

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#1

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - Mars 2018

Var finns vården?



ANSVARIG UTGIVARE:
Ullakarin Nyberg



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN



HUVUDREDAKTÖR:
Tove Gunnarsson

Innehållsförteckning:

Alltid i Svensk Psykiatri:

- 3 Redaktionsruta
- 3 Redaktionell ledare, **Tove Gunnarsson**
- 4 SPF styrelseruta, ledare, **Ullakarin Nyberg**
- 5 SFBUP styrelseruta, ledare, **Sara Lundqvist**
- 6 SRPF styrelseruta, ledare, **Per-Axel Karlsson**
- 8 Kommande temanummer
- 10 Krönika enligt Tiger, **Mikael Tiger**
- 22 Senaste nytt från SPF's Utbildningsutskott, **Jonas Rask**
- 38 10 frågor. I det här numret intervjuar vi Matilda Naesström, ny ordförande i STpsykiatri, **Stina Djurberg**
- 67 Bokrecension: Ologiskt. Varför smarta människor fattar irrationella beslut, **Thomas Silfving**
- 69 Bokrecension: Hemligheternas värld. En idéhistorisk avhandling om Bror Gadelius, **Jerker Hanson**
- 72 Bokrecension: Neurovetenskaplig psykiatri, **Daniel Frydman**
- 74 Bokrecension: Fördel ADHD: var på skalan ligger du? **Björn Wrangsjö**
- 75 Andvändbar evidens. Om följsamhet och anpassningar, **Björn Wrangsjö**
- 77 1) Krig, tortyr och flykt. Vad gör det med människan och hur vi kan hjälpa. 2) Familjen i exil. Flyktfamiljer i en interkulturell och psykosocial kontext, **Björn Wrangsjö**
- 79 Kalendarium

Tema:

- 12 Var finns vården? **Björn Wrangsjö**
- 14 Var finns psykiatrin? **Per-Axel Karlsson**
- 16 Skatta dig till hälsa, **Thomas Silfving**
- 18 Intergenerational trauma hos aboriginerna. En studieresa till västra Australien med stöd av Cullbergstipendiet, **Esther van de Wall**
- 22 Senast nytt från SPF's utbildningsutskott, **Jonas Rask**
- 24 Barn- och ungdomspsykiatri i Beirut, **Nasim Pourghazian**

Rapporter från möten och resor:

- 18 Intergenerational trauma hos aboriginerna. En studieresa till västra Australien med stöd av Cullbergstipendiet, **Esther van de Wall**
- 24 Barn- och ungdomspsykiatri i Beirut, **Nasim Pourghazian**
- 29 Down the Rabbit hole. ST-läkarkonferensen 2018, Stenungsund, **Karl Lundblad**
- 40 Akut mani, affektiv drömmottagning och en SSBS Anthem. Rapoort från SSBS höstmöte, **Maria Larsson**

Psykiatriska nyheter:

- 42 Hej från Uppsala, **Lisa Ekselius**
- 43 Ny avhandling. Attention deficit/hyperactivity disorder in adults, **Dan Edvinsson**
- 46 Ny avhandling. Säsongsvariation för suicid: Teoretiska och kliniska implikationer, **Georgios Makris**
- 47 Hormonbehandling verkar profylaktiskt mot depressiva symptom i klimakteriet, **Cathrine Axfors, Alkistis Skalkidou**
- 48 Aktuella avhandling från BUP 2017, **Per Gustafsson**
- 52 Nya nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, **Sofia von Malortie, Ellinor Cronqvist, Gunilla Ringbäck Weitoft, Lena Flyckt, Karin Bodlund, Mussie Msghina, Rickard Färdig, David Rosenberg, Thomas Davidsson**
- 55 Tidig och ihållande minskning av skattad suicidalitet vid SSRI-behandling av vuxna med depression, **Jakob Näslund**
- 56 Ketamin ger snabb minskning av suicidtankar, **Johan Fernström**

Debatt:

- 58 Reflektioner om medicinsk etik och rätt, **Mikaela O'Neill**
- 61 Underlåtenhetssynder, **Olle Hollertz**
- 62 Politiskt missbruk av psykiatrin - tyvärr fortsatt ett allvarligt problem, **Sten Thelander**
- 64 Finns framtidens psykiatri nu? Del IV: Hjärnfunktioner och psykiatrisk diagnostik, **Björn-Erik Thalén**

Övrigt:

- 11 Samhällsintresserade kollegor se hit! **SPF's styrelse**
- 32 Om gruppterapi, **Lars Tauvon**
- 35 Utställare vid Svenska Psykiatrikongressen 2018
- 36 Äkta kärlek och juridik, **Cecilia Mattisson**
- 57 Påminnelse om Svenska Psykiatriska Föreningens årsmöte på SPK 2018

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **16/05**

Tema: **Det som inte syns på utsidan**

Tidskriften för
Svensk Psykiatri



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

TOVE GUNNARSSON
Redaktionell ledare



Var finns vården...

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
Sander van der Werf/ Shutterstock.com
Marie Linner/Shutterstock.com
Roman Samborskyi/Shutterstock.com

INTERNET

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till
annonser@svenskpsykiatri.se

... det var frågan vi ställde den här gången. Svaret är förstås beroende av var i världen du befinner dig. Förutom iakttagelser och reflektioner från den svenska vårdvardagen har vi reseberättelser från två Cullbergstipendiater. De skildrar vistelser i bl.a. libanesiska flyktingläger och bland den australiensiska ursprungsbefolkningen aboriginer, där den psykiatriska vården fått anpassas efter rådande villkor och utmaningar.

När detta nummer kommer ut är det mindre än en vecka kvar till Svenska Psykiatrikongressen på Münchenbryggeriet i Stockholm. Jag hoppas få träffa många av er där! Lyssnar du på något intressant som du vill dela med dig av? Skriv gärna en liten rapport för publicering i Svensk Psykiatri! Det behöver inte vara långt eller komplicerat – hellre kort och kärnfullt. Det här gäller förstås även dig som besöker någon annan psykiatrisk konferens, t.ex. BUP-kongressen eller APA.

Nästa nummers tema...

... är *Det som inte syns på utsidan*.

Vårt arbete är avhängigt av vad våra patienter och deras närstående förmedlar resp. inte förmedlar till oss. Vi är väl alla mer eller mindre bra på att dölja vad som pågår i vårt inre – vi väljer vad vi vill dela med andra och vad vi vill hålla inne med. Och visst händer det att vi blir lurade av patienter och andra!

Det som inte syns kan gälla enskilda individer men också hela familjer där man pga. skam eller skuld bevarar en hemlighet; det kan röra sig om missbruk, psykisk sjukdom, kriminalitet eller annat. Man håller fasaden gentemot omvärlden.

En del i våra bedömningar bygger på det utsagda; stämningar i rummet, hur patienten rör sig på väg till eller från samtal m.m. En aktuell fråga är ifall det går att fånga upp sådan icke-verbal kommunikation i de nya vårdtjänsterna av typen "läkarbesök i mobilen"?

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Psykiatri - en medicinsk specialitet som andra

Vi kan glädjas åt att intresset för psykiatri i vårt land är stort och fortsätter att växa. Nu kliver allt fler människor med egen erfarenhet av psykisk ohälsa fram, berättar sin historia och får mycket positiv uppmärksamhet. Charlie Eriksson, skaparen av "Aldrig ensam", Christian Dahlström, upphovsmannen till podcasten "Sinnessjukt", youtubedrottningen Therese Lindgren; exemplen är många. Mental Health Run och Mental Health Evening lockar allt fler deltagare. Självmoordsförebyggande initiativ tas av en växande skara. Artiklar om psykisk sjukdom dyker upp i populärpressen och frågorna diskuteras i TV på bästa sändningstid.

Intresset för psykiatri hos kollegor inom somatiken är stort. Ja, det verkar faktiskt som att fler och fler har kommit till insikt om att psykisk ohälsa berör oss alla och det är förstås en rimlig slutsats att dra när livstidsprevalensen för ångestsjukdomar är 30 % och för affektiva tillstånd 20 %, samtidigt som allt fler får nedsatt arbetsförmåga på grund av stressrelaterade tillstånd.

Så är då slutsatsen av denna utveckling att vårdbehov, vårdutbud, kompetensutveckling och resurstilldelning är i balans? Nja, inte riktigt. Tvärtom faktiskt. Samtidigt som stigmatiseringen runt psykisk ohälsa minskar och intresset ökar pågår häpnadsväckande nog en parallell utveckling som kommer att leda till att nyblivna läkare i framtiden har lägre kompetens inom psykiatri.

Vad har då hänt? Jo, förslaget om att läkares nuvarande AT-tjänstgöring ska ersättas med en ettårig bastjänstgöring utan obligatorisk psykiatriplacering verkar gå igenom och får stöd av Svenska Läkarsällskapet. Bastjänstgöringen är tänkt att fungera som en "strukturerad introduktion till hälso- och sjukvården" mellan en sexårig läkarutbildning och specialiseringstjänstgöringen. Den ska ge fördjupad kompetens i den praktiska yrkesrollen med obligatorisk tjänstgöring om minst 3 månader inom primärvård och akutsjukvård, men inte psykiatri. Den nyutexaminerade läkares behov av psykiatrisk kunskap anses kunna tillfredsställas inom ramen för de obligatoriska somatiska placeringarna.

Det här innebär att en nybliven läkare utan erfarenhet av tjänstgöring inom psykiatri ska kunna utfärda vårdintyg, hantera förskrivning av psykofarmaka, uppmärksamma samsjuklighet mellan somatiska och psykiatriska tillstånd, bedöma suicidrisk och så vidare. Riskerna med detta är uppenbara, men trots det anser Läkarsällskapet att förslaget "skapar ett stort mervärde för alla parter, såväl läkare som verksamhet och patienter". Vi är alltså på väg att ta flera steg tillbaka från det synsätt som de flesta av oss omfattar, nämligen att psykiska och fysiska sjukdomar är jämbördiga. Vem som helst kan drabbas och det är viktigt att den som är sjuk får bästa tillgängliga vård och behandling av experter inom området.

Så vad säger den här oroande utvecklingen om synen på psykiatri från beslutsfattaress sida? Man lyfter fram värdet av att nyutexaminerade läkare får fördjupad kompetens i den praktiska yrkesrollen genom att självständigt medicinskt beslutsfattande prioriteras i bastjänstgöringen, men bortser samtidigt från att en specialitet som ger möjlighet att frihetsberöva patienter ställer extra höga krav på läkares kliniska kompetens. Psykiatriska tillstånd är ofta svårbedömda och den som är drabbad riskerar att missförstås. Depressiva symptom och ångesttillstånd hos somatiskt sjuka eller gamla ses som naturliga reaktioner, suicidalitet tas



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

ULLAKARIN NYBERG

Ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen



SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

ORDFÖRANDE: Ullakarin Nyberg
(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

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

SEKRETERARE: Michael Ioannou
(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

SKATTMÄSTARE: Christina Ysander
(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

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

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

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

LEDAMOT: Michael John
(john@svenskpsykiatri.se)

LEDAMOT: Cecilia Mattisson
(mattisson@svenskpsykiatri.se)

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

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

inte på allvar eller ignoreras på grund av rädsla, beroendetillstånd missas, brister i bemötande ökar behovet av tvångsåtgärder. För att möta dessa utmaningar krävs klinisk tjänstgöring inom psykiatri. Den kan inte ersättas av tjänstgöring inom somatiken, där tillgång till psykiatrisk kompetens kan vara bristfällig eller saknas helt.

Patienter med psykiska sjukdomar får ofta sämre vård och behandling med kraftig överdödlighet som följd; ett mycket oroande exempel på ojämlik vård. Det är motsägelsefullt att ökade behov och minskad stigmatisering i samhället möts av förslag som leder till sämre psykiatrisk kompetens hos nyutexaminerade läkare och därmed undergräver våra möjligheter att göra bedömningar utifrån ett helhetsperspektiv, vilket behövs för att ge mest resurser till dem som har störst behov. SPF har protesterat, men våra invändningar har ignorerats.

Så kära kollegor. Utmaningarna för vår specialitet är många och behovet av kloka och engagerade psykiatrer har kanske aldrig varit större. Det behövs förebilder för yngre kollegor, erfarna kliniker, mentorer, engagerade debattörer, kunniga forskare. Och det har vi. Snart blir detta uppenbart genom att vår fina yrkeskår samlas under SPK. Vi har många viktiga frågor att diskutera. Ni kommer väl?

Ullakarin Nyberg
Ordförande SPF

Till alla föräldrar på BUP



SARA LUNDQVIST
Ordförande Svenska Föreningen för
barn- och ungdomspsykiatri



På BUP finns så otroligt många föräldrar, fler föräldrar än barn och ungdomar faktiskt. Barnen och ungdomarna är våra patienter och vi lyssnar noga på deras röster men de personer som är viktigast för våra patienter är ofta deras föräldrar så vi måste luta vårt öra riktigt riktigt nära även där. Till alla föräldrar på BUP vill jag bara säga att vi som jobbar med era barn ser hur ni kämpar, kämpar för att vara en bra förälder, en stark förälder, en trygg förälder, en tålmodig förälder, en positiv och aktiv förälder, en lugn och eftertänksam förälder, en noggrann förälder, en förälder som ser nyanser, en ordentlig förälder, en förlåtande förälder, en förälder som kommer i tid, en förälder som sätter en gräns, en förälder som slåss för det som är rätt, en förälder som ger omsorg, en förälder som ger respekt, en förälder som förklarar varför det inte går längre, en förälder som står ut, en förälder som tar emot hjälp.

Vi ser allt det där. Vi är stolta över er, ni trotsar stigma och skam och söker hjälp när ni märker att era barn inte mår bra, för det märker ni. När barn och ungdomar verkligen inte mår bra så vet föräldrar det. Kanske vet de inte alla detaljerna eller djupet eller nyanserna men att nå't inte står rätt till, det vet föräldrar, nästan jämt.

Vissa föräldrar har det svårare än andra att vara just de där föräldrarna de vill vara åt sitt sjuka barn. Kanske har man själv en sjukdom, kanske sliter man på flera arenor i livet och orken och energin är knapp. Kanske har man väldigt lite stöd och är ensam, kanske ställer föräldraskapet krav som är svåra att leva upp till.

Sfbup får ibland kommentarer om att barn- och ungdomspsykiatri har blivit för individualistisk och att vi inte arbetar med hela systemet som barnet befinner sig i. Men det stämmer inte. Om man läser våra riktlinjer är det väldigt tydligt att den stora delen av utredning och behandling av barn inom barn- och ungdomspsykiatri sker via föräldrarna. Stor vikt läggs också på samverkan med skolan och andra delar i barnets nätverk.

På vår kommande kongress i Luleå kommer Sfbups nästa riktlinje om traumatillstånd att gås igenom vid ett symposium. Behandlingen av trauman är ett bra exempel på en metod som verkligen är baserad på aktivt deltagande av en förälder eller annan anknytningsperson. Hoppas vi ses i Luleå!

Sara Lundqvist
Ordförande Sfbup

SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

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

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

FAKTLIG 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

Kontakt över gränserna



PER-AXEL KARLSSON

Ordförande Svenska Rättspsykiatriska Föreningen ▶



SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

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

VICE ORDFÖRANDE: Kristina Sygel

SEKRETERARE: Hanna Edberg
(sekreteraren@srpf.se)

KASSÖR: Kosilla Pillay
(kassoren@srpf.se)

VETENSKAPLIG SEKRETERARE: Axel Haglund
(vetenskapligsekreterare@srpf.se)

FACKLIG 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

Vilken trevlig stämning på möte med europeiska kollegor inom forensisk psykiatri!

Ghent-gruppen har varit i Wien i september 2017, och nästa år är det möte i Vasa i Finland med Markku Eronen som står värd. Samtidigt har Vanha Vaasa rättspsykiatri 250-årsjubileum.

Det är mycket värdefullt att träffa kollegor i andra länder för att höra om den problematik som många gånger är likartad vår, men ibland är mer unik. Samtidigt sker ju kontaktskapande och personligt och yrkesmässigt berikande möten.

Möjligen var jag ett exotiskt inslag "från Swedish Lapland" som har verksamhet 300 km norr om Vasa. En del personliga geografielektioner behövdes för att visa hur stort Europa egentligen är men många blev mycket nyfikna.

Jag ser det som helt nödvändigt för en specialist som arbetar med rättspsykiatri att ha kontakt över gränserna inte bara i Norden utan med övriga Europa. Där spelar det ingen roll om man har utredande eller behandlande uppdrag.

Besök på en lokal klinik i Göllersdorf – "justizanstalt" högsäkerhetsavdelning 4 mil från Wien visar skillnader – den dominerande





minnesbilden är stentrappor, gallerförstärkta fönster, inrökta avdelningar och stora, tomma parkområden. Med annorlunda lagstiftning i Österrike har alltså justitiedepartementet – inte socialstyrelsen – ansvaret för kliniken som har 137 platser, en av tre kliniker i landet. Man har enbart manliga patienter och flertalet är över 40 år. Om patienten inte samarbetar kan de bli kvar hela livet... ändå finns det svårigheter att ordna platser och man har helt enkelt inte sängar till alla. Justitiedepartementet vill inte bygga ut utan menar att det nog kommer att lösa sig... senare.

Dygnskostnaden per plats är ca 160 € och därmed lägre än i Sverige som har ca 530 €.

Några detaljer: Ingen personal finns på avdelningarna kväll och natt men man har sovande jour som går ronder nattetid. Inga singelrum – två till fyra patienter delar rum. Man får som patient röra sig tämligen fritt inne i sjukhuset, även på varandras avdelningar, och våldsincidensen är låg.

Det finns en intensivvårdsdel med isoleringsrum. Överallt galler och även en glasbur som påminner om "björnburen" i Kumla fängelse. Kameraövervakning sker inne i patientrummen på intensivvårdsdelen. Inga midjebälten eller fempunktsfixering utom på justitieministerns beslut, däremot kan man ha handklovar som fästs bakom patientens rygg. Tillstånd för tvångsmedicinering måste ges av justitieministern i Österrike.

Det finns ingen rättspsykiatrisk specialitet inom medicinen i Österrike.

Jag kom att sitta med en av de gamle som startat Ghentgruppen, John Gunn, och frågade honom vilket land man skulle välja att leva i om man hade svår psykisk sjukdom. Svaret kom omedelbart – England eller möjligen Tyskland, men att det finns ofta stora skillnader inom landet i sig. Så är det nog i Sverige också.

Vi diskuterade även produktivt om hur vi driver utvecklingen framåt i respektive land, och tyvärr hade flera upplevt att det blir/uppstår en kris/en oönskad händelse som gör att de styrande vill ändra på allt på en gång. Det går ofta åt skogen. Enkel slutsats – låt inte politiken ta över styrningen, gör det själv med långsiktigt tålmodigt förändringsarbete. Citat från Norbert Nedopil – "Dont change the law, change your practice".

Dessutom hälsade alla till Per Lindqvist, som varit betydelsefull deltagare i gruppen under många år.

Per-Axel Karlsson
Ordförande SRPF

SVENSK PSYKIATRI

Skriv till oss
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **16/05**
Tema: **Det som inte syns på utsidan**



Utgivning 2018

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

ANNONS



Vabruari, come she will

När utetemperaturen går under noll grader ökar risken att kroppstemperaturen ska gå över 38 grader. Min farmor brukade säga att det var bra med en rejäl vinter, som dödade av lite kryp. Det må vara sant för fåstingar och allsköns flercelligt oknytt, men stämmer ingalunda för virala plågor. Med flera barn på förskolan försämrades oddsen för att komma till jobbet. Förskolan är en fantastisk verksamhet, och på många sätt stimulerande för barnen. Dock är det en infektionshärd som är svår att matcha i någon annan miljö i ett i-land i modern tid. Där rasar smittor man inte trodde fanns i Sverige idag. Skylten "Nu är det lusttider" sitter uppe med periodicitet, och luskammarna därhemma får oss att känna oss som karaktärer i Mina drömmars stad, i 1800-talets träkåkar på Söder i Stockholm. Värst är dock magsjukorna, med vinterkräksjukan i spetsen. Jag trodde att jag var resistent mot åkomman, efter att ha vårdat flera calici-smittade utan att bli sjuk. Det visade sig dock bara vara en dosfråga. Efter att ha torkat upp åtta nattliga kräkningar från dottern hamnade jag rätt snart i horisontalläge med tanken: "den friske har tusen önskningar, den sjuke har bara en". I något magsjukt läge när jag var hemma med min son, som hunnit bli frisk, blev det kris när jag inte kom ur soffan och sonen var obönhörligt hungrig. Det slutade med att jag satte honom i en barnstol med en kall korv i handen och ringde hem min fru.

Mitt i all hosta, kräkningar, febrar, stökiga nätter och ynkedom är det lätt att känna sig miserabel. En randning på beroendeakuten har dock givit mig perspektiv och satt en standard för vad som är misär. Patienterna som supit sig sönder och samman, bor i hissar och hittas utslagna i sina egna exkrementer har det eländigt på ett annat plan. Jag har haft patienter med ensiffriga albuminvärden, som förbättras av att förutom den obligatoriska B-vitaminsprutan också få i sig lite mat. Man kan som snytande småbarnsförälder helt enkelt tänka på dem som har det värre. Sedan går ju vanliga infektioner i regel ganska fort över, medan kampen mot en psy-

kisk ohälsa och missbruk många gånger är utdragen, och ibland livslång.

Vardagen går sin gilla gång, VAB (vård av barn) till trots. Arbetena staplar sig medan man är borta och man tvingas till triagering. Deadline revideras i ett enda force majeure. Det är lätt att misströsta och svårt att räcka till. Finns det då några ljuspunkter i detta virala mörker?

Jag brukar försöka ta med mig inställningen från en japansk kollega. Som många andra hårt arbetande japaner kom han hem sent på kvällarna. På NHK (japansk SVT) gick ett barnprogram där programidén gick ut på att sonen i familjen skulle skriva ned en lapp på en rulle till sin pappa, för att tala om för honom vad han ville att de skulle göra tillsammans på hans lediga dag – söndagen. Pappan kom aldrig hem före sonen somnat, därav denna indirekta kommunikation. Min japanska kollega brukade dock varje morgon följa med sin dotter till sin skola, en resa på en timme. Han var mycket tacksam över att få göra detta, då det innebar att han fick tillbringa tid med sin dotter varje dag. På samma sätt blir VAB ett tillfälle att få vara mer med sina barn. Hemma hos oss får febriga barn också vissa förmåner, som glass och extra skärmtid. När sonen upptäckte att storasyster skulle få avnjuta piggelin och TV kände han sig genast varm i pannan, en tidig upptäckt av fenomenet sjukdomsvinst, eller rent av simulering. Själv blev jag varmast av att höra min dotter säga: "det är mysigt att sitta här med bara dig, pappa", när vi satt bänkade framför filmen *Spirited away* tillsammans en febrig lördag. Trots alla vedermödor och allt slit, är det sällan man ångrar tid man tillbringat med sina barn.

Mikael Tiger
Psykiater
Stockholm

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

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

Var finns vården?

Psykiskt lidande och patientskap

Många människor, kanske de flesta, drabbas av och till av symptom på psykisk ohälsa. Det betyder inte automatiskt att den symptomatologi som konstituerar denna ohälsa nödvändigtvis gör oss till psykiatriska patienter. För detta krävs inte bara ett avsevärt lidande utan vanligtvis också att vår förmåga att bära denna plåga påtagligt invaderar vår vardagstillvaro vad gäller vår förmåga avseende – för att tala med Freud – "Lieben und Arbeiten". De mellanmänniskliga relationerna har en komplex koppling till denna psykiska ohälsa. Ibland kan dessa relationer vara en avgörande faktor i dess uppkomst, ibland kan de ge positiv kraft att stå ut – ibland kanske båda delarna samtidigt!

Psykotering – fallenhet och teknik

För den som behöver – var finns då vården? Ett svar skulle kunna vara att vården finns där läkande processer försiggår. De verksamma komponenterna i psykoterapeutisk behandling brukar indelas i "Common factors" och "Specific factors". En viktig Common factor är patient-terapeutrelationen och en delaspekt är terapeutens förmåga att vara empatisk, icke-moraliserande, stödjande, genuint intresserad, varm och genuin. Vissa Common factors som har med terapins upplägg i olika avseenden, likaväl som specifika faktorer till exempel teknik i vid mening, kan gå att lära sig. Visserligen kan terapeutens förmåga att upprätta, bibehålla och utveckla en relation utvecklas genom handledning och klinisk erfarenhet, men i grund och botten vilar den enligt min erfarenhet som lärare, handledare och terapeut på personlig fallenhet. Vissa människor tycks helt enkelt ha en större grundläggande förmåga att "hitta" andra människor i ett samspel, i sig inget märkligt då en sådan förmåga väl kan vara normalfördelad som många andra. Vi är olika i vår förmåga att spontant veta vad vi ska "saga" – verbalt och icke verbalt – till vem, på vilket sätt, under vilka omständigheter och att modifiera våra svar efter mottagarens reaktion.

Jag antar att ju mer manualiserad en terapi är desto mindre känslig är den för terapeutens relationella förmåga till exempel vad gäller timing. Det är i sig bra eftersom man inte riktigt vet vad man ska göra med forskningsfynd som visar att det är stora skillnader i behandlingsresultat mellan de mest och minst framgångsrika behandlarna, effektstorlekar runt 0,70? Naturligtvis måste terapeutens relationella förmåga vara tillräcklig för att den tillsammans med den psykoedukativa presentationen av metoden ska vara tillräcklig för att en patient ska ha tillräcklig tillit för att gå in i ett behandlingsprogram. Ett exempel kan vara KBT på nätet som visar bra resultat. Här tycks man genom minutiöst genomarbetade sekvenser av specifika interventioner ha minimerat terapeutinsatsen. Den terapeutinsats som görs är naturligtvis fortfarande helt central, men kanske kan man skymta ett i framtiden helt automatiserat "paket", ett slags självhjälpsprogram där terapeutinsatsen ligger integrerad i programutformningen. Då kan vissa patienter finna vården där – oberoende av det personliga mötet. Men detta tillvägagångssätt kan nog bara komma att vara användbart för en begränsad patientgrupp med speciella personliga förutsättningar. Psykodynamisk psykotering är vanligen inte lika strikt manualiserad och därför mer beroende av Common factors, men innehåller naturligtvis också alltid vissa Specific faktorer.

