra eller? - om biverkningar vid psykoteraapi <i>Per Carlbring, Nils Lindefors, Anna Norlén, Alexander Wilczek</i> Moderator: Anna-Maria af Sandeberg	Precisionsdiagnostik och måttsydda läkemedel - utmaningar och möjligheter <i>Jonas Eberhard, Svante Nyberg</i> Moderator: Daniel Lindqvist
12.00-13.00	LUNCH			
13.00-13.45	Allvarligt talat - samtal om etiska frågeställningar inom psykiatrin <i>Stefan Einhorn, Wolfgang Rutz, Åsa Wikforss</i>	Psykiatrisk diagnostik Framtida diagnostiska modeller: domäner, dimensioner och nätverk <i>Johan Fernström</i> Symtom, syndrom, diagnos - risk för missförstånd? <i>Jörgen Herlufson</i>	Introduktion till SPF:s nya Riktlinjer vid beroende och samsjuklighet <i>Åsa Magnusson, Sven Wåhlin</i> Att uppmärksamma alkohol inom psykiatrin <i>Sven Wåhlin</i>	Uppsala Universitet presenterar: Hjärnabbildning i psykiatrisk forskning och klinik <i>Robert Bodén, Andreas Frick, David Fällmar, Malin Gingnell, Jonas Persson</i>
14.00-14.45	Allvarligt talat fortsätter Moderator 13.00-14.45: Ullakarin Nyberg	Psykiatrisk diagnostik fortsätter Utbildning för att hantera komplex psykiatrisk diagnostik <i>Mats Adler</i> Sluta med "neuropsykiatri" <i>Lena Nylander</i>	Cannabis för allmänpsykiatern - allt du velat veta <i>Martin Olsson</i>	Hjärnabbildning fortsätter Moderator 13.00-14.45: Lisa Ekselius
14.45-15.15	KAFFE			
15.15-16.00	Oredlighet i forskning, erfarenheter från Macchiariniärendet <i>Bengt Gerdin</i>	Psykiatrisk diagnostik - dåtid, nutid och framtid Psykiatrisk diagnostik ur ett filosofiskt perspektiv <i>Fredrik Svenaeus</i> Gemensam diskussion Moderatorer 13.00-16.00: Herman Holm, Daniel Lindqvist	Integrerad behandling med KBT vid depression och alkoholbrukssyndrom <i>Åsa Magnusson, Olof Molander, Anna Persson</i>	Nya behandlingsmetoder Psykiatrisk neurokirurgi - forntid och framtid <i>Patric Blomstedt</i> rTMS-magnetstimulering vid psykiatrisk sjuklighet <i>Robert Bodén</i>
16.15-17.00	Nu räcker det - stoppa utmattningsepidemin i läkarkåren! <i>Alexander Wilczek, Marie Åsberg</i>	Vem bör leda psykiatrisk verksamhet? Om psykiaterns ansvar! <i>Lars Jacobsson, Tobias Nordin, Svante Nyberg, Lise-Lotte Risö Bergerlind, Anna Stenseth</i> Moderator: Ullakarin Nyberg	Kliniska erfarenheter i tre delar från ett komplext patientfall <i>Johanna Bargholtz, Thomas Eklundh, Ann Frånberg, Göran Isacson, Maria Larsson, Kristina Lindwall Sundel</i> Moderator: Lena Backlund	Ketamin - Dröm eller mardröm för psykiatrin? <i>Pouya Movahed</i> Moderator 15.15-17.00:
17.15 -	MINGEL I MÄSSHALLEN			



	Arkaden	Milles	Poseidon
09.00-09.45	Incheckning med kaffebuffé		
10.00-10.45			
11.00-11.45	Internetförmiddad behandling av depression och ångest - funkar det verkligen för både unga, vuxna och äldre? <i>Gerhard Andersson, Cecilia Svanborg, Sarah Vigerland</i> Moderator: Cecilia Svanborg	Radikalisering - vad innebär det? <i>Amir Rostami</i> Radikalisering och terrorism - vad kan och bör vi göra och inte göra i psykiatri? <i>Hedvig Krona, Irina Manouilenko</i>	Riskbruk av alkohol vid depressionsbehandling <i>Catharina Strid</i> Återfallsprevention utifrån KBT och MI <i>Liria Ortiz, Peter Wirbing</i>
12.00-13.00	LUNCH		
13.00-13.45	Att äta tillsammans - hur gör man? <i>Elisabet Lannfelt, Fredrika Sandell</i> Vem är i behandling? Om relationen patienter har med sin ätstörning <i>David Clinton, Emma Forsén Mantilla</i>	Krig, tortyr och flykt - vad gör det med människan och hur vi kan hjälpa? <i>Ulf Gustavsson, Niklas Möller, Isabel Petrini</i>	Klinisk farmaceut i psykiatri <i>Anna Lengstedt, Carina Söderholm</i> Påverkan från luftföroreningar och temperatur på psykisk ohälsa <i>Hanne Krage Carlsen</i>
14.00-14.45	Nytt om OCD - utan tvivel! <i>Diana Djurfeldt</i> Vad beror OCD på? <i>Christian Rück</i> Samlersyndrom <i>Volen Ivanov</i>	DEBATT Att hjälpa eller stjälpa - Basinkomst och psykiatri <i>Emil Beijer, Steinn Steingrímsson</i>	Litium och hypotyreos <i>Ingrid Lieber, Michael Ott, Louise Öhlund, Ursula Werneke</i> Hypernatremi under litiumbehandling <i>Björn Forssén, Michael Ott, Ursula Werneke</i> Moderator: Ursula Werneke
14.45-15.15	KAFFE		
15.15-16.00	Dermatillomani och trichotillomani - erfarenheter från behandling <i>Mia Asplund</i> Spegel, spegel på väggen där - dys-morfofobi på nätet <i>Andrew Gentile</i>	Lundbystudien: en skånsk långkörare Suicid och komorbiditet i ett epidemiologiskt långtidsperspektiv <i>Cecilia Holmstrand, Louise Brådvik</i> Könsskillnader i undergrupper av depression <i>Mats Bogren</i>	Hur hanterar man utagerande patienter i slutenvården? <i>Ola Broström</i> Användbar evidens - om följsamhet och anpassningar <i>Henna Hasson, Ulrica von Thiele Schwarz</i>
16.15-17.00	Så jobbar vi - bra med OCD-nätverk <i>Josefin Claesson, Johannes Cannán Magnusson, Niklas Galligani, Diana Djurfeldt</i> Moderator 14.00-17.00: Diana Djurfeldt	Mortalitet vid affektiv sjukdom <i>Cecilia Mattisson</i> Moderator 15.15-17.00: Cecilia Mattisson	Svårbehandlad depression - vad är det egentligen? <i>Marie Asp</i> Förlängda telomerer efter psykologisk behandling? En studie på cellåldrande och KBT för social ångest <i>Kristoffer Månsson</i>
17.15 -	MINGEL I MÄSSHALLEN		



	Nobelterrassen	Riddarsalen	Fogelström	Galleriet
09.00-09.45	Improving outcomes in psychosis Real-world effectiveness of antipsychotic treatments <i>Jari Tiihonen</i>	Efter Inez En hoppfull film om sorg och kärlek som skildrar ett ungt par vars barn dör i magen. <i>Karin Holmberg m.fl.</i>	Hur står sig ECT som behandling av depression idag? <i>Björn Mårtensson, Mikael Tiger</i> Moderator: Alessandra Hedlund	Transpatienter inom psykiatri <i>Cecilia Dhejne</i>
09.45-10.15	KAFFE			
10.15-11.00	Early intervention in psychosis from research to practice <i>Merete Nordentoft</i>	Faktaunderlag i psykiatri? Vad finns utöver evidensbaserad vård? <i>Jonna Bornemark, Johan Brännmark, Jörgen Herlofson, Lars Jacobsson, Helge Malmgren</i>	Effekter av elektrokonvulsiv terapi och transkraniell magnetstimulering. Data från Kvalitetsregister ECT. <i>Ole Brus, Axel Nordenskjöld, Sara Rundgren, Anton Svensson</i>	Kommer du att tycka om mig nu? En berättelse om identitet. <i>Lina Axelsson Kihlblom</i> Moderator 09.00-11.00: Cecilia Dhejne
11.15-12.00	Impact of Negative Symptoms, and Personalized Low Dose versus Maintenance Antipsychotic Treatment <i>Lex Wunderink</i> Samtliga föreläsningar är på engelska Moderatorer 09.00-12.00: Daniel Lindqvist, Cecilia Mattisson	Faktaunderlag i psykiatri fortsätter Moderator 10.15-12.00: Jerker Hanson	Att utveckla neurovetenskapligt baserad behandling för alkoholberoende <i>Markus Heilig</i>	Att möta den som inte orkar leva - suicidprevention i praktiken <i>Ullakarin Nyberg</i>
12.00-13.00	LUNCH			
13.00-13.45	The Psychiatric Interview: Rapport and Psychopathology Föreläsningen är på engelska <i>Julie Nordgaard</i>	Att behandla vuxna med ADHD, missbruk och kriminalitet - hur transformerar man evidens till hållbar praxis? <i>Tom Palmstierna</i>	Immunopsykiatri - populär forskningstrend eller genom-brott? <i>Simon Cervenka, Lars Farde, Anniella Isgren, Mikael Landén, Daniel Lindqvist, Carl Sellgren</i>	Självskada och risk för våldsbrott <i>Hanna Sahlén</i>
14.00-14.45	Vad är bra vård och stöd vid schizofreni och schizofreni-liknande tillstånd? Nationella riktlinjer <i>Louise Kimby, Sofia von Malortie</i>	Moberg och Nyberg om livet och döden <i>Åsa Moberg, Ullakarin Nyberg</i>	Moderatorer 13.00-14.45: Lars Farde, Mikael Landén	Läkemedelsbehandling av tvångsmässig sexualitet <i>Per-Axel Karlsson</i>
14.45-15.15	KAFFE	KAFFE	KAFFE	KAFFE
15.15-16.00	Färska farmakaepidemiologiska studier utmanar evidens i kliniska prövningar <i>Mikael Landén</i>	En injektion mot pedofili? <i>Niklas Långström, Christoffer Rahm</i>	DEBATT Relation eller metod - vad är verksamt i psykoterapi? <i>Björn Philips, m.fl.</i>	Hon, han och hjärnan <i>Markus Heilig</i>
16.15-17.00	Fysisk träning vid affektiv sjukdom - ny tilläggsbehandling i psykiatrisk vård <i>Lina Martinsson, Sara Parnowski</i> Från nätbaserad patient- och anhörigutbildning "BipoLÄR", <i>Timea Sparding</i> Moderator 15.15-17.00: Hans-Peter Mofors	Myten om antidepressivas ineffektivitet <i>Elias Eriksson</i>	Suicidala män - vår kollektiva blinda fläck? Om att bättre förebygga suicidalitet bland män <i>Klas Hyllander, m.fl.</i> Moderator: Ullakarin Nyberg	Nina Simone - Musikaliskt geni och sårbar folkrättskämpe med bipolär sjukdom <i>Thomas Eklundh, Maria Larsson</i>
19.30	KONGRESSMIDDAG, MÅLARSALEN			



	Arkaden	Milles	Poseidon
09.00-09.45	Hur smakar kallt? Kliniska exempel på sinnesintryck vid autism <i>Alessandra Hedlund, Maria Karlmark</i>	Om patienten själv får bestämma <i>Tove Janarv</i> Delat beslutsfattande - ur ett vårdetiskt och kliniskt perspektiv <i>Mikael Sandlund</i>	KURS - Föranmälan krävs Psykofarmakologi <i>Michael Andresen, Finn Bengtsson</i> 3 timmar
09.45-10.15	KAFFE		
10.15-11.00	Blir man våldsam och galen av fattigdom? <i>Amir Sariaslan</i>	Vad gör en chefläkare? <i>Tuula Wallsten</i> Vad anmäls som risk för eller inträffad allvarlig vårdskada utifrån ny föreskrift? <i>Karin Strandberg Nöjd</i> Nationell datainsamling gällande vårdskador inom psykiatri, färskt resultat! <i>Charlotta Brunner</i>	KURS Psykofarmakologi <i>Michael Andresen, Finn Bengtsson</i> 3 timmar
11.15-12.00	<i>Raffaellapriset</i> Presentation av vinnaren Föreläsning av vinnaren Diskussion <i>Erik Björck</i>	Försäkringsmedicin - en ny definition? <i>Tuula Wallsten</i> FMR - vad kan vi bidra med i vården, <i>Eva Stadler</i> Sjukskrivning vid lättare och medelsvår psykisk ohälsa - vad nytt? <i>Monica Augustsson</i> Rehabkoordinatorn - en ny yrkesgrupp i vården, <i>Ann-Britt Ekwall</i>	KURS Psykofarmakologi <i>Michael Andresen, Finn Bengtsson</i> 3 timmar
12.00-13.00	LUNCH		
13.00-13.45	Gränslandet psykiatri - neurologi Frontotemporal demens- vad varje svensk psykiater bör veta <i>Alexander F Santillo</i> Vem får demens som rättspsykiatrisk diagnos? <i>Karin Sparring Björkstén</i>	Hur kan nyanlända flyktingar och psykiatri mötas? <i>Sofie Bäärnhielm, Mohammad Fadel el Sharafe, Frida Johansson Metso</i> Efter tortyr och trauma - vad är psykiatrians ansvar? <i>Frida Johansson Metso</i>	Fotograferande som verktyg i en kris <i>Anna Clarén</i> Beteenden som beroenden <i>Andreas Birgegård</i>
14.00-14.45	Huntingtons sjukdom - från gen till framtidens behandlingar <i>Åsa Petersen</i> Inflammationsmarkörer och depression vid Alzheimers sjukdom <i>Daniela Enache</i>	Presentation av riktlinjer i Transkulturell psykiatri <i>Sofie Bäärnhielm, Elis Envall, Hans Peter Søndergaard, m.fl.</i> Moderator 13.00-14.45: <i>Sofie Bäärnhielm</i>	HBTQ-kompetens – vad är det och behövs den? <i>Matilda Wurm</i> Specifik kunskap vid hatrelaterade trauman <i>Anneli Svensson</i>
14.45-15.15	KAFFE		
15.15-16.00	Diagnostik Personlighetssyndrom <i>Sophie Steijer</i> Level of Personality functioning in DSM 5 <i>Sara Germans-Selvik</i> Behandling av PS, om ERGT mm <i>Clara Gumpert, Åse Zethelius</i> Social interaktion vid Borderline PS, <i>Sophie Steijer</i>	Människor som tar sitt liv utan att ha fått psykiatrisk hjälp <i>Bo Runeson</i> Säker suicidprevention <i>Maria Wängdahl</i> Moderator: Bo Runeson	Den biopsykosociala hjärnan <i>Björn Erik Thalén</i>
16.15-17.00	Brukarstyrd inläggning - forskningsstudie, <i>Sofie Westling, Katarina Hartman</i> Nationella självskadeprojektet <i>Lise-Lotte Risö Bergerlind</i> Utskrivningsguiden <i>Conny Allaskog, Linda Nordström</i> Självskadechatten <i>Jessica Andersson</i>	Attempted Suicide Short Intervention Program, ASSIP. Vad är på gång i Sverige? <i>Åsa Westrin</i> Unga män som suiciderat - vilken vård har de erbjudits? <i>Åsa Westrin</i>	Cullbergstipendiet <i>Kajsa Nordström</i> Transgenerational trauma of Aboriginal people Seminariet är på engelska <i>Esther van de Wall</i>
17:15			Svenska Psykiatriska Föreningens årsmöte
19.30	KONGRESSMIDDAG, MÅLARSALEN		



	Nobelterrassen	Riddarsalen	Fogelström	Galleriet
09.00-09.45	Har själen försvunnit? <i>Lars Farde, Herman Holm</i>	Minnespsykologi och barns vittnesmål: Om myter och vetenskap på tal om Kevinfallet <i>Rickard Sjöberg</i>	DEBATT: Går det inflation i neuropsykiatrisk diagnostik? <i>Peik Gustafsson, Christian Rück</i>	Kartläggning av rättspsykiatri - verksamhet, forskning och behandling <i>Sara Bromander, Zopia Mellgren, Alexandra Snellman</i>
09.45-10.15	KAFFE			
10.15-11.00	Vad behöver svenska psykiatrer veta om katastrofmedicin och varför? <i>Johan von Schreeb</i>	Vad beror psykisk sjukdom på? Genetik? <i>Patrik Magnusson</i> Miljö? <i>Cecilia Magnusson</i>	Artificiell intelligens när vanlig inte räcker till. Några tankar om framtidens psykiatri <i>Anders Tingström</i> Moderator: Daniel Lindqvist	Blir man stressad av att ha för mycket sex? <i>Jussi Jokinen</i> Internetadministrerad KBT-behandling vid hypersexuell störning <i>Katarina Görts Öberg</i>
11.15-12.00		Inläarning? <i>Jonas Ramnerö</i> Moderator 10.15-12.00: Christian Rück	Dådet i Trollhättan - vad hände egentligen? <i>Fredrik Hedén</i>	MD - kopplingar mellan hypersexuell störning och våld <i>Josephine Savard</i>
12.15-13.00	MÄLARSALEN Slutföreläsning Inkl. lunchpåse - måste förälmålas			
Svenska Psykiatrikongressen 2018 avslutas kl 13.00				

PRAKTISK INFORMATION

KOSTNAD:

Medlem i Svenska Psykiatriska Föreningen: 4600:-
Pensionerad medlem: 3000:-
Icke-medlem: 5500:-

MÅLTIDER:

Följande måltider ingår i kongressavgiften:
För- och eftermiddagskaffe
Lunch onsdag och torsdag

MINGEL (föranmäls):

Onsdag 14 mars, kl. 17.30
Mälarsalen
Gratis för medlemmar, övriga 50 kronor

KONGRESSMIDDAG (föranmäls):

Torsdag den 15 mars, kl. 19.30
Mälarsalen

PRIS: 500 kronor exkl dryck - medlemmar
600 kronor exkl dryck - icke-medlemmar

Du kan redan nu anmäla dig på vår hemsida:
www.svenskapsykiatrikongressen.se

*Det här är ett preliminärt program, vi uppdaterar programmet ständigt på vår hemsida
www.svenskapsykiatrikongressen.se*



	Arkaden	Milles	Poseidon	Pegasus
09.00-09.45	H70-studierna under ett halvt sekel: Modern psykiatrisk epidemiologi från gener och biomarkörer till samhälle och historiska förändringar <i>Ingmar Skoog</i>	Mentalisering och psykisk ohälsa hos ungdomar <i>Maria Wiwe</i>	Trädgårdsterapi i psykiatrisk behandling <i>Karin Magnusson</i> Effekter av manualbaserad bildterapi vid medelsvår till svår depression. <i>Christina Blomdahl</i>	Att ta eget ansvar för sin psykiska sjukdom. Interaktiv workshop med masker enligt Balansmodellen <i>Föreningen Balans</i>
09.45-10.15	KAFFE			
10.15-11.00	Vad menas med rättshandlingsförmåga? När juridik och psykiatri möts <i>Karin Sparring Björkstén</i> Vem skall bestämma över mig och mina tillgångar när jag inte längre kan göra det själv? <i>Kerstin Fälldin</i>	Knappgubben och filuren: om kreativitet hos patient och behandlare <i>Ann Marie Bergström</i> Moderator: Ullakarin Nyberg	Diagnostiska verktyg! Din verktygslåda - vad finns i den? <i>Jörgen Herlofson, Herman Holm</i> Att använda verktygen - Övningar med mentometer-knappar	Balansmodellen fortsätter
11.15-12.00	Elder abuse- om äldre som behandlas illa "Jag är robust, inte skör som andra tror" <i>Maria Gustavsson</i> Presentation av studiematerialet Psyk-E-Bas senior <i>Marie Åsberg</i> Moderator 09.00-12.00: <i>Elizabeth Aller</i>	Det friska skapandet: att övervinna psykiskt lidande med konst <i>Stefan Karlsson, Johannes Nordholm</i> Moderator: Michael Ioannou	<i>Jörgen Herlofson, Herman Holm</i>	

Svenska Psykiatrikongressen 2018 avslutas kl 13.00

KURSER PÅ SPK 2018:

För samtliga kurser gäller att deltagarantalet är begränsat och föranmälan måste ske när du anmäler dig till kongressen, www.svenskapsykiatrikongressen.se

1. **Kulturkänslig psykiatrisk diagnostik enligt DSM-5** - Onsdag kl. 13.00-16.00

Lokal: Pegasus, 20 deltagare,
Karima Assel, Michael Ioannou, Malin Idar Walling, Maria Sundvall

2. **Psykofarmakologi** - Torsdag kl. 09.00-12.00

Lokal: Poseidon, 50 deltagare
Michael Andresen, Finn Bengtsson

3. **Sexualmedicin** - Torsdag kl. 13.00-16.00

Lokal: Pegasus, 20 deltagare
Cecilia Dhejne

BUP 2017 – rekordmånga patienter men brist på personal

Allt fler barn och unga får hjälp hos den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrien, BUP – samtidigt blir väntetiderna allt längre. Första linjen konkurrerar med BUP om personal men en första linje för barns och ungas hälsa kan också vara lösningen på längre sikt.

– BUP ger mer vård än man någonsin gjort. Samtidigt finns stora problem med att rekrytera och behålla medarbetare och allt fler barn och unga söker hjälp, säger Ing-Marie Wieselgren, överläkare i psykiatri och samordnare för psykiatrifrågor på SKL.

Allt fler barn och unga upplever psykisk ohälsa och söker hjälp hos BUP. Även de barn och unga vars ohälsa skulle kunna avhjälpas med andra, enklare insatser, eftersom orsakerna till ohälsan finns exempelvis i fotbollslaget, i skolan eller i relationer.

– Psykisk hälsa är hela samhällets ansvar, BUP kan inte vara den enda hjälpen för dessa barn och unga. Samhället måste bli ännu bättre på tidiga, främjande och förebyggande insatser framhåller Ing-Marie Wieselgren.

Barn och unga med lätt eller medelsvår psykisk ohälsa kan ofta hjälpas av en "första linje" – en vårdnivå före BUP – som nu utvecklas på många håll i landet. En heldag för första linjen hölls i Stockholm den 4 oktober – film och material från dagen finns i kalendariet på webbplatsen www.uppdragpsyiskhalsa.se.

– Vi behöver verkligen kunna ge vård på första linjen men just nu ser vi också att det inte alltid finns personal till både BUP och första linjen. På vissa håll har arbetsvillkor och löneutveckling missgynnat BUP, konstaterar Ing-Marie Wieselgren som vill se en konstruktiv diskussion om lösningar.

Sara Lundqvist, ordförande i SFBUP, ser flera möjligheter att minska konsekvenserna av personalbristen. – En kvalitativ triagering där barn får hjälp direkt på rätt vårdnivå skulle kunna göra tydlig skillnad och korta köerna till BUP, menar Sara som bland annat efterlyser nationell enhetlighet och tydliga uppdrag där verksamheterna vet exakt vad de ska göra och inte. Det är också viktigt för oss på specialistnivån att fundera över vad som gör vår roll speciell och tydligare etablera tätare forskningsanknytning och även konsultativa uppdrag. Vi behöver utrymme för att kunna genomföra evidensbaserade behandlingar med kvalitet. När det gäller psykologiska behandlingsmetoder har vi ibland svårt att leva upp till den frekvens av besök som är rekommenderat för att få resultat utifrån den stora belastningen på verksamheten och bredden i uppdraget.

Sist, men inte minst, önskar sig Sara Lundqvist en utbyggd och kompetensförsörjd elevhälsa som skulle kunna göra att barn med funktionsvariation fick hjälp tidigare och i många fall kanske inte skulle behöva specialistpsykiatriens insatser.

– Som det ser ut nu drunknar vi i utredningar där det framkommer att barnen haft svårigheter sedan tidig ålder men fått mycket begränsat stöd och begränsade tidiga insatser, insatser som vi vet, om de hade givits hade kunnat påverka många barns utveckling positivt, avslutar Sara.

Socionomen Katarina Westlund i Karlstad är en av dem som lämnat BUP för första linjen och hon delar delvis Saras analys.

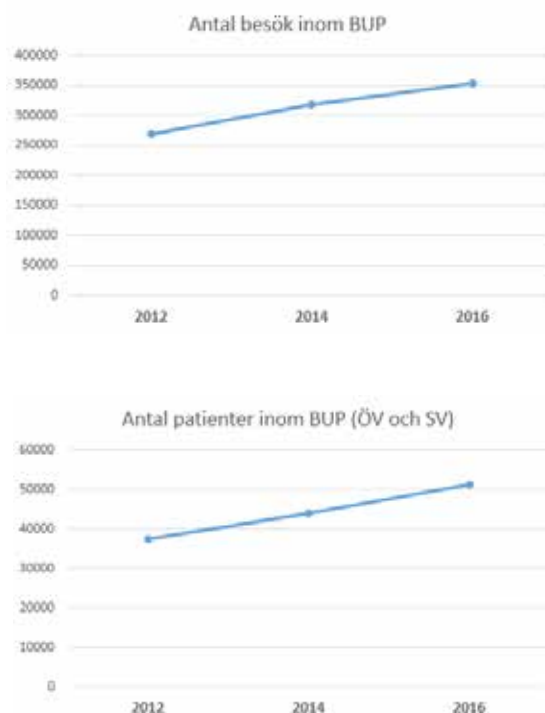
– Jag jobbade 25 år på BUP och på slutet tog neuropsykiatri över helt, jag kände också att jag inte kunde stå för det jobb jag gjorde, tiden räckte inte till. BUP har varit en jättebra arbetsplats under många år men nu är jag glad över att få arbeta mer förebyggande.