Låg tillgång på psykologisk/psykiatrisk expertis

Låt oss pröva ett annat perspektiv. Globalt sett är tillgång till psykotering sett i relation till antalet människor som har ett psykoterapeutiskt behandlingsbart lidande utomordentligt ojämnt fördelat. Kommer dessa människor – utan tillgång till psykoterapeuter/psykologer inte vidare med sina svårigheter? Naturligtvis gör många det! Utveckling kan komma till stånd genom olika sorters förändring av livsomständigheterna. Vi människor tycks ha en förmåga att läka varandras mentala sår, särskild de som har förorsakats eller förvärrats av tidigare eller pågående relationer. Ibland kan en konstruktiv förändring komma till stånd genom att människor skiljs åt och en olycklig problemupprätthållande relation avbryts, men sannolikt kan

det vara mer avgörande att träffa "rätt" personer, i sin familj, sina släktingar, sina vänner, grannar eller arbetskamrater, kort sagt någon i sitt nätverk – någon som går att anförtra sig åt, en person som kan och vill lyssna, ibland ömsesidigt och växelvis i en turtagning, en som är just empatisk, icke-moraliserande, stödjande, intresserad, varm och genuin. Kanske kan man skymta en lärare, fritidsledare eller kompis förälder i nuet eller det förflutna.

Terapeutisk samvaro

Vid närmare eftertanke är det kanske inte just det specifika lyssnandet i samtalsform som är avgörande för den läkande effekten, utan kvaliteten på relaterandet i samvaron i sig, "görande" kan då vara minst lika viktigt som "talande". I praktiken behöver nog heller inte den personliga fallenheten för att bidra till en fördjupad relation ha så stor spännvidd i vardagslivets relationer som i terapeutiska relationer där terapeuten måste kunna "hitta nycklar" till personer med mycket skiftande "lås". Det handlar om passform – att lås och nyckel passar varandra – att man når varandra på "rätt nivå". Denna nivå går inte alltid att känna fram, utan måste ofta "trevas" fram intuitivt.

Vad är det då som är verksamt, som ger en så kallad "corrective emotional experience"? Daniel Stern har ingående beskrivit dessa processer, i terapeutiska sammanhang. Det möte som innebär en "skillnad som gör skillnad" för att tala med Bateson kan kanske inte ske med vilken välvillig lyssnare som helst. Min tro är att relationen måste kunna ha resonans i den andres anknytningsrelationer och samtidigt tillföra något nytt hoppfullt i samvaron. Inte så få patienter inom psykiatrin, liksom många människor i vardagsumgänge, lever i den oformulerade frågan "jag står inte ut med mig själv – gör du"? Ofta kan denna fråga ha präglat deras självbild, självkänsla och relationer under hela livet. Den har varit alltför smärtsam eller för tidigt väckt för att kunna formuleras utan har bara kunnat gestaltas genom iscensättning i relationer.

Där finns vården

Låt oss koppla tillbaka till tidskriftens tema "Var finns vården". "Vården" för många patienter med komplexa psykiatriska symtombilder finns ibland hos den evidensbaserade metodikens utövare eller hos någon annan erfaren psykoterapeutisk utövare. Ibland kan denna relation utvecklas med en person inom vårdapparaten som inte behöver vara en psykiatrisk/psykoterapeutisk behandlare men som besitter den fungerande nyckeln till den läkande terapeutiska samvaron och som är beredd att gå in i denna relation med den för processen nödvändiga flexibiliteten och navigera efter en karta som ritar sig själv i varje sekvens av mötet. Det kan vara en husläkare, en distriktsköterska, en arbetsterapeut, en dietist, en kontaktperson inom socialtjänsten.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*

Var finns psykiatrin?

Var finns psykiatrin?

Inför en dom till rättspsykiatrisk vård genomgår patienten i merparten av fallen en stor rättspsykiatrisk tvärprofessionell utredning. Detta görs dels i Stockholm, dels i Göteborg, men ibland i Umeå. Utifrån både medicinska, sociala och psykologiska perspektiv scannar vi individen och min mening är att det i övervägande del bedöms riktigt – vårdbehov föreligger och behövs omedelbart – helst igår.

Ibland kan utredningen göras på andra platser men då är det ofta fråga om s.k. p7 – en läkare med speciellt bemyndigande kan göra en egen kortare bedömning men om domstolen tar denna utredning som slutgiltig kan det inte bli fråga om domen LRV med särskild utskrivningsprövning.

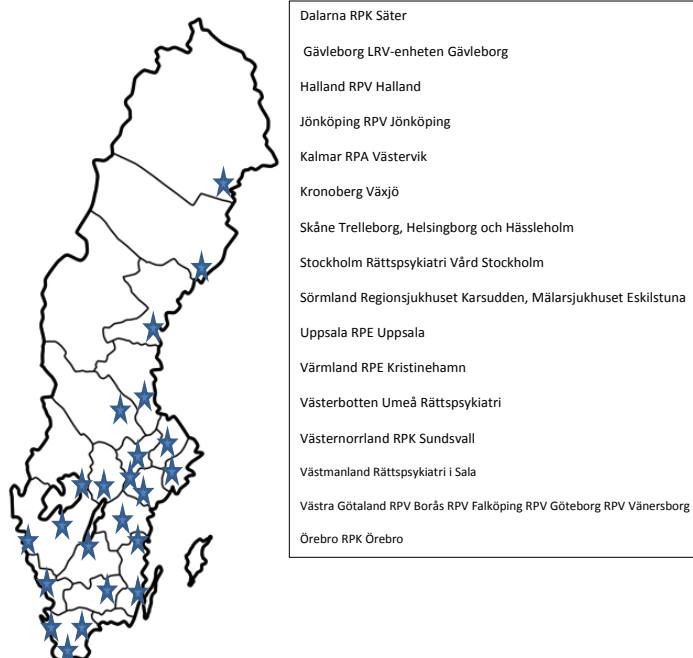
Patienterna har oftast då de döms till rättspsykiatrisk vård redan haft kontakt med psykiatrin.

Enligt kvalitetsregistret RättspsyK 2014 så hade 95 % av kvinnorna och 92 % av männen haft vård och det finns kunskap från tidigare behandlingsförsök, utredningar, övervägande kring och konstaterade diagnoser.

Men vad är det som gör att det går så långt att det blir rättspsykiatrisk vård av något som kanske skulle ha kunnat stoppas i tid?

Jag har försökt ta reda på detta med kontakt hos dem som förut haft vårdansvaret genom att be om en händelseanalys men det är nästan aldrig någon som svarar. I ganska många fall sägs det (vid påstötande kontakt) att "vi hade inte kunnat göra något i alla fall och nu är det då för väl att patienten äntligen får vård".

Påfallande ofta är det vad anhöriga också säger. Man drar en lättnadens suck – ett andrum. Nu ska det äntligen bli ordning.



Efter domstolsbeslut kan man överlämnas till vård enligt LRV med eller utan särskild utskrivningsprövning.

Utifrån närhetsprincipen placeras patienten i det geografiska område där man bodde när brottet begicks.

Vi har idag drygt tjugo rättspsykiatriska vårdenheter i landet där Öjebyn är den nordligaste och Trelleborgskliniken den sydligaste. Det finns ungefär tre olika storleksklasser av kliniker där de största har patientantal kring 100.

I de flesta fallen har kliniken en egen öppenvård och bedriver öppen LRV. Framgångsrikt i många fall.

Vad gör vi då?

Vi behandlar, utvärderar och utreder igen om så behövs. Påfallande ofta har det förelegat aktivt missbruk/regelbundet drog- och alkoholkonsumtion hos patienten och den rättspsykiatriska utredningens resultat har påverkats av detta.

Vi kopplar in kommunerna, vi samlar krafter hos alla i patientens närhet och slussar ut till boenden med personalstöd i olika nivåer.

Så småningom – ofta flerårigt senare – blir det dags för avslutning av (den av åsiktsbenägna ofta illa sedda) tvångsvården. Då har det gått bra länge, socialt och psykiatriskt och några patienter kanske till och med har fått förvärvsarbete.

Då (känns det som) rycker vi undan mattan och då ska den reguljära psykiatrin kopplas in. Ofta tvekar man och vill inte riktigt ha tillbaka den som var så jobbig.

Dessutom – patienten upplever sig äntligen fri och vill kasta av sig alla bojor och då blir det medicinerna som ryker först. Insikten sviktar tätt inpå.

Detta är prövningens tid och jag vändas ofta inför utskrivningar just med dessa ofta sedda konsekvenser. Vi vet inte så mycket om hur det går sedan för patienterna följs inte upp systematiskt efter utskrivningen, men om de begår nya brott inom tre år registreras det förstås.

Under åren 2011–2013 avskrevs 345 personer från LRV-vård, 51 kvinnor och 294 män. Av dessa återföll 46 personer (13 procent) i brott. Av dessa var 5 kvinnor (10 procent) och 40 män (14 procent). Detta är jämförbart med perioden 2010–2012 då 12 procent registrerades för återfall.

Vårt kvalitetsregister RättsspsyK är det klart mest täckande av alla psykiatrins kvalitetsregister, med täckningsgrad 96 % på verksamhetsnivå. I landet registrerar 24 av 25 rättspsykiatriska enheter. 86 % av alla patienter är registrerade deltagare.

Vi följer upp **effekter av vårdinsatser** och främjar **utvecklingen av vården**. Vårdinsatserna går ut på att patienten ska klara ett liv ute i samhället utan att återinsjukna i psykisk ohälsa, missbruk och/eller brottslighet.

Jag trivs med mitt jobb och känner att det går att göra skillnad. Jag är nog en paternalist men hoppas att jag är paternalist på rätt sätt.



Men – var är vården?

Som jag skrev i inledningen finns det kliniker från Öjebyn i norr till Trelleborg i söder – en sträcka på 1195 km fågelvägen. Jag bifogar en karta med klinikerna markerade.

Text och foto:
Per-Axel Karlsson
Chefsöverläkare

Skatta dig till hälsa

Var finns vården? Intressant fråga, kan man tycka. Det man funderar över är om mötet mellan terapeut och patient blivit mer fråge- och skattningspräglat till form och innehåll. Som patient uppmanas man att fylla i, kryssa, skriftligt redogöra för, gradera och skatta graden och arten av sina erfarenheter, upplevelser och sitt väl- och illamående i ett antal standardiserade frågeformulär. Sker det mer nu än tidigare?

En massa papper och bedömnings- och skattningskalor smyger sig in i mötet mellan terapeut och patient. Dessa använder sig terapeuten av som ett tillvägagångssätt i den behandling där en kartläggning av patientens hälsotillstånd och levnadsvanor också ingår. Senare sätter man in en behandling och använder sig av metoder och övningar så att patienten ska bli hjälpt mot ett tillfrisknande. Och det ska vara kvalitetssäkrat och evidensbaserat.

En sådan beprövad metod som ibland används inom sjukvården är mindfulness – medveten närvaro. Den hjälper patienten att minska stress, ångest och nedstämdhet: Att ta kontroll över negativa, destruktiva tankar och känslor. Det är en metod för att öka sin medvetenhet i nuet om sitt inre liv genom att man observerar sina tankar, känslor och kroppsliga förmimmelser. Man använder meditationstekniker, andningsövningar och olika metoder för stress- och oroshantering. En stor del går ut på att kontrollera och lära sig hantera minsta lilla bekymmersamma och besvärliga känslouttryck som den inte vore en naturlig del av ett karaktärsdanande lidande som vi alla har att underkasta oss så som varande ett ofrånkomligt livsvillkor. Som i sig kan skapa en viss stress eftersom vi tycks bli svagare och bräckligare ju äldre och mer beroende av andra vi blir. Men varför ska det hanteras? Det har väl snarare att göra med sorg och försoning: En förlikning med en därtill hörande sund inre (omedveten) protest. Vilket snarare slår an en ton hos Freud som menade att psykisk kvalitet och hälsa mer var ett uttryck för människans kapacitet att kunna omvandla sitt neurotiska lidande till ett mer vardagligt helvete: *Sublimering*. Det, eller de, som inte lyckas ta livet av oss (ännu) tycks alltså göra oss starkare: Är karaktärsdanande i allt sitt elände.

Om vi nu tänker oss att den psykiatriska vården blivit aningen mer metodinriktad, och vi har att lära oss att kontrollera och hantera livets ofrånkomliga känslouttryck, kan man ju fråga sig om det verkligen sporrar oss att ta hand om våra upplevelser och erfarenheter på egen hand, utan en vetenskapligt beprövad verktygslåda för våra mer knepiga tankar och känslor? I dag talar man sällan i utvecklingspsykologiska termer utifrån de karaktärs- och identitetsskapande faser, kriterier och kriser vi har att gå igenom för att utvecklas och mogna som individer. Det verkar snarare handla om att kontrollera och metदानpassa det som anses kognitivt funktionsnedsättande, och reglera det som känslomässigt spretar lite hit och dit. Albert Camus anmärkte: "När man inte har någon karaktär så får man lov att skaffa sig en metod" (Camus, 2004). Vi är väl där idag. Det mesta ska graderas, granskas och betygsättas. Bara ett vanligt telefonsamtal ska ju kvalitetsregistreras. Även så vår tanke-, känslö- och handlingsmässiga kapacitet. Eller brist på densamma. Det mesta ska antastas genom att det ska granskas, utredas och åtgärdas in absurdum. Inte mycket får vara orört: Fridlyst. Och *vardandet* i sig tycks mest provocera för det går ju inte tillräckligt fort. I dag ska man ju vara effektiv och stresstålig och snabbt kunna skifta fokus. Att vi saknar det från början är inget man ska oro sig över. Vi är ju redan så oroliga. *Vardandet* ska därför attackeras innan det ens får bli till utifrån dess egen växtkraft.

Som exempel med alla ADHD-utredningar som görs med små barn, mer utifrån ett konsumistiskt resurstänkande än att ett visst antal utvecklingsår (läROUTmaningar) måste till först för att själva funktionsnedsättningen i sig ska kunna utvecklas mot ett mångsidigt normaltillstånd med tanke på barns olikheter. Var finns förloppstänkandet avseende misstänkt nedsatt funktion om inte själva funktionen haft möjlighet att först utvecklas utifrån egna uppkomstbetingelser?! Det vore ju logiskt om man lärt sig att stå och gå först innan det är dags att utredas för ett misstänkt brutet ben. Eller hur. Kan det hända att svårigheter utvecklas i sin egen takt bortom de "vuxnas" resurs- och åtgärdshysteri? Kan man också tänka sig att en viss tveksamhet inför allt utredande och åtgärdande motiveras av en skyldighet att överväga om möjligheten att inte ingripa också kan ha en botande effekt. Tror vi i vår enfald att bara vi gör något ger det

också önskad effekt. Hur uppövade är vi då i att se och förstå skillnaden mellan tjänst och björntjänst?

Alarmitänkandet får här lätt övertag. Och det är väl just det sättet att reagera (brist på reflektion) som är i stigande idag, som liknar något jag vill karaktärisera som ett "professionellt" *pretraumatiskt stressyndrom* som mycket väl kan vara orsakad av både en bristande kunskap om och avsaknad av lyhördhet för den normala utvecklingens inneboende fel och brister: Krisförlopp som ofta läker av egen kraft under de utvecklingspsykologiska faser vi genomgår utmed livscykel: Det som hör vår normala mognadsutveckling till. Man lär sig så att säga hantera sina utvecklingskriser på ett adekvat och mognadsmässigt vis när man väl, utifrån egna resurser, växt dithän att ens mognadsnivå motsvarar dit man, inte utan möda, lyckats ta sig i sin utveckling. Häri ingår också insikten om ens styrkor och svagheter. Och att i möjligaste mån inte skylla egna misstag på andra när något går fel. Hellre lära sig av dem, och våga möta sina känslor för att kunna vända livets ofrånkomliga motgångar till framgång för att undvika att hamna i uppgivenhet och förtvivlan.

Våra begränsningar och tillkortakommanden är därför det mest kvalitetssäkra vi har gemensamt. De gör oss sårbara, mänskliga. Och självklart iscensätts dessa även i samspelet mellan läkare och patient i konsultationsrummet. Man tillåter sig att bli (för)svarslös, åtgärdsrestriktiv, överraskad, förundrad, stappande, osäker, samtalande, hjälplös, och förhoppningsvis hyfsat bekväm med att "sjukvård aldrig kan bli jämlik." Som är att inta en ödmjuk inställning till det ofrånkomliga lidande det innebär att vara människa. Av den anledningen finns kanske vården även där och då man som professionell inte bara känner sig hjälplös och rådvill i sin vilja att bota, utan faktiskt också är det. Att åtgärda kan således vara detsamma som att underordna sig att inte göra någonting alls: Bara lyssna! Eller med Hasse Alfredsons ord: "Här sitter jag och gör ingenting. Det är ju alltid något – nåt gott."

Även docent och läkare i psykiatri och livsåskådningsfrågor Nils Uddenberg slår fast att sjukvård aldrig kan bli jämlik. Han menar att mötet mellan läkare och patient är av nödvändighet

asymmetriskt. Det är något vi måste acceptera, och har inte med förtryck att göra. Snarare handlar det om att ta ansvar för sin yrkesroll och att respektera patientens upplevelser, hennes lidande, hennes sjukdom. Understundom måste nog också psykiatern och psykologen acceptera att hon är hjälplös, och inte kan bota (Uddenberg, 2010). Det är varken på gott eller ont, utan är rent faktiskt något man som vårdgivare ibland måste underordna sig.

Thomas Silfving

Leg psykolog, leg psykoterapeut och författare

Referenser

- Camus, A. (2004) *Myten om Sisyfos*, Albert Bonniers Förlag AB.
 Silfving, T. (2011) *Kränkta människor*, Books on Demand (BoD).
 Uddenberg, N. (2010) *Själens schamaner*, Natur & Kultur.



Intergenerational trauma hos aboriginerna

En studieresa till västra Australien med stöd av Cullbergstipendiet

*Kaya noonankoort
Yaarl kooliny nyiminy, geenuniny, ni, katitj
Noongar bridiya beeliar boodjar
Ngulluk wanginy kura kura Noongar nyittiny, yeye bo-
orda (1)*

*Hello everyone
You will come sit, look and listen
About the Noongar owners of the river lands
We speak of a long time ago in the Noongar creation time,
today and in the future*

Det var så min resa började. Kulturell rådgivare ("cultural advisor") Vaughan McGuire välkomnade mig till sitt land, "The Noongar people's land", en samling av aboriginska samhällen som lever i sydvästra delen av Australien sedan

mer än 45 000 år tillbaka och har sitt aboriginska språk som modersmål. Han tillhör Whadjukfolket som har sitt land i regionen kring Perth och Swan River.

Det var ett mycket varmt mottagande och med stolthet och glädje berättade han om sitt land, sin identitet, sitt folk, sin spiritualitet, sitt språk, sin kultur, sin mat och hur han jobbar med sin kompetens inom psykiatri för att hjälpa sina "brothers and sisters" och sina kollegor inom psykiatrin. Jag hade förmånen att besöka olika aboriginska samhällen i Perth, omkring Broome, the Dampier Peninsula och Derby. Oftast var det "out-reaching" tillsammans med en cultural advisor, terapeut och/eller psykiatrisjuksköterska och psykiatriker. Alla arbetar för att läka klyftan mellan de första australienska invånarna och de nya invånarna som har kommit senare. Som aboriginer säger, "we are all one, brothers and sisters". Effekterna av sår som har



uppstått över flertal generationer är mycket märkbara än idag i det australiensiska samhället.

Några siffror

Inhemsk befolkning i region Kimberley i västra Australien har sju gånger högre risk att suicidera och tjugo gånger fler som självska-
där jämfört med andra delar av Australien. Ett känt fall är en tioårig flicka som tog livet av sig 2016 i Looma (ett samhälle som jag har besökt, nära Derby). Antalet självmord ökar och medianåldern för suicid blir lägre och lägre. Antalet självmord är mer än 100 per år och man tror att alla fall inte blir rapporterade. Detta gör att västra delen av Kimberley har ett av de högsta suicidtalerna i hela världen. En av tre inhemska män dör före 45 års ålder i Kimberley (2). Alkohol och drogmissbruk är faktorer som spelar in, men även komplexa familje- och samhällsförhållanden för misshandel inom familjer, hög arbetslöshet, mindre chans att få bra utbildning och marginalisering har stor betydelse. Ett av två barn från den inhemska befolkningen är placerad av socialtjänsten ("Child Protection Unit Services").

Aboriginernas kultur och synsätt på hälsa

De australiska aboriginerna levde tidigare som nomader och jagade och samlade. Idag lever de i världens äldsta oavbrutna kulturella tradition och har världens äldsta religion. En del gemenskaper har tappat kontakt med sina traditioner. Det finns en hel del som fortfarande har sina familjetraditioner och ritualer kvar. Deras kultur och religion finns inbäddad i deras sätt att leva och har en djup anknytning till deras land. Aboriginerska samhällen har komplexa familjeförhållanden och regler. De äldre har i en fungerande gemenskap mycket auktoritet. Sedan finns det advokater och ett eget rättssystem med egna lagar som skiljer sig från samhälle till samhälle. Om man inte följer

familjelagarna kan en familjemedlem bli straffad. Familjerelationer sträcker sig ut från Perth till Kimberley. Inom vården behöver man ha familjeperspektivet och ha förståelse för dessa förhållanden för att kunna bygga allians och därmed skapa förutsättningar för framgångsrik behandling. Familjen kan vara en stor tillgång. En kulturell rådgivare är mycket viktig i den här processen.

Aboriginerna har ett mer holistiskt perspektiv på hälsa jämfört med ett västerländskt synsätt. Psykisk hälsa betraktas som emotionellt och socialt välbefinnande, och reflekterar alla upplevelser en person har under sitt liv. Anknytningen mellan en person och andliga entiteter och anknytning mellan människor och deras land bidrar i stor del till emotionellt och socialt välbefinnande (5, 6). Många samhällen har traditionella "healers" som ställer en annan "diagnos" än den konventionella psykiatrin (t.ex. i fall av psykos). En kulturell rådgivare kan då vara en länk mellan de båda världarna. De psykiatriker som jag träffade var mycket respektfulla mot aboriginernas tro och healingmetoder och försökte skapa allians för att motivera dem att ta t.ex. antipsykotisk medicin.

Intergenerational trauma: the stolen generation

För att förstå varför man betraktar dessa problem utifrån ett traumaperspektiv behövs också ett historiskt perspektiv. "The stolen generation" är ett begrepp som kommer från perioden

mellan 1910–1970 då ungefär 100 000 barn från den inhemska australiensiska befolkningen separerades från sina familjer för att assimileras med det vita samhället. Detta gjordes på uppdrag av den australiensiska regeringen. Jag träffade personer som själva hade varit med om det, eller vars bröder eller systrar blev bortförda. De blev placerade i andra (vita) familjer eller på barnhem som drevs av kristna och där barnen inte var tillåtna att utöva sina egna ritualer utan istället tvingades att bli kristna. Barnen blev tillsagda att deras familjer inte ville ha dem längre och var inte sällan utsatta för grov misshandel och sexuella övergrepp. Det finns mycket att skriva om alla oförrätter som aboriginerna har utsatts för. Särbehandlingen pågick in på 80-talet och sker på vissa sätt än idag.

Jag hade förmånen att delta i ett undervisningstillfälle som handlade om forensisk barnpsykiatri. Då lärde jag mig att upp till 80 % av internerna i barn- och ungdomsfångelse i västra Australien består av inhemska befolkning. Nästan alla har en historia av trauma och många har missbruksproblematik. Den utsatta sociala situationen som många aboriginer befinner sig i betyder att det är en pågående krissituation och ibland pågående traumatisering. Intergenerational trauma kan man betrakta utifrån ett psykosocialt men också från ett fysiologiskt perspektiv. Vi vet från forskning att intergenerational trauma sätter sina epigenetiska spår. Bland annat har Yehuda från Mont Sinai i New York visat hur effekterna av stress och trauma kan bli överförda till nästa generation genom epigenetiska förändringar i bland annat HPA-axeln (4). Det finns en hel del litteratur om det här ämnet och för mig är det tydligt hur komplext trauma och att arbeta med trauma är eller kan vara.

Psykiatrisk vård för aboriginerna

Den aboriginiska befolkningen är mycket misstänksam mot offentliga instanser. Således finns det lite förtroende för CAHMS (Child and Adolescent Mental Health Service, BUP). Stor rädsla finns att deras barn kommer att bli bortförda (placerade) vilket direkt hänger ihop med traumat kring "the stolen generation". En kulturell rådgivare är av stor vikt för att etablera den första kontakten.

På många sätt är jobbet likadant i tätorter som i mer avlägsna områden. Det finns dock mindre resurser i avlägsna områden. I dessa regioner äger en gång per månad ett möte rum där polisen, skolan, socialtjänsten, sjuksköterska som jobbar i gemenskapen och nämnden för barnpsykiatri (kulturell rådgivare och behandlare) är närvarande. Då blir barn som man känner oro för identifierade. Jag var med på några sådana multidisciplinära möten. Problem som diskuterades kring dessa barn var t.ex. våld i hemmet, skolfrånvaro, utåtagerande beteende, uppförandestörning, psykos, missbruksproblematik, depression och suicidförsök. Efter ett sådant möte körde vi till det aboriginiska samhället och försökte få tag på barnet och familjen. Detta i sig är en utmaning. Kulturella rådgivare gör allt för att vinna förtroende: fiska tillsammans, äta mat, köra en sträcka i bilen. Dr. Paul Simons, barnpsykiater som jobbade i Broome, kallade detta för bilterapi. Han betraktade detta som mycket effektivt, även om det var icke-evidensbaserat. Att få barnet och familjen engagerade kan ta många veckors tid. Barnpsykiatriker följer med för vissa bedömningar då det finns risk för suicid

eller då insättning av medicin kan bli aktuellt (antipsykotiska, antidepressiva). Behandlare försöker ha veckovis kontakt för motiverande samtal, bedömning av mående och uppföljning av medicin. Riktig terapi var mycket svårt i dessa regioner som var så avlägsna. När det t.ex. var regnperiod var det omöjligt att ta sig till dessa områden. Således var det då några månaders uppehåll i kontakten. I vissa områden fanns ingen tillgång till en psykiatriker. Man försökte fånga upp detta via videokonferens med en psykiatriker i Broome och 2 gånger om året blev en psykiatriker influgan till dessa områden (men dessa var oftast privatpraktiserande). I mer tätbefolkade områden (såsom Perth, Broome, Derby) kunde man påbörja även terapeutiska behandlingar. Lekterapi och systemisk familjeterapi var en stor del av deras utbud men en del arbetade med KBT.

Till sist

Det jag har berättat är bara en glimt av vad jag har upplevt och lärt mig. Det är svårt att berätta på djupet i tusen ord om "intergenerational trauma". Jag har träffat behandlare som har en passion för sina patienter. Kulturella skillnader ses som en tillgång, och med nyfikenhet och ödmjukhet försöker de utforska vilka resurser en patient och familjen har. På ett genuint sätt förmedlade de hopp. Det var mycket inspirerande för mig, eftersom jag upplever att det händer alltför ofta att vi tenderar att fokusera på problematiken och ibland inte tillräckligt utforskar patientens (kulturella) resurser. Det transkulturella perspektivet är nödvändigt för att förstå psykiatriska symtom i sitt sammanhang.