Lotta Jernström

*Uppdrag Psyisk Hälsa
SKL*

Antal besök och patienter hos BUP har ökat med omkring 30 procent sedan 2012.

I dessa grafer är ett antal landsting exkluderade pga osäkra data 2012 och 2014 men trenden är likartad även för dessa. Om vi inkluderar alla landsting tog man 2016 emot 121 102 patienter inom BUP och genomförde 846 715 besök.





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.

Ur programmet

- **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**
Moderatorer: Denada Aiff, specialistläkare, Psykiatri Affektiva, Göteborg

Turnéplan:

- **Malmö** Tisdag 6 februari, 13:00, Sankt Gertrud Konferens, Östergatan 7B
- **Göteborg** Onsdag 7 februari, 13:00, Radisson Blu Scandinavia Hotel, Södra Hamngatan 59
- **Stockholm** Torsdag 8 februari, 13:00, Svenska Läkaresällskapet, Klara Östra kyrkogata 10

Anmälan:

Missa inte chansen att anmäla dig redan nu, då först till kvarn gäller. Anmälan görs till Ewa Mattsson på kanslisten@svenskspsykiatri.se, senast en vecka innan önskad föreläsningseftermiddag. Finns inte platser kvar kom gärna till annan ort.

Varmt välkommen att ta del av en eftermiddag för ökad kunskap kring psykofarmakologi och RTMS.

Styrelsen
Svenska Psykiatriska Föreningen

”Om man ska vara psykiater så måste man också kunna lyssna och tala med patienten”

En studie om hur en grundläggande psykoterapiutbildning uppfattas av ST-läkare i psykiatri

Huvudbudskap

- Blivande psykiater bör ha en bred kännedom om olika psykiatriska metoder och behandlingsinsatser.
- De bör också kunna erbjuda, förutom läkemedelsbehandling, olika former av behandling med psykoterapi, liksom olika former av kombinationsbehandlingar.
- Det är centralt att det ges kvalitativa utbildningar som stimulerar till en integrativ kunskapssyn. Ett sådant synsätt gynnar psykiaterns arbete vilket i sin tur kommer patienterna till gagn.

Bakgrund

I Sverige ges grundläggande psykoterapiutbildningar (även under beteckningar som basutbildning och Steg-1-utbildning) som i sin tur ger behörighet till den legitimationsgrundande psykoterapeututbildningen i psykoterapi. Det är vanligt att den grundläggande psykoterapiutbildningen ges i privat regi och att deltagare från olika vårdyrken (t.ex. läkare, psykologer, beteendevetare, sjuksköterskor, präster och socionomer) går utbildningen tillsammans. Det är också vanligt att utbildningen fokuserar på en specifik inriktning av psykoterapi, som exempelvis kognitiv beteendeterapi (KBT) eller psykodynamisk terapi (PDT). ST-läkare som vill fördjupa sig i grundläggande psykoterapi har således under många år varit hänvisade till en sådan utbildning. Med utgångspunkt i Socialstyrelsens föreskrifter om läkares specialisttjänstgöring [1] har en nationell utbildningsplan avseende grundläggande psykoterapiutbildning för ST-läkare i psykiatri fastställts (en första revidering pågår för närvarande). En utbildningsplan togs fram av METIS (Mer Teori i ST) och inom västra sjukvårdsregionen (Västra Götaland och norra Halland) ges nu utbildningen varje år sedan 2013, förlagd till Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg (se faktaruta).

Det övergripande målet med utbildningen i Göteborg är att den ska vara anpassad för de behov och situationer som ST-läkare mö-

ter och förväntas möta framöver i sitt kliniska arbete. Fokus ligger på att förmedla vetenskaplig teoretisk kunskap om och förståelse för olika psykoterapeutiska inriktningar så som KBT, kognitiv terapi, PDT och familjeterapi. I utbildningen finns också fokus på psykoterapeutiska metoder för behandling av psykisk ohälsa. Syftet med en bred utbildning är att ge ST-läkare möjlighet till att sakligt och omdömesgillt reflektera över skilda former av terapi och att genom ökad kompetens kunna betänka vilken form av terapi som passar för olika patienter, och i förhållande till läkemedelsbehandling samt andra behandlingsmetoder.

Syftet med föreliggande studie var att förstå på vilket sätt de utbildningsansvariga hittills har uppnått utbildningens huvudmål genom att undersöka vad ST-läkarna ser som utbildningens styrka och vad som kan förbättras.

Faktaruta

Utbildningsplanen för den grundläggande psykoterapiutbildningen för ST-läkare i psykiatri har tagits fram av METIS (kurser för psykiatriska specialiteter) och godkänts av Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS) samt av Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF). Sahlgrenska Psykiatriska Forsknings- och Utbildningscenter (SPFU) vid Sahlgrenska universitetssjukhuset har det övergripande ansvaret för att utbildningsplanen följs. Till utbildningen har en kursledning knutits bestående av disputerade och/eller kliniskt verksamma läkare och psykologer. En första antagning gjordes 2013 och därefter har nya antagningar gjorts en gång per år (2014–2017). I genomsnitt antas 18 ST-läkare per år till utbildningen och med undantag för en har alla fullföljt den. Utbildningen sträcker sig över tre terminer och den ges på deltid.

Metod

För studiens ändamål användes en enkät som skickades via e-post till de ST-läkare (25 st; 12 män och 13 kvinnor) som avslutat sin grundläggande psykoterapiutbildning 2015 och 2016 vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg. Enkäten bestod sam-

manlagt av åtta frågor (sju med valbara svarsalternativ och en med öppet svarsalternativ) som berörde huruvida utbildningen gett dem metoder för att samtala om de besvär som patienter söker för, om man utövar psykoterapi idag och i så fall vilken form av terapi, samt om man valt att fortsätta utbilda sig i psykoterapi.

Arton personer av 25 (72 %, 10 män och 8 kvinnor) besvarade enkäten anonymt. Det gav ett bortfall på 7 (28 %) personer på grund av byte av arbete, flytt utomlands eller att de ej varit nåbara via e-post. Medelåldern var 38.8 ± 4.6 år (män: 39.1 ± 4.2 , kvinnor: 38.5 ± 5.3) och vid studiens genomförande arbetade 12 personer (67 %) inom psykiatri i Västra Götalandsregion.

Inför intervjun skickades ett nytt e-postbrev ut med förfrågan om man ville medverka i en intervju. Fem personer tackade ja men en avböjde senare varav fyra personer intervjuades (tre kvinnor och en man). Intervjuerna genomfördes av författarna med fokus på följande frågor: Vad har varit det viktigaste med psykoterapiutbildningen för dig? Tycker du att PDT- och KBT-perspektivet har samexisterat på ett fungerande sätt under utbildningen? Vad har du tagit med dig i ditt fortsatta arbete som psykiater? Under intervjun ställdes också specifika frågor om utbildningens innehåll (vad som har fungerat väl och hur utbildningen kan förbättras). Intervjuerna varade i genomsnitt en timme.

Analys

Data från enkäten har sammanställts deskriptivt (frekvens, procent, medelvärde och standardavvikelse) och intervjuerna har tematiserats utifrån de övergripande frågeställningarna.

Resultat

Behållning av utbildningen i det nuvarande arbetet

I enkäten svarade nästan samtliga ST-läkare (17 av 18, dvs. 94.4 %) att de ansåg att utbildningen har gett dem kunskap i psykoterapeutiska metoder som är användbara i det dagliga kliniska läkararbetet. I intervjun fördjupades frågan och samtliga respondenter beskrev att utbildningen har ökat deras förmåga att reflektera kring psykoterapeutisk praxis, teori och metod, och även i relation till psykofarmakologisk och annan psykiatrisk behandling. Vidare beskrev respondenterna att man som läkare har utvecklat den kommunikativa kompetensen. En av de intervjuade uttryckte följande: "Om man ska vara psykiater så måste man också kunna lyssna och tala med patienten. Man behöver ett språk".

Om möjligheten att praktisera psykoterapi i det nuvarande arbetet

På enkätfrågan om kursdeltagarna efter avslutad utbildning fortfarande utövar psykoterapi med patienter var det fyra av 18 (22 %) som rapporterade att så är fallet (två av varje kön). Dessa fyra beskrev i enkäten att de använde mellan 10–30 % av arbetstiden för psykoterapeutisk behandling. Två av dem utövade KBT och två erbjöd behandling med såväl KBT som PDT. I intervjuerna framkom det att ST-läkarna kände visst stöd från överordnade chefer att bedriva psykoterapi inom ramen för sin tjänstgöring. Samtidigt uttryckte de att en vanlig förväntan, från chefer och övriga medarbetare, är att en läkare i psykiatri bör träffa så många patienter som möjligt med fokus på diagnostik och farmakologisk

behandling, eftersom psykoterapeutisk behandling ses som alltför tidskrävande.

Behovet av att fortsätta utbilda sig i psykoterapi

Ingen av de 18 ST-läkarna har fortsatt att utbilda sig i psykoterapi, dvs. gått den legitimationsgrundande psykoterapeututbildningen i psykoterapi. Däremot uppgav sex personer av 18 (33 %) att de har för avsikt att i framtiden fortbilda sig (3 män och 3 kvinnor). Fyra av dem önskar fördjupa sig i PDT och två i KBT. En av intervjurespondenterna har ansökt till den legitimationsgrundande psykoterapiutbildningen. I intervjun beskrev samtliga ST-läkare att de värderade möjligheten högt att kunna fortsätta skaffa sig en fördjupad kunskap i psykiatri och då särskilt fördjupad psykoterapeutisk kunskap. Samtidigt beskrev de att det råder en snäv kunskapssyn inom psykiatri, vilket innebär att den psykoterapeutiska utbildningen inte värderades lika högt som den kunskap som utvinns om man i stället satsar på till exempel en forskarutbildning.

Reflektioner om utbildningens innehåll

I enkäten gavs möjlighet att fritt reflektera över den grundläggande psykoterapiutbildningen. Sju personer av 18 (39 %) gav utförliga beskrivningar i enkäten och vid intervjun fördjupades samma fråga till de fyra ST-läkarna. Sammantaget var ST-läkarna positiva till utbildningen och de beskrev att den har gett dem möjlighet att komplettera läkemedelsbehandlingar med en psykoterapeutisk sådan. Två svarande beskrev att kursen gett dem insikter om att patientsamtalet spelar en betydelsefull roll, i vilket patienten framstår som en människa med en historia: "... jag tänker inte längre bara utifrån medicinska aspekter utan förstår mera kopplingen mellan patienten och dennes barndom där det oftast inte behövs medicinering." Samtliga av de intervjuade berättade att det egna psykoterapeutiska patientarbetet under utbildningen, inklusive handledningen, för dem varit professionellt och personligt utvecklande. Även det integrativa perspektivet sågs som en styrka med utbildningen men också till viss del dess svaghet då det kunde bli på bekostnad av fördjupning av vissa teman. Samtidigt svarade några att de önskade ett bredare utbud med presentation av ytterligare psykoterapeutiska teorier och metoder.

Diskussion

Då psykiatri befinner sig i en vetenskapligt aktiv situation med divergerande uppfattningar och med många engagerade såväl kliniker som forskare är det önskvärt att psykiatrerna har en bred kännedom om flera olika psykiatriska metoder och behandlingsinsatser [1]. Det finns således ett behov av att ST-läkare i psykiatri även utbildar sig i psykoterapi. De bör förutom läkemedelsbehandling ha kännedom om och också kunna erbjuda behandling med psykoterapi, liksom olika former av kombinationsbehandlingar. I intervjuerna och i enkätsvaren framgick det att patienterna, som ST-läkarna möter i psykiatri, efterfrågar psykoterapi. Detta stöds av tidigare forskning som visar att ungefär hälften av patienter med psykiatriska problem föredrar psykoterapi framför farmakologisk behandling [2].

I studien framkom det också att ST-läkarna ansåg att patienterna borde ges möjlighet att möta en lyssnande och talande läkare, som kan reflektera mångsidigt och nyanserat över den behandling som är bäst lämpad för den enskilda patienten. Majoriteten av ST-lä-

karna betonade att det var genom att ha egna patienter i psykoterapi under handledning, som de upplevde att de fått en möjlighet till att reflektera vetenskapligt och mångfacetterat i förhållande till psykiatrin, och de beskrev att de fått ett rikare språk som blivande psykiater. Resultaten pekar på behovet av att få möjlighet (tid) till att lyssna och reflektera över en människas berättelse. I dag finns det en förening för narrativ medicin för dem som arbetar inom vården och som har ett intresse för berättelsens roll i förståelsen av sjukdom [3,4].

Denna studie pekar på att trots att ST-läkarna var nöjda med utbildningen kommer få av dem att vidareutbilda sig till legitimerade psykoterapeuter. Orsakerna till detta kan vara flera. En anledning som flera av ST-läkarna lyfte fram var att det kan finnas strukturella och organisatoriska svårigheter inom sjukvården som hindrar fortsatt utbildning. De nämnde bland annat att det inte är ovanligt att en psykiatrisk ledning ser psykoterapi som tidskrävande och inte primärt är en uppgift för psykiatrer. Samtidigt ska det betonas att det idag finns en påfallande brist på psykiatrer och det är kostsamt för en klinik att låta en ST-läkare gå utbildningen till legitimerad psykoterapeut. Detta är å andra sidan inte helt oproblematiskt med tanke på att det finns stöd för att psykoterapi har en gynnsam effekt för en betydande del av de psykiatriska patienterna [5,6]. Det är en lika stor förlust för patienterna, som förlorar en avgörande möjlighet till kvalificerad vård, som för psykiatrerna, som går miste om meningsbärande arbetsuppgifter, som de är lämpade för. Det skulle således vara önskvärt att det även finns psykiatrer som kan erbjuda självständiga psykoterapeutiska behandlingar. Det är än mer viktigt med hänsynstagande till den faktiska situationen att inte underskatta att den blivande psykiatern har möjligheten att göra en kvalificerad bedömning av vad patienten behöver för typ av behandling och därmed kunna lämna en god vägledning.

Studien visar på att det finns ett behov av att ge en grundläggande utbildning i psykoterapi, framförallt utifrån olika perspektiv. Majoriteten av ST-läkarna som ingick i studien betonade betydelsen av det integrativa perspektivet och flera framförde att de var särskilt tacksamma över att de har fått prova på att arbeta med PDT. De upplevde att det annars hade varit en överhängande risk för att de bara fått erfarenhet av KBT. Det integrativa perspektivet är på frammarsch och idag finns vetenskapligt stöd för att sådana behandlingsinsatser har god effekt [7], liksom det finns vetenskapligt stöd för PDT och KBT i sig. Att utbilda psykiatrer i en integrativ kunskapssyn innebär att de får möjlighet till ett större urval av olika metoder vilket i sin tur ger större möjlighet att matcha rätt behandling till rätt patient.

Självklart finns det en risk att dra alltför definitiva slutsatser på basis av denna undersökning. Det handlar om en liten undersökningsgrupp; arton personer besvarade enkäten och fyra har djupintervjuats, men å andra sidan var bortfallet inom en acceptabel nivå. Det vore av stor vikt att det gjordes fler undersökningar av de tankar och reaktioner som de som genomgått utbildningen fått och uppvisar.

Utifrån studiens resultat vågar vi påstå att utbildningen fyller en viktig funktion. Inte minst i en situation där diskussionsklimatet

mellan olika psykoterapeutiska skolor och psykiatriska metoder många gånger är bistert och inte alltid uppbyggligt. Det är av avgörande betydelse att skapa utbildningsstrukturer som förstärker att vi i så stor utsträckning som möjligt får talande, lyssnande, odogmatiska och vetenskapligt öppna psykiatrer. Detta kommer patienterna till gagn.

Per Magnus Johansson

Docent, leg psykolog, leg psykoterapeut, Institutionen för Idé- och lärdoms historia, Göteborgs universitet

Claudia Fahlke

Professor, leg psykolog, Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet samt Beroendekliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg. Korresponderande författare. Kontaktuppgifter: Psykologiska institutionen, Box 500, 405 30 Göteborg, tfn 031-786 4289, claudia.fahlke@psy.gu.se

Engelsk sammanfattning

In Sweden, physicians training to be psychiatrists have to attend a basic course in psychotherapy. This study investigated how such a course was perceived. Participants were 18 resident physicians who finished the basic course. They answered a paper and pencil questionnaire and four of them were also interviewed. The results show that a majority of the participants were satisfied with the education, especially that the course focused on an integrative perspective where they had the opportunity to train cognitive behavioral therapy as well as psychodynamic therapy. It is important to continue offering resident physicians high qualitative education in psychotherapy, in particular an education that encourage an integrative knowledge of theories and methods that will be useful for their daily clinical work later on as a psychiatrist. This will be of benefit for the patients.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring. Stockholm: Socialstyrelsen; SOSFS; 2008:17 och SOSFS 2015:8
2. Feeny NC, Zoellner LA, Mavissakalian MR, et al. What would you choose? Sertraline or prolonged exposure in community and PTSD treatment seeking women. *Depression and Anxiety*, 2009;26:724-731.
3. <http://narrativmedicin.se>
4. Ström M. Är det bara ett krig mot sjukdomar vi håller på med? *Läkartidningen*, 2016;113:EEAP.
5. Fonagy P, Roth A. What Works For Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research (2nd ed.). Guilford; 2004.
6. Lambert MJ. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (5th ed). John Wiley & Sons, Inc.; 20xx
7. Zarbo C, Tascia GA, Cattafi F et al. Integrative Psychotherapy Works. *Frontiers in Psychology*. 2015;6:2021.

Prisbelönad dokumentärserie om självmord

Kristallen är ett pris som delas ut av stiftelsen Det svenska tevepriset. Sedan 2005 delas det årligen ut till TV-personligheter och TV-program i Sverige.

2017 års Kristallenpris i kategorin "Årets fakta- och aktualitetsprogram" tilldelades dokumentärserien om självmord *30 liv i veckan*.

30 liv i veckan är en skickligt gjord dokumentär som ingående belyser självmordsprevention och konsekvenserna av självmord. I programmet medverkar drabbade anhöriga till personer som tagit sitt liv. De berättar om sin stora sorg och saknad och det gör också programledarna Anne Lundberg och Sofia Helin, som har egna erfarenheter av självmord och psykisk sjukdom inom familjen. SPF:s ordförande Ullakarin Nyberg som är ledande expert inom suicidpreventionsområdet medverkar tillsammans med andra experter och delar med sig av sitt stora kunnande och sin handfasta medmänsklighet.

Tove Gunnarsson
Cecilia Mattisson
SPF:s styrelse



DEADLINE

för bidrag till
nästa nummer: 07/02

Tema: **Var finns vården?**

Rapport från UEMS-CAP mötet i Wien

15-16 september 2017

(CAP = Child- and Adolescent Psychiatry)

Mötet samlade 23 delegater varav två från EFPT- CAP (Europeiska ST-läkarorganisationen). Delegaterna kom från England, Estland, Finland, Österrike, Spanien, Danmark, Ungern, Belgien, Slovenien, Frankrike, Portugal, Nederländerna, Tyskland, Norge och vi som är delegater från Sverige, Lena Spak och Gunnel Svedmyr. Vi är båda regionala studierektorer för BUP-ST, och sitter i SFBUP:s utbildningsutskott, Lena för region Väst och jag, Gunnel Svedmyr, för Uppsala-/Örebroregionen, som kallas region Mitt.

Första dagen fick vi en **presentation av UEMS**, då det inte varit helt lätt att förstå organisationen som bildades 1958. UEMS har ett utbildningsspår från dag 1 på läkarutbildningen till pension och det andra spåret är fackligt.

Det finns många olika påverkansnivåer från att öka allmän medvetenhet via att organisera yrkesverksamma till att påverka den politiska nivån där beslut skall fattas, som sen ger ekonomiska konsekvenser i verksamheterna. Både UEMS och ESCAP bedriver lobbying-verksamhet på de högsta politiska nivåerna. En framväxande kraft är föräldraorganisationer som nu kliver fram från att tidigare ha varit en tyst grupp.

Formaliagenomgång av verksamhetsberättelse och kassörens rapport

CAP-sektionen är en "fattig" sektion jämfört med andra sektioner i UEMS. Stora kostnader har gått till övergripande delar i UEMS-organisationen, CESMA drar mycket pengar liksom det hus som man köpt i Bryssel, Domus Medica.

Det finns flera länder som inte har någon nominerad delegat till UEMS-CAP, Tjeckien, Slovakien, Luxemburg, Italien, Azerbajdzjan, Georgien, Irland, Israel, Malta och Litauen. Litauen har dock sen tidigare tagit på sig att vara värdland för UEMS-CAP-mötet 2018! Turkiet har rätt att vara observatör men har ingen utsedd delegat för det. Ett antal länder har inte betalat sin årsavgift de två senaste åren. Avgiften baseras på antal specialister i landet och om man är i den rikare eller fattigare gruppen som länderna delas in i utefter ekonomisk kapacitet.

EFPT

Presentation från deras 25:e möte som hölls i Istanbul med ca 100 deltagare. De har ett utbytesprogram med 2-6 veckors vistelse i annat land som organiseras av ST-läkare för ST-läkare. Vistelserna planeras in i maj eller oktober. <http://efpt.eu/>

Verksamhetsplan UEMS-CAP

Att jobba vidare med det s.k. "Milestone project" som berör patienternas övergång från BUP till VUP.

Att ha ett nära samarbete med ESCAP och IACAPAP.

Att delta i "Psychopharmacology survey" – förskrivs det för mycket eller för lite psykofarmaka till barn och ungdomar? Känsla eller fakta?

Finns bra prevalensstudier från BUP i Europa? Skiljer sig prevalenserna åt i olika länder? Sue Baily som är ordförande i CAP-sektionen skall delta i ett europeiskt möte om populationsstudier.

Rapport från länderna

Gemensam fråga är läkarrollen på BUP, beskrivs i negativa ordalag som risken att bara bli en intygs- och farmakaförskrivare. Önskemål om att "första linjen" definieras och att psykoterapi på BUP får en tydlig reglering.

Till "första linjen" räknar man in lärarna som ses som en viktig grupp för tidig upptäckt av psykisk ohälsa. Vad i samhället skapar psykisk ohälsa? Är en gemensam fråga. Ungern gjorde en stor utredning om psykisk ohälsa i skolan men fick inget politiskt gensvar.

Grekland ser möjligheter i att många utflyttade doktorer återvänder när man fått lite bättre ordning på ekonomin. Samtidigt har man stora problem med flyktingströmmen.

Polen tappar sina nyutbildade specialister pga. att löneläget är så lågt.

I Frankrike är BUP inte en egen specialitet utan en påbyggnad på den vuxenpsykiatriska specialiteten.

Gruppdiskussioner

Skolfrågan var ett grupptema där mobbing ses som en stor riskfaktor. I England har man beslutat att en lärare per skola skall avlönas för att ha koll på alla elevers psykiska hälsa. Lärarutbildningen skall innehålla avsnitt om utvecklingspsykologi, rektorerna skall vara "spindeln i nätet" för att ta in föräldrars och elevers åsikter och vara delaktig i stadieövergångar.

Psykoterapigruppen problematiserade kring om psykoterapi på BUP skall ses som bas eller spets? Nödvändigt i ST-utbildningen? Hur beskrivs psykoterapiutbildningen i loggboken? Hur ser de nationella riktlinjerna ut?

Gruppen som diskuterade flyktingsituationen beskrev stora skillnader länderna emellan, många papperslösa, traumatiseringen är enorm och de vanliga behandlingsmetoderna fungerar ej. För många är psykiatri stigmatiserande. Transkulturell kunskap behövs. Ett observandum är hjälparnas traumatisering av alla berättelser de får ta del av! Behovet av handledning är enormt.

Hemsidan har ej kunnat uppdateras som planerat pga. att det behövs fler som kan jobba med den. Delegaten från Frankrike kommer att gå in i gruppen.

Newsletter

Planeras att ges ut 2 nr/år med distribution via e-mail och målet att den sen distribueras vidare av delegaterna i resp. land. Delegater nomineras via ett särskilt UEMS-dokument.

Europeisk specialistexamen

Planen var att man skulle ha genomfört en pilotstudie med MCQ-upplägg innan höstens möte men man har inte fått fram tillräckligt med frågor som man anser stringenta nog och med rätt mål. Problem uppstod när man såg på de kulturella skillnader som finns inom BUP Europa. Den kliniska träningen skiljer sig åt mellan länderna. Vissa länder har också motsatt sig utvecklingen av en europeisk examen pga. att man har nationella examinationer. Andra länder är rädda för att det bidrar till ett ökat "braindrain" av nyfärdiga specialister. I Sverige kommer man inte att kräva en specialistexamen i och med att det är SoS som utfärdar specialistbevis.