Tack

Jag vill tacka Cullbergstipendiets kommitté som gjorde det möjligt för mig att göra den här fantastiska resan. Andra personer som har bidragit och som jag vill tacka är: Ylva Rosén (verksamhetschef BUP Örebro), Lennart Eriksson (överläkare BUP Örebro), Nadine Caunt (studierektor BUP, Perth), Paul Simons (barnpsykiatriker BUP Broome).

I synnerhet kulturelle rådgivaren Vaughan McGuire och alla BUPs medarbetare i Broome.

Esther van de Wall

ST-läkare BUP Örebro

Referenser

1. <https://www.noongarculture.org.au>
2. <http://www.abc.net.au/news/2017-06-26/inquest-into-high-indigenous-suicide-rate-in-kimberley-wa-north/8647878>
3. Report 2017: family matters: <http://www.familymatters.org>.
4. Yehuda 2018 (review)
5. Chambers, historisk guide till Australien, 1999
6. Garvey, a review of the social and emotional wellbeing for Indigenous Australian people, 2008.

ANNONS



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

Senaste nytt från SPFs Utbildningsutskott

SPF har fortsatt satsningen på vidareutbildning för specialister. Detta har gått av stapeln i början på februari med halvdagsutbildningar under rubriken *SPF fortbildar*, årets tema var Psykofarmakologi och rTMS. Totalt arrangerades tre utbildningstillfällen i städerna Stockholm, Göteborg och Malmö. Mötena var engagerande, välbesökta och uppskattade. Arrangemanget hölls av Denada och Harald Aiff på uppdrag av SPF. Styrelsen avser fortsätta med *SPF fortbildar* under kommande verksamhetsår med Umeå som ny kursort utöver de tre tidigare nämnda. Håll utkik på hemsidan för mer information! *SPF fortbildar* är avgiftsfri och för SPF:s medlemmar.

Var finns vården? är temat på detta nummer av Svensk Psykiatri och det sätter igång mina tankar. Frågan antyder att vården har distanserat sig, kanske är på annan plats eller upptagen med annat? Det är lätt att känna sig lite desillusionerad när man tänker på sjukvårdens utmaningar: att patientköerna blir allt längre, den psykiska ohälsan ökar och att man arbetar en trötter men kanske inte alltid så effektivt som man skulle önska. Det är naturligtvis också lätt att skylla på att det som är fel ligger utanför min egen kontroll och mitt eget ansvarsområde. Men om man istället funderar på sin egen situation kan man kanske komma lite närmare några lösningar att frigöra mer tid till patienter? Arbetar jag i tillräcklig utsträckning aktivt med patientbesök eller är det verksamheten utanför det direkta patientmötet som tar min tid i anspråk? En allt större del av min arbetstid går åt till att delta i möten, att dokumentera och administrera. Detta tycks vara nödvändigt för att kunna ge patienterna en god och säker vård, samtidigt blir en följd av allt detta nödvändiga att patienterna som grupp får mindre antal besökstider. Intyg som ska skrivas till arbetsförmedling, försäkringskassa, utbildningsgivare, kommunen och eller arbetsgivare är som regel tidskrävande. Behandlingskonferenser, remisshantering och arbetsplatsträffar tar också flera timmar i veckan i anspråk. Patienterna frågar sig var vården finns medan jag blir allt mer upptagen av andra delar i verksamheten och mottagningstiderna blir färre. På något sätt måste kärnverksamheten att möta patienter prioriteras, försvaras och framhållas för att inte kringverksamheten ska ta över ännu mer av arbetstiden.

Avstånden mellan vården och patienten kan minska genom att frigöra mer tid till patientmöten. Hur kan man göra detta? Hur är det med vårt mest använda arbetsredskap, journalsystemet? Räcker det att göra ett diktat per besök som leder till

journalanteckning och att underlag för intyg och remisser kan hämtas direkt från journalen? Det tycker jag är funktioner som är rimliga att begära. Mängden intyg som ska skrivas ökar och det krävs mer utförliga beskrivningar, vilket ökar tidsåtgången för administrativa uppgifter och mycket av informationen blir upprepningar av det som redan står i journalen. Patienten kan förberedas med bättre information inför besöket hos sin läkare så att aktuella saker avhandlas. Stöd för att säkerställa att den patienten vill berätta och ha hjälp med verkligen tas upp. Kanske man kan ha läkemedelsinformation i grupp till SSRI-patienter och träffa fyra-fem patienter samtidigt istället för enskilda besök? Vården behöver anpassa sig efter nya förutsättningar och vi som arbetar och har kunskap om vården måste ta ett huvudansvar att driva på förändringar av vården.

Tänker att den digitala infrastrukturen har mycket stor utvecklingspotential inom sjukvården. Videomöten är en självklar del av den traditionella sjukvården idag och i framtiden. Fördelarna är många: det kan vara tids- och kostnadseffektivt, miljövänligt och flexibelt. För att möta framtidens vårdbehov behöver digitaliseringen utvecklas på flera fronter. Förutom videomöten med patienter kan utbildning och fortbildning ske antingen med inspelade föreläsningar eller med direkt uppkoppling och möjlighet till interaktion med föreläsaren. Mycket av detta sker redan idag och jag är övertygad om att det kommer att bli allt vanligare och allt viktigare för kunna säkerställa utbildning och fortbildning men framförallt för att möta patienterna. Förhoppningsvis kan digital vård bli ett delsvaret på frågan **var finns vården?**



Jonas Rask
Ordförande Utbildningsutskottet

ANNONS

Barn- och ungdomspsykiatri i Beirut

Cullbergstipendiet gav mig möjligheten att resa till Libanon, där jag spenderade nästan fyra veckor för en auskultation på en barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvårdsmottagning, samt en veckolång auskultation med Läkare i Världens psykosociala program för syriska flyktingar i Bekaadalen. Anledningen till att jag valde att komma till Libanon var att jag ville se hur man arbetar med barn- och ungdomspsykiatri i Libanon, få en transkulturell erfarenhet genom att observera psykiatrisk vård i en ny kultur samt lära mig om hur man arbetar med mental hälsa bland flyktingar som lever i en ostabil kontext.

Parallella världar

Libanons befolkning uppskattas vara mellan 5-7 miljoner beroende på vem man frågar. Omkring 1-2 miljoner av landets befolkning är syriska flyktingar, medan ca 500 000-700 000 är palestinska flyktingar. Det finns ett stort mörkertal och olika uppgifter om antalet flyktingar då migrationsströmmen har fortsatt även efter att man stängt gränserna. De flesta palestinska flyktingar har bott i Libanon sedan 1948, medan de syriska flyktingarna började komma efter att kriget i Syrien bröt ut år 2011. Segregationen mellan olika religiösa och etniska grupper gör att befolkningen lever i parallella världar. Att landet är litet till sin yta gör att det geografiska avståndet mellan de olika världarna är ovanligt kort. En ihållande sektarism inom utbildningsväsendet, där barn studerar i skolor som definieras av deras religiösa tillhörighet, försvårar integrationen ännu mer.

Öppenvård för hela landet

I hela Libanon finns två legitimerade barn- och ungdomspsykiatriker och min handledare, dr John Fayyad på Saint Georges sjukhus, var en av dem. Han gjorde sin specialisering i USA och flyttade till Libanon under 90-talet. Förutom sina två öppenvårdsmottagningar är dr Fayyad även aktiv i organisationen IDRAAC som bedriver psykiatrisk forskning i Mellanöstern.

Patientbesöken på öppenvårdsmottagningen pågick non-stop och lunchrast togs enbart i mån av tid. Ett vanligt uppföljningsbesök var ca 20 min långt medan nybesök och utredningar hade 40 min avsatt i kalendern. Patienterna talade engelska, franska och arabiska, i en intressant mix. Det som jag inte kunde förstå i talat språk, kompletterades med kroppsspråk och observationer av patient och medföljande. Patienterna kom från hela landet och olika samhällsskikt men majoriteten var från övre medelklass eller välbärgade familjer. Kliniken var privat och priset var anpassat till familjens socioekonomiska status enligt en stigande skala. Vissa patienter som remitterades av den klinik-knutna organisationen IDRAAC behövde inte betala alls. Vid ett par tillfällen kom patienter som hade rest en lång väg från sin by och hade med sig färsk olivolja, granatäppelsirap och libanesiska delikatesser till doktorn som tack.

Den största andelen av patienterna vi träffade hade en ADHD-diagnos och medicinerade med centralstimulantia. Vikten kontrollerades systematiskt på alla patienter medan blodtrycket togs mindre slentrianmässigt. En intressant diskussion som uppkom var skillnaden mellan skollunchen i Sverige och Libanon. Som bekant är nedsatt aptit en av de vanligaste biverkningarna vid behandling med centralstimulantia och medicinens högsta koncentration sammanfaller oftast med tiden för skollunch i Sverige. I Libanon är kulturen annorlunda; där äter barnen lunch på eftermiddagen när de kommer hem från skolan och klockan tolv tar de ett mellanmål. Det gör att medicinens påverkan på aptiten inte har lika stor betydelse eftersom tiden för högsta koncentration inte sammanfaller med ett huvudmål.

Besök i ett flyktingläger

En dag var kliniken stängd så jag tog då chansen att åka ut till ett av många palestinska flyktingläger för att besöka organisationen Children and Youth Center Shatila (CYC). Shatila är ett flyktingläger som funnits sedan 1948, då de första palestinska flyktingarna kom till Libanon. Nästan 70 år senare bor tredje generationens flyktingar kvar med begränsade möjligheter till jobb och integration i resten av det libanesiska samhället. Flyktinglägret byggdes initialt för de första hundratal palestinska flyktingar som anlände till Liba-



Beirut med arabisk skrift

non men man uppskattar att det idag bor ca 20 000 människor i det ca en kvadratkilometer stora området. Det är inte längre bara palestinska flyktingar som bor här utan även en växande andel syriska flyktingar, gästarbetare och socioekonomiskt utsatta libaneser.

Föreståndaren för CYC plockade upp mig under förmiddagen och berättade att vanliga taxibilar undviker att köra in till flyktinglägret så det var bättre att han plockade upp mig själv. CYC startades 1997 och stöds av bl.a. UNICEF, svenska Rädda Barnen och Italian Peace Association. Utanför deras byggnad fanns en liten öppen yta, och en av medarbetarna berättade för mig att det lilla torget är det enda öppna utrymme där barn kan leka i det överbefolkade lägret. I lägret är kranvattnet salt och flera timmar om dygnet finns ingen elektricitet. Det krävs generatorer för att säkra elförsörjningen under dygnets alla timmar men bara en bråkdel av familjerna i lägret har råd med det vilket försvårar vardagsaktiviteter och läsläsning. CYC:

byggnad har solceller på taket som säkrar tillgång till elektricitet när den allmänna elförsörjningen stängs av.

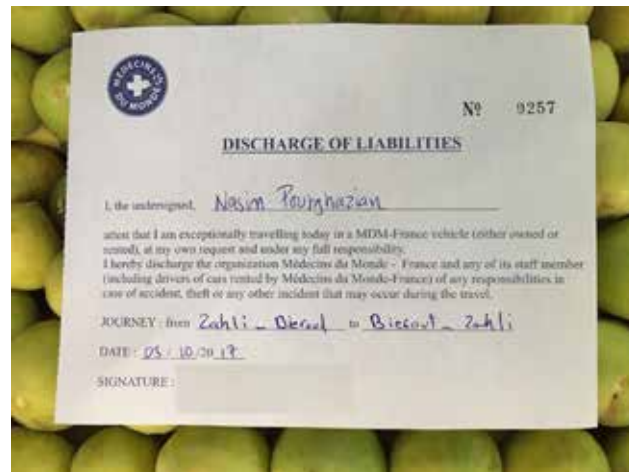
Jag stannade i lägret fram till kvällen och fick en rundvisning av medarbetarna som berättade om deras aktiviteter. I byggnaden fanns ett relativt stort bibliotek med böcker på arabiska, engelska och franska. Där kan man läsa, spela sällskapsspel eller få hjälp med läsläsning. CYC har ett eget barnråd, en kommitté bestående av barnen själva, där deltagarna väljs i demokratiska val. De valda representanterna får företräda barnens önskan i organisationens beslut om aktiviteter och planering. Under eftermiddagen hölls fotbollsträning för en grupp barn. Tränaren (som idag är 26 år gammal och själv spenderade en stor del av sin barndom på CYC) berättade för mig om hur tufft det är att vara ung på en plats med så lite resurser och möjligheter. Just den här eftermiddagen kom färre tjejer till träningen. Tränaren trodde det berodde på skottlossningen som vi hade hört i lägret tidigare under dagen. Han berättade

att det kan ha varit gängbråk och att familjerna då oftast vill att barnen stannar hemma. Alla barn kan inte gå i skolan och då fyller CYC ett viktigt tomrum. Genom att erbjuda aktiviteter till alla barn mellan 6-18 års ålder har man skapat en liten oas av trygghet i det befolkningstäta flyktinglägret där narkotika, gängvåld och arbetslöshet är ständigt närvarande.

Det offentliga vårdssystemet i Libanon är relativt svagt och majoriteten av den psykiatriska vård som erbjuds är i privat regi. Detta innebär att de som har det ekonomiskt svårast i samhället, bortsett från den ökade risken för psykiatrisk sjukdom, även har mindre förutsättningar att få den vård och behandling de behöver. I och med strömmen av syriska flyktingar har antalet NGOs som arbetar med just psykisk ohälsa ökat flerfaldigt. Diverse personer berättade för mig att nya NGOs som etablerats för syriska flyktingar idag ger vård till en stor andel libanesiska medborgare som innan dess inte hade råd med psykosocial vård.

Fältarbete

Min sista veckas auskultation var hos organisationen Medicine du Monde (MDM eller Läkare i Världen) där jag fick följa deras psykosociala program i Bekaadalen. Bekaadalen är en bördig dal känd för sitt jordbruk och vinodlingar och ligger mot gränsen till Syrien. MDMs huvudkontor låg i Beirut och vi möttes upp om morgnarna och kördes den ca 1,5-2 timmar långa vägen till de olika fältkontoren i Bekaa. På fältkontoren tog socionomer och psykologer emot patienter för psykoterapeutisk behandling medan andra socionomer arbetade i fält och gjorde initialbedömningar vid hembesök i både flyktingläger och vanliga bostäder. Under min auskultation följde jag med socionomerna som arbetade ute i fält för att kunna se så



Avskrivande av ansvar för MDM vid transport till/från Bekaadalen

mycket som möjligt av deras arbetssätt och patienternas livssituation.

MDM har utbildat så kallade "Community Health Workers" som själva bor och lever i flyktingläger. De får grundläggande utbildning om depression, ångest, sömnbesvär, sängvätning och aggressionsproblematik och kontakter MDMs fältarbetare när de uppmärksammar fall av psykisk ohälsa bland flyktinglägrets befolkning. Första dagen kontaktades vi av en Community Health Worker som var orolig för en medelålders kvinna med depressionssymtom. Andra dagar träffade vi barn med PTSD, social fobi och sängvätning, en ung man med schizo-



Flyktingläger i Bekaadalen

freni och psykotiska symtom samt kvinnor med missbruksproblematik som väntade på avgiftning.

För att sprida kunskap höll MDMs socionomer regelbundna s.k. "awareness sessions" i ett samarbete med lokala läkare och klinker. Man höll 10-15 minuter långa informationsföreläsningar om psykisk ohälsa i läkarnas väntrum och delade ut skriftlig information om diverse psykiska tillstånd till alla som satt och väntade. Med tanke på det stigma och skam som är associerat med psykisk ohälsa var det ett perfekt sätt och plats att nå ut till en bred publik. Efter den korta föreläsningen tilläts frågor och ibland uppkom intressanta diskussioner och exempel från vissa åhörare, medan andra kunde titta bort eller verka ointresserade. Det som var positivt var att även de mest ointresserade lade ned informationsbroschyren i väskan eller fickan, förhoppningsvis för en närmare titt vid ett lugnare tillfälle.

Den sista patienten jag träffade kommer stanna länge i mitt minne. Han var en 11-årig pojke med svår PTSD och separationsångest, och hade vackra, stora, uttrycksfulla ögon. När kriget bröt ut sex år tidigare, hade han bevittnat sin far bli bortrövad av beväpnade styrkor. Han sov inte om nätterna och det var tydligt från de mörka ringarna under hans ögon. När vi träffade honom var hans ögon rödgråta och familjen berättade att detta var för att hans mamma hade lämnat huset utan honom idag, eftersom hon var hos grannen och hjälpte till med en förlossning. Hans två år yngre lillebror mindes inget från de traumatiska händelserna och retade ibland patienten för att han ofta var rädd och orolig. Behandlaren talade med bägge bröderna medan de satt och målade, och man la upp en behandlingsplan som man involverade den yngre brodern i.

Pojkarna och deras mor bodde tillsammans med barnens farföräldrar, farbror och hans familj. Miljön var stökig men kärleksfull och jag har många gånger sen dess undrat hur det har gått för den lilla pojken...

Text och foto:

Nasim Pourghazian

Tidigare ST-läkare BUP Farsta

Numera Technical Officer, NCDs and Mental Health, WHO

Regional Office for the Eastern Mediterranean

En längre version av denna artikel finns på vår hemsida svensk-psykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **16/05**

Tema: **Det som inte syns på utsidan**



Missa inte på SPK!

14-16 mars



30 liv i veckan

14 mars kl 11.00

Nytt seminarium på temat filosofi & psykiatri!

Svensk Förening för Filosofi och Psykiatri och Svenska Psykiatiska Föreningen bjuder in – nu *med fokus på autonomi*.

Inbjudan med detaljerat program kommer inom kort, se <http://sffp.se> och <https://www.facebook.com/groups/1607968999484232/>

Tid: Onsdag 16 maj 2018, eftermiddag

Plats: Birgittarummet, Medeltidsmuséet, Stockholm

Mindre avgift tas ut för kaffe och omkostnader.

Anmälan till Jerker Hanson jerker.hanson@telia.com

Först till kvarn!

**Helge Malmgren
och Jerker Hanson**
ordförande resp. vice ordförande
SFFP,
<http://sffp.se>

Ersättningsetablering för läkare inom område allmän psykiatri

Norrmalm, Stockholm.

Finns för anbudsförfarande under period 1/2 - 28/3 2018.

För vidare information och anbud se:

www.opic.com/org/stockholms_lans_landstings_upphandlingar/

Ärende HSN 2017-1366

Kontakt: Dr. Britta Rynninger-Lahlou

Mail: spektrolit@telia.com. Tel: 0708966216

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



Down the Rabbit hole ST-läkarkonferensen 2018, Stenungsund



Årets ST-läkarkonferens hölls likt tidigare med ett brett utbud av föreläsningar inom området vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, liksom beroende. Till dessa inbjöds föreläsare så som José Rodriguez, Håkan Jarbin, Kerstin Rådén, Selma Idring, István Szabó med flera. Som kvällsaktivitet erbjöds förutom galamiddag (nåja, nästan) med levande filmquiz från Quizidillas (lokal skådespelargrupp), filmvisning av MonaLisa Story och samtal med regissör Jessica Nettelbladt.

Konferensen var välbesökt med 190 deltagare och gäster, vilket tillsammans med föreläsare innebar i princip fullbokning. Även specialister uttryckte intresse för att delta, vilket troligen hade att göra med huvudspåret kring SSRI.

Under årets konferens togs dock hela torsdagseftermiddagen i anspråk av föreläsningar kring kritisk värdering av läkemedelsstudier, och en debatt kring effekten och biverkningar av SSRI. Den pågående debatten om användandet av läkemedel inom psykiatri har knappast undgått någon, och kom återigen i ljuset i och med publiceringen av professor Gøtzsches bok som släpptes under 2017, med en skarp kritik kring användandet av SSRI-preparaten. Samtidigt har professor Erikssons grupp med Hieronymus släppt ett antal metaanalyser där man menar att SSRI:s effekt är underskattad.

STP ser ett stort behov av verktyg för kunna navigera i den stundtals hetsiga debatten. Vi var därför mycket stolta över att kunna erbjuda en fördjupande kurs i vetenskapsteori (Carl-Olav Stiller)

följt av en debatt om SSRI mellan professorerna Peter C. Gøtzsche (Nordic Cochrane Center, Rikshospitalet, Köpenhamn) och Elias Eriksson (Sektionen för farmakologi, Göteborgs Universitet).

Likt väntat stod de bägge professorerna långt ifrån varandra. Eriksson föreläste om att SSRI har god effekt och lindriga biverkningar, samt att detta är vederlagt genom flertalet studier, medans Gøtzsche menade att biverkningarna och allvarliga händelser är underskattade vid användning av SSRI, samt att effekten inte är visad ur vetenskaplig synvinkel genom de studier som finns. Tidvis var tonen skarp, men slutligen kunde professorerna mötas i en "high five" efter en åhörarfråga rörande att det inte går att sammanställa fem publikationer som bevisar eller motbevisar effekten av SSRI.

Inom ST-läkarföreningen avgick Tove Mogren efter två år på posten som ordförande, och efterföljs nu av Matilda Naesström kommande år. År 2019 kommer konferensen äga rum 16-18 januari, men detta år på Yasuragi Hasseludden, Stockholm. Välkomna då, som föreläsare eller deltagare!

För den som önskar ta del av föreläsningarna och debatten om SSRI, läggs de inom kort ut i sin helhet på stpsykiatri.se.

Karl Lundblad
ST-läkare Stockholm
Vice ordförande STP



ANNONS



Svenska Psykiatrikongressen 2018

14-16 mars
Münchenbryggeriet • Stockholm



Foto: Jan Ainali

Bob Hansson

14 mars kl 10.00



30 liv i veckan

14 mars kl 11.00



Foto: Frankie Fougantini

Hannes Holm

om Ted Gärdestad

14 mars kl 11.00



Herman Holm och Lars Farde

om själen

16 mars kl 09.00



Orkester För Fester

Live-musik

MÜNCHEN[®]
BRYGGERIET
EVENYR • KONFERENS

www.svenskapsykiatrikongressen.se



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

Om gruppterapi

Gruppterapi är en internationellt spridd, effektiv och resursnål form av psykoterapi. De mest etablerade formerna är analytisk gruppterapi och psykodrama. Båda är representerade av IAGP, International Association of Group Therapy and Group Processes. I Sverige är dessa behandlingsformer glest förekommande. Den sista seriösa och legitimationsgrundande utbildningen slaktades av Högskoleverket för ett antal år sedan. Senare ambitiösa försök har lockat få deltagare och sällan kunnat komma till start. Märkligt nog har trots detta ett antal svenskar gjort betydande insatser inom den internationella föreningens styrelse, kanske beroende på vår dokumenterade vana vid föreningsarbete.

En orsak till detta bristande intresse för utbildning av terapeuter kan vara att huvudmän är ovilliga att bevilja ledighet för en psykoterapiform som de har begränsad kunskap om. I Sverige saknas också tillräckliga studier om behandlingarnas evidens. Därvidlag har man varit mera ambitiös i andra länder, t.ex. Norge. I vårt land är det ett försummat forskningsområde.

Svenskar har också med rätt eller fel beskrivits som ett av världens mest individualistiska folk. En framförd tolkning är att det är ett kulturellt arv från storskiftet i mitten av sjuttonhundratalet, då byggeskapen lämnade plats för enskilda lantbrukare, var och en på sina egna ägor. Har vi fortfarande i urbaniseringens tid något att ta igen beträffande att vara bekväma i grupp?

Historiskt är människan en social varelse som byggt sin överlevnad på sin förmåga att kommunicera och samarbeta på grupp-nivå. Så långt man vet har mänskliga grupper varit hierarkiska och klanliknande, styrda av mäktiga ledare. Så ser det fortfarande ut i stora delen av världen. Det är lätt att glömma hur ung och begränsad i sin utbredning den demokratiska kulturen är. Även i de mest utvecklade länder är den mera ideal än verklighet. Oreflekterat är vi i stor utsträckning styrda av gammalt tankegods. Det är en del av vad man kallar "det socialt omedvetna", de kulturella strömningar som man bara tar för givet.

Grupper med mer eller mindre specifika syften och funktioner, mål- eller produktionsinriktade, är självklara byggstenar och oundgängliga delar av vårt samhälle. Dess strukturer varierar beroende på syfte, ideologi, ledarskap och politisk verklighet. Fokus är i mycket måttlig grad inriktat på relationerna mellan de enskilda individerna utan huvudsakligen på gruppernas syfte.

Våra första grupper

Den första grupp en individ möter är den familj han föds in i. Familjegruppen är av nödvändighet en hierarkisk grupp. Där gör vi våra allra första och kanske livsavgörande erfarenheter av att relatera. Nästa anhalter blir förskolan och skolan. Skolan har ju

gått från att i gångna tider vara en hårt disciplinerad inrättning – minns filmen *Hets* – till sin nuvarande form. Den skall och bör vara en introduktion till det samhälle vi lever i; normer, kunskaper, samarbetsformer m.m. Och att kunna fungera och arbeta i grupp. Vi läser om eller har personlig erfarenhet via egna barn om skolans värld och hur det där fungerar, ibland bra, ibland mindre bra, stundom kaotiskt. Erfarenheterna från skoltiden bidrar till utveckling av självbilden och förmågan att fungera som samhällsvarelse. Jag läste för femton år sedan Gunilla Granats "Redo för fronten? En rapport från Lärarhögskolan". Det slog mig att kunskaper om gruppdynamik ingenstans förekom i undervisningen av de blivande lärarna – är det månne bättre nu?

Tidigt i livet börjar vi också bli involverade i olika grupper som inte gäller arbetslivet. Det gäller fritidsaktiviteter av olika slag, etniska, politiska, religiösa, gängbildningar och förstås kriminella. Som individer är medlemskap i grupper normalt en betydelsefull del av tillvaron och hur vi fungerar i dem beror i hög grad av tidigare grupperfarenheter. För enskilda individer är det traumatiserande och katastrofalt. Gruppernas strukturer är också växlande, från toppstyrda till demokratiska.

Terapeutiska grupper

En terapeutisk grupp är något så avvikande som en grupp vars deltagare har som mål att lära sig om sig själva, utveckla sina psykiska förmågor och förstå och hantera vår motor, dvs. vårt känsloliv. Och förhoppningsvis må bättre. Den är definitionsmässigt en demokratisk grupp och har en ledare vars professionella kompetens är att vara uppmärksam på vad som händer i gruppen (processen) och bidra till ett öppet och kreativt klimat som tillåter medlemmanas egen spontanitet och utveckling.

Jag kommer fortsättningsvis att uppehålla mig huvudsakligen vid de två mest spridda formerna – i Sverige och över världen – den analytiska gruppterapi och psykodramat.

Analytisk terapi

I den analytiska terapin ligger fokus på vad som händer i relationerna mellan medlemmarna, det medvetna och omedvetna nätverk som bildas (gruppmatrix). Vi vet att i ett möte mellan två människor endast en bråkdel av vad som händer är medvetet och kan uttryckas verbalt. Signaler från kroppsspråk, röstläge, ansiktsuttryck, blick, egna implicita minnen etc. utgör grundfärgen och upplevs som känslor, kroppsfenomen eller spontana tankespar och är basen för vår intuition. En grupp kommer alltså att innehålla en mängd omedvetet material som efterhand synliggörs i interaktionerna mellan medlemmarna. Gruppledaren bidrar till gruppens arbete med riktade interventioner, men man brukar också säga att i en terapigrupp är alla varandras terapeuter, att alla speglingar medlemmarna emellan skapar förståelse och insikter. Jag kan som exempel minnas att i den första grupp jag deltog i

någon gång i 40-årsåldern lärde jag mig att det var tillåtet för mig att gråta.

Psykodrama

Psykodrama utvecklades från trettioalet, inspirerat från spontan teater. Naturligtvis finns samma matrix även i en psykodramagrupp. Men i motsats till den analytiska gruppen sker gruppens arbete i dramatisk aktion. Medlemmarna får möjlighet att spela upp viktiga händelser i sitt liv men också drömmar, framtidsprojektioner etc. KBT har lånat mycket från psykodrama vad gäller rollträning, exponering och aktion. En betydelsefull skillnad är att dramat inte är manualstyrt utan utvecklas spontant med hjälp av deltagarnas kreativitet. Det ökar terapins möjligheter att finna nya och originella lösningar med utnyttjande av egen kreativitet. Ja, utan kreativitet hade mänskligheten inte ens uppnått stenåldern. Den är källan till all utveckling. Den underliggande teorin är fenomenologisk. Man fokuserar i dramat på den roll man befinner sig i under det aktuella mötet. En viktig teknik i dramat är rollbytet med den andra personen i mötet. Det blir en instant lektion i mentalisering. Rollerna analyseras utifrån hur de utvecklats, hur adekvata dom är i den aktuella situationen. De väsentliga rollerna rörande interaktion lärs tidigt i samspelet med de då viktiga personerna, som regel föräldrar och övriga familjemedlemmar. I dramat kan man analysera roller som är välfungerande och de som bör modifieras och kanske helt ersättas av nya. Med en teknik

som kallas spegling kan personen se situationen utifrån genom att några andra gruppmedlemmar spelar upp den. Det kan ibland skapa omedelbar insikt.

Vidgade ramar

Det förefaller alltså troligt att gruppterapi i olika former skulle vidga psykiatrins ramar, inte minst genom att utnyttja klienternas egen kreativitet. Psykiatrin behöver fortfarande två ben att stå på, det naturvetenskapliga och det humanistiska. Och kanske den läkande humorn. JL Moreno, psykodramats skapare, skrev att det på hans gravsten skulle stå att här vilar den som förde in humorn i psykiatrin.

Kanske bör det avslutningsvis nämnas att man nästa sommar kan skaffa sig inblickar om hur gruppterapi av olika slag praktiseras i olika delar av världen. Den internationella gruppterapiföreningen har för första gången valt att förlägga sin vart tredje år återkommande kongress till Sverige.

Lars Tauvon

Leg. läk, leg. psykoterapeut, specialist i allmän och barn- och ungdomspsykiatri

Landstinget Dalarna söker **Läkare inom psykiatri**

Välkommen till Dalarna!

Nu finns lediga tjänster inom psykiatri på flera orter i Dalarna. Vi söker ST-läkare och specialistläkare till BUP, vuxenpsykiatri och beroendevården.

Vi deltar i psykiatrikongressen i Stockholm, besök vår monter så berättar vi mer. Du kan även kontakta våra verksamhetschefer direkt.

Mats Carlsson, Allmänpsykiatri 072-550 53 10
mats.carlsson@ltdalarna.se

Anna Ståhlkloo, BUP 070-316 15 20
anna.stahlkloo@ltdalarna.se

Jeanette Hjortsberg, Vuxenpsykiatri 076-809 81 81
jeanette.hjortsberg@ltdalarna.se



Du hittar tjänsterna på
ltdalarna.se/ledigajobb

Landstinget
DALARNA



För ett
**friskare
tryggare
och rikare liv**

Specialistläkare psykiatri

Inom vuxenpsykiatri i norra Kalmar län har du möjlighet att arbeta inom både öppenvård, heldygnsvård och rättspsykiatri. Arbetsuppgifterna är utmanande och omväxlande och är du intresserad av forskning ser vi till att hitta en bra lösning för det.

I en lite mindre organisation är det möjligt att ha ett nära och personligt samarbete med både kollegor och övriga medarbetare. Mycket gott stöd var en av anledningarna till att Västerviks sjukhus med psykiatri blev vald till bästa AT-ort 2017.

Läs mer och ansök på Ltkalmar.se/lediga-jobb

Landstinget
i Kalmar län

ANNONS



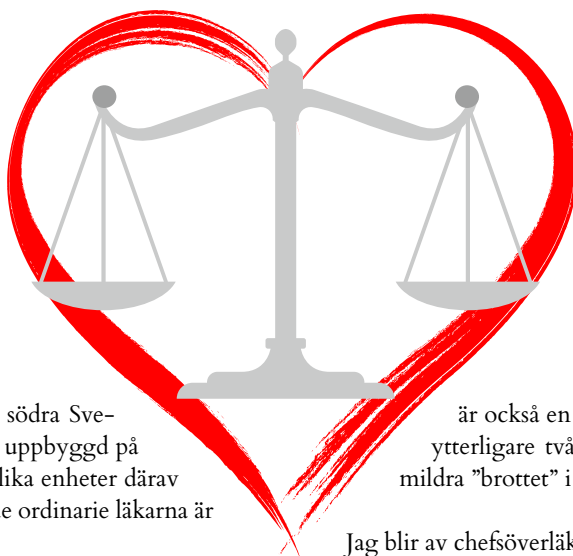
Svenska Psykiatrikongressen 2018

Våra utställare träffar du i Mässhallen



www.svenskapsykiatrikongressen.se

Äkta kärlek och juridik



Jag arbetar på en psykosmottagning i södra Sverige och vi har en organisation som är uppbyggd på att vi läkare som arbetar där servar 4 olika enheter därav 3 slutenvårdsenheter med inbrott när de ordinarie läkarna är lediga eller tjänster är vakanta.

Personligen är jag mycket trött på att serva så många olika arbetsplatser, och det är jag inte ensam om. Jag gjorde ett litet inbrott på en akutavdelning 3 dagar julen 2015, jag arbetade då klämdagar mellan jul och nyår, vilket var ödesdigert. Jag visste mycket väl att rutinerna på den avdelningen fungerade dåligt, det hade jag och mina kolleger informerat om upprepade gånger och egentligen förutsett att det till slut blev en incident som inte blev avvärjd.

Mitt inbrott julen 2015 på akutavdelning och brottets tillblivelse

Julen 2015 var det väl som det är nu i slutenvården, tämligen kaotiskt, med många olika patienter med vitt skilda diagnoser, t.ex. dementa patienter som blandas med nyinsjuknade psykospatienter, patienter med neuropsykiatriska störningar, utvecklingsstörda med svåra beteendestörningar, missbrukspatienter, överbeläggning och några patienter på permission. Underläkarna försvann efter någon dag till akutmottagningen för att influensan härjade med åtföljande brist på underläkare och till slut var jag ensam kvar i röran.

Nåväl, efter viss tvekan fattar jag beslut om att ansöka om förlängning av ett vårdtillfälle enligt LPT. Jag dikterar men försummar att skriva på ansökan. Ansökan skrivs aldrig ut och jag blir aldrig uppmärksam på detta av någon sekreterare. Patienten blir kvar cirka en vecka utan laglig grund och det är givetvis mycket ledsamt.

Jag reflekterade över att det var konstigt att jag aldrig såg någon sekreterare, jag vet fortfarande inte var hon kunde ha befunnit sig. Sekreteraren var en s.k. skrivhjälp som inte var färdigutbildad, och som hade en rudimentär instruktion att skriva det som var högprioriterat först, någon mer ingående instruktion om LPT verkar inte ha givits.

Min försummelse upptäcks så småningom och blir föremål för en avvikelserapport. Min kollega som skriver avvikelserapporten

är också en gammal vän till mig. Hen skriver att inga ytterligare tvångsåtgärder har utförts och försöker nog mildra "brottet" i sin beskrivning.

Jag blir av chefsöverläkaren skyndsamt anmäld till IVO. IVO anser att för att bevara allmänhetens förtroende för psykiatri så ska jag åtalas och man nämner i sin skrivelse att fängelse finns som en tänkbar påföljd för mitt brott. Jag hade inget uppsåt att begå något brott och har aldrig haft några tankar på att begå några brott. Men nu börjar jag fatta att det här kan gå illa för mig som nybliven kriminell.

Jag blir helt knäsvag den dagen jag läser IVOs skrivelse och kommer hem gråtande till min man (juristson tillika) som blir mycket upprörd: "att sätta dit folk som försöker göra sitt bästa". Min man tycker att jag omedelbart ska säga upp mig "på fläcken" och han säger sig vara beredd att stötta mig till 100 %. Det kan inte vara annat än äkta kärlek och det var det bästa stöd jag fick under denna långa resas gång. Jag fick också mycket gott stöd av mina kära kolleger och de rara sjuksköterskorna i teamet på mottagningen. Psykologerna uttryckte engagemang och stöd. Jag kan säga att stödet från kolleger och teammedlemmar är mycket viktigt när man hamnar i sånt här elände. Mina goda vänner stöttade mycket och tyckte att det var egendomligt att skattepengar gick till sådant. Jag sade alltså inte upp mig, vilket jag egentligen tror att man ska göra i en sådan här situation. Jag tappade det mesta av arbetsglädjen.

Den rättsliga processen

Det går en lång tid och i slutet på 2016 blir jag mitt i mottagningen uppringd av en polisinspektör som arbetar på roteln för grov brottslighet i Lund. Jag ska inkomma på polisförhör. Det har gått så lång tid så jag har glömt det mesta av detta elände. Jag snyftar i telefonen röriga svar samtidigt som jag funderar på att jag måste te mig som en tämligen hysterisk, patetisk person. Polisinspektören tycker att jag ska komma på förhör nästa dag, det tycker inte jag och jag får lite respit och blir förhörd veckan därpå. Polisinspektören säger att även överläkare ska ju utredas, poliser blir ju utredda – då kunde jag inte låta bli att tänka att jag inte skjutit någon i foten men den kommentaren höll jag inne med. Det framskyntade i förhöret att jag kanske inte var den vanliga brottslingen, polisinspektören sysslade i vanliga fall med s.k.

gångskriminalitet. Vi redde i alla fall ut det mesta och jag hade skrivit ut ansökan för förlängd tvångsvård, för första gången och tillhandahöll själv beviset, jag fattade inte bättre då. På slutet av förhöret fick jag frågan om jag erkände brottet, jag nekade till brott. Det har jag funderat på i efterhand om det hade varit bättre att erkänna och kräla i stoffet. Hade det blivit mindre böter då? Jag var ensam vid förhöret och det ska man nog inte vara. Polisen rådde mig att skaffa advokat, vilket jag gjorde. Läkarförbundet får man ingen hjälp av eftersom det är brottmål.

Jag åtalas och det blir en förhandling september 2017 i tingsrätten. Jag har fått en trevlig och bra advokat som påtalar att förundersökningsmaterialet inte är komplett då kopia på delegation saknas, så efter en timme cirka då rätten överlagt enskilt, skjuts hela klabbet upp och det blir en ny rättegångsdag 9 januari 2018. Åklagaren verkar sur och irriterad och omtalar mig som "hon", när jag sitter framför henne, det känns inte bra. Domaren verkar mest bry sig om att det blir mera kostnader. Jag kom att tänka på att jag aldrig anmälde att jag varit utsatt för ett stryppningsförsök i yngre dagar i tjänsten, så jag har minsann sparat på rättegångskostnader för staten.

Vid rättegången 9 januari 2018 i Lunds tingsrätt blir jag dömd för tjänstefel och jag ska betala advokatarvode 19 900, brottsofferfonden 800, och jag får 50 dagsböter vilket blir 39 000. Tillsammans sålunda cirka 60 000. Advokaten tycker att domen är orättvis och frågar om jag vill överklaga. Jag tyckte rättegången var hemsk och jag grät mig igenom den och advokat B tycker att åklagaren gått på mig som om "jag vore en flåbuse som stulit korv på Konsum och inte en bildad människa". Domaren säger att det låter som ett smatter när jag försöker besvara åklagarens frågor och åklagaren tar det sen i lite lugnare tempo. Sekreteraren vittnade om den magra instruktionen hon fått och för övrigt kom hon inte ihåg så mycket och det är ju inte konstigt efter så lång tid. Rättsligt sett torde det ha varit som att skjuta en dront (jag känner mig som dronten alltså). Jag trodde i min naiva enfald att man tog hänsyn till förmildrande omständigheter men det verkar vara tvärtom.

Försäkringsaspekter

Jag kontaktade försäkringsbolaget där en vänlig dam upplyste mig om att man inte ersätter kostnader vid brottmål. Min facklige kollega som verkligen hjälpt mig i detta elände hittar dock en paragraf i ansvarsförsäkringens regelverk där det står att man kan ersätta delar av rättegångskostnader, så en del av advokatkostnaden kan jag få hjälp med (stort tack till Erik). Jag har nu gjort en skadeanmälan och blivit upplyst om att jag kan få hjälp att betala advokatarvodet men böterna får jag betala själv vilket jag redan gjort.

Jämförande juridik

Ett parallellfall är när en domare just i Lund skrivit fel i en dom så att en intern felaktigt blev kvar på Tygelsjöanstalten i en vecka. Domaren fick en erinran. Tolkningen är väl då att det är värre att bli kvar i psykiatrisk vård än i fängelse. I morse läser jag sedan om ett annat rättsfall i Sydsvenskan: en lärare som blev åtalad för övergrepp mot unga flickor. Övergreppen hade pågått i flera decennier, i domen står att "eftersom (läraren) inte var tidigare straf-

fad och eftersom det saknas anledning att befara att han kommer att göra sig skyldig till fortsatt brottslighet kan påföljden därför stanna vid en villkorlig dom i förening med 60 dagsböter".

Det är alltså olika och jag vet inte om jag tror på några försäkringar om likhet inför lagen längre. Jag är mycket medveten om att jurister ser mycket allvarligt på "mitt brott" och jag fick upprepade gånger höra i rätten att jag var ytterst ansvarig, men att decenniernas övergrepp bara är något dyrare än mitt brott tycker jag är lite svårsmält.

Epilog

Verksamhetschefen har beklagat det som hänt och det är skönt att det är över men det är sura pengar att betala och den rättsliga processen var ytterst långvarig. Det kändes lite som att ha ett mörkt moln över sig i mer än två år. Att det drog ut på tiden var möjligen den enda förmildrande omständigheten enligt åklagaren. Jag kan erinra mig ett yttrande ifrån juridikprofessorn Cervin i Lund som sagt något i stil med att studenternas hjärta skall ersättas med lagboken när juridikstudenterna blir jurister, och jag hade mina onda aningar när jag såg åklagaren på en bild på nätet med lagboken framför bröstet. Man kan väl inte säga annat än att mina onda aningar blev besannade.

Jag har sedan studenttiden varit djupt intresserad av psykiatri och arbetat i psykiatri sedan 1983 och med tvångsvård sedan 1989. Jag börjar tro att jag faktiskt är för gammal för att hantera den stress som finns på akutavdelningar. Jag vill efter domen aldrig mer arbeta i slutenvården med tvångsvård naturligtvis, jag har gjort det några gånger under resans gång, men det får vara slut med det och min chef verkar förstå detta. Det tråkiga är att mina fåtaliga kolleger drabbas av extraarbete och oro. Incidenter i vården som har samband med tvångslagstiftning är inte ovanliga.

Kombinationen med trött överläkare i sextioårsåldern och utbildad sekreterare och en överbelagd avdelning med "förtätad" vårdmiljö kan nog leda till brott igen och då blir man ju återfallsförbrytare och hamnar igen i belastningsregistret. Jag sitter också numera och kontrollerar mina öppna tvångsvårdsärenden minst en halvtimme i veckan. Ganska dyr och improduktiv tid går åt till detta. Jag tänker på Freud som sade att vi "vantrivas i kulturen", i landstinget är det nog mer att "vi vantrivas i kontrollen". Landstingen får nog förbättra sin arbetsmiljö misstänker jag så att yngre läkare med sin kreativitet vill arbeta där.

En annan aspekt på detta är att vi som läkare numera har ett mycket begränsat inflytande samtidigt som vi alltid är ytterst ansvariga när det går illa.

Då är det nog bättre att gå i pension lite tidigare, då kan man kryssa på Öresund, syssla med kaffedrickning, korsord och puttra lite hemmavid med sin man. Det ter sig som ett riktigt trevligt framtidsscenario och en brottspreventiv åtgärd.

Cecilia Mattisson

Docent, överläkare

10 frågor

MATILDA NAESSTRÖM

ordförande i STpsykiatri

Född

Sollefteå, 1 maj 1987.

Bor

I Norrlands huvudstad - Umeå!

Familj

Mamma och fyra syskon.

Arbetar

Som ST-läkare på Psykiatriska kliniken, Norrlands Universitets-sjukhus, samt doktorand på Institutionen för klinisk vetenskap, Enheten för psykiatri.

Vad gör Du när Du INTE jobbar?

Tränar yoga och polefitness, hänger med min katt eller umgås med vänner, letar experimentella cocktailbarer.

Anser du dig vara troende?

Ibland.

Vilken bok ligger just nu på ditt nattduksbord?

I nuläget framförallt facklitteratur kring psykokirurgins historia. Men även mer populärvetenskapligt om vårt viktigaste organ hjärnan, "Det åldrande minnet" av Lars Nyberg.

Vad gör Dig lycklig?

Te, yoga, katter, mina vänner, resa. Mitt jobb! Känner mig privilegierad att ha ett så roligt och utvecklande arbete. Att arbeta som ST-läkare i psykiatri har gett mig möjlighet att få utvecklas både teoretiskt och kliniskt, att få utlopp för min nyfikenhet med forskning och att få föra detta vidare via undervisning. Men det bästa är framförallt alla trevliga patienter och kollegor.

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

Min pappa! Desto äldre jag blir har jag mer och mer börjat använda uttryck som min pappa slängde sig med. När jag var ung var en stor källa till irritation att man snabbt fick som replik "Tror gör man i kyrkan", varje gång man inte ville ge ett specifikt svar. Nu har jag blivit likadan! Måste jag nämna en film/bok/TV-serie så blir det nog Terry Pratchett's böcker om The Discworld. Där den mest använda nog är: "Why do you go away? So that you can come back. So that you can see the place you came from with new eyes and extra colors." Jag älskar att resa och tror starkt att det är viktigt och utvecklande att uppleva nya miljöer, tankesätt och perspektiv på världen.



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

Det som framförallt har engagerat STP senaste tiden är att bibehålla det ökade intresset för blivande läkare att välja någon av de psykiatriska specialiteterna. Vilket vi ser som hotat med det förslag som lagts fram att avskaffa allmäntjänstgöring AT, och ersätta den med en bastjänstgöring, där psykiatri inte är inkluderad. Vi befärar även att detta kommer att få konsekvenser för våra patienter om man inte längre säkerställer psykiatrisk kompetens hos legitimerade läkare.

Stina Djurberg

Redaktionen
Svensk Psykiatri



”Hur svårt kan det vara?” - en konferens om hälsa, levnadsvanor och förändringsarbetet vid svår psykisk ohälsa

Välkommen till en nationell tredagarskonferens i Göteborg! Några av landets ledande kliniker och forskare på området medverkar 15-16 maj. Den 25 maj har vi även nöjet att presentera en heldag med Ken Jue (US), den uppskattade föreläsaren och grundaren av programmet InSHAPE®. Ken har mångårig erfarenhet av arbete med levnadsvanor inom svår psykisk ohälsa. Han kommer att föreläsa tillsammans med Sarah I. Pratt (US), psykolog, PhD och professor vid Geisel School of Medicine.

Konferensen riktar sig till läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter verksamma inom specialistpsykiatri eller rättspsykiatri. Målet är att ge fördjupning till kliniker med redan hög kunskapsnivå om förändringsarbete med levnadsvanor vid svår psykisk ohälsa.

Anmälan och program: Gå till <https://regionkalender.vgregion.se>. Sök på datum - *Nationell konferens om hälsa, levnadsvanor och förändringsarbetet vid svår psykisk ohälsa*. Här finner du också program och mer info om dagarna. Du kan välja att anmäla dig till hela konferensen men kan även välja enbart 15-16 maj eller 25 maj.

Sista anmälningdag: tisdag 10 april 2018. Antal platser är begränsat, först till kvarn gäller.

Konferensavgiften finansieras av Socialstyrelsen och anordnas av Svenska Psykiatriska Föreningen. Arrangör Eyra Fysio.



Akut mani, affektiv drömmottagning och en SSBS Anthem

Rapport från SSBS höstmöte

I enlighet med beslut under årsmötet i maj så ägnade Svenska Sällskapet för Bipolär sjukdom under sitt höstmöte i november på Södra Teatern en halvdag åt behandling av mani, hjärnans påverkan vid mani och bemötande vid mani samt konsekvenser hos gravida. Andra halvan av höstmötet utgick ifrån senaste nytt från Bipolär om hur vi kan uppnå en jämlik och kvalitetssäkrad vård i landet med inspiration kring det affektiva drömmottagandet och mottagningen.

Behandling av den akuta manin och påverkan på hjärnan

Efter en kortare presentation av den nya styrelsen tog medicine doktor och överläkare på Psykiatri Sydvest Benny Liberg över och föreläste kring senaste nytt om hur vi bäst behandlar det akuta maniska tillståndet. Olika behandlingars fördelar och nackdelar jämfördes inkluderat lämpliga doser av medicinering i ett första och senare skede. Därefter tog medicine doktor och överläkare på Norra Stockholms Psykiatri Carl Johan Ekman över och berättade en del om sin och andras forskning om vad vi vet om manins påverkan på hjärnan. Att det påverkar tydligt men för få studier, delvis relaterat till svårigheter att få personer under maniska tillstånd att vara still tillräckligt länge för att undersökningar kan genomföras.

Bemötande av den maniska patienten

Mer direkt påverkan av behandlingen idag än kunskap om hur manier påverkar hjärnans neurobiologi är bemötandet av den maniska patienten. Vårdenhetschef Rut Janzon Ene från Psykiatri Sydvest har sedan många år arbetat som chef på en avdelning med behandling av bipolära. På ett levande sätt – via att berätta om olika patienters och personals upplevelser – berättar hon informativt om betydelsen av äkthet, professionalitet, trygghet, lugn och öppenhet som grund för ett gott bemötande och för att undvika tvångsåtgärder vid medicinering. Hon beskriver exempelvis även nackdelar med rumsisolering av den maniska patienten som tidigare använts mer frekvent och rekommenderar istället att

patienten får göra saker som inte kan skada dennes nutid eller framtid, som att rita eller promenera lugnt.

Mani, graviditet och förlossning

Förmiddagens fokus på mani avslutades med att chefen för konsultationspsykiatriska enheten på Psykiatri Sydvest Margareta Blomdahl Wetterholm berättade om särskilda aspekter vid behandling av den maniska gravida kvinnan och riskerna att utveckla postpartumpsykos. Ärftlighet och tidigare postpartumpsykos betonades som riskfaktorer och vikten av ett gott omhändertagande och förlossningsplanering inkluderat lämplig medicinering likaså med eventuellt även en planerad samverkan med socialtjänst.

Kvalitetscertifiering en väg framåt

Hur professor och kvalitetsregisterhållare Mikael Landén lyckas få kvalitetsregister så intressant är det nog många av oss som undrar men att göra det klarar han av. Mikael efterföljde barnläkare och litteraturvetare Calle Lindgren som med lite «Kultur till kaffet» berättade på ett fascinerande sätt om Lord Byrons liv och leverne och hur det troligen påverkats av underliggande bipolär sjukdom men även av traumatiska händelser i barndomen. Mikael berättade därefter på ett motsvarande inspirerande sätt om nya resultat från kvalitetsregistret och även om en del tankar och påbörjad utveckling av en form av kvalitetscertifiering av vården av bipolära.

Mot en nationell och jämlik vård av bipolära

Diskussionen om kvalitetscertifiering övergick därefter i en diskussion där undertecknad tillsammans med SPFs ordförande Ullakarín Nyberg tillsammans med deltagarna diskuterade tankar om hur vi i landet skulle kunna bidra till en nationell och jämlik vård av bipolära. Årliga utbildningssatsningar på SPK diskuterades tillika mentorskap/handledarskap över nätet och kanske till och med auskultering på olika platser i landet fanns med på förslag som några alternativ som tillägg till en väl genomtänkt plan för kvalitetsmätt eller motsvarande kvalitetscertifiering. Diskussionen

fortsatte under hela mötet och vi ser fram emot ett fortlevande och handlingsplan för implementering framöver.

Den affektiva drömmottagningens "Anthem"

När SSBS styrelse bad processenhetschef för bipolära Lina Martinsson från Psykiatri Sydväst hålla i en föreläsning om den affektiva drömmottagningen förstod vi att det skulle bli inspirerande. Vi blev nog alla emellertid lite glatt förvånade när föreläsningen om öppet och tydligt ledarskap med genuin och generös önskan om allas utveckling, den fina öppenvårdsmottagningen med kaffe i väntrummet, det forskningsvänliga klimatet med snabbast implementering av ny forskning om förbättrade behandlingsmetoder sammanfattades med en sång om den affektiva drömmottagningen till musiken från ABBAs "I have a dream". En självklarhet som en nyinstiftad «Anthem» för sällskapet :)

Arbetet med revision av SSBS "Tesar"

Föreläsningdagen avslutades med att styrelseledamot och docent Göran Isacson presenterade ett förslag på revision av SSBS Tesar som skrevs i samband med sällskapets nybildande. Vid genomgång av de gamla tesarna i år insåg styrelsen att en del inte längre var aktuellt varvid en påbörjad revision. Arbetet med detsamma som leds av Göran presenterades under eftermiddagen och deltagarnas synpunkter efterfrågades under dagen och/eller att förmedlas till styrelsen efter mötet. Styrelsen kommer under vintern fortsätta arbetet med desamma och presentera under årsmötet i mars. Möjligen även knyta ihop med BipolärRs tankar om en kvalitetscertifiering för bästa synergiska effekt för behandlingen av bipolära.

Rörelse, musik och middag

Under dagen höll även överläkare på Psykiatri Sydväst Åsa Anger ett rörelsepass för att lyfta Psykiatri Sydvästs arbete kring fysisk aktivitet för patienter med bland annat bipolär sjukdom som hon och Lina Martinsson håller i. Rörelsepasset även förstås för att öka blodtillströmningen till hjärnan samt minska risken för demens-

sjukdomar hos deltagarna vid höstmötet. I styrelsen hade vi vidare i år beslutat att förlänga mötet för utökat utbyte och anordna en middag. Middagen ägde rum på Champagnebaren på Södra Teatern och underhållning via bandet The Affected från Psykiatri Sydväst spelade två nästan klart inövade låter och gitarristen och sångaren tillika processenhetschef för ångest Johan Skånberg framörde även en egen låt. Tidigare ordföranden Göran Isacson, Mats Adler och Lena Backlund bidrog även under middagen med lite historia om Sällskapet som gav en fin inramning på en inspirerande och givande dag.