Det finns en oro att om CAP-sektionen inte skapar en examen så kommer vi att få "dåligt rykte" i och med att "alla" andra specialiteter har en sådan. Målet nu är att hitta "non-cultural" MCQ från en "common trunk" som kan baseras på en baslitteratur och att frågorna har en etisk bas. Frågorna kommer enbart att göras på engelska vilket flera länders representanter vänder sig emot. Sektionen vill dock fortsätta att försöka få till en gemensam examination. Eventuellt kan Sverige bistå med MCQ från BUP-METIS-kurserna, vilket METIS:s styrgrupp kommer att ta ställning till.

På fredagskvällen fick vi en trevlig guidad tur på Freudmuséet på Berggasse 19.



Andra dagen inleddes av Dr Bernard Maillet, kassör i UEMS, som beskrev mer av UEMS, som består av 43 sektioner där CAP är en. Som helhet är det tre stora block som är kirurgi/ medicin/övriga och varje block har en röst vilket gör att det är spretigt inom "övriga".

Det Chapter 6 som man lagt ner mycket jobb på i den s.k. loggboken kommer att ersättas enl. ERT som står för European Training Requirements.

CESMA, som är den del där det är ekonomiskt negativt för CAP-sektionen, är ett ackrediteringsinstitut som organiserar bl. a. specialistexamen och CME/CPD.

Det finns många olika delar inom UEMS men tyvärr lite samverkan mellan olika sektioner, vad det framkommer. Exempelvis finns det ingen samverkan mellan BUP och pediatrik.

Det är enligt UEMS minimum 48 månader för specialistutbildning men det är mycket varierande längd på utbildning i de olika länderna. Exempelvis har Österrike sex år enbart barnpsykiatri och inga sidotjänstgöringar då man inte måste göra det enligt den nationella föreskriften.

Angående ICD-11 så finns ingen info, det är "tyst". Det går mycket långsamt pga. politisk process. Anses olyckligt att DSM-5 finns ute och används kliniskt trots att rapporteringen sker enligt ICD.

Det finns önskemål om att utveckla handledarrollen i ett framtida möte och att psykoterapidokumentet uppdateras och en arbetsgrupp tillsattes.

Informativt material om barns och ungas psykiska hälsa finns på www.minded.org.uk

Från svenskt håll visade vi appen "UppskattaDinDag" som var öppen för fri nedladdning i Europa fram till 7 oktober.

Kommande UEMS-CAP möten:
Oktober 2018 i Vilnius/ Litauen
September 2019 i Slovenien

Text och foto:
För SFBUPs UU
Gunnel Svedmyr



Mental Health Evening

Psykiatrifonden rullar ut röda mattan för Psykisk Hälsa för första gången

Den 9 oktober genomförde Psykiatrifonden – fonden för psykisk hälsa tillsammans med 1,6 & 2,6 miljonerklubben och i samarbete med Icakuriren en första psykiatrisk gala i Sverige. Maximiteatern fylldes under den mörka höstkvällen med människor som alla kommit dit av samma anledning, att lyfta fram psykisk ohälsa i ljuset en gång för alla.

Artister sjunger och delar med sig

Allt arbete inför och under kvällen genomfördes helt ideellt. Så även deltagandet av kvällens artister. Aftonen inleddes efter presentation av moderatorerna Alexandra Charles och Simon Kyaga med att operatrion Divine sjöng två operastycken. Precis innan paus sjöng och delade också Nanne Grönwall med sig av egna erfarenheter av psykisk sjukdom på både ett glädjespridande och berörande sätt. Efter paus läste Suzanne Osten en del ur sin bok – "Flickan, mamman och demonerna" – och berättade om betydelsen av engagemanget i frågorna inte minst för barnen. Kvällens höjdpunkt var nog också för många avslutningen där Lisa Nilsson på ett personligt, rörande och humoristiskt sätt delade med sig av egna erfarenheter kring närstående med psykisk ohälsa och egna perioder när hon själv inte riktigt mått bra i anknytning till tre sånger.

En afton för mindre fördomar och mer forskning

Psykiatrifondens ordförande Martin Schalling höll ett inledande anförande om Psykiatrifondens arbete med att minska fördomar och arbete för ökad forskning kring psykisk ohälsa och sjukdom. Psykiatrifondens arbete med detsamma förstärktes under kvällen genom att 2017 års fördomspris delades ut. Det var 2016 års fördomsprisvinnare, Pebbles Karlsson Ambrose, som tillsammans med Tatja Hirvikoski, docent och styrelsemedlem i Psykiatrifonden, som delade ut årets pris som gick till TV-programmet "Djävulsdansens" producent och programledare. Under kvällen delade även Stefan Einhorn, professor och styrelseledamot i Psykiatrifonden, under högtidliga former ut årets forskningsstipendier.

NSPH, Hjärnkoll och Uppdrag för Psykisk Hälsa lyfter fram frågorna

Till Psykiatrifondens stora glädje bidrog både NSPH, Hjärnkoll, SPF och Psykologförbundet bland andra till sponsring och möjliggörande av genomförande av aftonen i fråga. NSPH och Hjärnkoll deltog också som utställare och samordnare Anki Sandberg deltog på scenen tillsammans med Uppdrag för Psykisk Hälsas Ing-Marie Wieselgren för att lyfta frågorna på ett både engagerande och kunnigt sätt.

MHR + MHE = Sant

Psykiatrifonden har sedan första året Mental Health Run ägde rum fått ta del av eller fått hela överskottet samt medverkat till genomförandet. Det här ville vi i Psykiatrifonden lyfta fram under kvällen vilket gjordes förtjänstfullt av Mental Health Runs projektledare Madeleine Liljegren som med bakgrund av en film från loppet i år berättade om syftet och önskan om utveckling och spridning i landet för en riktig folkrörelse. Vi i Psykiatrifonden ser fram emot ett fortsatt samarbete för att lyfta vikten av fysisk aktivitet för psykisk hälsa tillsammans med MHR.

1,6 & 2,6 miljonerklubben och Icakuriren starkt engagerade
Utvecklingen av denna kväll har till stor del berott på ett gott samarbete med 1,6 & 2,6 miljonerklubben och Icakuriren. Samarbeten som initierats via Psykiatrifondens vice ordförande Lena Flyckt respektive kassör Per-Åke Warg. 1,6 & 2,6 miljonerklubbens Alexandra Charles som också modererade aftonen berättade under kvällen om varför engagemanget från dem är så stort och Icakurens chefredaktör, Helena Rönning, berättade personligt om egna erfarenheter som närstående till en person med neuropsykiatriskt funktionshinder och hur viktigt det varit för henne med en ökad öppenhet kring tillståndet för att förstå och kunna hjälpa till.

Och det här är bara början

Kvällen var i sin helhet mycket lyckad och det var upplysta och engagerade deltagare som senare på måndagskvällen strömmade ut från Maximteatern med en goodiebag i handen med bland annat Pebbles Karlsson Ambroses bok "På Vansinnets rand" som innehåll. Bemötandet efteråt var så positivt att vi direkt påbörjat planering för nästa år när Psykiatrifonden även firar 25-årsjubileum och vi vill önska er alla varmt välkomna då. Men nu allra först förstås en fin advent och God Jul.

Maria Larsson

Ordförande programutskottet Psykiatrifonden

Foto:

Martin Schalling



FÖRDOMSPRISVINNARN
"DJÄVULSDANSEN"



HELENA RÖNNING

PTSD hos äldre

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är inte ovanligt hos äldre och kan leda till allvarliga svårbehandlade symptom. För 50 år sedan fanns äldre som upplevt andra världskriget och som vid åldrandet kunde uppvisa svåra PTSD-symptom. Den ökade andelen nyanlända personer som upplevt svåra trauman kommer att leda till allt fler äldre med PTSD.

PTSD kan hos äldre vara nydebuterad eller ha debuterat tidigare i livet. För en review se (Hiskey, Luckie et al. 2008) och (Lapp, Agbokou et al. 2011). Äldre tycks inte skilja sig från yngre vad gäller risk att utveckla PTSD efter trauma (Rintamaki, Weaver et al. 2009). PTSD som debuterar i yngre år kan fortsätta som kronisk sjukdom in i åldrandet. Vanligtvis minskar dock symptomintensiteten, för att ibland till synes försvinna helt. PTSD kan då uppenbarligen fortsätta som en subklinisk sjukdom under årtionden för att återkomma vid åldrandet (Hiskey, Luckie et al. 2008).

Pensionering är associerad med återkomst eller försämring av PTSD (Schnurr, Lunney et al. 2005). Arbete är en viktig strategi för att minska återupplevanden – den som har PTSD har en tendens att arbeta både intensivt och mer än vanlig arbetstid. En pensionering innebär att denna strategi bortfaller och är sannolikt en av förklaringarna till återkomst av PTSD-symptom. Liknande problem uppstår vid arbetslöshet eller hos den som drabbas av invalidiserande sjukdom. Nya trauman kan också leda till såväl PTSD-problematik som en återkomst av en tidigare sjukdom (Bramsen, van der Ploeg et al. 2006). När traumat innebär en retraumatisering kan konsekvenserna bli mycket allvarliga. Svår kroppslig sjukdom, som hjärtinfarkt eller annan livshotande sjukdom, kan skapa trauma som leder till återkomst av PTSD-symptom. Neurologisk sjukdom och demenssjukdomar kan också leda till att PTSD-problematik återkommer.

En återkomst av svåra PTSD-symptom hos en person som fungerat som frisk under många år, kan komma oväntat för omgivningen. Symptomen är dock typiska med återupplevanden, mardrömmar och en hög ångestnivå. Ett adekvat omhändertagande och behandling fordrar en fullständig förståelse av sjukdomen och bakgrunden.

Symptombilden vid PTSD i hög ålder är i princip samma som i yngre år. Dock finns en tendens att presentera fler somatiska symptom (Owens, Baker et al. 2005). Det kan finnas dissociativa symptom hos äldre (Yehuda, Elkin et al. 1996) som också kan omfatta psykotiska symptom.

PTSD i hög ålder är associerad med kognitiv störning. Jämfört med icke traumatiserade, eller traumatiserade utan PTSD, finns en minskad inlärningsförmåga (Schuitevoerder, Rosen et al. 2013) men också minskad mental snabbhet, och reducerade exekutiva funktioner. Det finns en snabbare åldersrelaterad försämring av

minnesförmåga hos personer med PTSD jämfört med personer utan, vilket tyder på att en aktiv PTSD-problematik leder till en påverkan på hjärnan i hög ålder.

Diagnostik av PTSD i hög ålder

Diagnosen PTSD är ofta inte självklar i hög ålder. Det bakomliggande traumat kan vara många år borta, och ibland inte ens känt av anhöriga. Symptom som ångest, depression eller psykotiska symptom kan dominera och tyda på annan diagnos. Kroppsliga symptom inkluderande värkproblematik, kan föra tankarna bort från en psykisk sjukdomsbild.

Vid PTSD finns ofta mardrömmar eller svåra sömnproblem med nattlig ångest. Återupplevanden av trauman är viktigt men berättas oftast inte spontant. Erfarenhetsmässigt är det viktigt att ställa direkta frågor angående PTSD för att få en diagnos. Risk finns annars att sjukdomen tolkas som depression eller ångest. Undvik att tala om innehåller i återupplevanden – det kan skapa låsningar. Om stark ångest kommer fram vid samtal om trauman talar det för en PTSD-diagnos. Om personen kommer från länder där det funnits krig eller förföljelse ökar sannolikhet för en PTSD-diagnos.

Ett samtal om PTSD-misstanke hos en äldre person fordrar en god kontakt med personen och att samtalen förs på ett sätt som skapar trygghet och respekt. Den slutliga diagnosen fås när ett svårt trauma kan verifieras och typiska symptom kan fås fram. Detta kan ta tid och fordra flera samtal.

Behandling

Behandling av PTSD i hög ålder följer samma riktlinjer som hos yngre. SSRI-preparat minskar ångestsymptom och utgör en grund. Pregabalin i låg dos kan minska symptombilden. Psykoterapi kan vara svår när traumat ligger långt bak i tiden.



Ingvar Karlsson

Docent, överläkare

Tina-mottagningen, Billdal

Sahlgremska Akademien, Institutionen för neurovetenskap och fysiologi,

Göteborgs universitet

Referenser: <http://www.svenskpsykiatri.se/tidsskriften/>

“Hur svårt kan det vara?”

en konferens på specialistnivå om hälsa, levnadsvanor och förändringsarbete vid svår psykisk ohälsa

Välkommen till en nationell 3-dagars konferens på specialistnivå i **Göteborg 15-16 maj 2018**, då vi träffar några av landets ledande kliniker och forskare på området! Den **25 maj 2018** har vi även nöjet att presentera en heldag med Ken Jue (US), den uppskattade föreläsaren och grundaren av programmet InSHAPE® som har mångårig erfarenhet inom socialt arbete med levnadsvanor inom svår psykisk ohälsa. Programpunkter är preliminära.

Konferensen är gratis, då avgiften finansieras av Socialstyrelsen, och anordnas i samarbete med Svenska Psykiatriska Föreningen. Arrangör: Eyra Fysio AB.

Mer information och anmälan kommer ut i slutet av februari. Har du frågor? Kontakta oss via e-post: info@eyrafysio.se



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

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 (online)

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

Skrivande som hälsofrämjande aktivitet inom psykiatrisk omvårdnad

Ventil för patienters känslor och tankar vid psykisk ohälsa

Kreativ verksamhet såsom skrivande, musik och dans har länge använts som terapiformer vid psykisk ohälsa (Reynolds 2000, Mee & Sumsion 2001, Gladding 2005, Spandler et al. 2007, Tubbs & Drake 2007). Forskningen visar att kreativa aktiviteter har gynnsamma effekter vid psykisk ohälsa (Caddy, Crawford & Page, 2011).

Iman Lehtinen, psykiatrisjuksköterska och biträdande enhetschef, har under tidigare arbete inom psykosvården uppmärksammat hur *skrivandet* kan hjälpa patienterna att förstå sina upplevelser. Det är viktigt att vårdpersonalen under ett tidigt skede i sjukdomstillståndet uppmuntrar aktiviteter som underlättar patienternas återhämtning och tillgodoser patientens inre resurser. Dels för bibehållen kognitionsförmåga och för att undvika isolering, dels för upplevelsen av *samhörighet* med andra och en *känsla av sammanhang*. Iman Lehtinen tog initiativet till idén om att använda skrivandet som en resurs i vården hösten 2016; tillsammans med Erik Löfvendahl, skötare, litteraturvetare och författare, har hon planerat aktiviteten ifråga och implementerat den i verksamheten på en allmänpsykiatrisk avdelning.

Syfte och mål med skrivarhörnan ur vård- och patient-synpunkt

Syftet var att utforma ett forum där patienter får möjlighet att ge uttryck för *känslor och tankar*.

Att se och möta patienten ur ett helhetsperspektiv. En strävan att få personen bakom sjukdomssymptomen att framträda, ett perspektiv som behöver förankras i den dagliga vården. Det fanns en förhoppning om att bejaka och stärka "det friska" hos patienten genom att skapa utrymme för kreativitet och lek (med ord).

"Den här gången man försöker på allvar blir det verkligt. Personalen kan få en bättre syn på min problematik. Det kan också bidra till ökad förståelse. Från början var jag skeptisk. Uppfattade inte mig själv som en skrivande person" (patient, 2017).

Det är av stor vikt att man erbjuder aktiviteter som bevisligen har gynnsamma effekter, aktiviteter där patienten är delaktig. Målet var att "Skrivarhörnan" skulle vara en krav- och prestigelös miljö där patienten upplever att hen ingår i en social gemenskap.

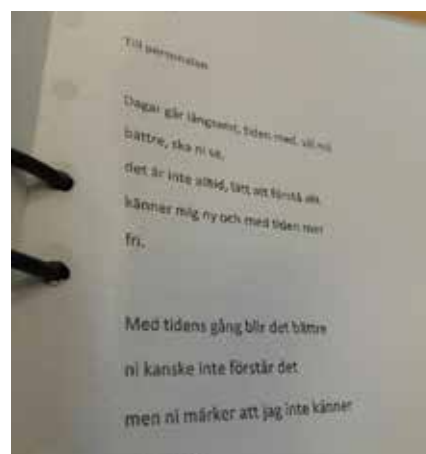
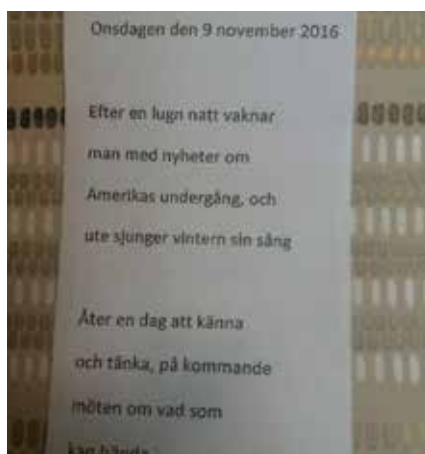
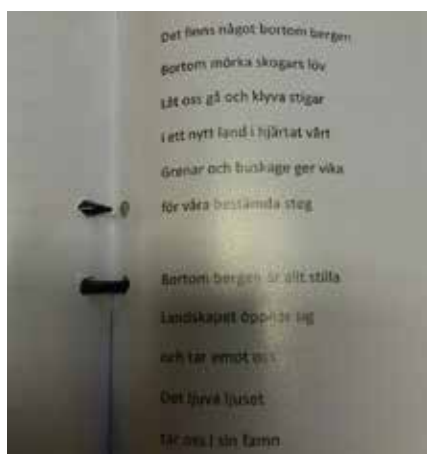
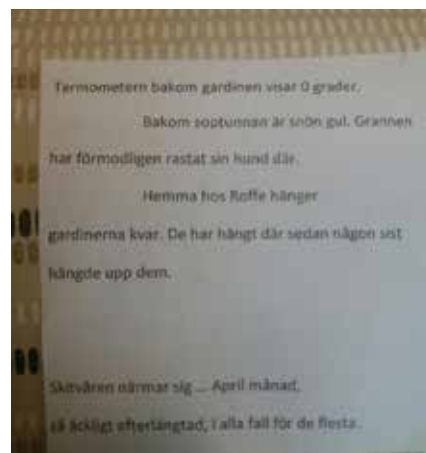
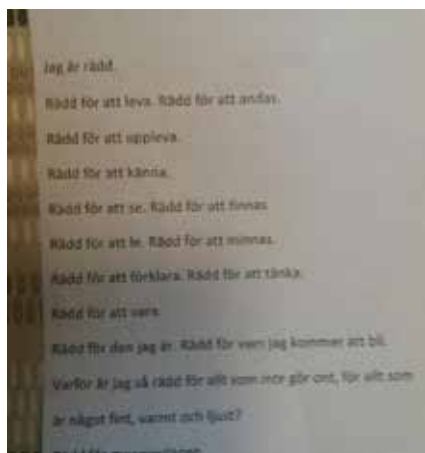
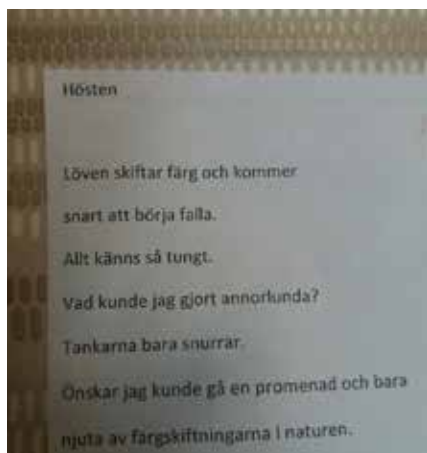
Ett forum där patienten i olika grad kan uttrycka sina tankar och känslor, *"öppna sig" inför andra, och den egna tillvaron*.



Att ventilerar känslor och tankar genom att sätta ord på pränt

De yttre förutsättningarna för "Skrivarhörnan" är enkla: en någorlunda avskild plats, anteckningsblock och pennor. På ett psykologiskt plan inser man svårigheterna. En del patienter som deltagit har inte sett sig själva som sådana som skriver eller uttrycker sig över huvud taget, och bär på inre blockeringar.

Hur får man som vårdpersonal människor, oftast ovana vid att formulera sig i skrift, att ändå göra det? Vad är det som "knuffar igång" dem? Första "Skrivarhörnan" kom att kretsa kring ämnet "ett brev" man skulle skriva till någon, kanske till sig själv. Det blev en lyckad "Skrivarhörnan", även om vissa i gruppen hade svårt att komma igång, ovana vid att skriva brev. Så småningom utkristalliserade sig det upplägg som visat sig mest fruktbart. Att föreslå ett ämne eller flera. Att låta patienterna närma sig ämnet på valfritt sätt. Man kan skriva en dikt, en berättelse, utforma det hela till essäistiska funderingar och reflektioner.



Ämnet fungerar för det mesta som effektiv "igångsättare", det är en styrning som uppskattats av de flesta. Även om ämnet kan vara det enklast tänkbara, är det viktigt att skrivledaren besitter ett genuint intresse för skrivandet och dess olika steg. Skrivledaren bör också kunna tillvarata den enskilda patientens behov i den situationen, någon kanske behöver extra stöd och uppmuntran.

Observationer och utvärdering av skrivandets betydelse

Deltagarantalet har i genomsnitt legat på en tredjedel av patienterna, det är sett ur de flesta aspekter storartat med tanke på vad som krävs av den enskilda patienten under en svår livssituation. Skrivandet fyller olika funktioner för olika patienter. Ibland fungerar det som en ventil när trycket blir för stort, ibland kan det skapa lindring och tröst. En del patienter uttryckte att de inte såg sig själva som "skrivande personer". Vissa patienter hade en viss skrivvana men ansåg inte att det de skriver duger. Somliga kan uppfatta en sådan aktivitet som lockande och stimulerande, men tycker sig inte kunna övervinna inre blockeringar eller hämningar.

Förutsättningen kan vara att man med en malande inre oro, med en inte sällan negativ självbild, ska sätta sig tillsammans med en grupp delvis okända människor för att skriva ner sina funderingar. Under det dryga år som "Skrivarhörnan" funnits

har artikelförfattarna betraktat den starka uppslutningen för denna aktivitet som häpnadsväckande. Under drygt ett år var det bara vid ett tillfälle aktiviteten ställdes in. Ökat engagemang, intresse och vilja har påvisats, samt förmåga till fokus även hos patienter i dåligt psykiatriskt skick.

Slutsats

Av vår erfarenhet från det psykiatriska vårdfältet har det varit tydligt att det saknats nämnda aktivitet. Skrivandet ska vara på patientens egna villkor och utifrån hens förutsättningar. Litterära krav bör aldrig ställas på de texter som tillkommer. Det framstår som viktigt att man skriver, skrivandet som frigörande kraft, inte om vad eller hur. För somliga kan denna uttrycksform vara det enda sättet att förmedla känslouttryck och komma till insikt om sitt predikament. Genom skrivandet kan de i vissa fall förmedla glimtar av den inre kamp de för med sig själva.

Vi anser således att det är av yttersta vikt att hälsobefrämjande aktiviteter bör implementeras i den psykiatriska omvårdnaden.

Iman Chetioui Lehtinen/Erik Löfvendahl

*Avdelning 18, Psykiatri Nordväst
Stockholms läns sjukvårdsområde*



Avhandling i psykodynamisk barnpsykoterapi

Inledning

Forskning kan som bekant vara grundläggande eller tillämpad, vad gäller psykoterapeutisk verksamhet är den ofta inriktad på tillämpning. Det hindrar inte att det allt sedan klinisk forskning började ta fart, har funnits en viss klyfta mellan forskare och kliniker. Forskarna har haft svårt att förstå varför klinikerna i så liten grad beaktar deras fynd och klinikerna har svårt att förstå varför forskarna inte i högre grad undersöker frågeställningar som klinikerna tycker är relevanta. Klinikerna har viss förståelse för vikten av RCT-studier även om dessa ofta har ett begränsat värde för de kliniska patientgrupperna med deras ofta komplexa problematik och varierande motivation. Kliniker kan undra hur en metod fungerar under optimala omständigheter med motiverade patienter och god matchning mellan terapeut och klient. En annan angelägen fråga kan gälla vad som egentligen betyder mest – ”common factors” eller specifika teoristyrda interventioner? En tredje kan handla om hur de teoretiska modellerna för hur terapeutiska processer utvecklas i terapier stämmer med hur terapierna genomförs i praktiken – en fråga om metodtrohet. Psykologen Fredrik Odhammar disputerade 11 oktober på sin avhandling *Möten i psykodynamisk barnpsykoterapi: Förväntningar, samspel och förändring* (doktorsavhandling från Institutionen för pedagogik och didaktik, 53, Stockholms universitet). Även om ovanstående frågeställningar inte alltid var formulerade som fokus i avhandlingen kom hans arbete att ha bäring på dem.

Upplägg

Avhandlingen bestod av tre delarbeten och en utvidgad kapp. Materialet utgjordes av The Erica Process and Outcome Study (EPOS), en naturalistisk studie i vilken 33 barn och föräldrar behandlats med psykodynamisk barnpsykoterapi (PDBT). Föräldrars och psykoterapeuters målformuleringar och förväntningar inför psykoterapin, skilda processer i mötet mellan barn och psykoterapeut studerades. Behandlingsutfall jämfördes med en kvalitativ förståelse av barnets psykologiska utveckling. Materialet studerades med en kombination av outcome och processmått: DSM-diagnos samt CGAS och SDQ, respektive enkätdata från terapeuterna beträffande terapiprocess och egna känslor, samt processkattning av en videoinspelad terapi beträffande dess struktur. Detta metodval av såväl kvalitativa och som kvantitativa mått möjliggjorde fruktbara trianguleringar.

Resultat och diskussion

Författaren fann bland annat att terapeuters och föräldrars förväntningar på terapi överensstämde till ca 50 %. Föräldrarna formulerade generella mål i vardagliga termer, terapeuterna uttryckte sig mer i facktermsspråk. Föräldrarna visade sig initialt

ha mycket begränsade kunskaper om terapins upplägg. Här finns utrymme för att arbeta sig fram till mer samsyn beträffande både målformulering och större kunskap om terapin hos såväl föräldrar som barn.

Tjugotre av 33 barn förbättrades mer än 10 skalsteg på CGAS. Effektstorleken i de kvantitativa måtten varierade för övrigt mellan 1.80 och 1.98 – resultat som pekar på vad som kan åstadkommas i en optimal terapeutisk sättnings där såväl familj som terapeuter kunnat välja. En analys av videobandning av samtliga 42 sessioner i en terapi fann vissa strukturer: Stöd, Problembearbetning, Maktkamp och Psykologisk närhet. I en terapi kunde man visa en tydlig skillnad mellan den mycket begränsade förändring som CGAS uppvisade, respektive vad den kliniska processbeskrivningen pekade mot vad gällde utveckling av mentaliseringsförmåga, affektreglering och självkänsla. Det gav upphov till en diskussion kring att kvantitativa utvärderingsmått inte alltid fångar viktiga kliniskt relevanta förändringar. Beträffande förståelsen av dessa förändringar och den psykologiska utvecklingen kunde den ömsesidiga berördheten i linje med Sterns tänkande om ”implicit relation knowing”, vara en nyckel.

Om metodtrohet och metodutveckling

Det framgick också i avhandlingen att den struktur som kunde påvisas i de terapeutiska processerna antydde att dessa initialt tenderade att syfta till att bygga upp terapeutisk allians och trygghet snarare än att handla om problemfokusering. Därvidlag liknande processerna KBT-prototypen snarare än traditionella PDBT-prototyper. Frågan om metodtrohet kom därför också att bli intressant. Vid behandling utifrån en detaljerad manual till exempel inom KBT kan fokus på specifika faktorer och trohet mot manualen vara avgörande medan inom PDBT förefaller common factors och troheten mot den egna följsamheten i terapiprocessen mer betydelsefull. Det tycktes som den psykodynamiska barnpsykoterapin fungerade optimalt om terapeuten kunde inrikta sig på att utifrån sin egen stil följa och styra processen i mötet med barnet.

Avhandlingen är väl skriven, tillgänglig och praktiskt användbar för kliniker. Fynden kan komma att påverka utbildningen i PDBT både vad gäller samarbete med föräldrarna och fokuseringar i terapiprocessen. Den tillför sålunda värdefull kunskap inte bara till forskningsfältet utan också till den kliniska vardagen.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*



Debatten om nyttan och faran med SSRI måste få lov att vara kontroversiell



Foto: funnyangel/Shutterstock

Den pågående debatten om användandet av läkemedel inom psykiatrin har knappast undgått någon läsare. Efter Peter C. Gøtzsches senaste bok där han riktade kritik mot bland annat antidepressiva läkemedel (1) och intervjun med honom i Läkartidningen (2) uttalade sig flera forskare, såväl som kliniker, till försvar för användandet av SSRI inom psykiatrin.

Det är tydligt att detta är en debatt som berör och engagerar. Inom styrelsen för ST-läkare i Psykiatri (STP) anser vi att det är särskilt viktigt att denna debatt förs på en saklig och vetenskaplig grund. Vi har nu glädjen att meddela att Elias Eriksson och Peter C. Gøtzsche är inbjudna till en debatt kring frågan om SSRIs effektivitet och biverkningar vid STPs årliga ST-läkarkonferens i januari 2018.

Elias Eriksson är professor vid sektionen för farmakologi vid Göteborgs universitet och medförfattare till över 100 vetenskapliga artiklar, däribland en publikation där data från ett flertal SSRI-studier har analyserats på ett nytt och innovativt sätt (3).

Peter C. Gøtzsche är professor vid Nordic Cochrane Center vid rikshospitalet i Köpenhamn och medförfattare till hundratals publikationer som publicerats i välrenommerade vetenskapliga tidskrifter.

Den moderna medicinen har i stort sina rötter i Karl Poppers vetenskapsfilosofiska tänkande. Popper skrev följande i sin bok "Objective knowledge: An Evolutionary Approach": *Whenever a theory appears to you as the only possible one, take this as a sign that you have neither understood the theory nor the problem which it was intended to solve.* Bokens kärna är Poppers välkända



tanke om att hypoteser aldrig kan bevisas, det är endast felaktiga hypoteser som kan motbevisas.

Tanken med Poppers system är att rådande teorier ständigt ska ifrågasättas med nya oförenliga hypoteser tills någon av dem är motbevisad. På så vis utvecklas vårt kunnande genom en evolutionär process där endast de livskraftiga teorierna överlever i konkurrensen. I centrum av denna kunskapsmässiga evolution ligger den vetenskapliga diskussionen och det är därför vi i STP är stolta över att kunna bjuda våra konferensdeltagare på just en sådan vetenskaplig debatt.

För att lyfta den vetenskapliga debatten på plats mellan Eriksson och Gøtzsche kommer vi att arbeta med att sätta debatten i ett sammanhang. De två timmarna före debatten kommer viggas åt en fördjupad intensivkurs i vetenskaplig teori och metodik. Efter detta kommer Eriksson respektive Gøtzsche under varsin föreläsning gå igenom det vetenskapliga underlag som ligger till grund för deras ställningstaganden kring SSRI. Först därefter ges de möjlighet till att kritisera motpartens vetenskapliga underlag i en debatt.

Även förberedelserna inför debatten är av vikt. Både Eriksson och Gøtzsche kommer i god tid innan ST-läkarkonferensen att redogöra för vilka vetenskapliga artiklar de grundar sin föreläsning på. Detta för att den kritiska granskningen av båda sidors påståenden ska bli så ömsesidig och rättvisande som möjligt. Deltagarna på konferensen kommer att få tillgång till listan med artiklar i förväg och kan på det viset förbereda sig inför debatten. Tanken är att deltagarna inför debatten ska känna till de viktigaste artiklarna som skrivits om SSRI och depression och att de efter debatten själva ska kunna ta ett grundat ställningstagande i frågan.

STP-styrelsen är medveten om att Gøtzsche är kontroversiell. Oavsett åsikt om innehållet i Gøtzsches kritik av psykiatriska behandlingsmetoder är vi övertygade om att vi som blivande specialister behöver förstå och ta del av den pågående debatten. För oss som arbetar inom psykiatri är det vardag att bli ifrågasatta och många upplever att media ständigt smutskastar psykiatri. Det finns tillfällen då kritiken är ogrundad, men ibland är den det inte. För att sakligt kunna bemöta kritiska uttalanden

eller, om så är fallet, inse att ens egen sanning behöver revideras, behövs både kunskap och förståelse för motargumenten. Är du för närvarande ST-läkare i psykiatri hoppas vi få träffa dig på Stenungsbaden 24-26 januari. Mer information om konferensen och anmälan finns på vår hemsida: stpsykiatri.se

För STP

Tove Mogren

Ordförande STP

ST-läkare i psykiatri, Allmänpsykiatriska kliniken Falun/Säter

Matilda Naesström

Vice ordförande STP

ST-läkare i psykiatri/doktorand, Psykiatriska kliniken Umeå

Joakim Börjesson

Ledamot STP

ST-läkare i psykiatri, Stockholm

Referenser

Peter C. Gøtzsche (2015) *Deadly Psychiatry and Organised Denial*. People's Press. ISBN 978-87-7159-623-6.

Läkartidningen, 2016; 113:D9FU

"Molecular Psychiatry (2016) 21, 523-530; doi:10.1038/mp.2015.53; published online 28 April 2015 Consistent superiority of selective serotonin reuptake inhibitors over placebo in reducing depressed mood in patients with major depression F Hieronymus, J F Emilsson1, S Nilsson and E Eriksson



Deadline för bidrag till
nästa nummer: **07/02**
Tema: **Var finns vården?**



Må dåligt Om psykopatologi i vardagslivet

Jonas Ramnerö, Thomas Gustavsson och Tobias Lundgren
Natur & Kultur, 2017

Inledning

De flesta av oss mår av och till dåligt. Något i kroppen eller själen är oroande eller störande. Vanligen går det över. Om det inte gör det, om det börjar störa och begränsa vårt livsutrymme i vardagen på olika sätt, börjar vi fundera på att "söka". Om det inte tycks vara något kroppsligt återstår något psykiskt som vi vill slippa – något för psykiatriker, psykoterapeuter och psykologer? Dessa professioner har utvecklat ett antal olika teorier för att förstå, förklara och behandla psykiska problem – psykopatologi. Ett antal självhjälpsböcker står till förfogande för den behövande – mer eller mindre professionellt underbyggda. Författarna till *Må dåligt. Om psykopatologi i vardagslivet* har utifrån övervägande inlärningsbaserade utgångspunkter "förpackat" sin kunskap och erfarenhet i en form som syftar till att nå personer med erfarenhet av och intresse för psykisk ohälsa, yrkesmässigt eller privat. De har ett vardagligt språkbruk, ett förklarande och resonerade tilltal som kan engagera läsaren som också uppmanas att aktivera egna erfarenheter.

Innehåll

Boken inleds med ett fylligt avsnitt kring den psykologiska modell för psykopatologi som författarna utgår ifrån – fokus är mer på lidande och dysfunktion än på medicinsk symtomdiagnostik, vars definitioner snarare ter sig som byggda på komplexa sociala konstruktioner än på naturliga kategorier. Författarnas avsikt är att beskriva hur fenomen som betraktas som patologiska kan förstås som relativt enkla och vardagliga processer som är väl studerade inom psykologin. De framhåller att gränsen mellan psykopatologi och normalitet ter sig flytande. Farmakabehandling berörs inte närmare i de avsnitt av texten som handlar om behandling.

Vilka kan då dessa vardagliga processer vara? Ett axplock: Vi tenderar att lära oss vad vi ska göra eller inte göra utifrån vad våra handlingar får för följder. Vi måste dock lära oss att skilja på kortsiktiga respektive långsiktiga konsekvenser. Vi kopplar ihop händelser som tenderar att uppträda nära varandra i tiden. Den första händelsen tolkas som signal att den andra kommer att följa, särskilt om den andra händelsen har stark laddning. Vi tenderar att generalisera respektive diskriminera på ett affektstyrt istället för ett kognitivt klarsynt sätt. Vi kan identifiera obehag och lära oss att undvika det med risk att vi gradvis blir allt mer instängda i våra undvikanden vilket påverkar vår livskvalitet. Dessutom kan vi inte kontrollera tankar, känslor och fantasier på samma sätt som vårt beteende. Vår självbild och självkänsla kan påverkas i takt med att vi fjärras allt mer ifrån aktiviteter och relationer som ger vårt liv mening.

Denna begreppsapparat, väl utvecklad och nyanserad i boken, är central i den vidare utförliga presentationen av uppkomst, utbredning och behandling av ett antal "lidandeområden". Dessa svarar

mot vissa DSM-diagnoser, men introduceras under mer upplevelsenära kapitelrubriker som: "ångest, oro, rädsla", "när livet gjort en illa"/PTSD, "allt känns bara tungt"/depression, "om jag bara kunde somna", "skadlig för sig själv", "att inte vilja fortsätta"/suicid. Författarna underbygger sin framställning med forskningsreferenser och klagörande kliniska vinjetter. De betonar att de är mer fokuserade på ökad livskvalitet och större flexibilitet än på den medicinska modellens inriktning på att identifiera och undanröja besvär. De konstaterar också att det vanligen inte finns några självklara sätt att avgränsa när till exempel nedstämdhet, oro, ångest, smärta och sömnproblem som vanliga om än ovälkomna inslag i vardagen övergår i psykopatologi.

Sammanfattningar av behandlingsprinciper i fyra koncisa avsnitt avslutar varje kapitel. En grundbult utgörs av klientens eget värdesystem – vad hen anser vara viktigt och värdefullt. Förmågan att sträcka sig mot det som ger livet mening kan ofta ha kringsskurits genom erfarenheter klienten upplever sig ha fått avstå ifrån som ett led i att hantera sina problem och reglera sina affekter.

Bokens styrka är författarnas förmåga att formulera människors psykologiskt begripliga reaktioner på svåruthärdliga situationer genom olika beskrivbara inlärningsmekanismer. De kombinerar en normalisering beträffande reaktionerna med ett empatiskt inkännande i lidandet. Som potentiell patient eller klient kan man känna sig mindre konstig och annorlunda, mindre skambelastad och bli motiverad att gå emot sina symtom och de beteenden som upprätthåller dem.

Kommentar

En av konstarterna i behandling som bygger på exponering tycks vara att övertyga klienten om vad hen ska "gå emot" och vad hen ska "gå med" – alternativt att lyckas få hen att övertyga sig själv. "Att gå med" verkar dock vara att gå emot något annat. Att acceptera att "gå med" – acceptera sina känslor, innebär att gå emot lusten att fly från dem, att tänka att "tankar är bara tankar" innebär att gå mot frestelsen att låta sig fångas i dem. Hur går det till? En övertygande terapeut som validerar känslor, ifrågasätter tankar och presenterar en bra sammanhängande, inramande, psykoedukativ berättelse som skapar normaliserande klarhet i svårigheternas uppkomst och art samt legitimerar de föreslagna interventionerna inte minst beträffande de färdigheter som behöver tränas – då kan det skapas hopp som frigör energi!? Kanske räcker det – kanske kan också läsare hämta något av denna energi ur boken och återta sin rörelse i livet i samklang med dess mening.

Björn Wrangsjö

Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm



Stulen gräns

Claes Holmqvist
Vulkan bokförlag, 2017

Stulen gräns är en samtidsaktuell biografi som med rättframhet skildrar en ung mans skakande upplevelser av relationsvåld och borderline personlighetsstörning.

Boken handlar om en högstadietjej som är utåtagerande och självdestruktiv. Hennes lärarvikarie utses till räddaren i nöden. Detta ska visa sig få ödesdigra konsekvenser som kommer ändra hans liv för alltid. Han isoleras mer och mer i en allvarligt störd persons otäcka värld. En folie à deux-gemenskap utvecklas bortom samhällets insyn och hjälpinstanser. Personliga och juridiska gränser förskjuts utmed berättelsen och ställs mot moraliska dilemman.

Lärarvikarien förstår inte att den tillit som utvecklas mellan honom och borderlineflickan successivt vänds till sin destruktiva motsats, vilket försätter honom i en farlig situation. Ju mer han engagerar sig desto mer omöjliggörs hans insatser. Han är fast i dilemmat "damn you if you do damn you if you don't": Vad han än säger och gör så blir det fel. Han har försatts i ett tillstånd av samförvirring.

Boken är personligt skriven och visar med smärtsam tydlighet hur psykologisk terror kan göra en oförmögen att agera fast man agerar hela tiden. Man är snärjd i ett relationsdrama, utan någon väg ut.

Stulen gräns vänder sig till psykiatrisk behandlingspersonal som arbetar med starkt utåtagerande barn och ungdomar. Även personal inom rättspsykiatrisk vård kan ha stor behållning av boken. Den kan också läsas som en spänningsroman.

Författaren är brutalt uppriktig i sitt skrivande: Lämnar ingen oberörd. Professionella yrkesutövare, tjänstgörande myndighetspersoner och han själv framställs under riktiga namn. Övriga är fingerade. Författaren är debutant. Han lyckas väl med att beskriva den förtvivlan och desperation anhöriga till borderlinepersoner vittnar om.

Thomas Silfving
Psykolog, psykoterapeut och författare



Oro: Att leva med tillvarons ovisshet

Anna Kåver
Natur & Kultur, 2017

Boken Oro av Anna Kåver är en självhjälpbok som ska hjälpa oss ängsliga svenskar att bättre hantera alla de förväntningar och krav vi upplever att andra har på oss. Ibland kan också våra egna ambitioner utvecklas till stress, oro och psykisk ohälsa. Ofta är det nog en kombination av båda.

Syftet med boken är nog främst att lära sig identifiera det som triggar ens oro; samt att lära sig att se och hantera oron som ett existentiellt villkor som kommer med att vara en människa som hela sitt liv har att "leva med tillvarons ovisshet", som också är bokens undertitel.

Boken är lättillgänglig med korta stycken och tydliga rubriker. Efter varje stycke bjuds läsaren på instruktioner och frågor för att förstå och reflektera över sin egen oro, och hur den bäst kan lindras.

Oro definieras som tankar. Och metodvalet är valt därefter: att ändra tankarna minskar oron. I boken ges många förslag på just detta. Av bokens drygt 150 sidor ägnas 43 till praktiska förslag som andning, mindfulness-övningar m.m. Utöver de förslag och instruktioner läsaren får efter varje stycke i boken är den med dessa 43 sidor i många stycken en praktisk bok som gör en lite ängslig inför om man ska klara allt man måste tänka på för att just tänka annorlunda för att eventuellt minska den oro man kände från början att man oroades över. "Det är mycket nu" som någon sa.

De exempel författaren ger är ibland hämtade från människor i samhällets övre skikt, och "vanliga" människors oro rör nog inte "om du valt 'rätt' städfirma" eller "om flyget kraschar på väg till vår semester i USA". Just sådana exempel gör den svår att använda i ett kliniskt arbete med människor som sliter med skulder, våldsamma relationer och missbruk. Givetvis finns det exempel i boken på andra ting vi alla oroar oss för.

Anna Kåver är tydlig med att oron är en integrerad del av tillvaron. Hon vill ge oss mer kunskap om vad stress och oro är, dess uttryckssätt samt hur vi bättre ska lära oss att hantera den i våra liv. Det gör hon på ett grundligt och spännande sätt. Och det är bokens styrka som också visar de positiva sidorna av oro. Det finns faktiskt sådana. Hon använder psykologin, filosofin och biologin för att förklara orons mångfacetterade rötter. Den genomgång hon gör av orons biologi är den mest djupgående och lärorika. Hon delar rikligt med sig av sin kunskap: Beskriver tydligt och lättförståeligt ett svårt lidande med ett språk som är mycket välintegrerat utifrån sin gedigna kunskap och erfarenhet om ett ämne vi alla kan känna stor ovisshet om hur vi ska hantera.

Boken avslutas med "Lästips och referenser". Trots att Anna Kåver står i den kognitiva metodtraditionen förvånas vi att det saknas referens till Finn Skårderuds bok Oro: En resa i det moderna självet (Häftad 2002) som fortfarande är en tung bok i ämnet. Att Natur & Kultur ger ut ytterligare en bok med samma titel är än mer förvånande.

Psykologerna
Thomas Silfving och Gunilla Nilson
Författare till böckerna Hotande Närhet och Narcissistens Spegel, Studentlitteratur



Fördel ADHD: var på skalan ligger du?

Anders Hansen
Bonnier Fakta, 2017

Bara undertiteln på Anders Hansens nya bok *Fördel ADHD* antyder att vi alla i någon utsträckning har drag av ADHD, vilket han också menar. Själv anser han sig ligga högt på skalan.

Det intressanta med boken är att författaren ser många fördelar med diagnosen som: initiativrik; pådrivande; energisk; kan tänka utanför boxen och kreativiteten. Dessutom är den som har ADHD orädd och vågar satsa på nya idéer och projekt. En stor portion nyfikenhet kan alltså märkas. Man är också flexibel och ifrågasättande. Författaren menar att den psykiatriska diagnosen ADHD har hittills mest förknippats med problem. Med boken vill han balansera bilden genom att också lyfta fram positiva egenskaper som är typiska för ADHD. Så kan vi bara vidga vårt synsätt avseende diagnosen kommer vi även förvånas över resultaten. Och de som tycks ha förutsättningar för det är just dem med ADHD.

Anders Hansen uppmärksammar också nackdelarna med diagnosen: Ständigt kaos i huvudet; lätt distraherad av yttre stimuli. En del har svårigheter att koncentrera sig; följa instruktioner och lyssna på andra; sitta still på grund av att man är rastlös och otålig. Som motmedel behöver den som har diagnosen ADHD vara starkt intresserad och fokuserad på det hon eller han håller på med/uppgiften. Det intensiva intresset håller den motoriska (över)aktiviteten, behovet av konstant stimulering, någotsånär i styr: I kombination med medicin och att vara i rörelse; "Mer rörelse – mindre mobil". Fördelarna med medicinering överväger för de som har de svåraste problemen. De som lider mest av sina besvär.

Anders Hansen träffar många patienter med ADHD i sin yrkesvardag som psykiater. I boken delar han rikligt med sig av sina erfarenheter till läsaren. Och om de patienter han träffar som klarar sig bra i livet säger han är: "De som har lyckats vända dragen som diagnosen kan medföra till något positivt har haft en sak gemensamt: de har alla haft en insikt om både sina svagheter och sina styrkor och har lärt sig att använda de senare." Har de inte själva haft den insikten så har någon i deras närmaste omgivning haft den. Någon har sett och förstått deras svagheter och styrkor. Deras styrkor har alltså inte fallit i glömska för att de är så jobbiga och suger helt musten ur en (min kursivering).

Det är just styrkorna hos de som har ADHD som motiverat Hansen att skriva boken. Han vill skapa en förståelse för hur

diagnosen kan vara en fördel för både de som har den och för oss andra (som alltså har en släng av ADHD men ännu inte fått diagnosen).

Med tanke på skolans värld och det allt högre antal barn som får diagnosen ADHD anser författaren att undervisningen måste ändras för att bättre anpassas till dessa elever. Härvidlag stöder han sig på forskning och ser att inte bara andelen ADHD-diagnoser kommer öka framöver, utan även andra diagnoser: En trend vi ser exempel på redan nu, hos både vuxna och barn.

Det positiva med att läsa Anders Hansens nya bok är att han ser till, och söker beskriva den praktiska helheten i en människas ADHD-liv. Han tar också död på myterna att ADHD skulle ha något att göra med fel mat och/eller dålig uppföstran. På så vis lättar han på skam- och skuldbördan hos både de drabbade och deras anhöriga. Snarare inviterar han läsaren på en resa som innebär att ju mer man läser och lär sig desto tydligare blir det att ADHD i hög utsträckning faktiskt är ärftligt.

Boken *Fördel ADHD* vänder sig till alla som vill öka sin kunskap om diagnosen. De som vill fördjupa sitt tänkande om de fördelar diagnosen medför, och vad som finns att lära av "omgivningen innan man ger sig in på att sätta diagnoser och skriva ut medicin" kommer att ha stor behållning av boken. Anders Hansen menar förvisso att diagnos och medicin är en mycket väsentlig del av behandlingen för dessa patienter. Men han anser också att patienter med ADHD som har svårt att koncentrera sig paradoxalt nog också "har en fullständigt fantastisk förmåga att fokusera" om de hittar något som verkligen intresserar dem. Och det, om något, är väl en fördel att veta för att bättre kunna hantera de nackdelar det innebär att man har svårt att koncentrera sig, är hyperaktiv och impulsivt utåtagerande: Både för den som har diagnosen ADHD och för omgivningen.

Anders Hansen är leg. läkare och psykiater från Karolinska Institutet och civilekonom från Handelshögskolan i Stockholm. Förra året kom han ut med försäljningssuccén *Hjärnstark* som undertecknad recenserat i denna tidskrift (nr 4/2016). År 2017 tilldelades han HälsoPriset som årets författare.

Thomas Silfving

Leg psykolog, leg 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: **07/02**

Tema: Var finns vården?

Kalendarium

ST-konferensen: Psykopatologi och vetenskap –
Down the rabbit hole
24-26 januari 2018, Stenungsbaden, Stenungsund
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.svenskapsykiatrikongressen.se/>

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

American Psychiatric Association Annual Meeting
5-9 maj 2018, New York, USA
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/meetings/annual-meeting>

CINP World Congress
16-19 juni 2018, Wien, Österrike
<http://cinp.org/vienna/>

23rd IACAPAP World Congress
23-27 juli 2018, Prag, Tjeckien
<http://www.iacapap2018.org/>

Framtidens specialistläkare (FSL 2018)
4-7 september 2018, Malmö
<http://www.framtidenslakare.se/>

31st ECNP Congress
6-9 oktober 2018, Barcelona, Spanien
<https://2018.ecnp.eu/>

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



E. Cullberg



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? Välkommen att ansöka om resestipendier för ST-läkare och specialister i psykiatri senast den 1 februari. Stipendierna delas ut med stöd av Stiftelsen Natur & Kultur.

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 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 senast den 1 februari 2018. Stipendiernas namn tillkännages under Svenska Psykiatrikongressen i mars.

Diskutera med kolleger och läs färskas tidskrifter för att se var det bedrivs spännande psykiatriskt arbete! Ta sedan kontakt med den arbetsplats där du vill vistas

om du tilldelas ett stipendium. Det går givetvis bra att mejla även framstående personer om möjligheten att få komma och auskultera.

Vid frågor kontakta kanslisten@[svenskpsykiatri.se](mailto: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).