Vårmöte nästa år på SPK

SSBS som nästa år firar 15-årsjubileum har sedan något år tillbaka varit en subsektion till SPF. Denna anknytning har vi valt att förstärka genom att 2018 inte anordna ett separat vårmöte utan att lägga detsamma under SPK. Vi ser fram emot att på detta sätt få ett ännu större utbyte även kring de bipoläras vanliga samsjuklighet för bästa utveckling av vården. Ser fram emot att ses där!

Maria Larsson

Ordförande för Styrelsen Svenska Sällskapet för Bipolär Sjukdom



Hej från Uppsala!

Foto: Boris17/Shutterstock.com

Den svenska psykiatrikongressen (SPK) har bidragit med ny kraft, inspiration och energi till landets psykiaterkår. Den har blivit ett tillfälle att mötas runt allahanda psykiatriska frågeställningar, ta del av heta samhällseliga samsalsämnena och möta kollegor och vänner från norr till söder. Inför fjolårets SPK blev undertecknad och Mikael Landén tillfrågade att samla landets universitetsföreträdare under rubriken *Psykiatrisk forskning i Sverige – rapport från våra universitet*. Tanken var att ge en kort överblick över forskningsaktivitet som pågår och dessutom bli startpunkt för en stafett från våra sju medicinska lärosäten med en lite mer fördjupad presentation av erfarenheter och aktiviteter på hemmaplan.

I år har Uppsala fattat ett hårt tag om stafettpippen och tar första sträckan på SPK med symposiet *Hjärnbildning i psykiatrisk forskning och klinik*. Med vår presentation hoppas vi kunna förmedla erfarenhet och inspiration genom att berätta hur en helt ny verksamhet byggts upp i samarbete med den egna kliniken, med forskarkollegor och kliniker ute på det stora Akademiska sjukhuset och från andra institutioner. En berättelse som kommer att sträcka sig från rent rumsliga och praktiska frågor till kliniska och vetenskapliga spekulationer om vad nya metoder kan bidra med.

Inför detta nummer av Svensk Psykiatri tillblivelse lovade jag rapportera lite om vad vi i övrigt sysslar med i Uppsala och vad vi ser som möjligheter och utmaningar. Först bland möjligheterna kan jag förstås inte låta bli att tala om vårt hus – *Psykiatrins hus* som i år firar femårsjubileum. År 2013 lämnade Uppsalapsykiatri ett 30-tal adresser till mottagningar och temporära heldygnsvårdplatser (efter ett stort antal år i exil) och flyttade in i ett helt nytt hus beläget inne på sjukhusområdet. Det finns ett gammalt uttryck som säger *"It's not the stable that wins the race – it's the horse"* och det är förstås helt sant men med stallet fick vi en infrastruktur som gör det möjligt att arbeta mer ändamålsenligt och samverka över alla gränser – såväl inom specialiteten som med sjukhusets andra verksamheter. Och det gör vi. Först och främst gynnas patienterna. Våra egna patientgrupper har mer kroppsliga sjukdomar än andra, och som historiskt har varit underbehandlade. Reciprokt finns det inom den somatiska vården ett stadigt behov av konsultationspsykiatrisk stöd. Dessutom finns redan en rad exempel på kliniska frågor ute på sjukhuset som lett till spännande multidisciplinära och multiprofessionella forskningsprojekt. Några exempel är barn med missbildningar, kardiellt orsakat hjärtstopp, autoimmuna sjukdomar och svåra skador. Ett annat exempel är vår gemensamma mottagning för hjärnstimulering och psykiatrisk klinisk prövning. Mottagningen har utformats



för behandling med ECT och TMS och för att samtidigt stödja forskning med monitorering och provtagning och omhändertagande av biologiskt material på väg till sjukhusets biobank. Här finns också den forskningsenhet som fokuserar på psykiatriska tillstånd med misstanke om autoimmun genes.

En annan möjlighet är vårt utvecklade samarbete mellan verksamheten och akademien. Här har många faktorer bidragit. En viktig sådan faktor var en överenskommelse mellan universitetet och sjukhuset att alla verksamheter ska ha ett råd för forskning, utbildning och utveckling (FoUU), och med en universitetsföreträdare som ordförande. Rådet hanterar bl.a. ALF-medel och regionens forsknings- och utvecklingsmedel, utreder och beslutar om frågor som rör ST-utbildning, verksamhetsförlagd utbildning och kompetensutveckling. Dessutom görs en strategisk treårsplan för forskning och utveckling. Uppdraget kan tyckas omfattande – det är omfattande – men har bl.a. bidragit till en bättre struktur för fördelning av forsknings- och utvecklingsmedel och för fler gemensamma mål och handlingsplaner. I verksamhetens målbeskrivning finns numera dokumenterat att varje patient ska erbjudas deltagande i forskning.

Några av våra viktigaste utmaningar är brist på specialistutbildade och grundutbildade sjuksköterskor – som vi delar med andra universitetssjukhus och andra discipliner. Vi behöver också fler psykiatrer, men med 35 ST-läkare på verksamhetsområdet hoppas vi lösa bristen på sikt. Vi upplever också att tiden då allt fler studenter på allvar börjar intressera sig för psykiatri har kommit. Att göra sitt vetenskapliga arbete i psykiatri har blivit populärt och för en del har det varit vägen in till en forskarutbildning. I nuläget har vi ett trettiotal doktorander registrerade på kliniska psykiatriska frågeställningar. Det är omöjligt att göra alla projekt rättvisa här. Den som är intresserad kan läsa om vår forskning på <http://www.neuro.uu.se/forskning/>.

Avslutningsvis vill jag uppmärksamma två av våra nya medicinska doktorer – Dan Edvinsson och Georgios Makris – som under hösten hedervärt försvarat sina avhandlingar. Här bredvid får ni deras egna sammanfattningar. Tack för ordet!

Lisa Ekselius
Professor, överläkare
Uppsala

Ny avhandling

Attention deficit/hyperactivity disorder in adults

Prevalence, Psychiatric Comorbidities and Long-term Outcome

I höstas hade jag förmånen att få försvara min avhandling "Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults" i Uppsala med professor Bo Söderpalm som opponent. Resan till disputation har varit lång och utvecklingen av utrednings- och behandlingsarbetet inom ADHD-området hos vuxna är anmärkningsvärd när man ser tillbaka på de år som jag arbetat med patientgruppen.

Allt tog sin start när jag 2001 fick en tjänst som överläkare inom psykiatri på Akademiska sjukhuset i Uppsala. Remisser hade börjat komma in till vuxenpsykiatri för övertagning av barn med ADHD som passerat 18 års ålder och var i behov av fortsatt behandling. En annan grupp var föräldrar till barn med ADHD som själv önskade utredning då de kände igen sig själva i sina barns symptom och funktionssvårigheter. Tidsandan var inne i ett paradigmskifte som idag kan vara svår att föreställa sig; kunskapen om ADHD hos vuxna var närmast obefintlig i allmänbefolkningen – men även inom psykiatri fanns en utbredd skepsis som ibland sträckte sig till förnekelse. Nationellt förekom offentlig förföljelse av ledande forskare och andra aktiva inom området. Samtidigt spreds den nya kunskapen som gav förbättrade möjligheter för diagnostik och behandling inom vuxenområdet. Dåvarande divisionschefen, professor Frits-Axel Wiesel, beslöt därför att något måste göras såväl kunskapsmässigt som organisatoriskt för att möta upp behovet av utredning och behandling. En liten enhet hade därför formats med detta uppdrag och jag fick initialt uppgiften att på halvtid delta i utrednings- och behandlingsarbetet. Antalet inkommande remisser ökade snabbt och många praktiska frågor behövde besvaras för att planera det fortsatta omhändertagandet av patientgruppen. Basala frågor som prevalens och psykiatrisk samsjuklighet var av betydelse och de första två delarbetena i avhandlingen täcker de frågeställningarna. De senare delarbetena utgör en uppföljning av vuxna vid vår enhet avseende symptomatiskt och funktionsmässigt utfall samt läkemedels säkerhet sex år efter ADHD-diagnos som vuxen. I tillägg gjordes en undersökning på anstalten Hinseberg.



Delstudie I är en enkätstudie som undersöker förekomsten av ADHD-symptom i allmänbefolkningen, allmänpsykiatrisk öppenvård samt bland kvinnliga interner. En tredjedel av patienterna inom allmänpsykiatrien rapporterade symptom förenliga med den kombinerade eller hyperaktiva subtypen i barndomen och/eller aktuellt jämfört med en sjättedel i allmänbefolkningen. Förekomsten av ADHD-symptom, både som barn och vuxen, var tre gånger högre i allmänpsykiatrien jämfört med allmänbefolkningen (6,6 respektive 2,1 %). Hälften av de kvinnliga internerna rapporterade symptom på ADHD och en tredjedel av alla rapporterade ouppmärksamhetsproblem i barndomen samt någon subtyp aktuellt. Hos dem med ADHD-symptom i barndomen och/eller aktuellt fanns en lägre funktionsnivå, ökad förekomst av beteendestörning i barndomen, antisocialt personlighetssyndrom samt läsvårigheter medan någon ökad förekomst av skrivsvårigheter inte kunde påvisas.

Delstudie II är en redovisning av den psykiatriska samsjukligheten på axel I och II hos 168 patienter som utretts vid vår enhet och fått diagnosen ADHD vid i medeltal 34 års ålder. Livstidsförekomsten av någon diagnos på axel I var 95 % hos kvinnor och 90 % hos män. Medelantalet diagnoser, inklusive autismspektrum och Tourettes syndrom, var drygt två med stor spridning av frekvensen mellan individerna. Kvinnor hade oftare affektiva diagnoser och ätstörningar medan män oftare hade substansrelaterade syndrom. Pågående psykiatrisk samsjuklighet under utredningen förekom hos genomsnitt 47 % av patienterna. Andelen som uppfyllde ett personlighetssyndrom var kring 10 % medan avvikande personlighetsdrag inom något kluster var betydligt vanligare och rapporterades hos nästan hälften av deltagarna.

Delarbete III är en sexårsuppföljning av deltagarna i delstudie II där vi lyckades inkludera 124 individer (74 %) varav 112 någon gång hade fått läkemedelsbehandling mot ADHD. Primärt utfallsmått var remission definierat som "ingen subtyp uppfyllt och ett GAF-värde ≥ 70 senaste året". Andelen i remission vid uppföljningen var 33 % och de rapporterade signifikant bättre generell förbättring (CGI-I), högre GAF-värden, högre funktion (SDS) och högre livskvalitet (EQ-5D) jämfört med dem utan remission. Av dem med eller utan läkemedelsbehandling

var det ingen skillnad på ovanstående parametrar förutom en högre generell förbättring (CGI-I) hos dem som stod på läkemedel vid uppföljningen.

Delarbete IV redovisar säkerheten av långtidsbehandling med läkemedel hos de 112 i delarbete III. 57 deltagare hade pågående läkemedelsbehandling och 55 hade avslutat efter i genomsnitt 2 år. Vanligaste orsaken till avslut av centralstimulantia var bristande effekt och därefter förhöjt stämningsläge/hypomani samt svårigheter att upprätthålla kontakten med förskrivaren. Vanligaste pågående biverkningarna var minskad aptit, muntorrhet, ångest/rastlöshet, ökad pulsfrekvens samt minskad sexlust. Ingen tendens till dosökning över tid rapporterades hos dem på behandling – snarare det motsatta. De på läkemedel bejakade påståenden om ökad livskvalitet, funktion och ökad förståelse i högre grad än de utan pågående behandling.

Sammanfattning

- ADHD-symptom är överrepresenterade i allmänpsykiatrisk öppenvård och bland kvinnliga interner.
- Den psykiatriska samsjukligheten är högre men följer i huvudsak könsmönstret i allmänbefolkningen.
- En tredjedel är i remission efter i medeltal 6 år efter diagnos, oberoende av pågående läkemedelsbehandling.
- Läkemedelsbehandling av ADHD förefaller säker med tolererbara biverkningar. Inget behov av dosökning över tid kan påvisas.

Dan Edvinsson
Med dr, överläkare

ANNONS



Ny avhandling

Säsongsvariation för suicid: Teoretiska och kliniska implikationer

Alltsedan tidigt 1800-tal har epidemiologer rapporterat att antalet suicid toppar på våren och försommaren och dalar på hösten och vintern. Något som föranlett heta debatter. Emile Durkheim (1858–1917), som representant för den sociologiska läran, föreslog att socioekonomiska faktorer kunde förklara säsongsvariationen av suicid medan Henry Morselli (1852–1929), som representant för den bioklimatiska skolan, argumenterade för att ett samspel mellan klimat och det endokrina systemet skulle kunna öka risken för suicidalt beteende.

Serotonin är en av de mest utforskade neurotransmittorer i relation till suicid. I obduktionsmaterial från personer som suiciderat finner man minskad aktivitet av serotonintransportörer. En sådan minskad aktivitet har associerats med impulsivitet och aggressivitet, och den korta allelen av serotonintransportören har även kopplats till våldsamma suicid.

Med PET-undersökning har man kunnat visa att serotonintransportöraktivitet har en säsongsvariation. Aktiviteten är högre på vintern och hösten och lägre på våren och sommaren, och negativt associerad med solsken. Särskilt intressant är att säsong med minskad serotonintransportöraktivitet, sammanfaller med toppar av suicid.

Avhandlingen baseras på fyra separata studier. De två första studierna baseras på 12 448 identifierade suicid som genomgått toxikologisk analys via Rättsmedicinalverket. Data från dessa länkades med Patientregistret och uppgifter om solsken inhämtades från SMHI. För studie tre och fyra identifierades via Läkemedelsregistret 1 014 708 patienter som hade monoterapibehandling med antidepressiva. Data länkades med Patientregistret och Dödsorsaksregistret och uppgifter om temperatur och solsken inhämtades från SMHI.

I den **första studien** var syftet att undersöka säsongsvariation för suicid hos dels personer som behandlats med SSRI, vilka huvudsakligen utövar sin effekt genom att blockera serotonintransportören, eller andra antidepressiva läkemedel, och dels hos dem som inte haft behandling med antidepressivt läkemedel. Resultatet gav för handen att män som behandlats med SSRI hade 42 % större risk att suicidera i juni jämfört med december men det förelåg ingen säsongsvariation för de övriga grupperna. Bland kvinnor fanns ingen säsongsvariation oavsett behandlingsgrupp.

I den **andra studien** var målet att undersöka om det fanns någon association mellan solsken och suicid bland personer indelade i samma grupper som ovan. Här noterades en positiv association

mellan solsken och suicid bland äldre män som också kvarstod efter kontroll för tidstrend och säsong. Samma tendens observerades bland äldre kvinnor men resultatet höll ej efter kontroll för tidstrend och säsong. När association mellan solsken och suicid undersöktes för män i de respektive behandlingsgrupperna och i olika åldrar noterades en stark association mellan solsken och suicid bland äldre män med SSRI-behandling.

Målsättningen i den **tredje studien** var att undersöka samband mellan årstid för behandlingsstart med antidepressivt läkemedel och risk för suicid eller suicidförsök under tre månaders uppföljning. Man kunde inte observera någon generell association mellan säsong för behandlingsstart och suicid. En tydlig effektmodifikation av ålder observerades för associationen mellan säsong och suicid såtillvida att äldre individer (65+) som startat antidepressiv behandling på sommaren visade högre risk för suicid. Ingen generell association observerades heller mellan säsong och suicidförsök och inte heller för varje kön för sig. Återigen noterades en tydlig effektmodifikation av ålder. Hos yngre personer (0–24) noterades en tydlig, men inte statistiskt signifikant, association mellan behandlingsstart under hösten och en högre risk för suicidförsök. Hos gruppen äldre (65+) var behandlingsstart på våren och sommaren förknippad med högre risk, dock utan att nå statistisk signifikans.

I den avslutande, **fjärde studien** var målet att undersöka samband mellan solsken respektive temperatur och suicidalt beteende bland individer som påbörjat antidepressiv behandling. Man fann ingen generell association mellan solsken eller temperatur och suicidalt beteende. Även i denna studie visade sig åldern moderera associationen mellan både väderfaktorer och suicidförsök. Risken för suicidförsök hos äldre i samband med en timmes ökning i dagligt medelsolsken 1 till 4 veckor och 5 till 8 veckor dessförinnan ökades med 8 % respektive 7 %. Hos samma grupp associerades en ökning av daglig medeltemperatur med en grad Celsius, 1 till 4 veckor före suicidförsöket, med en 3 % ökning av risken för detta.

Sammantaget ger resultaten från de olika studierna stöd för dels att det serotonerga systemet är involverat i säsongsvariation för suicidalt beteende och dels att åldern är en viktig faktor att ta hänsyn till. Tiden på året då behandling med SSRI påbörjas kan för vissa åldersgrupper utgöra en egen riskfaktor för suicidalt beteende. Denna iakttagelse bör dock bekräftas i andra studier.

Georgios Makris
Med dr, t.f. överläkare



Hormonbehandling verkar profylaktiskt mot depressiva symptom i klimakteriet

Kvinnor i perioden kring och efter menopaus har en ökad risk för depressiv symptomutveckling. Forskare vid University of North Carolina visar nu i en randomiserad, dubbelblind studie att behandling med östrogenplåster, kombinerat med slemhinneskyddande periodvis oral behandling med progesteron, ger en minskad risk för depressiva symptom under en ettårsperiod jämfört med placebo.

Studien, som utfördes mellan 2010–2016, rekryterade via annonsering kvinnor mellan 45–60 år under övergång till, eller strax efter övergång till, klimakteriet. Kvinnor med bl.a. pågående klinisk depression eller tidigare psykiatrisk sjuklighet förutom depression (t.ex. suicidförsök, bipolär sjukdom eller psykossjukdom), cancersjukdom, eller tromboembolism exkluderades. De slutliga 172 deltagarna lottades till antingen transdermalt östradiol eller transdermalt placebo. Interventionsgruppen fick även intermittent behandling med blödningsframkallande oralt progesteron, medan placebogruppen fick placebopiller enligt samma schema. Under ett års tid skattade deltagarna upprepat sina depressiva symptom på Center for Epidemiological Studies–Depression Scale (CES-D).

Andelen som utvecklade kliniskt betydelsefulla depressiva symptom ($\text{CES-D} \geq 16$) var 17 % i interventionsgruppen och 32 % i placebogruppen. Skillnaden var statistiskt signifikant även efter justering för t.ex. de värmevallningar och svettningar som är förknippade med menopaus. Bäst effekt sågs hos kvinnor som fortfarande var tidigt i menopausövergången samt bland dem med fler stressfyllda livshändelser före behandlingen. Inga andra biverkningar förutom vaginala blödningar rapporterades i högre grad av interventions- än placebogruppen.

Studiens nyhetsvärde är att den visar en *förebyggande* effekt av hormonsättning mot menopausala depressiva symptom, som dessutom verkar vara oberoende av effekten på andra klimak-

teriesymptom. Resultaten understryker också hur vanligt det är att drabbas av depressionssymptom under denna period.

Kliniskt skulle det i framtiden kunna bli aktuellt att överväga hormonsättning som skydd mot depressionsutveckling kring klimakteriet, för kvinnor utan medicinska kontraindikationer, och särskilt bland dem som är tidigt i menopausövergången och som upplever mycket stress. Dock behöver fynden först återupprepas i en större kohort och med tydligare representativitet för den allmänna kvinnliga befolkningen, inte minst bland dem med tidigare psykiatrisk sjuklighet utöver depression.

Cathrine Axfors

*AT-läkare, Akademiska Sjukhuset, Uppsala
Doktorand, Institutionen för neurovetenskap, psykiatri, Uppsala universitet*

Alkistis Skalkidou

*Överläkare i obstetrik och gynekologi, Akademiska Sjukhuset, Uppsala
Professor, Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet*

Studien är publicerad i:

Gordon, J.L., Rubinow, D.R., Eisenlohr-Moul, T.A., Xia, K., Schmidt, P.J., Girdler, S.S., 2018. Efficacy of Transdermal Estradiol and Micronized Progesterone in the Prevention of Depressive Symptoms in the Menopause Transition: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*.



Aktuella avhandlingar från BUP 2017



Foto: MikaelLindmark/Wikipedia

Umeå

Hans O. Löfgren

"Preventive psychosocial parental and school programmes in a general population"

Studierna undersökte förebyggande föräldraprogram som är tänkta att påverka föräldraförmågan, och skolbaserade program för högstadieelever med mål att påverka psykisk hälsa. Fem utbildningar inriktade på att hjälpa föräldrar till att känna sig mer kompetenta i sin föräldraroll studerades. Utbildningarna hade något olika fokus när det gäller pedagogik, förhållnings-sätt eller att stärka föräldra-barnanknytning, men samtliga var gruppverksamheter och hade en gemensam målsättning i att förstärka föräldrarollen.

Tidigare studier har visat att föräldraprogram förbättrar själv-uppfattad föräldrakompetens. Den aktuella studien visar att föräldraprogram som tillämpas i den allmänna befolkningen kan förbättra hälsa och tillfredsställelse, vilket tyder på att föräldraprogram kan vara en viktig förebyggande strategi för att förbättra föräldraskapet. I skolstudien visade båda programmen positiva resultat på elevernas mentala hälsa. Fynden talar också för att förebyggande program som utförs av utbildade ledare är bättre för dem med större behov, medan de med små behov visar på mindre förbättringar.



Foto: yegorovnick/Shutterstock.com

Stockholm

Charlotte Willfors

"Identification of biobehavioral markers of neurodevelopmental disorders in twins"

Det övergripande syftet med denna avhandling var att hitta nya ledtrådar för etiologi bakom autismspektrum (ASD) och ADHD, med fokus på miljöfaktorer genom undersökning av diskordanta tvillings. Det finns en koppling mellan den totala belastningen av tidiga medicinska händelser och ASD, både kategoriskt och dimensionellt definierat. Fynden stöder att ASD är distribuerat kontinuerligt i befolkningen med kliniska fenotyper som utgör ytterligheterna av dessa kontinuum. De pekar på en kumulativ multifaktor-tröskel-modell, med både genetiska och NSE-komponenter i ASDs etiologi.

Steve Berggren

"Emotion recognition and expression in autism spectrum disorder: significance, complexity, and effect of training"

Det övergripande målet med denna avhandling var att undersöka igenkänning av känslouttryck hos barn med autismspektrum (ASD), dess specificitet för ASD, samt kartlägga effekterna av träning av känslouigenkänning med "Emotioplay", som är en kombination av pedagogiskt material och motiverande dataspel ("underhållande utbildning"). Fynden stöder använd-



barheten av sådana spel för att förbättra förmågan att känna igen känslor och eventuellt minska autismsymtom och socialiserings svårigheter hos autistiska barn.

Ulrika Långh

"Quality and efficacy of early intensive autism intervention: a matter of trust, knowledge, and supervision?"

Det övergripande målet med denna avhandling var att undersöka vikten av olika aspekter av Early Intensive Behavioral Intervention (EIBI) vid autismspektrum (ASD) i svensk förskolemiljö. Baserat på resultaten i denna avhandling är det tydligt att utökad handledning, inklusive tillägg av specifik och anpassad feedback, kan öka EIBI-kvaliteten.

Fabian Lenhard

"Internet-delivered cognitive behavior therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder"

Vi har utvecklat en ny, internetbaserad kognitiv beteendeterapi (ICBT) – intervention för ungdomar med tvångssyndrom och deras föräldrar. Resultaten som presenteras i denna avhandling ger stöd för ICBT:s genomförbarhet, effektivitet och kostnadseffektivitet för tvångssyndrom hos ungdomar. Maskininlärningsmetodiken är ett nytt lovande statistiskt tillvägagångssätt som kan leda oss till mer exakta förutsägelser av behandlingsresultat. Resultaten motiverar replikering i större kliniska studier och i jämförelse med aktiva kontrollförhållanden, samt ansikte-mot-ansikte KBT.

Marianne Bonnert

"Internet-delivered exposure-based cognitive behavior therapy for adolescents with functional abdominal pain disorders"

Det övergripande syftet med denna avhandling var att utveckla en effektiv och lättillgänglig behandling för ungdomar med funktionella buksmärtor (IBS). Resultaten stöder att Exponeringsbaserad Internet-KBT är en genomförbar och effektiv behandling för ungdomar med IBS. Genomförbarhet och potentiella behandlingseffekter kan ökas med skräddarsydd behandling. Resultaten tyder på att det är genom att minska undvikande beteende som gastrointestinala symptom förbättras under exponeringsbaserad Internet-KBT, medan en minskning av stress inte är ett nödvändigt mål i behandlingen.

Linköping

Maria Emilsson

"Treatment adherence in Asthma and ADHD, Personality traits, Beliefs about medication and Illness perception"

Det övergripande syftet för avhandlingen var att studera följsamhet till läkemedelsbehandling hos personer med astma och ADHD och faktorer som påverkar följsamheten. Följsamheten med astma- och ADHD-medicinering var signifikant associerad med uppfattningen att läkemedel var nödvändigt, såväl som personlighetsdrag, särskilt antagonism. Personlighetsdraget känslomässig instabilitet var relaterat till många uppfattningar om läkemedlen och sjukdomsuppfattningar. Avhandlingen visar på sambandet mellan vissa personrelaterade faktorer och följsamhet till läkemedel hos personer med astma och ADHD. Bättre uppmärksamhet på sådana faktorer kan sannolikt förbättra följsamheten.





Foto: tomsya/Shutterstock.com

Lund

Nils Haglund

"Autism in children. The importance of early detection and intervention"

I avhandlingen belyses tre väsentliga forskningsområden inom autismspektrum: tydliggöra potentiella riskfaktorer för små barn med autism; finna sätt att tidigt upptäcka barn med misstänkt autism inom barnhälsovården; samt utvärdera tidiga intensiva insatser för förskolebarn med autism. Sammanfattningsvis betonas vikten av att upptäcka autism hos barn i tidig ålder, sannolikt finns det olika riskfaktorer för olika typer av autism.

Avhandlingen visar också på svårigheten att korrekt bedöma misstänkt autism vid 30 månaders ålder. Det finns inget screeninginstrument, som ensamt tydligt kan ange vem som har autismsymtom eller ej. Vi behöver istället fortsätta sprida en till många delar ny kunskap om hur autismsymptom uppträder i olika åldrar. Det finns ett behov av att integrera barnhälsovården i en redan etablerad vårdkedja, innefattande diagnostisering vid barn- och ungdomspsykiatri, och interventions-

program vid barn- och ungdomshabilitering. Framförallt visar avhandlingen att barn med autism drar nytta av att medverka i anpassade interventionsprogram, och att investering i dessa program kan vara högst berättigade ur ett såväl personligt som ur ett samhällsperspektiv.

Emma Claesdotter Hybinette

"Auditory Brainstem Response (ABR) and Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB) as Objective Support in Diagnosing Childhood ADHD and ASD"

Avhandlingen består av fyra studier där flickor och pojkar i åldrarna 7-17 år med ADHD eller ASD undersöktes med ABR och CANTAB. Man fann tre avvikelser på ABR hos flickor med ADHD och tre andra avvikelser hos pojkar med ADHD jämfört med kontroller, medan en avvikelse var närvarande hos båda könen. I ASD-studien hittades endast en skillnad jämfört med kontroller. Skillnad i prestation fanns på alla CANTAB-tester utom en. Resultaten talar för att ABR och CANTAB kan skilja mellan typiskt utvecklade barn och barn med ADHD eller ASD.

Per Gustafsson

Professor emeritus BUP Linköping



Välkommen till BUP-kongress i Luleå

Datum: **24-25 april 2018**
Tema: **Moderna tider på BUP**
Sista anmälningdag: **13 mars 2018**

I år anordnas BUP-kongressen i Luleå av Region Norrbotten tillsammans med SF BUP. Kongressen håller till i stadens kulturhus och du kommer få möjligheter att lyssna på professorer, delta på symposier och få chans att dela kunskaper med personer som arbetar inom barn och ungdomspsykiatri över hela landet.

Årets huvudföreläsare

- Ian Goodyear, professor vid Cambridge Neuroscience, världsledande inom depression.
- Gerhard Andersson, professor vid Linköping universitet och affilierad vid Karolinska Institutet, är världsledande inom internetbehandling och ångestsyndrom.
- Kathleen Myers, professor vid Seattle Children's hospital, föreläser om modern teknologi i barnpsykiatriskt arbete.
- Per Ödling, professor vid Lund universitet, inspirationsföreläsning om telekommunikation, vård och utveckling.

Nytt för i år

Särskilt forskningsspår, samt att Heldygnsvård, etablerar sig som ett eget spår på kongressen. Ledare ska också få sitt lystmäte – hur vi kan erbjuda en bra arbetsmiljö inom BUP trots de stora utmaningar vi står inför såväl personal- som patientmässigt.

Posterutställningar

ST-läkare, PTP psykologer och handledare/studierektorer, börja skissa på en poster redan nu! Skicka in din poster senast den 13 mars.

Anmälan och övrig information

Anmäl dig senast den 13 mars på www.sfbup.se/kongress/

Övrig information om program, posterutställning, logi, transport med mera hittar du på www.sfbup.se/kongress/

Välkommen!





Nya nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd



Foto: Photographee.eu/Shutterstock.com

Personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning har sämre livsvillkor än befolkningen i övrigt, och många får inte den vård och det stöd de skulle behöva för att återhämta sig, trots att forskning visar att det är möjligt. Det är både kostsamt och ovärdigt det svenska samhället. Socialstyrelsens uppdaterade nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd ger rekommendationer som kan förbättra situationen.

Socialstyrelsens förstudie inför uppdateringen av riktlinjerna visade att implementeringen inom psykiatri och socialtjänsten av de tidigare riktlinjerna har varit bristfällig när det gäller de psykosociala insatserna. Implementering av dessa insatser kräver ofta utbildning av medarbetarna, väl förankrad i forskningsunderlaget, där evidensbasen kan anpassas till en svensk välfärdskontext. Dessutom krävs ofta förankring och beslut på hög nivå, eftersom insatserna i många fall innebär ekonomiska och organisatoriska konsekvenser för landstingen och kommunerna. Av det skälet har Socialstyrelsen valt att lyfta fram dessa insatser som centrala.

En ung person som insjuknar i en psykos för första gången kan komma vidare i livet, börja studera eller arbeta, och tillfriskna,

med hjälp av samordnade insatser. Väl avvägd dos av ett antipsykotiskt läkemedel behöver kombineras med psykologisk och psykosocial behandling, stöd till att komma igång eller komma vidare med studier och arbete samt psykosocialt stöd till närstående. En forskningsöversikt visar att nästan hälften av de som fått den här typen av samordnade insatser var i arbete eller studier vid uppföljningen, jämfört med endast en tredjedel av de som inte fått dessa samordnade insatser enligt ovan.

En annan effektiv åtgärd är metoden **IPS (Individual Placement and Support)**, som visar betydligt bättre resultat än andra metoder för arbetsrehabilitering. I hela gruppen med schizofreni eller liknande psykisk sjukdom är det idag en mycket liten andel som har ett arbete, men om resurser läggs på effektiv arbetsrehabilitering kan många som har en allvarlig psykisk sjukdom få ett bättre liv och en bättre ekonomi. En princip som utmärker IPS är att man utgår helt från individens vilja att arbeta, och inte gör någon bedömning av arbetsförmåga. En annan är att personen ska få det stöd den behöver på arbetsplatsen, så länge det behövs. Stödet kan vara från såväl psykiatri som socialtjänst eller kommunens arbetsmarknadsenhet.

Att synliggöra och ta tillvara patientens eller brukarens kunskap, synpunkter och engagemang är avgörande. Alla åtgärder



och insatser behöver utgå från individens behov och önskemål. Både psykiatri och socialtjänsten behöver bli bättre på att tillsammans med patienten eller brukaren planera, genomföra och utvärdera vård och stöd för att hen ska komma vidare i sitt liv. I riktlinjerna rekommenderas metoden delat beslutsfattande. Såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst kan använda metoden, men personal behöver träna på att skapa delaktighet och patienter eller brukare behöver få erfarenhet av att vara delaktiga. Det pågår forskning om **delat beslutsfattande** där man bland annat använder ett digitalt stöd för beslutsprocessen.

Resurser bör läggas där vetenskap och beprövad erfarenhet visar att de gör nytta. Effektiva åtgärder är med stor sannolikhet även kostnadseffektiva, till följd av att schizofreni är en så kostsam sjukdom. Åtgärder som leder till mindre tid i slutenvård och ökad delaktighet i samhället kan kräva satsningar som ger ökad kostnad på kort sikt, men kan i längden både spara pengar och ge ökad livskvalitet.

Nyckeln till effektiva åtgärder är många gånger samordningen. Rapporten **Samordnad vård och omsorg** (2016) från Vårdanalys pekar på stora brister i samordning, både mellan kommun och landsting och mellan olika vårdgivare inom hälso- och sjukvården. Orsaker kan vara att det är olika lagar som reglerar de olika verksamheterna och att man saknar upparbetade kontaktvägar och samarbetsformer. Många av de åtgärder som de nya nationella riktlinjerna rekommenderar kräver bättre samordning och samverkan, vilket är fullt möjligt även inom befintligt regelverk.

Nu bygger landstingen upp en ny struktur för kunskapsstyrning, och inom området psykisk hälsa är även kommunerna med. De nationella riktlinjerna går in i det arbetet, för att konkretiseras i ett vård- och insatsprogram som är tänkt att användas både av hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I vård- och insatsprogrammet kommer det att finnas mer detaljerade och kliniskt eller praktiskt inriktade rekommendationer än i de nationella riktlinjerna, till exempel vad gäller antipsykotisk läkemedelsbehandling.

Under vintern diskuteras de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid schizofreni på regionala seminarier runt om i landet. Diskussionerna bidrar dels till sammanställningar av synpunk-

ter på riktlinjerna, dels till att driva på det lokala och regionala förbättringsarbetet.

Sammanfattningsvis pekar riktlinjerna på att det finns metoder som kan förbättra livssituationen för personer med svår psykisk sjukdom. Det är ett ledningsansvar att se till att dessa metoder prioriteras och används.

Riktlinjerna är för närvarande i sin **remissversion** och finns publicerade på Socialstyrelsens webbplats. Den slutgiltiga versionen publiceras i september 2018. Dessa riktlinjer är en uppdatering och sammanslagning av de två tidigare; Nationella riktlinjer för psykosociala insatser (2011) och Nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling (2014).

Om man vill veta mer om innehållet i riktlinjerna och hur de är tänkta att implementeras kommer de att presenteras på Svenska Psykiatriska Föreningens kongress, närmare bestämt den 15 mars.

Sofia von Malortie

Projektledare, Socialstyrelsen

Ellinor Cronqvist

Delprojektledare, kunskapsunderlag, Socialstyrelsen

Gunilla Ringbäck Weitöft

Projektledare för indikatorer och målnivåer, Socialstyrelsen

Lena Flyckt

Prioriteringsordförande

Karin Bodlund

Vice prioriteringsordförande

Mussie Msghina

Faktaansvarig läkemedelsbehandling

Rickard Färdig

Faktaansvarig psykosociala insatser

David Rosenberg

Faktaansvarig psykosociala insatser

Thomas Davidsson

Hälsoekonomisk expert

Referens

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20735/2017-10-34.pdf>

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



Tidig och ihållande minskning av skattad suicidalitet vid SSRI-behandling av vuxna med depression

Det har länge varit kontroversiellt huruvida behandling med selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) kan öka risken för självmord. Att undersöka denna hypotes på basen av placebokontrollerade studier försvåras dock av att både fullbordade självmord och självmordsförsök är ovanliga företeelser i läkemedelsprövningar. Däremot kan risken att SSRI ökar självmordstankar undersökas genom individbaserade post-hoc-analyser av hur respektive behandling påverkat skattningen av suicidalitet mätt med relevanta items i skattningsskalor.

Vi har i ett stort material, omfattande 8262 vuxna patienter med depression som deltagit i 28 olika studier av sertralin, paroxetin eller citalopram och som bedömts med Hamiltons depressionsskattningsskala, undersökt denna fråga (1). Då tidigare studier indikerat att det kan föreligga skillnader mellan unga vuxna (18–24 år) och personer >24 år vad avser effekter av SSRI på suicidalitet analyserade vi vårt material uppdelat på dessa två åldersgrupper.

Vi kunde hos patienter >24 år efter redan en veckas behandling notera en måttlig men statistiskt signifikant minskning av skattad suicidalitet hos dem som behandlats med SSRI jämfört med dem som erhållit placebo. Denna effekt kvarstod och förstärktes under kommande 5 behandlingsveckor. Därtill var sannolikheten att SSRI-behandlade patienter skulle försämrats med avseende på självmordstankar signifikant lägre från vecka 1 och framåt.

Hos unga vuxna noterades däremot inga signifikanta skillnader mellan SSRI och placebo mer än efter första veckans behandling, då SSRI-behandlade patienter skattades lägre. Det skall dock noteras att yngre patienter skattade sig högre vad avser suicidalitet vid inklusion, men å andra sidan uppvisade tydligt större symptomminskning, oavsett behandling, än den äldre gruppen.

Vi kunde slutligen inte finna något stöd för att ökad suicidalitet hos SSRI-behandlade patienter, som föreslagits, skulle uppstå oberoende av depressionsgrad. Såväl hos dessa som hos patienter som erhöll placebo sammanföll således en ökning av skattad suicidalitet i allmänhet med en generell försämring.

Det är viktigt att notera att studien bara inkluderade patienter som var 18 år eller äldre varför inga slutsatser kan dras om barn och yngre tonåringar. Därtill hade man i studierna vanligen exkluderat patienter med hög skattad suicidalitet vid inklusion.

En tidigare liknande analys har visat att också fluoxetin och venlafaxin minskar snarare än ökar Hamilton-skattad suicidalitet (2). Även om det förstås inte går att utesluta att SSRI-farmaka i enstaka fall kan utöva en paradoxal suicidalitetsökande effekt talar dessa två studier sammantaget för att nettoeffekten av SSRI på självmordsbenägenhet hos individer >24 år är påtagligt gynnsam snarare än ogynnsam. Det ofta upprepade påståendet att serotoninåterupptagshämning skulle öka risken för suicid förefaller härmed lika oggrundat som att medlen skulle sakna positiva effekter.

Jakob Näslund

AT-läkare, medicine doktor

Göteborgs universitet, avdelningen för farmakologi/Sahlgrenska universitetssjukhuset

Referenser

- 1) Näslund, J., Hieronymus, F., Lisinski, A., Nilsson, S., Eriksson E. 2018. Effects of selective serotonin reuptake inhibitors on rating-scale-assessed suicidality in adults with depression. *British Journal of Psychiatry*, in press
- 2) Gibbons, RD., Brown, CH., Hur, K., Davis, K., Mann, JJ. 2012. Suicidal thoughts and behavior with antidepressant treatment: reanalysis of the randomized placebo-controlled studies of fluoxetine and venlafaxine. *Archives of General Psychiatry*, 69(6):580–7.



Ketamin ger snabb minskning av suicidtankar

En studie utförd av Dr. Grunebaum et al. vid Columbia University i New York rapporterar att ketamininfusion i subanestetiska doser givet till suicidala patienter kan ge omedelbar lindring av suicidtankar.

Studien löpte över 6 veckor och inkluderade totalt 80 individer med egentlig depression och suicidtankar på kliniskt signifikant nivå (>4 poäng på Scale for Suicidal Ideation, SSI), som randomiserades till två lika stora grupper. Till personerna i försöksgruppen gavs 0,5 mg/kg kroppsvikt racemiskt ketaminhydroklorid och i kontrollgruppen 0,02 mg/kg midazolam, i bägge fallen givet som intravenös infusion. Då ketamin har dissociativa egenskaper är det svårt att finna en bra kontrollsubstans. Midazolam valdes eftersom det är en psykoaktiv substans med sedativa egenskaper som i tidigare studier dock inte visat sig ha några antidepressiva eller antisuicidala egenskaper.

24 timmar efter infusionen var totalpoäng på SSI-skalan 4,96 poäng lägre i ketamin-gruppen, jämfört med midazolamgruppen (Cohens D= 0,75, p=0,01, CI 2,33–7,59) och andelen patienter som svarade på behandlingen (definierat som en reduktion av SSI-poäng med >50 %), signifikant större (55 % i ketamingruppen och 30 % i midazolamgruppen, OR 2,85 p=0,024, CI 1,14–7,15). Denna effekt verkade också vara bestående under de 6 veckor som studien pågick, det ska dock understrykas att patienterna även behandlades med antidepressiva läkemedel och försök till optimering av denna behandling gjordes under tiden studien pågick.

Författarna till studien framhåller att studien är den största hittills i sitt slag, att den vetenskapliga metodiken är robust och att resultaten från studien påvisar att ketamininfusion kan ge en kliniskt signifikant reduktion av suicidtankar och att effekten verkar vara bestående under åtminstone 6 veckor.

Även om oklarhet kvarstår kring vilken effekt behandlingen kan ha under en längre tidsperiod och om den kvarstår på samma nivå vid upprepade infusioner, är det möjligt att ketamininfusion kan vara av stort värde för patienter med suicidtankar där snabb behandlingseffekt är önskvärd.

Johan Fernström

*Specialistläkare och doktorand
Vetenskapscentrum för klinisk psykiatri, Lund*

Referens

Grunebaum MF, Galfalvy HC, Choo T-H, Keilp JG, Moitra VK, Parris MS, et al. Ketamine for Rapid Reduction of Suicidal Thoughts in Major Depression: A Midazolam-Controlled Randomized Clinical Trial. *Am J Psychiatry*. 2017; Dec 05.



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

ANNONS

ANNONS

ANNONS



Underlåtenhetssynder

Tiden går fort och när det gäller växthuseffekten allt för fort. Det är dags att utvärdera det jag skrev i Svensk Psykiatri för några år sedan i temanumret angående synd, nr 3 2014. Min huvudpunkt var att de värsta synderna är underlåtenhetssynderna, eftersom de inte går att gottgöra i efterhand.

De fem synder jag då identifierade var följande:

1. Allvarligast för hela mänskligheten är underlåtenhet att omsätta insikten om den globala uppvärmningens konsekvenser i konkret handling.
2. Ett annat hot är konsekvenserna av ett fortsatt användande av antibiotika i djurfoder, vilket innebär att vi snart kommer att gå in i postantibiotisk era med allt vad det innebär. Således en underlåtenhet att låta kunskapen ha företräde framför kortsiktig ekonomisk vinning.
3. Underlåtenheten att inte ta bidöden på allvar och försöka förstå dess orsaker.
4. Underlåtenheten att reagera trots att kunskap och tidiga signaler visar att vi håller på att fiska en art till dess beståndet kollapsar.
5. Trots att det konstateras år efter år att Östersjön är jordens mest förorenade innanhav, underlåter man att fatta de beslut som behövs för att ändra detta.

Allvaret i situationen har nyligen understrukits av ett globalt dokument, som undertecknats av 15 364 vetenskapsmän/kvinnor, "World Scientists Warning to Humanity: A Second Notice", Bioscience, 13 nov. 2017. Med tanke på detta är förmågan att omsätta kunskap och insikt i konkret handling allt för tafatt. Den person som tydligast och med kraft påtalat detta är professor Kevin Anderson, som innehar Zennströms klimatprofessur i Uppsala. Han tydliggör allvaret i situationen genom att beskriva att vi alla har ett koldioxidkonto, som visar hur mycket koldioxid var och en av oss kan släppa ut i atmosfären till 2050, för att vi ska klara en temperaturökning på högst 2 grader. I våras höll professor Anderson "Gordon Goodman Memorial Lecture" arrangerat av bl.a. Kungliga Vetenskapsakademien, där kronprin-

sessan Victoria var åhörare på första bänk. Det är svårt och veta hur kronprinsessan och alla andra åhörare förhöll sig till professor Andersons uppmaning att sluta flyga, men föreläsningen är väl värd att lyssna på, finns på Youtube.

Det är mycket som fortsatt står på spel, inte bara klimatet, ekosystemen och människans existens, utan också insekter, fiskar och alla andra djurs överlevnad. Det är anledningen till att jag tycker det är angeläget att utvärdera det jag skrev för 4 år sedan.

I mina dystra stunder brukar jag tänka att människan inte är smartare än en bakterie. Trots alla uppenbara risker med att icke selektivt använda antibiotika i djurfoder fortsätter användningen oförändrat i profitens tecken. Vi sätter vår blinda tilltro till att vetenskapen ska upptäcka nya antibiotika som rår på resistent bakterier, i tid för att vi ska kunna förhindra död i lunginflammation och fortsätta transplantera. Samma mekanism finns inom klimatområdet, där många sätter sin tilltro till ingenjörernas förmåga att konstruera utrustning som fångar in och begraver koldioxid. Vi förmår inte förändra spelreglerna för ett ekonomiskt system, som givit oss en bekväm livsstil med tillgång till ständig stimulans av olika slag, som triggar våra dopaminreceptorer.

Frustration kan lätt övergå i provokation och då vill jag hävda att den som inte minimerar eller avstår från flygtransporter, intellektuellt, intar samma position som Donald Trump, när det gäller huruvida människan orsakar den globala uppvärmningen.

Här möter den globala världen och dess utmaningar, min vardag där jag försöker bota ett beroende av allt från heroin till smartphones. Trots insikt, mediciner och terapi är det svårt att uppnå en bestående förändring. Vi verkar vara så beroende av vår nuvarande livsstil med allt vad den har att erbjuda – Thailandsresor, Netflix, fyrhjulingar, snabba båtar, m.m. – att min förhoppning idag är att det är kärleken till våra barn och barnbarn som kan motivera oss att göra de uppoffringar som behövs för att förhindra en klimatkatastrof.

Olle Hollertz
Psykiater
Oskarshamn



Politiskt missbruk av psykiatri – tyvärr fortsatt ett allvarligt problem



Foto: Dmytro Zinkevych/Shutterstock.com

Gränsen mellan friskt och sjukt, normalt och onormalt, är sedan århundraden en central frågeställning. I dagens diagnossystem framhålls konsekvent att uppvisandet av extrema politiska eller moraliska uppfattningar inte kan betraktas som onormalt. De flesta terrorister som undersökts uppvisar inga tecken på psykisk ohälsa, och inte heller medverkande eller initiativtagande till massakrer eller folkmord.

I mitten av 1800-talet konstruerade en läkare i USA:s slavstater, diagnosen **"Dropetomani"**. Med denna avsågs slavar som aktivt försökte fly eller inte tillräckligt engagerat deltog i slavarbetet. Detta är kanske det äldsta kända exemplet på ett missbruk av psykiatrisk kompetens. Ungefär samtidigt beslöt den ryske tsaren att en adelsman som förespråkade demokratiska reformer måste vara mentalt störd, och beslöt att han skulle hållas i husarrest. Detta var i och för sig inget beslut som baserades på någon psykiatrisk bedömning, men kom att forma lagstiftning och psykiatriska bedömningar under Sovjettiden. Att ifrågasätta systemet var i princip liktydigt med psykisk sjukdom. Under Stalins terrorvälde ägnade man sig inte åt

sådant finlir utan dödade eller sände de misstänkt kritiska till läger inom Gulagsystemet.

Efter Stalins död blev förföljelserna mindre systematiska och påföljden mer sällan dödsdom. Den politiska ledningen var mer intresserad av opinionen i Väst. En metod som kom att användas mycket frikostigt var att låta systemlojala psykiatriker, ofta med höga positioner i säkerhetstjänsten, undersöka personer som åtalats för brott mot staten. Dessa befanns i stor utsträckning lida av **"sluggish schizophrenia"**. Detta var en diagnos som bara användes i kommuniststyrda länder, och som inte behövde innehålla några typiska symtom på schizofreni. Istället angavs en misstro eller paranoia mot parti och myndigheter, och avsikt att starta nya partier eller att förändra samhällsordningen, vara symtom på denna "schizofreni". Minst 1000 oppositionella dömdes till psykiatrisk tvångsvård under 1970- och 80-talen. En del togs in på vanliga psykiatriska sjukhus som höll en generellt sett extremt låg standard vad gäller lokaler, föda och behandling.

De som ansågs var särskilt samhällsfarliga fördes istället till två specialkliniker som drevs av KGB. Här utsattes många för

långvarig behandling med antipsykotika, insulinkurer och el-behandlingar. Säkert hade enstaka av dessa individer en psykotisk sjukdom, men när oberoende psykiatriker från väst fick undersöka vissa av patienterna bedömdes de flesta vara psykiskt friska.

Centralt för denna politiska psykiatri var Serbskyinstitutet i Moskva, där också diagnosen **"creeping schizophrenia"** skapades. En förnämlig presentation av hur en oppositionell general behandlades ges av Lars Sjöstrand i Läkartidningen 2014 (111(5):162-5). Bra information finns också i Anne Applebaums "Gulag", och i en serie publikationer av Robert van Voren från 2002 och fram till 2017. Van Voren är professor vid universitet i Georgien och Litauen.

Efter Sovjetsystemets sammanbrott försökte olika grupper av psykiatriker starta oberoende föreningar. Aktiva sådana fanns i S:t Petersburg och i Sibirien. Sedan Putin fått makten har gradvis den psykiatriska friheten inskränkts och den organisatoriska makten åter centraliserats till Serbsky Institute, omdöpt till **The Serbsky Center for Social and Forensic Psychiatry**. Här ger man också ut The Russian Journal of Psychiatry. Trots en engelsk websida redovisas enbart artiklarnas namn, men inte ens abstracts.

Den omedelbara anledningen till denna artikel är en omfattande mediabevakning i Finland och Sverige av den politiska förföljelsen av en rysk historiker, **Jurij Dmitrijev**, i Karelen. Dmitrijev har ägnat årtionden åt att kartlägga gigantiska massgravar med offer för Stalins terror. Hans arbete har lokalt stöd, men har missagat det lokala rättsväsendet och säkerhetstjänsten. Man konstruerade en falsk anklagelse om barnpornografi,

där Jurij efter nästan två års häktning i december 2017 blev frikänd. De aktuella bilderna var av hans adoptivdotter och dokumenterade hennes fysiska förbättring och tillväxt efter att hon kom från ett torftigt barnhem. I samband med detta åtal gjordes också en psykiatrisk undersökning som inte fann tecken på psykisk ohälsa. Häpnadsväckande beslöt dock domstolen att Jurij Dmitrijev skulle hållas fortsatt häktad och skulle genomgå en ny rättspsykiatrisk undersökning, just på Serbsky Center! När detta skrivs befinner han sig fortfarande där. Skulle man finna att han är psykiskt sjuk kan han överlämnas till psykiatrisk tvångsvård trots frånvaro av brott och trots avsaknad av farlighet för sig själv eller andra.

Missbruk av psykiatri sker i många diktaturer och halvdiktaturer. **Kina** är idag det värsta landet, men dess framgångsrika hemlighetsmakeri, och västvärldens ovilja att stöta sig med ett så mäktigt land har gjort att granskningen varit mycket begränsad.

Slutligen får vi inte glömma att den värsta och brutalaste politiseringen av psykiatri skedde i **Nazityskland**. Ett hemligt beslut att döda alla kroniskt psykiskt sjuka och alla med förståndshandikapp togs 1940. Med aktiv medverkan från ledande psykiatriker lyckades man aktivt mörda eller passivt låta svälta ihjäl närmare 300 000 personer. Dödandet försökte hemlighållas då man inte trodde det fanns ett folkligt stöd för detta massmord. Nästan inga av de ansvariga psykiatrikerna blev åtalade eller dömda, utan många kunde istället fortsätta sin kliniska och akademiska karriär.

Sten Thelander

Psykiater, historiskt intresserad



Finns framtidens psykiatri nu?

DEL IV:

Hjärnfunktioner och psykiatrisk diagnostik

Klinisk psykiatri har i relativt låg grad fokuserat på två viktiga hjärnfunktioner och deras konsekvenser. Den första är *förändring* genom fortsatt inläring som följd av tillkomst av nya upplevelser och erfarenheter som leder till nya kunskaper, färdigheter/beteenden, förhållnings-sätt och rutiner som tillför en bättre adaptiv förmåga att hantera omvärldens olika aspekter. Den andra är både *bevarande* i minnet av det fungerande och vid behov revidering/utveckling av minnesbanken som följd av den ovan beskrivna förändringsprocessen.

Mot bakgrund av den ovan beskrivna erfarenhets-, inlärnings- och minnesbaserade utvecklingskedjan bör olika psykosociala upplevelser och erfarenheter från vår barndom och uppväxt, med olika typer och grad av positiv eller negativ karaktär, noggrannare utforskas i anamnestagandet och tas på stort allvar. Både de negativa och positiva erfarenheterna ackumuleras och bör rimligen ha en stor etiologisk betydelse för de mentala scheman (tankar, känslor och beteenden) vi efterhand utvecklar och som påverkar vår syn på oss själva, andra och vårt förhållningssätt (adaptivt eller maladaptivt) till omvärlden både vad gäller vårt förflutna, nuet och framtiden.

Om vår gradvisa utveckling övervägande innehåller positiva upplevelser av trygghet, positiv återkoppling och förutsägbarhet leder det rimligen till andra typer av tankar, känslor, beteenden, minnen och värderingar av oss själva och omvärlden än om det motsatta gäller. Det bör även påverka valet av behandlingsinsats.

För att få större kunskap om innehållet i den ovan beskrivna utvecklingskedjan genomförde undertecknad 2014–2015 en klinisk studie av 73 konsekutiva allmänpsykiatriska patienter som remitterats av familjeläkare för fortsatt omhändertagande inom den allmänpsykiatriska verksamheten. Huvudsyftet med studien var att få en uppfattning om typ samt förekomst/omfattning av psykosociala svårigheter hos dessa patienter.

Material och metod

73 konsekutiva vuxna patienter mellan 18–65 år (Md 33,5 år; 48 kvinnor och 25 män). Nybesöksbedömningens anamnestagande omfattade ett *hemskickat frågeformulär* med strukturerade

frågor och därefter läkarbesök på 1,5–2 timmar inom helst 1–2 veckor.

Vid besöket användes ett *anamnesformulär* som bestod av en strukturerad del baserad på ICD 10:s kapitel med Z-diagnoser och en F-diagnos samt en substrukturerad del med följdfrågor.

Frågorna omfattade patientens tidigare upplevelser och erfarenheter från sina olika *livsmiljöer* (familj, skola, arbete och fritid under barndom, uppväxt, tonår och vuxenår), *livsstil* (dygnsrytm, sömn, utevistelse, motion, hobby, mat, dryckes-, tobaks- och eventuella missbruksvanor) samt deras upplevelser av sina *funktionsförmågor* (t.ex. relationer, känslor och förmågor gentemot familj, skola, vänner, arbetskamrater och arbete).

Vid behov kunde en kompletterande bedömning göras vid ett uppföljande besök 1–2 veckor senare. Utifrån fynden på de fem axlarna i den multiaxiala bedömningen gjordes därefter, i samarbete med patienten, en behandlingsplanering som därefter presenterades och diskuterades i teamet för vidare åtgärder.

Statistisk bearbetning av det deskriptiva material som presenteras nedan gjordes i samarbete med Centrum för Klinisk Forskning (CKF) i Västerås.

Huvudresultat

En stor och omfattande psykosocial problematik framkom. Det dominerande problemet var icke organisk sömnlöshet (F 51.0) hos 93,8 % (K 93,25, M 95,0 %) präglad fr.a. av sömnlätens hos 84 %; känslomässig försummelse (Z 62.4) bejakades av 75,5 % procent (K 77,1, M 72,0 %); underprestation i skolan (Z 55.3) bejakades av 52,1 % (K 56 %, M 44 %). Social uteslutning och utstötning i skolan dvs. mobbing (Z 60.4) bejakades av 46,1 % (K 54,2 %, M 32,0 %); kombinationen "Känslomässig försummelse och underprestation" förekom hos 75,3 % (K 77,1 %, M 73,7 %).

Diskussion

De resultat jag presenterat ovan tillhör i överraskande hög grad det bagage de patienterna burit med sig under stora delar av livet. Utifrån ett psykoterapeutiskt och medicinskt perspektiv innebär det en tung och stressande barlast från det förflutna till nuet som i varierande grad präglar den negativa synen på dem



själva, omvärlden och den egna framtiden. Om dessa negativa upplevelser även gradvis har ackumulerats innebär det inte bara en konstant utan en växande inre stress pga. oro, obearbetade negativa tankar, känslor, upplevelser och erfarenheter och, som konsekvenser av detta, omfattande sömnproblem med ökad sömnlåtenhet (svårigheter att komma till ro och somna in), brist på återhämtningssömn, kortare sovtid med åtföljande dagtrötthet, maktlöshet och uppgivenhet i en ond spiral som de behöver hjälp att bryta. Preciserade frågor om sömnförlopp, sömnkvalitet och dygnsrytm är relativt ovanliga anamnesuppgifter.

Hjärnans komplexa uppbyggnad och några av dess kognitiva förmågor (tänkande, kännande, reflekterande, diskriminativa, analytiska, problemorienterade och integrativa förmågor) gör den också till det enda organ som till viss grad själv kan förändra sin egen biologi. Redan under anamnestagandet enligt ovan kan man uppleva förändringar hos patienten i form av ökad trygghet, ökad närhet till sina egna upplevelser och känslor, ett mer aktivt deltagande och ofta präglat av hoppfullhet (tankar om positiv förändring), ansvarstagande och bättre delaktighet i behandlingen.

Det anamnestiska innehållet i nybesöksbedömningen innefattar både perspektivskiften (växling mellan helhetstänkande och detaljfrågor), problemorientering, faktasökande och en strukturerad anamnes som omfattar psykosociala frågor om både det förflutna, närliggande nuet och framtiden. Detta ger en mer komplex bild av de ofta ackumulerade negativa upplevelser och erfarenheter patienterna bär med sig och blir därigenom ett viktigt komplement till den medicinska modellen. Det leder också till en ökad upplevelse hos patienten av att äntligen ha blivit sedd, lyssnad på och att bli bekräftad och väcker en mer hoppfull inställning som också stärks av möjligheten att under anamnestagandet lyfta fram och bekräfta friska sidor hos patienten.

Ovanstående talar starkt för att vi snarast bör återinföra den multiaxiala diagnostiska modellens helhetsperspektiv som omfattar både diagnoser, differentialdiagnostiskt tänkande, etiologiska faktorer av eventuell somatisk och, oftare än man tror, psykosocial natur samt utredning och bedömning av funktionsförmågor som underlag för problemorientering, mål samt behandling och åtgärder.

Utifrån ett problemorienterat, etiologiskt och diagnostiskt perspektiv ger den multiaxiala diagnostiken ett översiktligt, samordnat och begripligt underlag som vi, i samarbete med patienten, kan ta till grund för behandlingsplanering. Den multiaxiala diagnosen bildar även en brygga som, genom att den knyter samman patientens egna upplevelser med den di-

agnostiska bedömningen, ger ett konstruktivt underlag för frågor, diskussion och en samarbetsbaserad planering. Denna brygga saknas helt i DSM-5 samtidigt som man i hög grad har utvecklat beskrivningen av ett antal psykosociala problem och svårigheter under rubriken "Andra omständigheter som kan vara i kliniskt fokus" för att öka kompatibiliteten med ICD-systemets Z-diagnoser.

Presentation och diskussion i teamet kan väcka nya frågeställningar och leda till en komplettering med en utvidgad utredning med hjälp av en eller flera teammedlemmar. Därmed förbättras vårt planeringsunderlag ytterligare och bör rimligen ge ett bättre underlag för val av behandling. Behandlingseffekten bör även bli bättre genom att man väljer behandling eller kombinationsbehandling utifrån fynden på de fem axlarna i det multiaxiala systemet (v.g. se nedan angående mina tidigare artiklar). Behandlingsförloppet bör följas av läkare inte minst för att utesluta nya differentialdiagnostiska frågeställningar.

I ovanstående studie saknas en kontrollgrupp. Resultaten bedöms emellertid ha ett så stort signalvärde att denna typ av studie bör upprepas på ett större material med en matchad kontrollgrupp och som omfattar fler diagnosgrupper som missbruk och psykoser. Om resultaten står sig öppnar det dörarna för flera positiva behandlingseffekter, samhällsvinster och underlag för fortsatt forskning.

Björn-Erik Thalén

Överläkare, specialist i allmänpsykiatri, PhD

Leg psykoterapeut och handledare i KBT

Mail: bjornerikthalen4@gmail.com

Tidigare artiklar i serien "Finns framtidens psykiatri nu":

Artikel I: Den förändringsbara hjärnan, nr 4, december 2013

Artikel II: Psykofarmaka, psykoterapi eller integrerad behandling, nr 1, mars 2014

Artikel III: Nybesöksbedömning, nr 2, juni 2014

ANNONS

Ologiskt Varför smarta människor fattar irrationella beslut

Dan Ariely

Översättning Cicci Lyckow Bäckman
Natur & Kultur, 2018

Vi är tyvärr inte alls så rationella och klartänkta som vi ofta tror. Som exempel anser vi att vi är bättre, klokare och mer vederhäftiga än vad vi faktiskt är. En del blandar också in sitt utseende i sin snedvridna uppfattning om sig själv. Vårt självbedrägliga och irrationella sätt att tänka, känna och handla ger sig upp till tresiffrigt till känna varje dag hos var och en av oss. Så man är inte ensam med sina flaws. Och tursamt nog är det vår omgivning som uppmärksammar hur dålig insikt vi har om oss själva och våra fel och brister. Annars blir det nog för narcissistiskt outhärdligt i gemenskapen.

I en serie upplysande och överraskande experiment visar professor Dan Ariely på att våra irrationella reaktioner varken är slumpmässiga eller orimliga utan, märkligt nog, systematiska och förutsägbara. Vilket också är bokens ursprungliga titel Predictably Irrational. Enligt författaren är vi alltså inte bara irrationella, utan också förutsägbart irrationella. Med det menar han att "vår irrationalitet utspelar sig på samma sätt om och om igen." Så att tro att vi är särskilt sakliga och rationella i våra upprepningar (som det mesta vi gör är) är en illusion som inte nödvändigtvis är negativt för vårt välbefinnande. Snarare tvärtom har det visat sig. Den självbedräglige känner sig något mer lycklig av att bete sig irrationellt och lura sig själv än den som saknar en dylik förmåga. Som inte har vare sig med samhällsklass och/eller utbildning att göra, utan gäller oss alla som jag skriver om i min bok Blir vi lyckliga av att lura oss själva: Om självbedrägeri (Recito Förlag, 2014).

Det man lär sig av att läsa Ologiskt är att vi alla måste träna oss att hela tiden ifrågasätta våra upprepande beteenden gällandes allt vi gör. Ofta är det just de som är irrationella, ologiska, och som för oss vilse i olika tanke- och känslomässiga val vi gör varje dag.

Ariely vrider och vänder på saker och ting på ett fascinerande sätt. Ta bara exemplet med det som lite populärt kallas "prokrastinering": Det vill säga tendensen att skjuta upp uppgifter vi ska göra och slutföra. Man har liksom "bara uppsatsen kvar." När som känner igen sig? Författaren närmar sig detta fenomen (som inte är en avvikelse utan mer allmängiltigt/normalt) och frågar sig: "Varför vi inte kan tvinga oss att göra det vi vill." Intressant infallsvinkel. Eller hur. Så i stället för att stirra sig blind på avvikelsen (som i sig är en avvikelse) bör man fundera på varför vi frivilligt gör det vi vill om vi nu har för avsikt att få ordning på allt det vi företar oss, men likväl skjuter upp gång på gång: Att vi alltså anammar en fel approach då vi närmar oss månana-problematiken.

Ett kapitel i boken är särskilt aktuellt med tanke på hur uppkopplade vi är idag. Ariely menar att alla de möjligheter som det ger gör att risken för att tappa fokus också ökar. Vi får svårt att bilda oss en uppfattning om vår uppfattnings- och urskillningsförmåga. Allt för mycket går för snabbt och upplevs så intressant att det blir omöjligt att fokusera på något enskilt. Och att "hålla alla dörrar

öppna" gör att man får svårt att tillgodogöra sig information och uppgifter som mer kräver fokus på vårt huvudsakliga mål med livet. Det som tidigare fordrades av oss ska idag snabbt vidarebe-
fordras. Vilka (?) intryck får ostört vara i vardande, på väg att bli till utan att behöva förhålla sig till: "tack för snabbt svar ..." skulle önska snabb feedback ..." svara gärna med vändande mail/post ...".

Dan Ariely tar oss vidare med på en intressant resa där han undersöker vilket pris vi har att betala för att saker och ting är gratis: "Varför vi ofta betalar för mycket när vi inte betalar något". Han menar att: "Noll är inte ett pris som alla andra, visar det sig – det är en känslomässig knapp som utlöser irrationell entusiasm om man trycker på den." Och han ställer frågan vad det är med gratis som är så oemotståndligt hos oss människor. Vi tycks helt enkelt bli utom oss inom oss om, och när, vi ser att något är utan kostnad, det vill säga gratis. Har du någonsin samlat på dig gratispennor på en konferens eller gratis tvål på ett hotellrum?

Läs boken Ologiskt. Se till att det blir ett rationellt beslut du tar. Den kommer att förändra ditt sätt att betrakta och hantera världen och dig själv. Boken är även intressant och högaktuell med tanke på förra årets (2017) nobelpris i ekonomi som gick till Richard H. Thaler för hans bidrag till beteendekonomin. Ett område som också Dan Ariely är professor i vid MIT (Massachusetts Institute of Technology). I det sista kapitlet "Öl och ömsesidiga fördelar" förklarar författaren berusande vad beteendekonomin är. Dan Ariely har skrivit flera böcker och artiklar i ämnet, varav den senaste boken, Dollars and Sense, utkommer i svensk översättning hösten 2018.

Som tillägg kan nämnas att boken Ologiskt inte är en ny bok. Den kom ut redan 2008 på annat förlag. Natur & Kultur ger nu ut en ny översättning av första utgåvan av boken i sin helhet. Ett kapitel fanns dock inte med i den första upplagan från 2008. Anledningen därtill ges i den. Nu är boken nästan komplett på svenska. Äntligen! Men ännu inte riktigt. I den reviderade och utökade amerikanska editionen från 2009 av Predictably Irrational: The Hidden Forces that Shape Our Decisions finns ett nyskrivet kapitel "A Note to Readers" som inte är med i den nya svenska utgåvan från 2018 som min recension utgår från. Kanske kommer ytterligare en upplaga?

Thomas Silfving

Leg psykolog, leg psykoterapeut, författare och skribent



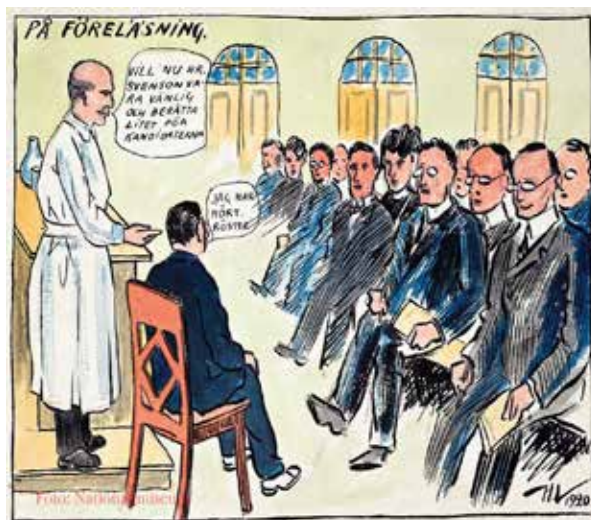
DEADLINE

för bidrag till
nästa nummer: 16/05

Tema: **Det som inte syns
på utsidan**

HEMLIGHETERNAS VÄRLD

Bror Gadelius och psykiatrins
genombrott i det tidiga
1900-talets Sverige
Patrik Möller



Avhandlingar framlagda vid Institutionen för litteratur, idéhistoria och religion,
Göteborgs universitet, nr 50

ISBN 978-91-88348-87-6

Institutionens Institutionen för litteratur, idéhistoria och religion



GÖTEBORGS UNIVERSITET

En idéhistorisk avhandling om Bror Gadelius

Patrik Möller har skrivit en mycket läsvärd avhandling om professorn i psykiatri vid Karolinska Institutet och överläkaren på Konradsberg, Bror Gadelius (1862 – 1938) och hans tid, se Göteborgs Universitet <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/53394>.

Avhandlingen handlar mer om kulturella och kunskapsteoretiska aspekter än om den psykiatriska vård som bedrevs. Möller använder spännande och levande inslag för att ge en tidsbild och visa hur Gadelius arbetade. Möller analyserar materialet ur ett "narrativt" och ett maktperspektiv samt beskriver hur Gadelius själv resonerade kunskapsteoretiskt.

Ej naturvetenskap men en del av medicinen – paradoxalt? Gadelius var filosofiskt sett "idealist" genom att han framhöll att psykiatri behövde andra angreppssätt än de rent naturvetenskapliga. Han beskrev sig ha en "överbärande psykologisk uppfattning av ämnet". Samtidigt ansåg han psykiatri vara en del av medicinen – dock också något mer än andra medicinska discipliner: psykiatri rör sig på ytterligare ett plan. Det handlar om samspelet mellan "hjärnan som organ och sinner-sjukdomarne som rubbningar i själslivet" vilket blir parallella processer som inte omedelbart kan översättas sinsemellan. Detta är ett "parallellteoretiskt" resonemang – Gadelius refe-

rerar i sin lärobok (se nedan!) till bl.a. Descartes och Spinoza. Han nämner kort Kant och i en fotnot Kants observation att Kopernikus nytänkande bestod i att han "satte åskådaren i rörelse och ej rubbade stjärnorna". "Emellertid få vi ej glömma att parallellteorin, kunskapsteoretiskt sett, blott äger begränsad giltighet". Gadelius skriver och Möller citerar: "att städse hava Kant och hans 'Kopernikanska tanke' för ögonen är som att förrätta grovarbete i högtidskläder ...". Gadelius jämför med byggnadsställningar som är nödvändiga i en fas men som sedan måste rivas.

Gadelius skriver en hel del om medvetandet, själslivets funktionella struktur mm och refererar samtida europeiska och amerikanska teoretiker (Jaspers, James, Wundt, Wernicke, Nissl, Kraepelin m.fl.). Möller refererar även inte minst till Foucault och hans skola som fokuserar på maktförhållanden och olika berättelser/"narrativ" för en företeelse.

Gadelius beskriver i sin lärobok betydelsen av den *kliniska iakttagelsen* och några villkor för dess förhållande till en "normalstruktur". Mellan detta och de kliniska symtomen finns ett "gränsland". Möller analyserar dock inte sanning och evidens för psykiatriska fenomen som beskrivs i texterna.

Även om Gadelius ansåg att psykiatrin befann sig inom gebiten "själ" och "psykologi" var den – paradoxalt? – en del av medicinen. "Den som intages å en sinnessjukanstalt bör från första stund känna, att psykiatern är läkare ...". Somatisk undersökning var viktig då vissa sjukdomar bör ses ur flera aspekter.

Strid med Salomon Henschen

I några på sin tid riksberömda "inläsningsaffärer" vid tvångsvård blev det en häftig strid med professorn i medicin, den äldre och internationellt uppburna Salomon Henschen. Denne hade ett gott öga till psykiatrin men hade ingen sådan tjänstgöring. Han ansåg sinnessjukdomar vara yttringar av hjärnsjukdomar och såg hospitalens invånare som ett rikt men outnyttjat material för sin hjärnforskning. Han hade inte ansetts kompetent när han sökt tjänster inom psykiatrin. Henschen hade en stark tilltro till rent naturvetenskaplig empiri och ifrågasatte de vetenskapliga grunderna i den psykiatriska kompetensen. Han förefaller också ha värdesatt "sunt förnuft" och personlig frihet.

En batalj med Henschen gällde tvångsvård av en direktör TA (namnet nämnt offentligt!), uppenbarligen hypoman eller manisk. Frågan koncentrerades till om man skulle lyssna till TAs egna önskemål och upplevda behov eller (som Gadelius ansåg det vara mest human) frånta honom självbestämmande och skydda honom från hans villfarelser och vidlyftiga affärer. Henschen fick veta om sin inkompetens i tidningsartiklar och i en saftig debatt i Läkaresällskapet den 26 februari 1907 då alla talare ställde sig på Gadelius sida. Under mötet dök plötsligt den förrymde TA själv upp för att föra sin talan men fördes snabbt ut ur salen av "välvilliga händer".

Maktkamp

Möller menar att striden om TA främst handlade om "rätten att ha rätt". I debatten förekom mycket lite uppgifter om fakta eller hållbara argument angående TAs behov av (tvångs-)vård. TA kan lika gärna ha utsatts för en komplott. I stället blev det enligt Möller en debatt om vilka parametrar som skulle vara aktuella vid tvångsvård och vem som har makt att bestämma. Gadelius m.fl. ville etablera en regim på sinnessjukdomarnas område. Möller använder Michel Foucaults begrepp "verdiktion" i sin analys av processen. "Verdiktionsregim" är, så vitt jag förstår, en beskrivning av regler som avgör om uttalanden bedöms som sanna eller falska.

Juridiskt var det ingen tvekan – det en psykiater intygade gällde. Hur gick det för TA? Han vårdades på en nervanstalt i utlandet och beskrevs då som "godmodig och foglig". Hans firma avvecklades, möjligen inte alldeles optimalt för TA. Själv avled TA på Långbro sjukhus tre år senare, 51 år gammal.

Humanistisk vård?

Gadelius förespråkade en "humanistisk vård" med grund i den psykiatriska kompetensen – med ett kraftigt paternalistiskt drag. Han beskriver på några sidor i läroboken hur denna vård kunde se ut på psykiatriska sjukhus, som då byggdes – i sig en stor satsning av dåvarande "Fattig-Sverige". Min misstanke är att vården trots allt blev tämligen rudimentär. (Jag minns när jag så sent som 1979 skulle vara ett år på en intagningsavdelning på ett mentalsjukhus för att se den "tunga" psykiatrin som man hänvisade de sjukaste till från universitetsklinikernas akutmottagningar. På min fråga om man hade kontaktmannaskap på avdelningen svarade chefen, den imponerande dr Karin Rössel, med viss uppgivenhet att man nog inte var så mycket för kontakt överhuvudtaget på avdelningen.) Möller undrar också om "den nya, psykologiska och kunskapsorienterade psykiatri som Gadelius gjorde sig till talesperson för bara fanns i teorin".

Samtal var alltså den metod varmed en psykiater enligt Gadelius kunde tränga in i och påverka "hemligheternas värld" som Gadelius kallar det sjuka själslivets gåtfulla rike. Gadelius ger dock inte några metodologiska riktlinjer för hur psykiatriska samtal skall föras. Detta framstår som ett slags praktisk kunskap som förmedlas av goda förebilder. Gadelius verkar ha haft en god kontakt med sina patienter – uppenbarligen med en rejäl patriarkalisk touche. Möller beskriver inte Gadelius som person. I en artikel av Lars Öberg i Svenskt biografiskt lexikon 1964–66 kan man läsa att han var reserverad, sirlig och älskvärd.

Hur Gadelius såg på patienters sociala situation tas inte upp i avhandlingen. Sannolikt var detta inte heller i fokus för Gadelius.

En aktiv publicist; narratologisk analys

Gadelius skrev mycket som förde ut kunskap om psykiatrin till sjukvård och allmänhet. Han skrev 1921–24 den första lärobo-

ken i psykiatri på svenska *"Det mänskliga själslivet: i belysning av sinnessjukläkarens erfarenhet"* i fyra band, totalt över 1300 sidor. I verket finns 30 sidor kunskapsteori och ett flertal utförliga patientbeskrivningar. Möller uppehåller sig bl a vid berättelsernas funktion ur psykiaterns, läsarens respektive patientens perspektiv. En patient, HL, hade en ambition att informera om sina tankar och upplevelser som han beskrev fortlöpande under flera år – tyvärr är huvuddelen av materialet borta. Möller skriver att försvinnandet är ett exempel på hur "biomakten" (Foucault) fungerar – när man tagit ut vad som är intressant bryr man sig inte längre om patientens text. Den intressanta bild som pryder avhandlingens omslag är för övrigt gjord av patienten HL.

Möller tar upp att berättelser som tillkommer under olika perspektiv leder tankarna åt olika håll. Vi vill gärna att beskrivna handlingar och känslor passar in i någon förklaringsmodell. Sjukhistorierna i de aktuella journalerna präglas av psykiatrikernas nyfikenhet och människointresse förutom av viljan att klassificera och diagnostisera. Ibland spåras distansering och även ironi. Texterna förefaller Möller mindre syfta mot läkning och självinsikt. När han skriver "Att det skulle föreligga en diskrepans mellan en berättelse och den verklighet den försöker skildra, tycks inte falla Gadelius in" tror jag dock inte att han har rätt. Gadelius måste ha reflekterat mycket över vad som var verkligt och inte i patienternas berättelser samt hur dessa uppfattade sina upplevelser.

Några funderingar

Avhandlingen uppväcker hos mig tankar om psykiatrins villkor. Det psykiatriska samtalet är en dialog där vi måste reflektera över att vi har olika språk eller "narrativ". Vi måste se till att det blir en fungerande dialog. Vi måste dock också beskriva fakta av något slag och ha en plan för behandling. Resultat måste kunna utvärderas av patienter och andra och vi måste bygga en generaliserbar kunskap. Psykiatri kan inte reduceras till en postmodern diskurs.

Kropp och själ bedöms inte längre vara lika åtskilda som på Gadelius tid. Relationer och sociala förhållanden med olika grader av stigma kan vara väl så viktiga som vad som sägs i samtal. "Evidensbaserad" är ett användbart begrepp för behandling med läkemedel men hur formuleras evidenskriterier för insatser i ett enskilt fall? Och vad krävs för att man skall få

ge ett fenomen prefixet "neuro-"? Allt mänskligt bör kanske inte kallas "neuro-" även om hjärnan är involverad.

Utvecklingen av psykiatri under och efter Gadelius tycker jag visar på en pågående dynamik och att vi har långt kvar till att realisera psykiatrins potentiella möjligheter. *"Mycket tyder på att Askungen håller på att utvecklas till en prinsessa"* (Nils Uddenberg 2015) – dock ingen enkel process.

Rekommenderas!

Möller har gått igenom ett omfattande material och lyft fram en annars rätt glömd kollegas omfattande insatser som han satt in i ett kunskapsteoretiskt och kulturellt perspektiv. Han har tagit ett djupt tag i materialet och sammanställt det i för en psykiater lättillgänglig form. Jag rekommenderar avhandlingen till läsning! Likaså gav det mig ett perspektiv att titta i Gadelius snart 100 år gamla lärobok.

Jerker Hanson

*Docent, pensionerad psykiater i Stockholm
Vice ordförande i Svensk Förening för Filosofi och psykiatri*

<http://sffp.se>



Neurovetenskaplig psykiatri

Christoffer Rahm
Natur & Kultur, 2018



Det har gjorts otaliga försök att beskriva och avgränsa den psykiatriska specialiteten. Teorierna och betraktelserna varierar, angreppssätten skiftar beroende på aktuell världsbild och kunskapsintresset hos teoretikerna. I en del av psykiatrikartan finns resonemang om yttre påverkan, i en annan dominerar synen på hur kroppen påverkar psykiska funktioner.

Över kartan vandrar patienten med sina svårigheter och symptom, som i mötet med klinikerna kommer att få se sig förklarad på det ena eller det andra sättet; beror rädslan för hästar på en neuros som utlösts av en omöjlig inre konflikt, eller beror den på betingningar som av någon anledning skapat en kaskad av tankar som triggar olustiga känslor? Kan det kanske vara så att rädslan i sig förklaras av att personens amygdala har blivit förstörd, hypersensitiv och överaktiv – och i sin tur påverkar delar av hippocampus så att olustiga minnen dominerar det medvetna tankeinnehållet?

Under den moderna psykiatriens 150-åriga historia har det psykologiska respektive fysiologiska perspektivet växlat i dominans. I takt med den medicintekniska utvecklingen har dock neuroforskningen gjort landvinningar som gör att frågan om var i hjärnan saker händer, blivit allt mer intressant. Frågan om var saker sker är skild från den om varför det sker, men med bättre modeller kan vi ibland få större möjlighet att hjälpa våra patienter, med läkemedel eller andra interventioner.

Christoffer Rahm har skrivit en ny psykiatrisk lärobok "Neurovetenskaplig psykiatri" som griper sig an frågan med ett neurovetenskapligt grundperspektiv, i vilken han beskriver mänskligt fungerande och psykiatrisk sjukdom. I förordet skriver han om hur varje våg av ny neurovetenskaplig kunskap har fördjupat det psykiatriska kunnandet. Ambitionen med boken är tydlig. Han tycker att den psykiatriska utbildningen behöver förnyas och att det är nödvändigt att nervsystemets system och funktion är utgångspunkten i en förstärkt psykia-

trisk utbildning, allt för att göra psykiatrin ännu bättre. Rahms bok riktar sig till såväl studenter på grundutbildningen som till ST-läkare. Genom en pedagogisk struktur lotsas läsaren genom anatomi och funktion för att den kliniska innebörden ska gå att förstå.

Ett stycke om motorkortex får illustrera bokens stil. Här beskrivs hur den nervimpuls som ska leda till motorisk aktivitet skickas längs banor till motorändplattorna för att rörelsen ska initieras, samtidigt som signalen också skickas till motsvarande sensoriska delar av hjärnan, som en förberedelse på den rörelse som just iscensätts. På det sättet kommer individen i realtid att följa och kunna anpassa de aktiviteter som just då pågår. En sådan "autonom självreferens" bidrar till en ständigt utvecklande självkänedom, mycket viktigt för den som ska hantera sitt liv.

Det händer dock att feedbacksystemen inte fungerar som de ska. Om avsikten att lyfta en hand inte förbereds genom en parallell signal till sensorikortex kommer ens rörelse att kunna upplevas som förändrad. Följden skulle kunna vara att jag upplever att någon annan lyfter min hand, eftersom jag inte på förhand fått informationen om vad jag var på väg att göra. Det skulle kunna leda till en paranoid upplevelse av att vara kontrollerad av någon annan, eller i någons våld.

Vissa feedbacksignaler ska vara hämmade, alltså inte aktivera associerade sensoriska delar. Vi får lära oss att detta gäller när vi talar, så att vi inte ska behöva fästa oss vid ljudet av vårt eget tal. En fråga blir då om hörselhallucinos skulle kunna vara konsekvensen av att feedbacksignalen inte hämmas, i synnerhet om även tänkta meningar passerar över till Brocas area. Då kommer man ju med nödvändighet ha hört en röst, dessutom en som inte är så lätt att tysta.

I stort sett alla psykiska funktioner är uttryck för en komplex aktivitet där olika delar av hjärnan interagerar med varandra i intrikata självkalibrerande nätverk. Det är inte självklart att vare sig känslouttryck eller empatiskt beteende låter sig förklaras i termer av neurala nätverk men Christoffer Rahm gör förtjänstfullt försök. Han ger bland annat en bild av mentaliseringsprocessen, som ju handlar om att föreställa sig den andres del i samspelet, med den personens känslor och intentioner. De delar av hjärnan som tycks vara involverade i mentaliserandet, är dels de frontallobsområden som är aktiva med att överblicka situationer och planera, och (något mer överraskande) områden som är aktiva när hjärnan inte är aktiv med problemlösning utan när vi låter tankarna löpa fritt. Just de funktioner som Rahm beskriver engageras när vi strävar efter att på djupet förstå en annan person, är precis de funktioner som man behöver träna upp för att bli en bra psykoanalytiker (jämnt svävande

uppmärksamhet och samtidigt skarpt fokus) eller för att uppnå mindfulness.

Christoffer Rahm har en önskan om att kommande generationers psykiatrer vidgar sitt kunnande om neurofunktionaliteten. Jag blir genom boken påmind om hur många olika funktioner hänger ihop i hjärnan och hur våra komplexa och på samma gång robusta och känsliga system reglerar oss. Det ökar min förståelse för vissa symtom, samtidigt som jag slås av att texten förlorar i stringens ju närmare den kliniska psykiatrin vi kommer. I de inledande kapitlen om hjärnan finns en säkerhet som inte motsvaras när kopplingen mellan organ och symtom diskuteras i styckena om olika sjukdomstillstånd. Det blir inte helt givet på vilket sätt de neurovetenskapliga kunskaperna förändrar den kliniska tillämpningen ännu.

Givet att Rahm själv skriver att han ser det som att den tredje vågens neurokunskap nu börjar omsättas till psykiatrisk kunskap, är det begripligt att de kliniska delarna ännu är "neurosvagare". Det kan vara på sin plats att hänvisa till ett citat av Sigmund Freud från texten Bortom lustprincipen (1920):

«Biologin är i sanning ett av de obegränsade möjligheternas rike, vi kan vänta oss de mest överraskande klarlägganden från den och kan inte gissa oss till vilka svar den om några årtionden kommer att ge på de frågor vi ställt till den. Kanske just sådana som stjälpur hela vår konstfulla konstruktion av hypoteser.»

Möjligen har den här vägen inte nått land ännu och kanske kan kunskapen om hjärnan leda till mer effektiva behandlingar framgent. Christoffer Rahms "Neurovetenskaplig psykiatri" är värd att läsa, även för en som fick sin grundutbildning i psykiatri 1993. Eller kanske i synnerhet då?

Daniel Frydman

*Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm*



Fördel ADHD: var på skalan ligger du?

Anders Hansen
Bonnier Fakta: 2017

Å andra sidan

"Adhd är ett antal medfödda personlighetsdrag som i hög grad beror på biologiska faktorer och som i ett historiskt perspektiv kan ha inneburit så stora fördelar för oss människor att vi faktiskt kan ha dem att tacka för vår existens." Så inleder Anders Hansen, psykiatriker, civilekonom och författare sin bok *Fördel ADHD*. I sanning ett mäktigt "öppningsackord" som kräver ett maktpåliggande genomförande. Författaren lyckas i stort sett leverera ett sådant genom en bredd och väl valda referenser som innebär att framställningen på intet sätt kan reduceras till ett engagerat debattinlägg.

Mot svårigheter vad gäller koncentration, att lyssna på andra, vänta på sin tur, följa instruktioner, organisera och planera samt lättavledbarhet och svårigheter att sitta stilla, ställer författaren bland annat initiativrikedom, oräddhet, kreativitet, nyfikenhet, flexibilitet, envishet och förmåga att skaka av sig motgångar. Ett antal exempel ges på "ADHD-drag" hos framgångsrika personer. Författaren menar att vi alla har våra positioner på de variabler som konstituerar en ADHD-skala och han förefaller då snarare se ADHD ur ett stress/sårbarhetsperspektiv där kontexten har stor betydelse, än som ett väl avgränsat kliniskt syndrom. Man kan födas med en ökad genetisk risk för ADHD men om man senare utvecklar ADHD beror enligt författaren på uppväxtmiljön.

Vandrare och jägare

Han sätter in de för ADHD karaktäristiska beteendemönstren i ett evolutionärt perspektiv där passformen mellan dessa mönster och miljöns krav betonas. Författaren lyfter fram hur vår genetiska utrustning, med dess epigenetiska potential var ägnad att optimera vårt liv på den afrikanska savannen. Genetisk variation mellan medlemmarna i gruppen, till exempel tillgången till vandrare- och riskvillighetsgenen, *DRD4-7R*, vanlig vid ADHD, borgade för en fördelning av kompetenser som gynnade ett jägar/samlarkollektiv – att ha medlemmar som kan reagera omedelbart och instinktivt till exempel på hot, ta snabba beslut och ha hög beredskap för fysisk rörelse. Dessutom tillkom en tillsynes paradoxal förmåga – att kunna vara helt koncentrerad på något som upplevs riktigt viktigt – hyperfokusering. I detta perspektiv tycks den västerländska livsstilen inte minst vad gäller utformningen av utbildnings-

systemet och försummandet av fysisk aktivitet obarmhärtigt tippa många med "ADHD-drag" över mot dysfunktionalitet.

Ett motvilligt belöningssystem

Förmåga till hyperfokusering är av särskilt intresse och tycks begriplig utifrån dopaminomsättningen i hjärnan och dess roll i motivation, belöning och förstärkning av beteenden. Vid ADHD finns en annorlunda receptorer *DRD4-7R* som är mindre dopaminkänslig vilket betyder att belöningssystemet, *nucleus accumbens*, både är mer trögstartat och selektivt vad gäller att väcka affekten intresse – vardagen blir enformig och jättetråkig! Men om personen ifråga är involverad i något som verkligen fångar intresset ger detta "belöningskickar". Om dessa är optimalt starka och timade kan uppmärksamheten hållas fokuserad långt utöver det vanliga vare sig det handlar om dataspel, forskningsprocesser eller andra ofta kreativa företag. Igångsättningsproblemet "kan inte börja" ersätts med avslutningens "kan inte sluta". Författaren varnar dock för kraften i den "digitala drogeffekten" som innebär att belöningssystemet är "kapat". Att vara lätt distraherad, också ett kardinalsymtom för ADHD, kan spegla en lägre nivå av filterfunktion av inkommande intryck, så kallad "leaky attention" som verkar sammanfalla med bredare uppmärksamhet och ett ökat tankeflöde och förmåga att tänka utanför boxen, att vara kreativ.

Medicinering och fysisk aktivitet

Författaren är noga med att hålla balansen mellan fördelar och nackdelar för att inte framstå som bagatelliserande av svårigheterna. Samtidigt som fördelarna utvecklas och exemplifieras framhålls att ADHD-dragen i sina mest uttalade former skapar stora och plågsamma problem för individen. Han betonar medicineringens stora betydelse i enskilda fall men är också kritisk till dess (och läkemedelsindustrins) centrala roll i standardbehandlingen som ofta tycks försumma att ta vara på de rimliga miljöanpassningar som borde vara möjliga. Författaren redovisar ett antal studier som pekar mot stora vinster som skulle kunna göras i skolarbetet för barn i allmänhet och för dem med ADHD i synnerhet om man uppmärksammade att fysisk träning gör alla barn mindre impulsiva och mer koncentrerade – dopaminet stiger, frontalloben aktiveras och arbetsminnet förbättras. Hellre flera korta pass med viss pulsstegring än ett längre, helst på förmiddagen!



Andvändbar evidens. Om följsamhet och anpassningar

Henna Hasson & Ulrica von Thiele Schwarz
Natur & Kultur, 2017

I undertexten kan skönjas ett slags civilisationskritik där det pekas på en brist i samhällets följsamhet till grundläggande mänskliga fysiska och mentala förutsättningar som bland annat döljs genom ekonomiskt mycket lönsamma fysiska och psykologiska "erbjudanden" något som kapar vårt belöningssystem. Författaren röjer också en oro att psykiatrisk diagnostik kommer att ta över i "gråzoner" där större tolerans för olikhet vore mer konstruktiv. "Om 10 % av barnen behöver en diagnos och en amfetaminliknande medicin för att klara skolan är det inte barnen det är fel på utan skolan."

Välskrivet, tänkvärt och upplyftande

Boken är väl skriven och framställningen är engagerande, rapp och ibland nästan kåserande utan att vara respektlös. Varje avsnitt avslutas med en koncis strukturerad sammanfattning som ofta innehåller förslag till synsätt och beteende. Ett perspektiv växer fram som borde underlätta för personer med ADHD att revidera självkänsla och självbild och att kunna se – om inte precis att Kaos är granne med Gud – så i alla fall att vissa sätt att fungera som tidigare enbart betraktats som problematiska faktiskt har både historisk och aktuell relevans. De tillhör ett "släkte" som i ett längre perspektiv gjort mänskligheten och gör mänskligheten viktiga tjänster och påminner oss om att vi numera har gått vilse till exempel vad gäller att förstå vikten av att ha tillräcklig och väl avvägd kroppsrörelse som en självklar komponent i vår vardag. Det kan vara på sin plats att påminna om att Konrad Lorenz framhöll att en av människans största misstag är att glömma och förneka att hon är ett djur – också! Boken är angelägen också för professionella för att den säkerligen kommer att ha stor spridning i patient- och föräldragrupper. Den skapar en ram inom vilken synen på ADHD expanderas och normaliseras på ett sätt som också kan tjäna som psykoedukativ plattform i kliniskt arbete.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*

Att följa eller anpassa – det är frågan

Varför sysslar inte forskare med praktiskt viktiga frågeställningar och varför använder inte praktiker deras forskningsfynd? Evidens för olika behandlingsmetoder inom psykiatri och psykoterapi, framtagna med "golden standard" är ju bra och grundläggande. Men försöker man tillämpa resultaten med hög grad av följsamhet i alla väsentliga avseenden när man som behandlare inte särskilt stor andel av patientgruppen. Om man, "Gud förbjude", anpassar tillämpningen av metoden efter patientgruppen och de tillgängliga resurserna vad gäller tid och personalkompetens kan man ju inte veta om behandlingen kommer att ge önskvärt resultat, då tillämpningen inte följer manualen. Problemet är väl känt som skillnaden mellan efficacy och effectiveness. Henna Hasson och Ulrica von Thiele, välrenommerade forskare som leder forskningsgruppen Interventions and processes and outcomes (Procome) vid KI har åtagit sig att bena upp detta komplexa fält vilket de också gör på ett utomordentligt sätt.

Problem finns vid utvärderingsforskning gällande praktiskt taget alla psykosociala system – på individ-, grupp- och organisationsnivå inom medicin, psykiatri, fysioterapi, omvårdnad, folkhälsa, kriminalvård och skola. Författarna inleder med ett avsnitt där de noggrant tar upp och analyserar de risker som är förknippade med att avvika från idealet med maximal följsamhet vad gäller tillämpning till den evidensbaserade metoden. De fortsätter med ett avsnitt där de betonar hur nödvändigt det kan vara att anpassa denna metod till den aktuella tillämpningskontexten. Anpassning kan dock i sig leda till att en evidensbaserad metods resultat till och med förbättras om dess kärnkomponenter bibehålls och anpassningen baseras på medvetna ställningstaganden och inte på "glidning".

Den långa vägen

Ett fokus gäller frågan om hur forskningsresultat kommer patienter tillgodo. Vägen från primärstudier till praktisk klinisk tillämpning är lång, i genomsnitt sjutton år. Forskningsfynd sammanställs till kunskapsstöd och rekommendationer på olika nivåer, nationella, regionala och lokala ska spridas och implementeras innan de kan användas. Socialstyrelsens riktlinjer vänder sig i första hand till verksamhetschefer och politiker vilka i sin tur presenterar lokala riktlinjer, snarare än till olika

professioner. Ju mer generella rekommendationerna är desto vagare passform har de med den lokala kontext i vilken de ska tillämpas och desto mer lokal anpassning kommer vanligen att behövas.

Villkor för professionell metodanpassning

Vilket utrymme för anpassning som finns beror på den evidensbaserade metodens kärnkomponenter. Som styrning för eventuell nödvändig anpassning skulle kliniker behöva mer information än vad publikationsformaten vanligen accepterar om behandlingsmetodens bakomliggande teori, dess kärnfaktorer och förändringsfaktorer samt den tilltänkta programlogiken. Dessa faktorer bildar en kedja som binder samman metoden och utfallen!

För en optimal anpassning krävs till exempel information om hur många sammanhang metoden har prövats i, vilka olika utfallsmått som använts, hur stabila de är och under vilka omständigheter metodens evidens är giltig. Denna information måste ställas direkt till dem som ska använda metoden.

Implementering – en konststart i sig

All förnyelse sker inom ramen för ett befintligt sammanhang, en kontext. Kontext omfattar allt som påverkar en methods användning och effektivitet som inte har att göra med själva metoden eller implementeringsaktiviteterna. Den inre kontexten berör ledarskap, kultur och arbetssätt, den yttre ekonomiska, politiska och sociala faktorer. En av förutsättningarna för att en ny metod – med eller utan anpassning – ska komma att tillämpas är dels att implementeringen är tillräckligt genomtänkt, dels på vilka faktorer som är viktiga att beakta för att den ska kunna genomföras – ledarskap, motivation, behandlarkompetens mm. Enligt författarna är A och O för framgångsrik implementering av metoden att den som ska arbeta med den, behärskar den, vill arbeta med den och får rimliga förutsättningar för arbetet. Här finns risk för onda cirklar till exempel när en mycket engagerad ledning försöker övertyga mindre motiverade medarbetare. En förutsättning kan också vara att ha fått svar på frågan om varför en metod fungerar, för vem, under vilka omständigheter och inte bara om den gör det. För detta kan både kvantitativ och kvalitativ metodik behövas inte minst för att undersöka implementerings- och kontextfaktorer. Författarna tecknar ekvationen: $\text{Metod} \times \text{Implementeringsaktiviteter} \times \text{Kontext} = \text{Nytta}$.

En mångfald infallsvinklar

Författarna levererar ett antal kreativa förslag till hur olika relevanta forskningsprocesser kan studeras och hur problem kan lösas. De är extremt pragmatiska utan att tumma på det vetenskapliga regelverket – man kan alltid göra det bästa av varje läge. De har fylliga referenser både vad gäller aktuell forskning och hänvisning till kontakter över nätet med organisationer som kan förmedla relevant information vad gäller forskning/kontext och implementering utifrån vad användare vill och behöver veta. Författarna pläderar för att det byggs upp tumregler för effektiva digitala beslutsstöd som kan uppdateras kontinuerligt och blir underlag för hur man steg för steg kan komma fram till vad som är bäst för den enskilda patienten. När det gäller att mäta förändring behöver man till exempel inte begränsa sig till före, efter och uppföljning. Gör täta kontinuerliga mätningar, till exempel patientskattningar efter varje session och då dessutom få en förbättringskurva som kan vara vägledande för olika insatser.

Oumbärlig i forskningsbiblioteket

Författarna utvecklar sina resonemang systematiskt steg för steg på ett pedagogiskt och "läsartillvänt" sätt. I större delen av boken behandlas frågeställningar av stort allmänt intresse, längre fram behandlas frågeställningar av mer specifikt intresse där resonemangen är svårare att följa för den som inte är insatt i problematiken. Framställningen illustrerar vilket gigantiskt, komplext och högt specialiserat fält modern forskning utgör och man tillgodogör sig bokens innehåll bäst genom att följa författarnas råd att läsa de avsnitt som känns mest aktuella snarare än "sträckläsning" som lätt ger "information overload". Sammanfattningsvis ger boken ett utomordentligt väl skrivet och angeläget bidrag till den forskningsmetodologiska litteraturen.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*



Krig, tortyr och flykt. Vad gör det med människan och hur vi kan hjälpa

Niklas Möller, Isabel Petrini, Ulf Gustavsson
Natur & Kultur, 2017

Familjen i exil. Flyktingfamiljer i en interkulturell och psykosocial kontext

Riyadh Al-Baldawi
Studentlitteratur, 2017

Visst är vi i Sverige, i allmänhet och kanske som "behandlare" i vid mening i synnerhet, medvetna om att människor från andra kulturer kan tänka och bete sig "annorlunda". Just "annorlunda" betyder att vi – naturligt nog – utgår från oss själva som norm. Ändå är vi i ett globalt perspektiv den mest annorlunda nationen av alla och kanske därför på ett sätt en av de svåraste länderna för flyktingar att anpassa sig till. Det är något av den komplexitet vi har att handskas med när vi inom ramen för ett transkulturellt tänkande ska kunna ta den andres perspektiv. Det låter bra, men vad betyder det i det faktiska mötet med till exempel patienter inom psykiatri?

Möller och medarbetare är verksamma vid Röda Korsets behandlingscentrum för krigsskadade och torterade i Uppsala, Al-Baldawi vid Orienthälsan i Stockholm.

I var sin bok visar de, var och en på sitt sätt, såväl betydelsen av mötet som förståelsen för patienternas/familjernas utgångspunkter. Fallbeskrivningar och kliniska vinjetter är utförliga och illustrativa. Al-Baldawi ger mer av en fyllig bakgrund och kulturell kontext till det kliniska arbetet med familjerna medan Möller och medarbetare fördjupar beskrivningen av de uppslitande erfarenheter som ligger bakom den aktuella individuella utsattheten och den empati som behövs i bemötandet. Båda böckerna vänder sig i stort sett till samma läsargrupp, framför allt professionella, myndigheter och de behandlare som möter flyktingar i deras svåra belägenhet.

Intensiva möten

Möller och medarbetare ger i första delen av boken, förutom genomgång av internationella relevanta lagar och regelverk, en noggrann genomgång av krig och flykt och dess konsekvenser inte minst vad gäller kvinnors utsatthet. De förmedlar i ett antal närbilder från sitt behandlingsarbete upplevelser av omänskliga övergrepp, sprängda relationssystem, uppslitande mänskligt lidande och kaotiska livssituationer. De skildrar olika

aspekter av tortyr, bland annat hur den går till, vad den får för psykologiska konsekvenser och hur dessa kan behandlas. Vidare beskrivs trauma och PTSD-processen samt läggs ett existentiellt perspektiv på relationskatastrofer. I den andra delen av deras bok beskrivs terapeutiska möten med dess stora utmaningar och komplexitet samt olika terapeutiska redskap.

Författarna betonar vikten av att kunna urskilja vad som är möjligt att göra och inte fastna i det omöjliga. Boken handlar huvudsakligen om arbete med vuxna men i ett avsnitt om barn och unga beskrivs krigs- och flyktsituationen och dess inverkan på deras utveckling. De fäster också uppmärksamheten vid två omständigheter som starkt påverkar arbetet. Den ena gäller behandlarens arbetsmiljö med den stora risken för överidentifikation, sekundärtraumatisering och utmattningssyndrom. De framhåller betydelsen av att samverka i teamet kännetecknas av flexibilitet och tydlighet och ett ledarskap som stödjer behandlarens frihet att anpassa befintliga behandlingsmanualer, reglera sessionstäthet och vikten av ett utrymme att ta hand om sig själv. Den andra aspekten gäller arbetet med tolk med dess stora krav på ömsesidig tillit och respekt från alla parter. De rekommenderar att all viktig information som kan väcka starka känslor bör framföras via tolk och att det för vissa patienter kan kännas som en trygghet att ha ytterligare en person från samma kulturella kontext i terapirummet, vilket kan ge en påminnelse om en förälder.

Strukturella överväganden

Al-Baldawi utgår ifrån sitt arbete med familjer från Mellanöstern som kommer som flyktingar till Sverige med sina erfarenheter av familjebildning, familjeliv inte minst vad gäller relationer familjemedlemmar emellan. Stort utrymme ägnas historisk utveckling och kultur i Mellanöstern vilken i stor uträkning är gruppbaserad. De innebär att klaner, stammar och storfamiljer utgör en social ram som, sammanflätad med en religiös, bestämmer individens liv vad gäller tillhörighet, för-



Foto: punghi/Shutterstock.com

sörjning, trygghet, rättvisa med sina regelverk för relationer. I den västerländska individinriktade kulturen svarar en rättsstat och myndigheter för ett antal av dessa funktioner med religion som är skild från staten. Familieuppbyggnad beträffande struktur och relationshierarki varierar påtagligt mellan de olika kulturerna.

Al-Baldawi baserar sin framställning dels på studier av 76 familjer som remitterats till Orienthälsan, samtliga med permanent uppehållstillstånd, dels på intervjuer med ett trettiootal ensamkommande flyktningbarn vars problematik diskuteras i ett fylligt avsnitt. Fokus ligger på vad som händer med familjernas struktur och relationer i förhållande till anpassningsprocessen i Sverige. Familjebakgrunden har stor betydelse. Familjerna från Mellanöstern kunde antingen komma från stora städer och ha högre utbildningsnivå och bättre ekonomi eller vara inlemmade i stammar eller klaner med sträng beduinkultur och hierarki eller som var bönder.

Författaren utgår i sitt kliniska arbete huvudsakligen ifrån den strukturella familjeterapins begreppsapparat. Han betonar också vikten av att först träffa den identifierade patienten ensam och även om terapeuten kan ha avgörande betydelse för att formulera problemen är det viktigt att familjen själv finner fungerande lösningar som i sin tur behöver – så långt möjligt – förankras inom storfamilj och klan. Inte minst kan situationen bli komplicerad då en ensamkommande tonåring etablerad i Sverige återförenas med sin familj och den traditionella statusen och makthierarkin vänds upp och ner på grund

av tonåringens nya kulturkompetens, vilket kan försätta inte minst modern i en konfliktsituation. Al-Baldawi finner tre olika inriktningar beträffande familjernas förhållningssätt till inre och yttre relationer. De familjer som ville anpassa sig strävade efter att integrera sin ursprungliga familjestruktur med svenska familjeformer vilket vanligen tycktes vara en god lösning, de som alltför snabbt strävade efter att finna en ny familjeform utan att vara tillräckligt bekant med de nya omständigheterna fann ofta sin familj gå mot en upplösning, medan de familjer som höll fast i sin ursprungliga struktur kunde få se denna bli mer rigid med stort klanberoende och lite omvärldskontakt för övrigt.

Böckerna kompletterar varandra och tillför viktig kulturell bakgrundskunskap och tydliggör klinisk erfarenhet som gör dem angelägna för kliniker som möter ensamkommande eller flyktningfamiljer, men också för administratörer och politiker i vars händer dessa människors öde ligger.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*

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: **16/05**

**Tema: Det som inte syns
på utsidan**

Kalendarium

59th Annual Congress of the SCNP
11-13 april 2018, Århus, Danmark
<http://www.scn.org/>

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

SPF arrangerar resa till ECNP-kongressen i Barcelona!



6-9
oktober
2018



31ST ECNP CONGRESS 6-9 OCTOBER 2018
BARCELONA

The future of
CNS treatments
 **ECNP** European Society
for Neuroscience

SPF har i år glädjen att ordna en kongressresa till Barcelona, där ECNP arrangerar sin årliga kongress den 6-9 oktober 2018.

ECNP-kongress är Europas främsta vetenskapliga möte inom klinisk neurovetenskap. Information om kongressen går att läsa på 2018.ecnp.eu

Det vetenskapliga programmet erbjuder möjlighet till fördjupning och uppdatering av din tidigare kunskap. SPF arrangerar ett paket som inkluderar kongressdeltagande, uppföljande seminarier, resa, boende och socialt program.

Detta är andra gången föreningen ordnar en kongressresa. Vi erbjuder plats för totalt trettio deltagare. Avresor arrangeras från Stockholm, Malmö och Göteborg.

Sista anmälningsdatum är den 3 april.

Erbjudande gäller medlemmar i SPF. Antalet platser är begränsat. Anmälan är bindande och kan inte överlåtas.

I priset ingår:

- Flygresor från Stockholm, Göteborg eller Malmö
- Kongressavgift
- Boende 6-9/10
- Två gemensamma middagar
- Dagliga seminarier

Kostnad: Preliminärt 20.000 kronor

Kontakt namn SPF:
ewa.mattsson@broninnovation.se



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN