

Tidskriften för

# Svensk Psykiatri

# #1

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri  
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - Mars 2020

TEMA

# GENVÄGAR



ANSVARIG UTGIVARE:  
*Alessandra Hedlund*



SVENSKA  
PSYKIATRISKA  
FÖRENINGEN



HUVUDREDAKTÖR:  
*Tove Gunnarsson*

# Innehållsförteckning:

## Alltid i Svensk Psykiatri:

- 3 Redaktionsruta
- 3 Redaktionell ledare,  
**Tove Gunnarsson**
- 4 SPF styrelseruta, ledare,  
**Alessandra Hedlund**
- 5 SFBUP styrelseruta, ledare,  
**Sara Lundqvist**
- 6 SRPF styrelseruta, ledare,  
**Per-Axel Karlsson**
- 8 Kommande temanummer
- 19 Krönika enligt Tiger,  
**Mikael Tiger**
- 24 Senaste nytt från SPF:s utbildningsutskott,  
**Lotta Sandström**
- 49 Bokrecension: Barn, unga och trauma,  
**Björn Wrangsjö**
- 51 Bokrecension: Utvecklingspsykologi,  
**Björn Wrangsjö**
- 53 Bokrecension: Psyksysstrar berättar,  
**Björn Wrangsjö**
- 55 Kalendarium

## Tema:

- 10 Hur lång tid måste det ta egentligen?  
**Daniel Frydman**
- 11 Finns det en genväg för att förstå ärftlighet?  
**Nils Lindefors**
- 12 Genvägar - och senvägar,  
**Björn Wrangsjö**
- 13 Barndomens gator,  
**Lioudmila Mendoza**
- 17 En potentiell, ny intervention vid PTSD baserad på genetisk variation,  
**Leah Mayo**
- 19 Krönika enligt Tiger: Genvägar är zenvägar  
**Mikael Tiger**
- 20 Arv, miljö och utvecklingen av mental ohälsa hos barn,  
**Paul Lichtenstein**

## Rapporter från möten och resor:

- 27 Rapport från STP-konferensen 2020,  
**Ida Gebel Djupedal**
- 32 En reseberättelse från New York,  
**Maria Unenge Hallerbäck**

## Debatt

- 34 Jag har slutat säga "psykisk ohälsa",  
**Alessandra Hedlund**
- 36 En ny läkarroll - eller!?  
**Lars Jacobsson**

## Psykiatriska nyheter:

- 38 Föreningen konsultationspsykiatri:  
Nätverksträff för funktionella neurologiska tillstånd,  
**Carl Sjöström**
- 39 Ett revolutionärt sätt att hjälpa borderlinepatienter (och oss själva),  
**Giulia Arslan**
- 41 Aktuella avhandlingar från BUP 2019,  
**Per Gustafsson**
- 46 Psykopati och antisocial personlighetsstörning kan härröra från divergenta neuronala processer,  
**Mika Johanson, Markku Lähteenvuo**
- 48 Psykiatriska kvalitetsregister:  
Vill vi verkligen se resultaten?\*
- Ing-Marie Wieselgren**

## Övrigt:

- 16 Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatrin till Raffaella Björcks minne, dags att nominera, **SPF:s styrelse**
- 23 Medvetenhet - i filosofi och i psykiatrisk/psykologisk praxis. Seminarium den 22 april 2020  
**Svensk Förening för Filosofi och Psykiatri, Svenska Psykiatriska Föreningen**
- 26 Välkommen till Föreningen för Konsultationspsykiatri,  
**Föreningen för Konsultationspsykiatri**
- 29 Så minns vi Lars Gunne  
**Tommy Lewander, Lennart Wetterberg**
- 31 Inbjudan till BUP-kongressen 2020
- 56 SPF arrangerar resa till ECNP 2020 - kongress i Wien

Tidskriften för  
**Svensk Psykiatri**



## SVENSK PSYKIATRI

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

**ANSVARIG UTGIVARE**  
Alessandra Hedlund

**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.wrangsjö@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  
Olivier Le Moal/Shutterstock.com

**INTERNET**  
www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till  
annonser@svenskpsykiatri.se

## Gener och genvägar...

... handlar detta nummers temaartiklar om. Temat är både djupt och brett och har därför tolkats på olika sätt. En knäckfråga är ifall genetiska studier inom psykiatri är en genväg eller senväg? Några av bidragen belyser denna frågeställning.

En mild vinter håller på att övergå i vår vilket betyder kongress-tider – snart är det dags för två av årets riktigt stora begivenheter, Svenska Psykiatrikongressen och BUP-kongressen! I nästa nummer kommer du att kunna läsa rapporter från dessa möten. Du är välkommen att själv skicka in referat, håll det gärna kort så får vi plats med många.

### Nästa nummer...

... har temat *Skärp dig!*

”Skärp dig!” är något jag kan säga till mig själv, för att få mig att prestera bättre eller bara som ett förtvivlat utrop. Andra kan säga det till mig och det låter ju oftast inte särskilt trevligt. Ibland kan det väl leda till att jag faktiskt mobiliserar extra krafter och blir nöjd med resultatet. Men för det mesta blir jag nog bara irriterad och känner brist på förståelse. För vems skull ska jag skärpa mig? Hur bedömer man en annan människas förutsättningar att skärpa sig (ytterligare)? Ligger problemet i de kognitiva eller fysiska förutsättningarna eller handlar det om olika värderingar?

Skärper jag mig för mycket och för länge så kanske jag rent av drabbas av ett utmattningssyndrom?

Förhoppningsvis är ”Skärp dig!” inte en attityd som möter någon som söker sjukvård men på sina håll i samhället lever nog dessa föreställningar kvar, inte minst gentemot människor med psykiskt lidande vilket ju för det mesta inte syns så mycket utanpå.

Ryck upp dig, sitt inte där och deppa, gör något!

Vadå alkohol/droger, det är väl bara att bestämma sig för att sluta?

Det där är väl inget att vara rädd för?

Och visst kan det ifrån utomstående handla om brist på kunskap och förståelse och utgöra ett avståndstagande. Men det kan också handla om den allra bästa välvilja, en önskan om att vara peppande och stöttande.

Så tänk till och skriv till oss!

**Tove Gunnarsson**  
Redaktör Svensk Psykiatri

# Om möjligt bota, ofta lindra, alltid trösta

Då var det dags. Att ringa det där svåra samtalet. Varken hon eller jag är beredda på det, men jag har inget val. "Det ser mycket allvarligt ut. Din vän är mycket sjuk. Risken är stor att hon inte överlever det här." Sorgen känns som rysningar i kroppen, den är inte min egen, men den finns där. Duktig psykiater som kan skilja ditt från mitt, tänker jag för mig själv och ler ett sorgligt leende inombords. Det tröstar mig. Det är allt det här handlar om: tröst.

Vad hade hänt innan? Det började med ett sms, en helt vanlig dag. Jag skulle bara omformulera lite text, göra den begriplig för någon annan. "Visst fixar jag det, skicka bilagorna du, jag återkommer under dagen ska du se, e-post eller sms?" Men "bilagorna" är en Pandoras ask. De innehåller en lång, torr medicinsk text med så mycket anatomiska detaljer att jag undrar om jag är tillbaka på termin 2. Nej, jag är tillbaka på termin 2 och har kuggat tentan, så känns det. Det är också en svårt sjuk människa som hoppas att bli frisk igen. Där emellan en orolig närstående som bryr sig. Den dagen arbetar jag inte som läkare, utan jag är läkare fast jag har semester.

Under tiden som jag jobbar med texten kryper verkligheten närmare och närmare. Vadå e-post eller sms? Det finns bara ett sätt att handha det här, nämligen att lyfta på luren och göra det som ingen annan hittills verkar ha gjort: säga som det är. Medan vi pratar blir det alltmer uppenbart att varken patienten eller den närstående vet någonting om hur allvarligt det faktiskt står till. Alla inblandade har haft texten framför ögonen (journal via nätet, någon?), antingen har de inte läst den eller så har de inte förstått. Det blir min uppgift att förklara det.

Det märkliga i det hela är att jag inte är patientens läkare och kommer troligen inte heller bli det. Ingen förväntar sig att jag ska ha en åsikt, en lösning eller ännu mindre en bot. Jag är en mellanhand.

Att vara läkare innebär ibland att man vet mer än huvudpersonerna – patienten, närstående – åtminstone för en liten stund. Man är en tolk med ett annat modersmål. När patienten får ett utlåtande som hen inte förstår handlar läkarrollen om att förklara, men också stötta. När man vet att man inte kan bota blir det plötsligt svårare. Och samtidigt oändligt mycket enklare. Lyssna och trösta. Svårare än så är det inte.

Varför berättar jag det här? Vad har det med psykiatri att göra? Jo, massor. För när detta hände insåg jag hur länge sedan det var som jag i min yrkesroll befann mig i en sådan situation och skulle förmedla något liknande. Som psykiater behöver man aldrig säga till en patient att du, det här går inte att bota, risken är stor att du



SVENSKA  
PSYKIATRISKA  
FÖRENINGEN



ALESSANDRA HEDLUND

Ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen

## SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

**ORDFÖRANDE:** Alessandra Hedlund  
(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

**VICE ORDFÖRANDE:** Martin Hultén  
(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

**SEKRETERARE:** Linda Martinik  
(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

**SKATTMÄSTARE:** Christina Ysander  
(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

**VETENSKAPLIG SEKRETERARE:** Jonas Eberhard  
(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

**FAKTLIG SEKRETERARE:** Lotta Sandström  
(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

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

**LEDAMOT:** Tarmo Kariis  
(kariis@svenskpsykiatri.se)

**LEDAMOT:** Maher Khaldi  
(khaldi@svenskpsykiatri.se)

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

**KANSLI:** Svenska Psykiatriska Föreningen  
c/o Bron Innovation, Storgatan 73 852 30 Sundsvall  
kanslisten@svenskpsykiatri.se

Hemsida: [www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)

inte kommer att överleva det här. Personligen ser jag det som ett privilegium, men som alla privilegier riskerar det att skämma bort oss. För hur ofta går vi in och tröstar, med tröst som enda syfte, och är nöjda med det? Visst finns det allvarliga, livshotande sjukdomstillstånd inom psykiatrin. Men det blir aldrig så oåterkalleligt som ett somatiskt utlåtande. Det må låta som en klyscha att det alltid finns hopp, men det är så det är. Dödshotet blir sällan så konkret som en skada som syns på röntgen, en metastas som hotar ett livsviktigt organ, eller en blödning på ett farligt ställe. Så vi måste akta oss, att inte bli så duktiga på att inge hopp att vi blir bortskämda av det och missar en del av vårt uppdrag. Dels får vi inte glömma att vi faktiskt också arbetar i dödens närhet. Inte heller får vi glömma att tröst är ett kraftfullt verktyg. Lätt att ta till när allt hopp är ute, lätt att försumma annars.

Alessandra Hedlund  
Ordförande SPF

# Nöjda patienter och nya lagar... och kongressen förstås!

På min öppenvårdsmottagning gjorde vi en kort och enkel patientnöjdhetsmätning under 2 veckor. Barnen fick svara för sig och de vuxna för sig. Vi frågade bland annat om de kände sig trygga med personalen, blev lyssnade på och visste varför de var hos oss. Resultaten var övervägande positiva. Självklart så skulle man önska att 100 % kände sig trygga, lyssnade på och visste varför de var där men ändå så kändes det rätt fint att i alla fall 96 % av barn 0–12 år och 89 % av ungdomarna 12–18 år kände sig lyssnade på och att 83 % av de små barnen och 97 % av tonåringarna hade full koll på varför de var på BUP. Vi inom BUP tillsammans med våra patienter behöver bli bättre på att beskriva och kommunicera det vi gör. Allt för ofta definieras vår verksamhet av andra.

Sfbup:s ledningsdagar gick av stapeln under februari månad. 50 verksamhetschefer och ledningsansvariga läkare samlades på Hotel Elite i Stockholm för att diskutera utmaningar och utveckling av dagens barn- och ungdomspsykiatri. Programmet var späckat med presentationer inifrån organisationen, från elevhälsan, Socialstyrelsen och SKR. Starkast intryck gjorde kanske Hanna Lange, chöl från Stockholm, som presenterade grunderna i det nya lagförslaget om revideringar i LPT-lagen. Det blev tydligt att dessa förändringar kommer att få omfattande konsekvenser för landets kliniker. Det handlar både om påverkan på läkarbemanning och jouravtal då det nya lagförslaget innebär kortare tillåten tid för tvångsåtgärden fastspänning och ställer krav på tätare personliga bedömningar av specialistläkare vid behov av förlängda insatser, samt om påverkan på jourorganisationens uppbyggnad. På många kliniker har man jour tillsammans med vuxenpsykiatri. För dem innebär lagförslaget att när jourläkaren är en vuxenpsykiatriker så kan inte hen längre ge samma vård oavsett ålder utan behöver nu anpassa samtliga insatser till dem under 18 år. Detta är förstås något som i grunden är väldigt bra men det ställer krav på omorganisation och fortbildning.

Återigen valde vi att följa upp Sfbup:s PM om medicinskt ledningsansvar. Det blev tydligt att de kliniker där man valt att organisera läkargruppen under en läkarchef observerat betydande effekt på möjligheten att rekrytera läkare samt positiva konsekvenser för arbetsmiljön. För första gången då vi adresserat detta ämne på ledningsmötet, vilket vi gjort upprepat under flera år, var upplevelsen att en majoritet av BUP-klinikerna nu är organiserade med en egen linje för läkarna. Väldigt glädjande tyckte vi.

Efter ledningsmötet i år valde Sfbup att fortsätta den något insomnade traditionen att sammankalla representanter från akademien, det som tidigare kallades "Röda tråden". I år valde vi att sammankalla dem som ansvarar för grundutbildningen på landets lärosäten för en diskussion kring den kommande 6-åriga läkarutbildningen och BT. Alla lärosäten var representerade utom Uppsala och det blev tydligt att både utbildningsinnehåll och utbildningsstruktur varierar stort mellan universiteten. Vi beslutade att starta upp en nationell stöttning av utbildningarna genom att samordna en rekommendation av det som vi i professionen har behov av att läkarstudenter kan om tidigt debuterande psykiatriska sjukdomar



SARA LUNDQVIST  
Ordförande Svenska Föreningen för  
barn- och ungdomspsykiatri



## SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

**ORDFÖRANDE: Sara Lundqvist**  
(sara.lundqvist@vregion.se)

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

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

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

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

**UTBILDNINGANSVARIG: 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: Ida Gebel Djupedal**  
(Ida\_gebel@hotmail.com)

SFBUP:s hemsida: [www.sfbup.se](http://www.sfbup.se)

och bemötande av familjer med dessa tillstånd efter att de gått ut läkarprogrammet. Det kommer bli ett spännande arbete som vi ser mycket fram emot.

OBS OBS OBS anmäl er till kongressen, programmet är fantastiskt!

Gå in och anmäl er på [Sfbup.se/kongress](http://Sfbup.se/kongress).

**Sara Lundqvist**  
Ordförande SFBUP



Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri

# "Är det verkligen så här vi skapar lagar?"

En del av arbetsuppgifterna inom vår lilla förening är att skapa fred på jorden. Andra, mindre omfattande åtaganden, är att titta på remisser som vi får via olika kanaler, till exempel Socialstyrelsen, Läkarsällskapet och Läkarförbundet. Ibland blir det dubletter, och ibland blir det mera perifera ämnen. Vi yttrar oss inte i alla frågor men vi är desto mer intensiva i frågor som har med rättspsykiatri att göra.

Med anledningen av barnkonventionens gällande from 2020-01-01 har jag spanat särskilt noga efter remiss om hur man ska ordna LPT – och särskilt hur ska det bli med LRV. Ingenting har kommit. Jag har å min sida tillskrivit SKL (som sedan blivit SKR), Socialstyrelsen och några andra. Vad ska hända med allvarligt psykiskt sjuka lagöverträdare som är yngre än 18 år? Intressant och utmanande tyckte alla utom Socialstyrelsen som sade att de tänkt till – "vi ska resursförstärka SIS-hemmen" blev svaret. **När då, kan man undra.**

Min utomordentligt alerte ST-läkare Jonatan Adling råkade hitta en skrivning om förslag till ändring av LPT så att den ska passa barnkonventionen – en lagändring att gälla från 2020-07-01. Vi hade inte sett den remissen tyvärr.

Hans undran efter genomläsningen var: "Är det verkligen så här vi skapar lagar?"

Tidigt detta år – nämligen den 1 januari 2020 – inträdde barnkonventionen och en hel del förändringar blir nödvändiga. Nu har jag (Jonatan) kollat igenom denna lagrådsremiss (<https://www.lagradet.se/wp-content/uploads/2019/12/Samling.pdf>)

## Utvalda kommentarer:

Förändringar avseende LPT:

- I den nya 6 b § och 19 a § LPT talas om att spännas fast med bälte att jämföra med 6 a § och 19 § där det står spännas fast med bälte eller liknande anordning. Alltså ska liknande anordning tydligen vara fortsatt tillåten (?) för vuxna men inte för barn?!
- Likaså innebär de nya gränserna för barn en större tydlighet för hur länge man kan förlänga efter första episoden av fastspänning, där det föreslås stå uttryckligen i lagtexten att det är max 1 timme åt gången. Här är det för vuxna inte samma tydlighet.
- Likaså är den nya paragrafen 22 c § avseende tidsgränser för inskränkt elektronik för barn tydlig, där alltså 1 vecka åt gången gäller för barn (jämfört med 2 månader åt gången för vuxna).

Jonatans filosofi och förmåga att läsa lagtexter visar sig ytterligare:  
– Ny paragraf 31 b §: En patient som är under 18 år har rätt till dagliga aktiviteter på vårdinrättningen och att vistas utomhus minst en timme varje dag, om inte medicinska skäl talar mot det.



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:** Hedvig Krona  
(vetenskapligsekreterare@srpf.se)

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

**KRIMINALVÅRDSREPRESENTANT:**  
Lars-Håkan Nilsson

**ST-LÄKARREPRESENTANT:** Jonatan Adling

**LEDAMÖTER:** Anna Hillerberg, Sara Öster

**HEMSIDEANSVARIG:** Jonatan Adling

Hemsida: [www.srpf.se](http://www.srpf.se)

Vad är dagliga aktiviteter? Man skriver så här: *Med dagliga aktiviteter avses någon form av sysselsättning t.ex. fysisk ansträngning, då patienten ges möjlighet att fokusera och engagera sig i något annat än den pågående behandlingen.* Vad som räknas som utomhus? Man skriver så här: *Med att vistas utomhus avses att patienten ges möjlighet att lämna den byggnad där sjukvårdsinrättningen eller avdelningen är inrymd. Det kan vara fråga om vistelse i en angränsande park eller gårdsplan i anslutning till inrättningen eller avdelningen. Vilken typ av aktivitet eller utevistelse som patienten ska ges möjlighet till måste bedömas i varje enskilt fall utifrån behandlings- och säkerhetsskäl.*

Den i mitt tycke absoluta pärlan är den knick man beskriver vårdens innehåll med.

Jag brukar säga att LPT (och LRV) är undantagslagar, det vill säga de gäller bara för vissa personer, under vissa omständigheter, under viss tid.

Den vårdlag vi har ska således kunna motivera varför vi frihetsberövar, kommunikationsbegränsar, och genomför kroppsliga ingrepp på vissa människor. Vi vill motivera att vi ibland måste överträda grundlagen, och då ska vi ha mycket goda skäl härtill. Ingen kan sägas automatiskt ha rätt till tvångsvård. Annars skulle man ju kunna ha ett lagstadgat skydd om man skulle bli galen.

Nu hänger det på om man blir upptäckt i tid, av rätt person, och med medgivande av rätt chefsöverläkare. Kanske hänger det också på vilken landsända man befinner sig i.



Foto: Shutterstock/r.classen

Men åter till pärlan och jag vill tacka Jonatan för att han hittade följande citat.

Följande formulering tycker jag är bra: *Regeringen vill framhålla att LPT är en vårdlag vilket innebär att alla patienter har rätt till en god vård som är trygg, säker och effektiv. Att LPT är en vårdlag bör få ett större genomslag. Tvångsvård handlar inte i första hand om att skydda den enskilde eller det allmänna utan om att erbjuda patienten en god, säker, effektiv och ändamålsenlig vård som ytterst ska syfta till att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver.*

Och en liten knick till:

Barn får inte vårdas tillsammans med vuxna. I enlighet med barnkonventionen (artikel 37c) anser regeringen att barn som är frihetsberövade inte ska vårdas tillsammans med vuxna, om det inte anses vara till barnets bästa.

I utredningen saknas dock resonemang om hur förslaget förhåller sig till HSL. För att kunna gå vidare med förslaget krävs ytterligare beredningsunderlag. Regeringen bedömer därför att det inte är möjligt att i detta skede gå vidare med förslaget men avser att bereda frågan vidare.

<http://lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2019/12/Sa-vill-regeringen-begransa-balteslaggning-av-barn/>

#### Faktaruta

Lagradsremiss avseende förändringar i LPT och LRV för barn under 18 år:

- fastspänning max en timme åt gången
- avskiljning max två timmar åt gången
- inskränkt elektronik max en vecka åt gången
- minst en timmes utevistelse per dag

... Inte kommit någon remiss till SRPF? Ska vi tycka något? Mvh Per-Axel som säger ”Jo”.

**Per-Axel Karlsson**  
Ordförande SRPF

# SVENSK PSYKIATRI

*Skriv till oss*  
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till  
nästa nummer: **13/05**  
Tema: Skärp dig!



## Utgivning 2020

### NUMMER 2 2020

Tema: *Skärp dig!*

Deadline 13 maj

Utkommer vecka 23

### NUMMER 3 2020

Tema: *AI*

Deadline 26 augusti

Utkommer vecka 38

### NUMMER 4 2020

Tema: *Så sade man förr*

Deadline 11 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](mailto:redaktoren@svenskpsykiatri.se)

## SKRIV I SVENSK PSYKIATRI

Skriv till [redaktoren@svenskpsykiatri.se](mailto: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**

# Hur lång tid måste det ta egentligen?

En gång hamnade jag och en kollega i en liten dispyt när vi talade om läsning. Kollegan ondgjorde sig över personer som läser fort, eftersom hon ansåg att man inte kunde tillägna sig innehållet i någon litteratur så hastigt. Själv har jag vanan att tvärtom läsa ganska fort, något som har passat mig väl, både när jag var student och när jag läst skönlitteratur.

Min kollega verkade tycka att det inte fungerar att läsa på det sättet, hon ansåg att all text kräver en viss sorts eftertanke, som inte går att nå när man läser för fort. Själv har jag erfarenheten att läsningen och reflektionen är två olika processer, delvis parallella, men att det går väldigt bra att behålla texten i sinnet efter att ha läst den och att den då är möjlig att tänka kring. Dessutom gör snabbbläsningen det möjligt att läsa om textpartier utan att det heller tar för lång tid.

Min kollega visade sig också ha åsikten att psykiskt lidande bäst kuperas genom en psykologisk behandling som sträcker sig över tillräckligt lång tid, så att patienten ska hinna förstå sammanhangen som ligger till grund för tillståndet. Att det skulle vara möjligt att få bukt med ångest eller depression genom en effektiv läkemedelsbehandling eller genom en kortvarig beteendebehandling eller annat, ansåg kollegan vara att gå genvägar förbi det "riktiga" lidandet och den "riktiga" behandlingen. Det sättet att tänka är möjligen en rest av den idéstrid som under lång tid stått mellan ett psykoanalytiskt/psykodynamiskt och ett kognitivt eller behavioristiskt perspektiv.

Frågan om det ena eller det andra lägret i det gamla (förmodligen huvudsakligen avsmnade) kriget mellan skolorna har rätt, tycker jag är betydligt mycket mindre intressant än frågan om vad som menas med genväg. Den patient som har t.ex. högintensiv ångest, skulle nog bestämt svara att det inte finns en ångestlindring hastig nog. Men betyder det att det då alltid är att föredra att ta sig förbi smärtan genom en effektiv medicinering? Är det bara gamla dynamiker som skulle tycka någonting sånt?

Det har visat sig att det inte är en idé som bara hör till psykoanalysens skyttegrav. Med den psykodynamiska skolan i ryggen, skulle man kunna säga att en för snabbt verkande behandling skulle motverka möjligheten till förståelse av varifrån symtomet kommer. Samma skola skulle också säga att en sådan genväg förbi förståelsen, skulle omintetgöra möjligheten att lära sig något om hur psyket hanterade den inre konflikt som ledde fram till ångestsymtomet och att det därför skulle vara kontraproduktivt för patienten att för snabbt eller för effektivt ta bort symtomet.

En person som arbetar med en beteendevetenskapligt utformad metod, skulle inte heller nödvändigtvis tycka att den snabba farmakologiska symtomlindringen behövde vara det bästa för patienten. När dessa terapeuter lyfter fram andra behandlingsvägar än de farmakologiska, handlar det inte om att patienten behöver förstå symtomens innebörd, utan att patienten behöver tillägna sig färdigheter som gör att ångesten inte ges samma makt över psyket, och att symtom som bemästras på det sättet ger patienten en större förmåga att i framtiden klara sig när ångesten återkommer.

Psykoanalytikern och KBT/DBT-terapeuten som kommer dragande med deras respektive förklaringsmodeller, är nog inte representativa för de olika skolorna, utan låter nog snarare den egna åsikten om vilken behandling som är den bästa, färga deras uppfattning av hur patienten ska hantera sitt symtom och sitt liv. De båda genvägskritiska perspektiv som jag antyder tänker jag snarast är utslag av en ibland förhärskande moralisering av människors hantering av lidande och symtom, med en viss vetenskapssyn som ursäkt.

Är den stoiske patienten, den som med jämnmod uthärdar sitt lidande och inte tar några genvägar utan underkastar sig behandlarnas idéer, den ideala patienten? Eller är det på det viset att de patienter som blir bra av olika behandlingar är olika funtade och att det kanske inte finns några genvägar, utan att det som finns är olika personer, som förbättras olika fort och av olika saker? Somliga med hjälp av läkemedel, andra med hjälp av psykoterapeutiska metoder. Åter får somliga inte hjälp av psykoterapeutiska interventioner med mindre än att de först påbörjat en läkemedelsbehandling som fört patienten längs en genväg förbi det snåriga ångestfältet eller de mörkaste delarna av depressionsskogen, så att psykoterapin sedan kan ges utrymme att bidra med nya insikter eller färdigheter beroende på vilken terapeut som passade. Somliga "omoraliskt fort" och andra mindre hastigt.

**Daniel Frydman**

*Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker  
Stockholm*

# Finns det en genväg för att förstå ärftlighet?

Jag gillar ordspråk, särskilt när de ger en förnimmelse av generaliserbar visdom. Ta "genvägar är senvägar" som exempel. Troligen finns inte någon som inte känt på äventyret att försöka gena i okänd fysisk eller kognitiv terräng och villat bort sig.

Genetikforskningen inom psykiatri kan ju verka vara ett exempel på detta. Enorma ansträngningar har lagts ner i sökande efter kandidatgener som medierar risk för psykisk sjukdom, med förskräckande lite konkret utdelning, i relation till insatsen. Viktigaste fyndet är kanske att enstaka gener sällan tycks ha avgörande roll för komplexa funktioner som styrning av tankar, känslor och beteenden. Åtminstone verkar det inte så, på det sätt som vi inom psykiatri ser på den saken.

Så långt genomet, som nukleotidsekvens betraktat. När genomet väl kartlagts, så kanske GWAS (genom-wide association study) kan identifiera de gener som bidrar till ärftligheten inom psykiatri? Men, Icke sa Nicke. Man talar nu istället om "missing heritability", dvs. att ärftlighetens förklaring åter gäcker oss, när DNAt inte är till stor hjälp för att förklara den uppenbara ärftligheten inom psykiatri. Det är lite som platsen där ålen förökar sig. Allt vi vet hittills pekar entydigt på att det sker i Sargassohavet, men ingen har sett det ske.

Förklaringen för psykiatriens ärftlighet gäcker oss alltså. Det tycks vara så att många gener bidrar, men var och en bidrar pyttelitet. Vi begriper fortfarande inte hur det går till när vi ärver känslighet för psykiatriska sjukdomar.

Jag börjar om. Numera är epigenetik på modet och EWAS (epi-GWAS, så att säga) har kompletterat GWAS för att söka ärftlighetens gåta. Förväntningarna är skyhöga och nya förhoppningsfulla doktorander får nya maskiner att jobba med. En fiffighet är att epigenetik, som jag uppfattar kunskapsområdet, i stort sett innebär förvärvad modifiering av genomet utan att DNAt ändras. Det är istället kompositionen av det som DNAt ger upphov till som är förändrat. Lysande! Vips kan missmodet släppa! Ett ofta nämnt exempel på epigenetisk modifiering är metylering av DNA, som kan leda till att geners uttryck stoppas, aktiveras eller på annat sätt moduleras. Andra mekanismer för epigenetisk reglering som ofta nämns är heterokromatin och ickekodande RNA (ncRNAs). Cellspecifika stabila förändringar kan sålunda tillåta hållbar aktivering eller inaktivering av gener. På så sätt skapas celler med nya fenotyper (dvs. med specifik form och funktion).

Jag tänker mig att generna kan liknas vid ett piano, med epigenetiken som pianist. Då kan cellers specifika fenotyper liknas

vid pianostycken, med en närmast oändlig möjlighet till variation, som sammantaget kan ge varianter av flercelliga organismer. Organismen är då orkesterstycket, för att fullfölja musikmetaforen. Med lite tur kanske bättre anpassade egenskaper uppstår för organismen, i sitt sammanhang.

En intressant möjlighet som stöds av senaste årens forskning är att långsiktigt hållbara effekter av sjukdomsbehandling kanske kan medieras epigenetiskt. Under 2019 kom studier som implicerar kvarstående s.k. dynamisk metylering av riskgener för paniksyndrom, som ett resultat av framgångsrik kognitiv beteendeterapi (KBT). Det blir spännande att se om detta eller liknande mekanismer kan styrkas och vidareutvecklas i kommande studier. Här kanske vi kan hitta del av både sjukdomsrisik och behandlingseffekt inom psykiatri? På det temat har nyligen presenterats fynd som tolkats som att det kan föreligga nedsatt s.k. metylering av genen för monoaminoxidas (MAO) vid paniksyndrom och att framgångsrik KBT normaliserar nämnda metylering. Hör vi ännu en kör av sirener som lockar oss på grund i sökandet efter psykiatriens genetik eller ser vi början till ett förklarande mönster?

Numera anses stabila epigenetiska förändringar utgöra en mekanism för hereditet. Om de förvärvas vid omtumlande livshändelser tycks de således kunna överföras vidare till kommande generationer. Effekt av barndomstrauma kan på så sätt, av allt att döma, föras vidare till kommande generationer i form av förhöjd risk för affektiv sjukdom. Evidens för den häpnadsväckande möjligheten har nyligen påvisats i enstaka långtidsuppföljningar.

Genvägen till ärftlighetens gåta är hittills en tämligen vindlade senväg. Det lär kanske inte räcka med GWAS och EWAS. Jag citerar från tidskriften *Frontiers in Psychiatry*, november 2019: "In the future, integration of genomics, epigenomics, transcriptomics, proteomics, metabolomics, regulomics, and connectomics could shed light on both basic biological processes in response to childhood trauma and disorder-related mechanisms, and thereby produce innovations in mental health and addiction health service provision."

**Nils Lindfors**  
Psykiater  
Stockholm

# Genvägar – och senvägar

## Den optimala vägen

Temat för detta nummer är Genvägar, ett tema som kan tolkas på flera sätt. Genetik har kommit att öppna helt nya, delvis ännu utforskade vägar till förståelse/förklaring och ibland även behandling inom psykiatri. Men "Genväg" har också sin tidigare mer allmänna innebörd som kommer att utvecklas i det följande. Genvägen är då en väg, kortare än den "vanliga" vägen, som kan spara tid och möda. Har begreppet genväg i denna mening någon koppling till mellanmännsliga relationer? Kanske. Det är en allmänmännslig tendens att, ställd inför en komplicerad, kanske tidsödande och smärtsam väg, söka en mindre påfrestande väg om den tycks leda till samma mål.

## En obehaglig överraskning

Men är sökande efter en optimal väg inte detsamma som att söka en genväg? Kanske, men om man går till det internationella och gamla ordspråket "genvägar äro senvägar" kommer vägvälet i en annan dager. Om genvägen i efterhand visat sig vara ett sämre val än den "vanliga" vägen är den givetvis inte optimal. Då har valet av genväg inte enbart gått med vinst utan också med en kostnad som kan vara större än vinsten. Men en sådan väg väljer man väl inte frivilligt? Valet av genväg kan bero på att man tagit en medveten risk men underskattat den, att man handlat oöverlagt eller av okunskap. Låt oss se på de olika alternativen. Tar man en medveten risk måste den baseras på kalkylen av en potentiell vinst. Kanske valet av kejsarsnitt för att undvika en smärta som man inte tror sig kunna orka med är ett exempel. Har man handlat oöverlagt har man något att fundera över och är man okunnig har man något att lära sig.

## Vem står för notan?

Genvägen kan vara en vinst och senvägen en förlust. En fråga är vem som får betala. Är det den som tar genvägen som står för kostnaden eller är det på någon annans bekostnad? "Det går fortare om jag sneddar över grannens gräsmatta". Jag vinner tid och grannen får ta kostnaden i form av nedtrampad gräsmatta. Genvägen kan vara antingen en relationell fråga eller en intrapsykisk eller båda delarna. Valet av genvägen kan vara ett sätt att förstärka sin egen självkänsla på andras bekostnad förutom andra vinster. "Jag tog genvägen, de andra mindre smarta gick vanliga vägen, hoppas att dom la märke till det". Eller bevakar jag min genväg för att andra inte ska komma åt dess fördelar. Hantering av snålhet och avund. Kanske är genvägen riskablare och väljs delvis utifrån detta. Frestelsen att utsätta sig för en viss risk, ett spänningsmoment, kan ingå. Genvägen till rikedom kanske går över placering i ett skatteparadis, lagligt men "omoraliskt".

## Att slippa veta

En omedvetet vald genväg – utan kontakt med risken för "senväg", kan vara en aspekt av den komplexa dynamik som kallas inre konflikt- och affektreglering. Här handlar valet av genvägen om att slippa, inte minst sin ångest eller andra mer eller mindre "förbjudna" och för den personliga identiteten hotande känslor och tankar. Enligt psykodynamisk teori pågår en ständig inre omedveten aktivitet som syftar till att hålla "jagfrämmande" tankar och känslor borta från medvetandet – ett sätt att blockera inre "störningssändare". Dessa genvägar till sinnesro har dock ett pris. Men vi är inte ensamma om att betala priset. Om vi upprätthåller denna sinnesro genom att projicera våra svårhanterliga känslor på andra – och behandla dem därefter, får också dessa andra vara med om att betala priset för denna psykologiska genväg.

## Och att veta

Än medvetna genvägar med svåröverskådligt pris då? Kanske lögnen och nödlögnen passar in här. Då väljer vi mer eller mindre medvetet, inte sällan med begränsad medvetenhet om våra bevekelsegrunder, att undvika den mer komplexa sanningens väg. Vilken sanning – sannolikt i första hand vår egen baserad på våra personliga överväganden i situationen. Denna genväg har vanligen ett pris, men kanske en underskattad vinst. Att tala sanning är en högt skattad värdering, "du ljuger" har vanligen en moralisk klang med undertonen "du borde skämmas". Moraliseringen kring denna genväg på sanningens domäner har naturligtvis sina undantag om man själv i gott syfte levererar en lögn för att skydda någon orättvist utsatt. Men nog är ett lätt tummande på sanningen ur social synpunkt både nödvändig och vanlig. Ofta utelämnar vi delar eller omformulerar "vår sanning" i medvetande om att människor som alltid säger "the whole truth and nothing but the truth" sällan är uppskattade i sociala sammanhang. Detta "tummande" kan vara genomtänkt men är kanske ofta impulsivt – när ett barn plötsligt konfronteras med ett "felsteg" nekar det ofta spontant även om saken är uppenbar.

## Vägen ut

Jag inser nu att vi nu kommit lite vid sidan av det centrala temat "genvägar och senvägar". Jag tar en genväg ut. Vi kunde ha kommit in på gengångare – vilka påstås vara människor som har dött på ett våldsamt eller olyckligt sätt och på något vis "gått igen", det vill säga blivit förnimbara för levande människor. Huruvida deras öde beror på att de tagit en genväg för mycket kan man bara spekulera om.

**Björn Wrangsjö**

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri  
Stockholm*



Ludmila Mendoza

## Barndomens gator

Barndomens gator tar mig fram  
till min familjs story.  
Och värmer vindens lätta kram  
med minnens lugn och sorg.

Här mamma sprang till skolan sin.  
Och släkten slukades av elden.  
Jag dansade balett och min  
lillpojke har vuxit, dränkt i kärlek.

Och tidsmaskinen tar mig så fort  
dit allt påbörjats och inträffat.  
Och där är jag älskad av min bror  
som jag aldrig, aldrig har träffat.

Nu vet jag varför, vart och hur  
allt började och visade vägen.  
Min stad jag dricker styrkan ur.  
För alltid i min själ belägen!

Hur vi blir avgöras av vad vi kommer ifrån, våra "barndomens gator" – gener, uppväxtmiljön, våra anknytningspersoner och förluster – dessa "genvägar" mellan dåtid och framtid.

**Liudmila Mendoza**  
*Psykiater*  
*Södertälje*

## Har du uppdaterat dina kontaktuppgifter på kansliet?

Det händer emellanåt att tidskriften kommer i retur, för att vi har fel adress.

Det händer väldigt ofta att epost-meddelanden studsar för att den epostadress du uppgivit inte länge existerar.

Uppdatera gärna och du gör det enklast genom att redan nu skicka ett meddelande till [kanslisten@svenskspsykiatri.se](mailto:kanslisten@svenskspsykiatri.se)

För säkerhets skull!

## 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

Tidskriften för

# Svensk Psykiatri

## DEADLINE

för bidrag till  
nästa nummer: **13/5**  
TEMA: Skärp dig!



**John Markowitz, MD, from Columbia University, USA, will conduct a one-day course in Interpersonal psychotherapy for depression in Turku 16<sup>th</sup> June 2020**

Interpersonal psychotherapy (IPT) is a brief psychotherapy that centers on resolving interpersonal problems and symptomatic recovery. It is a well studied treatment that follows a highly structured and time-limited approach and is intended to be completed within 12–16 weeks. This course will give psychiatric professionals (physicians, psychologists, nurses) the basic skills in conducting IPT in clinical settings.

John Markowitz, M.D. is a Research Psychiatrist at the New York State Psychiatric Institute and Professor of Clinical Psychiatry at Columbia University College of Physicians & Surgeons. He trained in interpersonal psychotherapy (IPT) with the late Gerald L. Klerman, M.D. Dr. Markowitz has conducted clinical research on psychotherapy and pharmacotherapy of mood, anxiety, personality disorders, and most recently posttraumatic stress disorder (PTSD). He has lectured widely on IPT, is President-Elect of the International Society for Interpersonal Psychotherapy, and an ISIPT-certified trainer/supervisor. He has written or edited 20 books (including *Interpersonal Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorder*, 2016) and more than 300 peer-reviewed articles and chapters.

Venue: Åbo Båtvärvar/Ruissalon telakka (<https://ruissalontelakka.fi/en/>), a newly renovated congress site at the seashore. It can be easily accessed in 10 min from the city center with the waterbus.

Organizer: Association for Dynamic and Interpersonal Psychotherapy (Dipy)

Price including coffee and lunch: 300 euro

Registration: Please pay the fee to the following account: IBAN FI35 1590 3000 1262 33, BIC NDEAFIHH. Please add your contact information (email, telephone) to the comment-field.

The detailed program of the event can be found on Dipy webpage ([www.dipy.fi](http://www.dipy.fi)). Questions about the event can be sent to [hasseka@utu.fi](mailto:hasseka@utu.fi)

## Glöm inte våra hemsidor:

På respektive hemsida läser Du alltid senaste nytt:

**Svenska Föreningen för Barn -  
och Ungdomspsykiatri:**

[www.sfbup.se](http://www.sfbup.se)

**Svenska Psykiatriska Föreningen:**

[www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)

**ST-läkare i psykiatri:**

[www.stpsykiatri.se](http://www.stpsykiatri.se)

**Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:**

[www.srpf.se](http://www.srpf.se)



Tidskriften för

## Svensk Psykiatri

---

### DEADLINE

för bidrag till  
nästa nummer: 13/5  
TEMA: Skärp dig!



Utmärkelse för  
pedagogiska  
insatser för psykiatrin till

*Raffaella Björcks minne*

Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse har beslutat instifta:

Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatrin till Raffaella Björcks minne.

Priset kommer att delas ut i samband med Svenska Psykiatrikongressen 2021.

Vill du nominera någon till priset?

Skicka Ditt förslag och motivering per e-post till Svensk Psykiatri: [raffaellapriset@svenskpsykiatri.se](mailto:raffaellapriset@svenskpsykiatri.se) senast den 31/12 2020.

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

**Styrelsen**  
**Svenska Psykiatriska Föreningen**



# En potentiell, ny intervention vid PTSD baserad på genetisk variation

Foto: Shutterstock/PopTika

Inom psykiatri är utvecklingen av nya mediciner en långsam process med låg framgång. Även om det gjorts några framsteg nyligen (1), har det varit mycket fler misslyckanden. Inte ens de mest väl karakteriserade prekliniska mekanismerna har kunnat översättas till förbättringar i klinisk vård (2). Patienter behöver bättre behandlingsalternativ, men när chanserna att utveckla nya farmakologiska behandlingar har visat sig vara så små, var ska vi hitta nya mål att testa? Inom PTSD-fältet har en lovande ny målmechanism upptäckts utifrån observationer baserade på en punktmutation i en enda gen. Känd som en "kandidatgenstrategi" är det kanske en av de mer osannolika källorna till en potentiell klinisk framgångshistoria.

## Genetisk variation i endocannabinoid-systemet

För några år sedan, vid en tidpunkt då kandidatgenstudier nästan helt försvunnit ur modet, fann vi att genetisk variation inom endocannabinoid-systemet påverkade behandlingsresultatet hos patienter med både PTSD och alkoholmissbruk (3). Endocannabinoid-systemet är ett neuromodulatoriskt system som påverkar flera processer, inklusive inlärning, rädsla och stressreaktivitet. Till skillnad från tidigare kandidatgenstudier hade denna genetiska variant en mätbar konsekvens: högre nivåer av endocannabinoid-liganden anandamid. Anandamid hämtar sitt namn från det sanskritiska ordet *ananda*, vilket betyder "glädje, lyckalighet eller välbehag", eftersom molekylerna är förknippade med förbättrat, positivt humör och minskad ångest. Bärare av variant-allelen har en mindre aktiv form av enzymet FAAH, som reglerar mängden anandamid i hjärnan och kroppen. Detta innebär att de som har det mindre aktiva FAAH-enzymet har högre nivåer av anandamid. Cirka 30 % av befolkningen har en kopia av denna variant-allel, medan endast 5 % har två kopior. I vår studie hade patienter med minst en

kopia av FAAH-varianten högre nivåer av anandamid i blodet. Personer med denna ökning i anandamidnivåerna visade sig ha mindre stressreaktivitet när de utsattes för ett stresstest, liksom en minskning av PTSD-symptom på hyperarousal under hela behandlingen. Detta ledde till att vi spekulerade i om att öka anandamidnivåerna kunde vara ett genomförbart behandlingsalternativ för stressrelaterade psykiatriska tillstånd som PTSD.

## Validering av mekanismen hos friska vuxna

Eftersom kandidatgenstudier på senare tid ifrågasatts ville vi vara säkra på att denna genetiska variant och de förhöjda anandamidnivåerna den producerade, verkligen kunde påverka PTSD-relevant beteende. I en experimentell studie rekryterade vi 75 friska vuxna som hade noll, en eller två kopior av variantallelen som kodar för det mindre aktiva FAAH-enzymet (4). Vi fann att de som hade 1 eller 2 kopior av detta dysfunktionella enzym också hade högre nivåer av anandamid, precis som förväntat. Deltagarna fick sedan göra beteendemässiga och psykofysiologiska tester för att undersöka konsekvenserna av att ha mer anandamid. Vi fann att de som hade mer anandamid hade lättare att komma över experimentellt betingade rädslominnen i vårt laboratorium. Detta var spännande eftersom de nuvarande behandlingarna för PTSD ofta förlitar sig på exponeringsterapi, baserat på principerna för utsläckande av obehagliga minnesbilder, att nyinlära minnen utan koppling till rädsla. I exponeringsterapier utsätts patienter för trauma-relaterade ledtrådar med hopp om att de kommer att lära sig att inte längre frukta dessa signaler. Om högre anandamid kan främja utsläckande av rädslesvar i vårt laboratorieparadigm, kan det kanske underlätta bättre utsläckande av obehagliga minnesbilder hos PTSD-patienter som genomgår exponeringsbehandlingar.

Nästa steg var att undersöka om ett nytt läkemedel – en FAAH-hämmare – kunde replikera effekten av denna genetiska variant. FAAH-hämmaren ger en ännu starkare effekt än den genetiska varianten på anandamidnivåerna: medan den genetiska varianten kommer att ge en 30% ökning av anandamid, höjer FAAH-hämmaren anandamidnivåerna tiofaldigt. Vi började igen med att testa läkemedlet hos friska vuxna (5). Genom att använda samma procedurer som i den genetiska studien fann vi att deltagare som tog läkemedlet visade bättre utsläkningsminne, precis som tidigare. Förmågan att främja utsläkningslärande ger oss möjlighet att förbättra effekterna av exponeringsbaserade terapier i PTSD-behandling. Vi fann också att läkemedlet var förknippat med minskad fysiologisk upphetsning och upplevelse av stress efter exponering för en stressuppgift. Hyperarousal är ett annat viktigt inslag i PTSD, så ett läkemedel med förmåga att dämpa upphetsning kan dämpa detta symptom och kanske ytterligare förbättra oddsen för framgångsrik behandling.

### En ny klinisk studie av PTSD

Nu när vi vet att FAAH-hämmare kan påverka utsläkningslärande och stressreaktivitet hos friska människor, är det kritiska nästa steget att se om effekterna kommer att vara lika gynnsamma hos patienter med PTSD. Vi förbereder oss för att starta en klinisk prövning för att bedöma om FAAH-hämmaren kan förbättra effekten av exponeringsbaserad PTSD-behandling. Denna studie kommer att rekrytera manliga och kvinnliga patienter med PTSD från hela Sverige. Hälften av patienterna randomiseras för att få FAAH-hämmaren under 12 veckor, medan den andra hälften kommer att få placebo. Alla patienter kommer att delta i en exponeringsbaserad kognitiv beteendeterapi medan de får medicinen (eller placebo). Vi förutspår att patienter som får FAAH-hämmaren kommer att visa större förbättringar under behandlingen på grund av bättre utsläkningslärande vid exponeringsbehandlingen.

Om studien visar positivt resultat kommer det att vara den första farmakologiska behandlingen som specifikt godkänts för PTSD och en av de mycket få psykiatriska läkemedel som utvecklats utifrån studier av en enda genetisk variant. Detta är särskilt överraskande, eftersom det kommer vid en tidpunkt när man nästan helt har övergivit kandidatgenstrategin. En nyligen publicerad berättelse om en kvinna som har en ännu mer extrem version av denna genetiska variant, en fullständig förlust av FAAH-funktion, stöder emellertid dessa fynd. Joanne Cameron har levt ett liv utan smärta, rädsla eller stress (6), vilket tyder på att en enda genetisk variant verkligen kan ha en betydande inverkan. Det är vårt hopp att ackumuleringen av evidens kommer att bli tillräckligt för att driva förbättrad klinisk vård för PTSD-patienter, som behöver bättre behandlingsalternativ.

**Leah Mayo**

*Forskare i neurovetenskap, med dr, post doc  
Centrum för Social och Affektiv Neurovetenskap, Linköpings  
Universitet*

Artikeln är översatt från engelska till svenska av Per Gustafsson, redaktionen för Svensk Psykiatri

### Referenser

1. Canuso CM, Singh JB, Fedgchin M, et al. Efficacy and Safety of Intranasal Esketamine for the Rapid Reduction of Symptoms of Depression and Suicidality in Patients at Imminent Risk for Suicide: Results of a Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Study. *Am J Psychiatry*. 2018;175(7):620-630. doi:10.1176/appi.ajp.2018.17060720
2. Shaham Y, de Wit H. Lost in Translation: CRF1 Receptor Antagonists and Addiction Treatment. *Neuropsychopharmacology*. 2016;41(12):2795-2797. doi:10.1038/npp.2016.94
3. Spagnolo PA, Ramchandani VA, Schwandt ML, et al. FAAH Gene Variation Moderates Stress Response and Symptom Severity in Patients with Posttraumatic Stress Disorder and Comorbid Alcohol Dependence. *ACER*. 2016;40(11):2426-2434. doi:10.1111/acer.13210
4. Mayo LM, Asratian A, Lindé J, et al. Protective effects of elevated anandamide on stress and fear-related behaviors: translational evidence from humans and mice. *Molecular Psychiatry*. August 2018. doi:10.1038/s41380-018-0215-1
5. Mayo LM, Asratian A, Lindé J, et al. Elevated Anandamide, Enhanced Recall of Fear Extinction, and Attenuated Stress Responses Following Inhibition of Fatty Acid Amide Hydrolase: A Randomized, Controlled Experimental Medicine Trial. *Biological Psychiatry*. August 2019. doi:10.1016/j.biopsych.2019.07.034
6. A World Without Pain | The New Yorker. <https://www.newyorker.com/magazine/2020/01/13/a-world-without-pain>. Accessed January 10, 2020.



## Genvägar är zenvägar

Äpplet faller inte långt ifrån trädet. Det visste min farmor. När hon och jag vindlade fram med bil mellan glest belägna gårdar och byar i min fars hembygd visste hon vem som var släkt med vem, och hade ofta något att säga om släktdragen bland Tigrar, Robertssöner och andra familjer som befolkade bygden. Det hon värderade högst var flit och pålitlighet, och jag har sällan sett henne så nöjd som den sommar då jag planterade skog medan hon stod för markservicen, då jag stupade i säng av fysisk trötthet efter varje dagspass.

Släktdrag syns inte bara inom den normala variationen. Ärftlighet finns också inom psykiatin. När jag tänker efter så tänker jag mer på hereditet nu som psykiater än när jag jobbade inom somatiken. I vissa släkter blir det extra tydligt, när man kan dra släkträd över exempelvis förekomsten av bipolär sjukdom. Den kallas också Lagercrantzka sjukan, då bipolär sjukdom där är så framträdande att det är en del av släktens identitet. Den intellektuelle giganten Olof Lagercrantz antydde att sensibilitet för depression närmast kunde vara ett adelsmärke. Det han föraktade var medelmåttan. Brodern Arvid Lagercrantz, journalist och tidigare VD för Sveriges Radio, har skrivit om sin bipolära sjukdom i biografen *Mitt galna liv*. Typiskt nog tycks han också ha full respons på litium som behandling. Är det då dåliga gener? I familjen Lagercrantz fall kombineras ett anlag för driftighet och begåvning med en risk för bipolär sjukdom.

Det finns en historia om en gammal läromästare i zenbuddhism. Människor kom till honom för att få råd. Hans svar blev i regel: det beror på. Man dryftade med honom om en pojke med ett ovanligt brokigt livsöde. Jag minns tyvärr inte hela historien annat än detta, att mästaren mestadels svarade: Det beror på. När pojken skadade foten förfasade sig bönderna över denna olycka som begränsade honom i arbetet på fältet. De kom till läromästaren för att få medhåll i sin klagan över pojkens elände: visst var det tragiskt att pojken nu hade fått detta lyte? Mästaren svarade: Det beror på. Mycket riktigt var det inte så svartvitt. På grund av sin skada slapp pojken kallas

in för tjänstgöring i kriget och överlevde därför. Om en egenkap är tjänlig eller inte beror ofta på miljön.

Det typiska exemplet på samspelet mellan arv och miljö är björkmätaren, en fjäril som finns i Storbritannien i två varianter, en ljus och en mörk. Den ljusa fjärilen hade historiskt sett klarat sig bättre, då den med sin färgteckning lätt kunde undgå uppträckt från fåglar och andra rovdjur där den smälte in på ljusa träd med lavar. Under industriella revolutionen ökade koleldningen drastiskt och det brittiska landskapet täcktes av sot. Med den ändrade miljön förändrades förutsättningarna för fjärilen i grunden. Mot en sotig bakgrund på träden klarade sig nu den mörka varianten av björkmätaren bättre. Hos människor är det mer komplext, och många av de egenskaper som formar oss mest nedärvs inte så rakt. Vi har också bättre förutsättningar för att anpassa oss, även om vi biologiskt i stort sett är desamma som när vi levde på savannen för hundratusentals år sedan. Ett exempel jag kan komma på är andra världskriget som medförde drastiskt förändrade livsvillkor. Under kriget kunde en viss känslökyla vara gynnsam för amerikanska stridsflygare, som höll nerverna i styr under luftstrider och andra extrema förhållanden. När kriget var slut var denna emotionella kyla inte i samklang med en fredlig vardagslunk med sedvanliga krav på mellanmänniskt samspel. Historien berättar att en del av de amerikanska krigsveteranerna inte fann sin plats i samhället efter kriget utan istället grundade motorcykelklubben Hells Angels och levde utanför de rådande normerna.

Vi formas grovt sett till hälften av våra gener. Var och en av oss är ett frö, som vi omsorgsfullt får vattna och placera i rätt jordmån bäst vi kan. Hur vi än bemödar oss blir inte en björk en tall eller vice versa. Vi gör klokast i att acceptera det genetiska frö vi har fått tilldelat. Om generna sedan är bra eller dåliga beror på miljön.

**Mikael Tiger**  
*Psykiater*  
*Stockholm*



# Arv, miljö och utvecklingen av mental ohälsa hos barn

Foto: Shutterstock/Evgeny Atamanenko

Det finns inga gener eller miljöer som ensamma ligger bakom psykiatriska problem. Hur vi utvecklas som människor beror på hur arv och miljö samspelar. Den miljö vi vistas i spelar roll för vilka gener som kommer till uttryck. På motsvarande vis har den uppsättning gener vi är utrustade med betydelse för vilka miljöer vi hamnar i. Ibland tror vi oss se uppenbara samband mellan arv och miljö som inte alls är vad de synes vara.

Om man ska prata om betydelsen av arv och miljö för beteenden och mental hälsa är det nästan nödvändigt att göra en historisk tillbakablick. Ämnet är kontroversiellt och nästan alla människor har egna åsikter om det. Under nittonhundratalet har det förekommit svängningar både i den politiska debatten och inom olika vetenskapliga discipliner. Allra störst inverkan på debatten har förstås nazismens kvasivetenskapliga genetiska tankegångar haft, men också andra politiska händelser har påverkat allmänhetens syn.

68-rörelsen är ett exempel. Inom den hade man en stark tro på miljöns betydelse för hur människor beter sig, något som kan ses som en reaktion på nazismens illgärningar. Även vetenskapliga genombrott som upptäckten av DNA-molekylen har påverkat – då åt det mer genetiska hållet. Allt detta har betydelse för hur vi tänker idag, och det gäller även förment objektiva forskare.

Faktum är att den empiriska forskningen om den relativa betydelsen av arv och miljö hela tiden har gett samma resultat. Självklart är det så att både arv och miljö har betydelse. Bevis för detta finns bland annat från djur, tvilling-, familje- och adoptionsstudier och på senare tid även från molekylärgenetiska studier.

## Enighet om att både och påverkar

Idag finns det inom forskarvärlden en stark konsensus – kanske med vissa marginella undantag inom vissa discipliner. En

stor mängd data pekar alla åt ungefär åt samma håll: Tvilling- och familjestudier har visat att 60–80 procent av skillnaden i känsligheten för allvarlig psykiatrisk sjukdom (schizofreni, bipolär sjukdom, ADHD, autismspektrumstörningar) förklaras av genetik medan den delade miljön (sådan i miljön som gör att individer i samma familj blir lika varandra – exempelvis uppfostran) förklarar cirka 5 procent av skillnaderna och resten förklaras av unika miljöeffekter (sådan i miljön som gör att individer i samma familj – exempelvis två syskon – blir olika). Familjelikheten som vi ofta observerar beror således framför allt på genetiska faktorer och endast till en mindre del på att man har vuxit upp i samma familj (Lichtenstein, Carlstrom, Rastam, Gillberg, & Anckarsater, 2010) (Lichtenstein et al., 2009). Genetiska faktorer förklarar mer än familjemiljön även för t.ex. antisocialt beteende och depression.

Så vad är då forskningsfrågan idag, om nu alla är ense om detta? Jo, man kan säga att det finns åtminstone tre forskningslinjer som är värda att nämna här. Den ena relaterar till frågor som: Om nu generna är så viktiga – hur fungerar de då? Den andra handlar om hur bra våra diagnoser motsvarar verkligheten, medan den tredje inriktar sig på hur arv och miljö samspelar för att faktiskt orsaka beteenden och mental ohälsa.

## Ingen gen är ensam orsak

Om vi börjar med generna och hur de fungerar så råder det även här en ganska stark konsensus. Tanken att det skulle finnas enstaka gener som orsakar specifika beteenden eller mentala hälsoproblem skulle man kunna säga är motbevisad med dagens molekylärgenetiska tekniker där man kan mäta miljontals gener. Så var det inte tidigare. Många har haft förhoppningar om att hitta "genen för" exempelvis depression eller kriminalitet.

Numera är det klarlagt att även då det gäller en sjukdom som är relativt "enkel" och har väldigt hög ärftlighet – schizofreni – är det antagligen tusentals gener som var och en påverkar till



en liten del (Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics, 2014). Även om vissa sällsynta mutationer kan ha stor betydelse i enskilda fall förklarar de bara en väldigt liten del av sjukdomspanoramata.

Man ska komma ihåg att psykiatriska diagnoser är begrepp skapade av oss själva för att förstå omvärlden – de är inga biologiska begrepp. Gener kodar alltså inte för ett specifikt beteende. Vad gener gör är att de påverkar vår benägenhet för emotioner och tankeprocesser som kan öka sannolikheten för beteenden. Men om man har ett beteende, eller om en tankeprocess verkligen kommer igång, beror på vilken miljö man befinner sig i just då, vilket annat beteendemönster man har och också vilka andra gener man har. Varje gen i sig har väldigt liten betydelse. Därför krävs många samverkande gener, där var och en påverkar sannolikheten för ett visst beteende, men där ingen gen är nödvändig.

### Sjuk eller frisk

Kanske överraskande för många kliniker är att både familje- (Larsson, Anckarsater, Rastam, Chang, & Lichtenstein, 2012) (Lundstrom et al., 2012) och molekylärgenetiska (Martin, Taylor, & Lichtenstein, 2018) data har visat att genetiska faktorer som påverkar psykiatrisk diagnos också verkar påverka den kontinuerliga normalvariationen av beteenden som definierar diagnosen för en rad olika tillstånd. Samma gener verkar alltså påverka normalvariationen av impulsivitet/uppmärksamhet/aktivitet som också påverkar diagnosen ADHD. På samma sätt verkar flexibilitet och sociabilitet påverkas av samma gener som autismspektrumstörningar.

På samma sätt visar all forskning på en betydande samsjuklighet bland olika psykiatriska tillstånd (Caspi et al., 2014; Pettersson, Larsson, & Lichtenstein, 2016), t.ex. så har vi visat att det finns en gemensam genetisk etiologi till i princip samtliga barnpsykiatriska tillstånd (Pettersson, Anckarsater, Gillberg, & Lichtenstein, 2013).

Var vi sätter gränsen mellan sjuk och frisk eller mellan sjuk och sjuk verkar alltså vara ganska godtyckligt och verkligheten är egentligen normalfördelad – inte binär.

### Samspelet mellan arv och miljö

Forskningsfronten idag handlar inte om arv eller miljö är orsaken, utan om hur samspelet mellan dessa två komponenter ser ut. En första aspekt på detta är utvecklingspsykologisk: Hur påverkar arv och miljö barns utveckling över tid? För olika typer av externaliserande beteenden (ADHD, antisocialt beteende etc.) har genetiska effekter större betydelse för stabilt, persistent beteende, medan miljön har mer tillfällig påverkan. Däremot, för internaliserande problem såsom rädsor, ångest och depression så verkar olika genetiska faktorer vara viktiga i olika stadier i utvecklingen (Kendler et al., 2008). Alltså, även om gener är viktiga för ångest/depression både under barndom, tonår och tidigt vuxenliv, så verkar det vara olika gener vid de olika tillfällena. Detta kan också vara en förklaring till att denna typ av mentala hälsoproblem förändras mycket mer än t.ex. ADHD.

### Gener påverkar miljön

En andra intressant aspekt av samspelet mellan gener och miljö är att miljön kanske inte alltid är det vi tror att den är. Faktum är att forskning övertygande har visat att vi själva och vår genetiska predisposition är med och påverkar vår miljö – detta kallas ibland gen–miljö–korrelation. Ett klassiskt exempel är att även för så ”uppenbara” miljöfaktorer som stressfulla livshändelser finns det genetiska effekter. För livshändelser som till exempel skilsmässa och arbetslöshet finns det en betydande genetisk effekt.

Ett annat exempel på hur gener påverkar vår miljö är studier där man har visat att mammor som röker under graviditeten oftare får barn med lägre födelsevikt, kognitiv förmåga och skolbetyg. Detta har man tolkat som att nikotinet eller någon annan fosterskadande effekt i cigarettroken orsakar hjärnska-

dor hos barnet, som ger konsekvenser på den kognitiva förmågan senare i livet. Om man kontrollerar för genetiken kvarstår sambandet mellan mammans rökning och låg födelsevikt hos barnet (sambandet verkar alltså bero på en kausal effekt), men sambandet mellan mammans rökning och kognitiv förmåga förklaras i princip helt och hållet av att mammor som röker har en genetisk predisposition för rökning, och att delvis samma (nedärvda) gener påverkar barnens skolbetyg (D'Onofrio et al., 2010). Det finns alltså inget kausalt samband mellan rökning och skolbetyg.

Föräldraskap är också intressant. Studier har visat att föräldrar som uppfostrar sina barn med mycket kritik och negativitet också får barn som har en ökad risk för kriminalitet. Men intressant nog verkar det som om de genetiska faktorerna som påverkar hur föräldrar uppfostrar barnen till stor del beror på **barnens gener**; alltså barnens predisposition påverkar hur de blir uppfostrade – det vill säga sin miljö (Narusyte et al., 2011).

### Miljön påverkar hur generna uttrycks

En tredje aspekt på samspelet mellan gener och miljö för olika beteenden handlar om det som kallas för epigenetik. Det är ett relativt nytt forskningsfält och kan kanske ses som ett område där social- och beteendevetenskaperna åter ser en möjlighet att förklara beteende och mental hälsa med sociala faktorer – men nu via generna.

Med epigenetik menas att eftersom genomet – vår arvs massa som vi ärver – inte har förändrats så är det inte den som orsakar en beteendeförändring. Däremot är det så att miljöfaktorer kan påverka hur eller om gener uttrycks. Gener kan stängas av – med en kemisk bindning till DNA-molekylen kan man förändra om genen verkligen uttrycks eller inte.

En serie numera klassiska studier har gjorts på nyfödda möss under det som motsvarade deras spädbarnstid. Mössen blev inte ordentligt omhändertagna av sina mammor, de blev inte slickade och hanterade på rätt sätt. Dessa musbarn fick epigenetiska förändringar som fanns kvar under hela livet. Även när de blev vuxna möss uppvisade de en felaktig reaktion när de utsattes för stress, trots att de efter de här två första veckorna i livet hade fötts upp precis som normala möss.

Alltså, epigenetiska effekter kan påverka våra genuttryck under hela livet (Zhang & Meaney, 2010). Dock, även om det råder en "hype" kring detta område finns det ännu inga empiriska belegg för att epigenetik är viktigt för psykopatologi. Under alla omständigheter är det ytterst osannolikt att dessa effekter kommer ha en större betydelse för de skillnader vi ser i befolkningen.

### Klinisk relevans

Har det vi lärt oss om genetiska faktorer någon klinisk relevans? Jag tror att det finns flera lärdomar här som kan vara viktiga att ha med sig i det kliniska arbetet. Den första är inte ny men tål att upprepas; talet om mammor som "schizogena" eller kylskåpskalla och därmed autismframkallande kan läggas på den psykiatriska historiens skräphög. Kanske i samma anda, kunskapen om att vi alla själva är (genetiskt) medskapande till

vår miljö borde vara viktig för kliniker att ha i åtanke. Har man barn med svårigheter påverkas man själv som förälder. Dessutom, med tanke på den höga ärftligheten och att normalbeteenden påverkas av samma gener, är det ju inte osannolikt att föräldrarna själva har liknande (genetisk) benägenhet även om den är subklinisk. Att hjälpa hela familjen borde alltså ingå i verktygslådan.

En tredje lärdom är att förståelsen för hur gener fungerar (dvs. tusentals gener som påverkar benägenhet för emotioner och tankeprocesser) borde få oss att bli mer ödmjuka inför diagnosciterandet. Självklart är diagnoser en stor hjälp när vi ska behandla – men lika självklart är att dessa diagnoser inte är några "biologiska entiteter". Det vi kallar en diagnos (t.ex. ADHD) är inte samma sak som t.ex. en cancerdiagnos. I stället bör vi se diagnoser som en tillfällig arbetshypotes där vi för närvarande i dagens samhälle upplever att detta beteendemönster är problematiskt som kanske kan bli bättre av farmakologisk behandling. Men kom ihåg att ett alternativ kan vara att ändra på miljön – vi har t.ex. visat att barn som är födda senare på året har en högre sannolikhet att få en ADHD-diagnos eller ADHD-medicinering, antagligen på grund av (relativ) omognad (Halldner et al., 2014). En senare skolstart kan vara ett alternativ.

Det finns alltså ingen anledning att hänge sig åt genetisk determinism. I stället tycker jag man bör tänka ungefär som med intelligens. Begåvning är ungefär lika ärftligt (ca 80 %) som mental ohälsa, men skola (eller brist på skola) kan självklart påverka utvecklingen. Ärftligheten ger utgångsmaterialet men uppväxten och (barn)psykiatrin kan vara med och påverka slutresultatet.

Så jag menar att vi har lärt oss en hel del som borde vara användbart. Trots att det under hela 1900-talet har förekommit olika modenycker inom vetenskap, politik och behandling så har den empiriska forskningen om mental ohälsa visat ungefär samma resultat hela tiden. Dessa kan sammanfattas ungefär så här: I det stora hela verkar generna förklara ungefär 60–80 procent av känsligheten för allvarig mental ohälsa och 40 procent av antisocialt beteende och komplexa tillstånd som t.ex. depression. Generna har ingen diagnostisk specificitet och ingen gen och ingen miljö i sig orsakar beteenden. Det handlar om ett komplext samspel mellan arv och miljö där miljön påverkar hur gener uttrycks och gener påverkar vilken miljö vi hamnar i. Om man ska förstå, om man ska förebygga och om man ska behandla så måste man ta hänsyn till detta. Allt annat är dömt att misslyckas.

**Paul Lichtenstein**

*Professor i genetisk epidemiologi  
Institutionen för medicinsk epidemiologi, Karolinska Institutet*

Paul Lichtenstein forskar om arvet och miljöns betydelse för olika typer av beteenden och mental hälsa (framför allt hos barn)

Referenser: [www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)

# Medvetandet – i filosofi och i psykiatrisk/psykologisk praxis

**Var?** Hörsalen/Sevenbomsalen, Stadsmuseet, Ryssgården, Stockholm. Ingång via huvudentrén.

Museet är onsdagar öppet 12.00 – 18.00. <https://stadsmuseet.stockholm.se/>

**När?** Kl. 13.00 – 17.00, onsdag 22 april 2020

**Anmälan** görs via e-mail till Jerker Hanson:

[jerker.hanson@telia.com](mailto:jerker.hanson@telia.com).

**Kostnad** för seminariet är 300 kr. Betalas helst samtidigt med anmälan till konto 4155 02 39879 eller via Swish till 076 345 7911, ev. kontant i dörren.

## Program

13.00

Inledande ord. *Alexander Wilczek*

13.10

Medvetandet och frågan om dess kausala effektivitet. *Pär Sundström*

13.50

Innebörden av det omedvetna, från Freud till Lacan. *Per Magnus Johansson*

14.20

Kaffe

14.50

Omedvetna förväntningar som formar kroppsliga symptom. *Karin Jensen*

15.20

Arm- och bensträckare. *Jill Taube*

15.30

Vårt medvetande om den egna kroppen. Psykiatriska och filosofiska perspektiv. *Helge Malmgren*

16.00

Psykedeliska droger och medvetandet. *Joar Guterstam*

Alla föredrag följs av 10 minuters diskussion.

16.30–17.00

Slutdiskussion och sammanfattning. *Alexander Wilczek*

## Medverkande

Joar Guterstam, med dr, psykiater, Beroendecentrum och KI, Stockholm

Karin Jensen, docent, forskare i klinisk neurovetenskap, KI, Stockholm

Per Magnus Johansson, docent, forskare i idéhistoria, psykolog, psykoanalytiker, Göteborg

Helge Malmgren, professor emeritus i filosofi, läkare, Göteborg

Pär Sundström, professor i filosofi, Umeå

Jill Taube, psykiater, dansinstruktör, Stockholm

Alexander Wilczek, med dr KI, psykiater, psykoanalytiker, Stockholm



SVENSKA  
PSYKIATRISKA  
FÖRENINGEN

## Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott

Årets första möte hölls den 17 februari i Stockholm. Vädret var blåsig, men inne i Läkarförbundets lokaler var det varmt och trevligt som vanligt. Kaffe och macka väntade, vilket uppskattades. Min kopp morgonkaffe på planet till Stockholm hamnade i mitt knä, så det var en mycket efterlängtat kopp jag nu fick. Jag hann före mötet köpa nya byxor, då kaffeleckarna liksom hamnade helt fel. I nya byxor och med förnyat mod tog jag så plats som ordförande för mötet. Att vara ordförande i denna grupp är något jag tar på största allvar, men då alla är så engagerade och självgående, så är det lätt att glömma sin roll. Jag är under upplärning känner jag.

Mötet idag kom mycket att handla om de förändringar som är på gång inom BT och ST, då förslag från Socialstyrelsen är ute på remiss just nu. Grundutbildningen är också under förändring och riktigt hur det blir med den i detalj vet vi inte ännu. Spännande läsning med byråkratspråk och ambitiösa förslag att utforma riktlinjer som är meningsfulla och användbara, men inte så styrande så att det blir onödigt svårt för en ST-läkare att bli färdig specialist eller en legitimerad läkare att få göra sin BT och kunna påbörja ST. Det finns delar i förslaget som syftar till ökad möjlighet att tillgodogöra sig tidigare meriter som t.ex. vikarierad tid och som på så vis syftar till att underlätta flödet med målsättning att i andra änden få ut kompetenta specialister så snabbt som möjligt. Att skynda på. Många ST-läkare fastnar alltför länge i sitt vetenskapliga arbete och har svårt att få handledning för tillräcklig vetenskaplighet. Problemet förstår jag är olika omfattande i olika delar av landet, men resulterar ofta i förlängd ST. Det ses som ett problem då målet är att skynda på.

En liknelse som ofta återkommer när man pratar om att styra läkare som grupp är att det är jämförbart med att valla katter. Jag har aldrig vallat katter, men har förstått så pass mycket om katter, att de inte låter sig styras, men går att locka med lite god burkmat. Lite som åsnan och vattnet. Tvingande har aldrig gått hem.

Jag vet att jag har kollegor som inte velat stressa igenom ST av olika anledningar. Ibland handlar det om att man inte känner sig redo för skarpt läge med tvångsvården. Ibland att man inte vill

börja gå bakjurer, kanske p.g.a. familjesituationen. Man dröjer sig helt enkelt kvar lite. Till er som fortfarande dröjer är budskapet att ni kommer att behöva börja fila på nya undanflykter. Men det kommer att gå bra. Katter landar med fötterna ner och det har jag hört gälla även för läkare.

Som ni förstår drar diskussionerna iväg ibland på våra möten, men vi håller oss inom ramarna och hoppas i slutänden kunna leverera ett remissvar med kloka synpunkter. Vi hann även gå igenom och uppdatera stora delar av det UU ansvarar för på hemsidan, vilket var behövt. Sen bar det av hemåt för var och en. För mig i nya byxor mot Umeå.

**Lotta Sandström**  
*Facklig sekreterare SPF*  
*Ordförande i Utbildningsutskottet*





**ANNONS**

## Välkommen till Föreningen för Konsultationspsykiatri!

Konsultationspsykiatri - consultation-liaison psychiatry - innebär

- psykiatriska insatser för patienter inom somatisk vård och primärvård
- aktiviteter för att förstärka och fördjupa samverkan mellan psykiatri och somatik

Konsultationspsykiatriskt arbete sker ofta i multidisciplinära team och på många håll i landet pågår arbete med att utveckla patientcentrerade arbetssätt. Detta innebär att vi är många, konsultationspsykiatriker, somatiska kollegor, sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, psykologer m.fl. som arbetar med

- patienter som har kroppslig sjukdom i kombination med psykisk sjukdom
- patienter med kroppsliga symtom, som inte förklaras av somatiska sjukdomar

Föreningen för konsultationspsykiatri

- är ett forum för utbyte av kunskaper och erfarenheter
- verkar för utbildning, utvärdering och forskning
- sprider kunskap om psykiatriska/psykologiska faktorerens betydelse för kroppslig ohälsa och sjukdom
- verkar för utveckling av konsultpsykiatriska verksamheter i Sverige

Föreningen har för ambition att utveckla en interaktiv och informativ hemsida, att skapa mötesplatser och nätverk över specialitetsgränser, att utveckla och informera om utbildningsmöjligheter, nätverk, litteratur mm

För medlemskap krävs

- att Du är intresserad av konsultationspsykiatri
- att Du är medlem i Svenska Psykiatriska Föreningen, annan sektion i Svenska Läkaresällskapet eller medlem i förening för andra medicinska yrkesutövare med stark anknytning till konsultationspsykiatri

Om du vill bli medlem i föreningen hör av dig per mail till

[konsultation@svenskpsykiatri.se](mailto:konsultation@svenskpsykiatri.se)

All kommunikation med medlemmarna sker över internet och genom [Svensk Psykiatri](#). Brevutskick görs inte och medlemmarna måste alltså regelbundet läsa e-post, för att vara säkra på att få t.ex. kallelser till medlemsmöten. [www.svenskpsykiatri.se/konsultationspsykiatri-2](http://www.svenskpsykiatri.se/konsultationspsykiatri-2)

## Välkommen att kontakta föreningen!

### ÅRSMÖTE:

13 mars 2020, kl.12:15-13

Svenska Mässan Göteborg  
Lokal R5



Anne-Katrin Kantzer

## Rapport från STP-konferensen 2020

Så var 2020 års STP-konferens avslutad. Det har varit roligt men även mycket intensivt. Styrelsen har arbetat hårt under året med förberedelserna inför konferensen och kan nöjt konstatera att allting flutit på över förväntan. Särskilt glada är vi över den entusiasm som vi mött hos föreläsarna; intresset och glädjen i att få komma och föreläsa för sina juniora kollegor går inte att ta miste på.

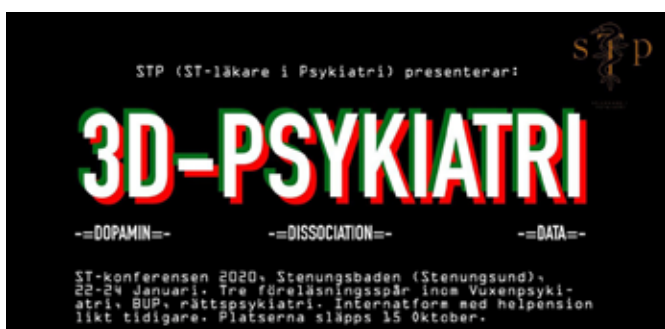
Temat för årets konferens var 3D Psykiatri – Dopamin, Dissociation och Data. Som alltid på STP-konferensen ryms temat i innehållet men också så mycket mer. Dagarna inleds med gemensam föreläsning men därefter följer tre till fyra parallella föreläsningsspår. Bland årets föreläsare syntes bland andra Carl Sellgren Majkowitz, Kerstin Malmberg, Lena Nylander, Ola Broström och Christopher Gillberg.

I år innehöll ett av konferensspåren simulatorövningar med professionella skådespelare som fick gestalta kliniskt knepiga fall. Sju läkare fick under 20 minuter observera sin kollega försöka hantera en komplex patientsituation och därefter diskutera i grupp vilka känslor situationen väckte, hur man kunnat göra annorlunda med mera. Utvärderingarna var blandade men överlag klart positiva.

Inom det psykiatriska forskningsfältet händer det mycket och vi som ST-läkarförening vill gärna ligga i framkant när det gäller vad som presenteras på konferensen. Ett nytt inslag för i år var att vi anordnade ett industrisymposium där det läkemedelsföretag som lanserar ketaminspray mot svårbehandlad depression fick 45 minuter på sig att berätta om preparatet. Inbjudan hade föranletts av en längre diskussion i STP:s styrelse om huruvida det var försvarbart att låta ett läkemedelsföretag inta scenen, vilket förstås inte var helt okontroversiellt. Vi försökte hitta annan föreläsare med erfarenhet av preparatet men gick bet och bedömde i slutändan att



Gebel José Rodrieques och Johan Sahlsten



och personligen tror jag att just sådana tillfällen starkt bidrar till att man vill fortsätta arbeta inom psykiatrin.

Festmiddagen bjöd bland annat på finländsk humor och ljuv underhållsmusik, däribland pianotoner av vår egen ST-läkare i psykiatri Andreas Fröberg. Med hans "Clozapine" spelande i bakgrunden avslutas denna rapport. Vi ses nästa år i Stockholm!

**Ida Gebel Djupedal**

*Ordförande ST-läkare i Psykiatri*

Foto 3: Karl Lundblad

Foto 1 och 2 Amelie Kjellstenius

detta var en framkomlig väg. Vid utvärderingen av konferensen var deltagarna oväntat positiva till att bjuda in läkemedelsföretag på detta sätt igen. Styrelsen är dock av hållningen att denna typ av föreläsningar bör undvikas om inte ämnet är särskilt angeläget, och i sådana fall bör oberoende forskare/kliniker också delta.

Det är onekligen någonting speciellt med att ha 170 ST-läkare från vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri, beroendemedicin och äldrepsykiatri under ett och samma tak tillsammans, lätt isolerade utanför staden. Under några dagar lever man som i en bubbla och får bara ägna sig åt fortbildning och umgänge med trevliga kollegor. Det är ett privilegium att få åka

## Så minns vi Lars Gunne

Hedersledamoten i Svenska Psykiatriska Föreningen, professor Lars Gunne, Stockholm, avled den 30 januari i en ålder av 96 år.

Lars Gunne blev medicine licentiat 1949 och tjänstgjorde därefter vid Beckomberga sjukhus, Södersjukhuset och Karolinska sjukhuset 1950–57. Han hade sedan en forskartjänst i experimentell neuropsykiatri vid Statens Medicinska Forskningsråd. Lars blev docent i psykiatri 1963 efter att ha försvarat sin avhandling med titeln *Catecholamines and 5-hydroxytryptamine in morphine tolerance and withdrawal*.

Under tiden 1966–89 var Lars Gunne professor i psykiatri vid Uppsala universitet och överläkare vid Forskningsavdelningen, Ulleråkers sjukhus. Hans forskningsintressen rörde i huvudsak läkemedelsberoende och psykos, och han inspirerade till ett stort antal avhandlingar och publikationer inom dessa områden.

År 1966 startade Lars i Uppsala det första svenska metadonbehandlingsprogrammet mot opiatmissbruk i kombination med kemisk diagnostik genom urinanalys av beroendemedel, efter att året innan ha gästförskat och inhämtat kunskap om metoden vid Rockefellerinstitutet i New York. Han forskade senare vid Massachusetts Institute of Technology 1980–81 och vid Georgetown University 1985–86 om motoriska biverkningar av neuroleptika, särskilt tardiv dyskinesi.

År 1974 fick Lars Gunne licens för en klinisk prövning av ett nytt antipsykotiskt läkemedel med få extrapyramidala biverkningar, LX100–129 (klozapin). Leif Lindström har i SPF:s tidskrift mars 2016 sid 50 beskrivit hur slaget om klozapin startade hos Gunne på Ulleråkers sjukhus.

Lars publicerade brett inom psykiatri och invaldes som hedersledamot i SPF 2006. Hans intresse för psykisk sjukdom och kreativitet hos musiker ledde till artiklar om schizofreni hos den svenske kompositören Jakob Adolf Hägg och möjligt Tourettes syndrom hos Mozart.

I den kliniska verksamheten förstod Lars betydelsen av grundläggande etiska värderingar i vårdarbetet. Det är väl omvittnat att han uppskattades hängivet av patienterna för sina stödjande ordinationer. Lars inopportuna rättframhet inom metadonbehandlingen gjorde honom inte alltid populär hos en del kolleger och myndigheter, något som han själv berättat om i Minnesanteckningar: Svensk Medicinskhistorisk Tidskrift, 13(1): 121–161, 2009.



Efter sin pensionering delade han sin tid som sakkunnig vid Läke-  
medelsverket och sitt intresse för psykisk sjukdom och kreativitet  
inom musiken.

Lars hade lätt att få vänner, både i Sverige och utomlands. Det  
var en förmån att få samarbeta med honom. Man imponerades av  
hans analytiska förmåga och hans klara tankar. Vi som kom att stå  
Lars nära minns med saknad hans humor och vänliga leende inte  
minst när han och Ulrika tog emot oss på den älskade Furuholmen  
i Nynäshamns skärgård. Det är med djup saknad vi nu tar farväl av  
vår vän. Samtidigt är vi tacksamma för alla minnesvärda stunder vi  
fått vara tillsammans.

**Tommy Lewander**  
*Docent Uppsala Universitet*

**Lennart Wetterberg**  
*Professor em. Karolinska Institutet*

Foto: Privat

# 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 psykiatris och våra patienters intressen.

Du kan läsa alla remissvar på våra hemsidor  
[www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)  
[www.sfbup.se](http://www.sfbup.se)  
[www.srpf.se](http://www.srpf.se)

**TOVE GUNNARSSON**  
Redaktör Svensk Psykiatri





# BUP-2020 KONGRESS

**ÅNGEST**  
- med kropp  
och själ som  
gisslan

STOCKHOLM CITY CONFERENCE  
CENTRE 28-29 APRIL



## INBJUDAN

BUP Stockholm och SFBUP hälsar varmt välkomna till

# **BUP-KONGRESSEN 2020**

## **ÅNGEST - med kropp och själ som gisslan**

Kongressen hålls 28-29 april på City Conference Centre i Stockholm  
Kongressmiddag på Skansen, restaurang Solliden.

Programmet innehåller massor av inspirerande föreläsningar, intressanta symposier samt postervisning. Intresseföreningar och organisationer som arbetar kring ungas psykiska hälsa medverkar som utställare.

### HUVUDFÖRELÄSARE:

Gabrielle A Carlson, David Mataix-Cols, Sven Bölte och Sean Perrin.

**Anmälan öppen till 28 mars. Early Bird-pris till och med 16 mars.**  
**För mer information, program och anmälan se [www.sfbup.se/kongress](http://www.sfbup.se/kongress)**

---

### Får du inte Sfbups medlemsmail?

Sfbup skickar regelbundet ut mail till er medlemmar med allt ifrån remisser till inbjudningar och allmän information. Om du inte nås av dessa mail vänligen kontrollera och uppdatera dina uppgifter i Läkarförbundets register. Gå inte miste om viktig föreningsinfo!

Vi hörs på mailen! /Sfbup

# En reseberättelse från New York



När vänner och kollegor fråga hur jag haft det på min resa blir mitt svar att jag är oerhört tacksam för att jag fick denna möjlighet att träffa forskare och kliniskt verksamma som arbetar med samma patienter och frågor som jag, men under andra förutsättningar. Det var en resa som gav inspiration och nya insikter. Resan hjälpte mig att inse vad jag vill fokusera på framöver. Ibland behöver man lyfta blicken för att kunna se vart man vill styra sin färd.

Jag besökte Mount Sinai i New York. Där träffade jag bland andra Paige Siper som är chefspsykolog vid Seaver Autism Centre for Research & Treatment. Seaver Centre drivs främst med medel från Beatrice and Samuel Seaver Foundation. Om en familj i New York misstänker att deras barn har autism kan de vända sig till Seaver Centre, då utreds barnen enligt ett omfattande standardiserat program och kommer (om de har autism) sedan kunna delta i olika studier. Föräldrarna får ett utlåtande som kan användas för att barnet ska få extra stöd i förskolan eller skolan. Barnen följs upp via centret och kan på så sätt få råd och stöd från experterna på centret. Mycket av stödet ges annars genom specialskolor för barn med autism. Detta system gör att det är lätt att få deltagare i studier och man har en databank med omfattande information om barnens funktionsnivå och biologiska markörer.

Där bedrivs forskning om autism och framförallt om olika kromosomavvikelser som Phelan-McDermid Syndrome, DDX3X syndrom och Fragile X syndrom. Barn med dessa syndrom från hela USA och i vissa fall från hela världen kan ha kontakt med centret där de samlar fördjupad kunskap om ovanliga syndrom.

En hel del av de testningar som de gör i sina utredningar är inte rimligt att göra i klinisk verksamhet i Sverige men de har också utvecklat metoder som är intressanta i ett kliniskt sammanhang. Autism Mental Status Exam (AMSE) är en enkel strukturerad modell för att beskriva om det föreligger kliniska tecken på autism eller inte. Det finns en websida där man kan läsa mer och även träna sig att använda metoden <http://autismmentalstatusexam.com/introduction>.



Chefspsykolog Paige Siper har tillsammans med kollegor utvecklat ett testinstrument för att bedöma hur barn reagerar på olika sensoriska stimuli, the Sensory Assessment for Neurodevelopmental Disorders (SAND). Det testet är än så länge inte tillgängligt utanför Seaver Centre men de arbetar tillsammans med ett förlag för att kunna göra det tillgängligt. Reaktionen på sensoriska stimuli ingår i DSM-5 som ett kriterium vid autism och innebär ofta problem i vardagen. Det kan vara orsaken till att ett barn får utbrott eller vantrivs i vissa situationer. Det saknas bra metoder att kartlägga vilka stimuli som ett enskilt barn är känsligt för. Man är hänvisad till att fråga föräldrar men det är inte säkert de vet vad barnet reagerar på. Vid autism så ingår kommunikationssvårigheter så det är ovanligt att barn med autism själva kan beskriva vad de tycker om olika intryck. Genom SAND kan man se hur barnet reagerar, vilka stimuli de undviker och vad de uppskattar. Testet är inte beroende av verbal kommunikation så det fungerar även på barn utan talspråk. Metoden kommer bli ett värdefullt komplement vid utredning och habilitering av barn med autism.

Jag tillbringade mest tid på forskningsavdelningen på Mount Sinai hos psykiatriprofessor Avi Reichenberg. Där fick jag en arbetsplats i ett rum med andra forskare och en forskningskoordinator. Jag blev väl omhändertagen och fick både tid att ostört arbeta med min forskning men också möjlighet att diskutera med andra och knyta nya kontakter. Professor Reichenberg är mycket produktiv och har samarbeten med flera svenska forskare. Han är involverad



i SELMA-studien där jag medverkar och det var genom den studien jag fick kontakt med honom. SELMA-studien är en kohortstudie där vi följer ca 1900 värmländska mor-barnpar från graviditet och framåt. Rekrytering av deltagare skedde under 2,5 år. Studiens huvudsyfte är att undersöka om exponering för vissa ämnen prenatalt påverkar barnens utveckling.

När barnen som under perioden 2015–2017 var 7 år deltog runt 1000 av dem i en omfattande hälsoundersökning som även innefattade psykologisk testning och standardiserade frågeformulär till föräldrar. Jag är huvudansvarig för den delen och nu pågår analys och publikationer baserade på dessa undersökningar. Detta är folkhälsoforskning där man letar små skillnader som på gruppnivå. Det handlar om att se vilka ämnen eller kombinationer av ämnen som har en negativ påverkan på barns utveckling. Under vistelsen fick jag tid och möjlighet att diskutera de artiklar som jag just nu arbetar med i SELMA-studien.

Det var väldigt spännande att diskutera psykiatrisk forskning och autism generellt med professor Reichenberg. Han poängterade att det är ovanligt att personer med autism bara ha autism. Det är något som min handledare professor Christopher Gillberg också brukar lyfta fram men som ofta bortses från när man planerar vård för personer med autism. I USA blir det allt vanligare att diagnosen autism ställs redan före två års ålder men det finns enligt professor Reichenberg en stor osäkerhet när man ställer diagnosen så tidigt.

På forskningscentret pågick även forskning om psykoser. Min avhandling som jag disputerade med 2012 handlar om autism och tidig utveckling hos vuxna med schizofreni. På Mount Sinai träffade jag forskare som är intresserade av samma område. Jag hoppas kunna utveckla dessa kontakter och hitta sätt att samarbeta framöver.

Att få uppleva detta och få vara i kreativa diskussioner i en så dynamisk och spännande stad som New York var inspirerande. Mount Sinai ligger vid Central Park vilket ju är en underbar park att promenera genom. Det finns som alla vet mycket att se och uppleva i New York och vistas man där en längre tid hinner man se lite av varje. Som barnpsykiater var det kul att se Christopher Robins originalleksaker på New York Public Library vid Bryants park. AA Milnes berättelser innehåller ju fina beskrivningar på mänskliga egenskaper och dilemman.

Jag vill verkligen rekommendera kollegor att söka Cullbergstipendiet. Det ger en unik möjlighet att få inspiration och erfarenheter att ta med till sin kliniska vardag.

Foto och text:  
**Maria Unenge Hallerbäck**  
*Med dr och överläkare BUP  
Region Värmland*

#### **Kommentar:**

Tack Maria för denna intressanta skildring av din stipendieresa! Emellertid har den orsakat en förnyad diskussion inom stipendiegruppen. Från början av stipendiets existens menade vi att forskning i princip kunde och skulle finansieras på annat sätt. Detta skulle vara ett resestipendium för klinisk fortbildning och kontakter med kliniker runt om i världen. Det kom emellertid att ske en glidning då flera också hade dominerande forskningsintressen och vi kom att acceptera dessa.

Vi vill dock påminna framtida sökande om att resemotivet är och ska vara klinisk fortbildning. Sök gärna men är det ett huvudintresse för resan att utveckla sina forskningskontakter kommer vi i fortsättningen hänvisa till att söka medel från andra källor. Är du tveksam så kontakta oss!

För stipendienämnden  
**Johan Cullberg**



## Jag har slutat säga "psykisk ohälsa"

Kollegan mittemot nästan sätter kaffet i halsen. "Vaaa? Vad saaa du?" Hans ögon blir stora som tefat och han tittar på mig som om jag kom från en annan planet. "Vadå slutat säga *psykisk ohälsa*? Vad säger du då istället?" Hans blick säger mig att han undrar om jag nog inte är riktigt klok. Svaret får läsaren avgöra.

Under de senaste 10 åren har begreppet "psykisk ohälsa" seglat upp till att hamna på allas läppar. Utmärkt, tycker många. Äntligen pratar man mer om psykiatrin. Äntligen syns vi och patienterna. Äntligen är stigmat kring psykiatrin på väg bort. Men är det verkligen så? Jag vill hävda att den här sortens popularitet är tveeggat. Att man inte alls pratar om psykiatrin när man pratar om "ohälsa". Att begreppet inte alls gör oss och patienterna mer synliga, snarare tvärtom. Det bidrar inte till att minska stigmat, tvärtom.

Det finns många tveksamma begrepp som är mer eller mindre ifrågasatta, på grund av att de är otydliga (KBT, beroende på vem du frågar), olyckliga (neuropsykiatri), skadliga (prefixen "psyk-"), kränkande (EIPS uttalat "apes"), bara för att nämna några exempel. De tål att kritiserats vilket brukar utmytna i diskussioner som kan vara lika spännande som infekterade. Men inte "psykisk ohälsa". Det är så oförargligt och oskyldigt. Så politiskt korrekt. Så mjukt och finkänsligt. Att kritisera det kändes som att medvetet trampa på en nyutslagen gullviva om våren. Åtminstone i början. Begreppet som skulle bekämpa stigmat. Symbolen för den nya psykiatrin. Metaforen för psykiatrin som folkrörelse.

Jag raljerar och överdriver, jag vet. I viss mån i alla fall. För låt oss leka med språket och sätta ordet "ohälsa" på prov. Benbrott – ortopedisk ohälsa. Demens – neurologisk ohälsa. Diabetes – jag kommer inte på något bra. Influensa? Inte heller. Cancer – onkologisk ohälsa. Där går väl gränsen. Men hjärt-kärl-ohälsa skulle kanske vara användbart. Eller? Nej, självklart inte.

Språket är en fantastisk företeelse. Fascinerande, nästan magisk. På bara 10 år kan begrepp tillkomma, försvinna, ändra innebörd. För min 15-åriga kusin är inte "telefon" en klump på 2 kilo med en rund sifferplatta som snurrar, ett konstigt C-format handtag som lossnar och en sladd till ett uttag i väggen. Vad som anses vara "svenskt" har förändrats. Det finns gamla ord som nästan är förbjudna idag. För att inte tala om hur regimer och diktaturer använder språkets retorik för att förtrycka människor. Jag tycker att vi ska vara rädda om språket och respektera dess värde som kommunikationsmedel.

En begåvad kollega sa en gång, i samband med en verksamhetsövergång: "låt oss kalla det X, fast det inte finns något som heter X idag. Gör vi det tillräckligt länge så blir X ett begrepp, andra kommer kalla det X, till slut finns X på riktigt". De orden gjorde djupt intryck på mig. Så rätt hon hade. På mindre än 5 år finns nu X, på riktigt.

"Psykisk ohälsa" förvirrar. Rapporter skriker oroande att "psykisk ohälsa ökar lavinartat", den som läser rubriken bemödar sig sällan att gå till källan och se, vad är det som ökar? Depression och ångest? Vissa symtom? Skadligt substansbruk? Ökar schizofreni? Värst av allt, begreppet "psykisk ohälsa" hjälper inte våra beslutsfattare att skilja mellan barn- och vuxenpsykiatri, mellan specialistpsykiatri och första linjens psykiatri, mellan att skatta sig olycklig på en skala och att vara sjuk i depression. Ohälsa innefattar allt – praktiskt kan man tycka, men budskapet blir urvattnat. Förekomsten av psykiska symtom riskerar att överskugga svår psykisk sjukdom. Vilka människor, vilka patienter pratar vi om? Vet vi det ens själva?

Jag undrar om begreppet "psykisk ohälsa" har blivit det nya stigmat. Känns det bättre i magen att säga "psykisk ohälsa" än att säga som det är – schizofreni, depression, självska- debeteende, suicid? Om ja, är vi ute på hal is. De ord vi använder får inte bli ett undvikande. Det gäller lika mycket allmänheten som oss professionella, skillnaden är att vi professionella har ett visst ansvar för vart det här tar vägen.

Självklart anser jag att ord som hälsa och ohälsa är mycket användbara. I andra sammanhang. Till exempel när man arbetar hälsofrämjande, när man talar om levnadsvanor, vad som är hälsosamt eller ohälsosamt. Till exempel när det ingår i namnet på en samhällsinstans som arbetar med hälsa i stort, som Folkhälsomyndigheten. Eller en instans vars uppdrag inte enbart har med sjukvård att göra, t.ex. studenthälsan. Det finns med andra ord gott om begrepp där orden "hälsa" och "ohälsa" kommer till sin rätt. Må de användas ändamålsenligt.

Så hur svarade jag min kollega som undrade om jag nog inte är riktigt klok? Enkelt: jag säger som det är. Smaka på några exempel: psykisk sjukdom, svår psykisk sjukdom, psykiska funktionshinder eller funktionsnedsättningar. Schizofreni, bipolär sjukdom. Psykiatriska symtom. Depression, ångest. Självskadebeteende, suicid. Att må psykiskt dåligt. Det finns massor av ord. Våga använda dem!

**Alessandra Hedlund**  
Psykiater  
Stockholm

**ANNONS**



## En ny läkarroll - eller!?

Jag har arbetat 55 år som läkare. Jag skulle bli provinsialläkare, men professorn vid psykiatriska kliniken i Umeå på 1960-talet, Jan-Otto Ottosson, rekryterade mig till psykiatri och jag har sedan blivit kvar i Umeå. Jag skolades in i psykiatri av Jan-Ottos efterträdare Carlo Perris. På den här tiden var det nästan självklart att man samtidigt som man fick sin specialistutbildning också forskade. Jag blev specialist samma år som jag disputerade 1975. På den här tiden fick man tidigt ta ett större ansvar än man kanske borde haft i det kliniska arbetet och tidigt vikariera både som överläkare och akademisk lärare. Vid den här tiden var det också självklart att professorn på en universitetsklinik också var klinikchef liksom att klinikchefen på psykiatriska kliniker runt om i landet var den mest erfarna överläkaren.

Jag tänker ofta på detta när jag nu ser hur psykiatri har utvecklats och läkarrollen/psykiaterrollen har förändrats. Ingen psykiater kan nu längre behärska psykiatriens olika subspecialistområden. De psykiatrer som är verksamhetschefer i landet kan kanske räknas på händernas tio fingrar. De stora mentalsjukhusen har avvecklats och alla sjukhus i landet har en psykiatrisk klinik eller i varje fall en psykiatrisk mottagning. Psykiatri är inte längre den lågstatusdisciplin som den var i min ungdom även om den kanske inte tillhör de högst rankade disciplinerna.

### Förändring

Vad har den stora förändringen under dessa år både vad gäller diagnostik, behandlingsmöjligheter och vårdorganisation betytt för läkarrollen inom psykiatri? Vid årets Psykiatrikongress i Göteborg kommer frågan att diskuteras i en av programpunkterna. Som pensionär i 10 år, men fortfarande timanställd på min gamla klinik och fortsatt verksam som akademiker om än i mindre omfattning förstås, har jag funderat över det som skett och sker. Jag tycker mig ha sett en påtaglig förändring av läkarrollen på så sätt att man blivit mer av en konsult vid den egna kliniken när det finns behov av läkemedel och intyg av olika slag. Underläkarna har blivit receptslavar. ST-läkarna är febrilt upptagna av ST-kurser, psykoterapiutbildning, vård av sjuka barn, korta stationeringar på kliniker och olika subspecialistområden och få om inga har planer på att bli chef. Samtidigt har det glädjande nog varit ett ökat intresse för psykiatri som specialitet efter att det i många år inte lockade så många. Detta har inneburit en eller ett par generationers

lucka i dagens specialistkader och detta i sin tur har inneburit att den äldre erfarna specialistkategorin är relativt liten (trots att många pensionärer fortsätter att arbeta). Efterfrågan på hyrläkare och otrivsel på den egna arbetsplatsen har också bidragit till att den ordinarie läkarstaben reducerats på erfarna kliniker.

### Förvirring

Förvirringen vad gäller läkarrollen avspeglas i det faktum att nu förekommer en rad olika chefsbefattningar med oklart innehåll. På specialistnivå finns utöver överläkarna, chefläkaren och cheföverläkarna, läkarchefer, medicinska chefer, medicinskt ledningsansvariga läkare, medicinska rådgivare...

Är detta en nidsbild? Förhoppningsvis är det det, men jag tror att den inte är alldeles utan grund. Oavsett detta tror jag att det finns starka skäl att diskutera psykiaterrollen och framtiden för psykiatrer i den svenska vårdorganisationen.

### Vad gör läkarna?

För mig är ledarskapsfrågan central. Varför är nästan ingen av dagens verksamhetschefer läkare? Det finns säkert flera skäl, men jag tror de viktigaste är att sjukvårdsledningarna inte velat ha läkarna som chefer och därför inte heller underlättat för läkare att gå in i den rollen. Läkarna å sin sida har upplevt chefsrollen som problematisk och har dragit sig tillbaka för att enbart vara "läkare". Jag tror att detta är mycket olyckligt av flera skäl. Den s.k. läkarbristen är egentligen inte brist på läkare utan handlar om vad läkartiden används till och hur den prioriteras. Antalet patientbesök per läkare (liksom per psykolog, kurator och sjuksköterska i öppen vård) är lågt. Så vad gör då läkarna?

Mycket tid går åt till dokumentation som dessutom försvåras av bristen på läkarsekreterare. Mycket av dokumentationen är helt enkelt onödig ur ett kliniskt patientperspektiv utan sker på grund av ett uppifrån kommande dokumentationskrav. Mycket tid går åt till möten av olika slag som har begränsat värde sett till kärnuppgiften att vara patientcenterad doktor. Otrivseln på arbetet handlar mycket om att man upplever arbetsuppgifterna som bitvis meningslösa och det egna handlingsutrymmet som alltför begränsat. Då blir det lätt att vara hyrläkare. Som sådan får man uteslutande arbeta som doktor, man slipper en massa administrativt arbete och möten och inte sällan också jourverksamhet. Man slipper ta något administrativt ansvar och man tjänar betydligt mer än de fast anställda kollegorna.



Hur har detta kunnat uppstå? Jo, en viktig faktor har varit bristen på läkare som chefer. Hyrläkarna kom in när chefen inte längre var psykiater.

### **Chefskapets utmaningar**

En erfaren specialist som chef har en helt annan legitimitet och auktoritet än alla andra yrkeskategorier i vården. Läkarna kan den medicinska delen och hen har en betydligt större erfarenhet av även de organisatoriska aspekterna. Man går jour, man fattar i stort sett alla beslut som är kostnadsdrivande, beslut om läkemedel, remisser till lab, röntgen och andra servicespecialiteter, sjukskrivningar, beslut om in- och utskrivning, tvångsvård, gör suicidriskbedömningar och över huvud taget fattar de svåra besluten. Det här är uppgifter som inte åligger några andra yrkeskategorier. Att då ha chefer som inte har insyn och erfarenhet av alla dessa beslut och situationer som krävs i vården gör att man inte heller har förståelse för vad olika administrativa beslut innebär. Då får man till slut läkarbrist och sköterskebrist som måste kompenseras med hyrläkare, hyrsköterskor, vilket i sin tur leder till ökade kostnader, men framför allt bristande vårdkvalitet på grund av bristande kontinuitet i vården, något som ju är oerhört centralt inte minst inom psykiatri.

Dagens icke-läkare som chefer är många gånger utmärkta administratörer och ingen skugga ska falla över dem. Däremot borde vi i läkarkåren ta vårt ansvar för även det organisatoriskt/administrativa arbetet – ingen bra sjukvård kan bedrivas i en organisation som inte skapar förutsättningar för optimal sjukvård. Dagens många modeprojekt från centrala myndigheter och organisationer med alla slags riktlinjer och stödprogram, som reducerar det personliga ansvaret och därmed engagemanget i vården, skapar felanvändning av resurser och olust. Och få av dagens icke-läkare som chefer kan eller vågar komma med invändningar eller låta den egna klinikens professioner bestämma vårdinnehållet.

### **Förslag**

Någon (Psykiatriska Föreningen) borde göra en kartläggning av hur ledarskapet ser ut på alla psykiatriska kliniker i landet. Finns det över huvud taget någon karriärväg till chefskap för

läkare och hur skulle en sådan kunna tillskapas? Eller ska vi finna oss i att bli marginaliserade till konsulter och receptslavar!? Den största förändringen av svensk psykiatri, nedläggningen av de stora mentalsjukhusen och utbyggnaden av lasarettpsykiatri och öppenvårdspsykiatri skedde när de mest erfarna läkarna fortfarande var chefer. Ett första steg skulle kunna vara att inrätta biträdande verksamhetschefspositioner för läkare där de dels kunde ha funktionen som medicinskt ledningsansvariga, men också få en inskolning inför framtida chefspositioner.

**Lars Jacobsson**

*Överläkare*

*Professor emeritus*

*Umeå*

# Nätverksträff för funktionella neurologiska tillstånd

Svenska nätverket för funktionella neurologiska tillstånd består av olika yrkesgrupper inom sjukvården med intresse för Funktionella neurologiska tillstånd (FNS). Vid bägge de senaste två nationella träffarna har ett 70-tal personer ur olika yrkeskategorier (läkare, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, sjuksköterskor, psykologer och andra) slutit upp. Den senaste träffen på Huddinge sjukhus en grå novemberdag 2019 möjliggjordes av hjälp från Svenska föreningen för Konsultationspsykiatri och samlade personer från 22 olika enheter i Sverige.

Vid träffen presenterades arbetssätt och statistik från funktionella teamet i Huddinge. Bilden av patientgruppen kunde nyanseras med statistik från ett 90-tal patienter, där några fördomar om t.ex. patienters utbildningsnivå kom på skam när det visade sig att patientgruppen liknar befolkningen i stort vad gäller sociala faktorer. Samsjukligheten med både somatiska och psykiatriska tillstånd i gruppen var hög. Kanske överraskande var att mer än 70 procent hade samtidiga besvär med långvarig smärta.

På detta följde senare under dagen en engagerad diskussion om hur strukturen i sjukvården påverkar våra möjligheter att hjälpa patientgruppen, som notoriskt tenderar att falla mellan stolar, hur dessa stolar än är placerade. Exempel på fungerande arbetssätt men också svårigheter att få till en vettig vårdkedja kunde ges från Rehab station och Stora Sköndal i Stockholm, en region där vårdval och osäkerhet kring avtal gjort det påtagligt svårt att upprätthålla kompetenta enheter som fokuserar på patientgruppen.

Behandlings- och rehabiliteringsutbudet för patienter med funktionella neurologiska tillstånd är i Sverige klen utbyggt och består med några undantag av engagerade enheter som "gör så gott man kan" utan tillräckliga resurser eller tydligt uppdrag. Därav extra roligt att få en presentation av en behandlingsmetod som fokuserar på patientgruppen. Thomas Hesslows presentation av ISTDP (Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy) gav exempel på att det finns

lovande psykoteraeutiska behandlingsmetoder för patienter med komplex funktionell problematik. ISTDP ansluter till teorier om att patientens stresshanteringsystem producerar funktionella symtom, och använder kortare men intensiva behandlingsperioder för att skapa förståelse hos patienten för hur kropp och själ samverkar.

Efter yrkesvisa diskussioner avslutades dagen med det allra viktigaste: en påminnelse om vad vi är till för och en uppmuntran till att fortsätta att försöka göra gott för patienterna. I ett möte mellan en patient och hens vårdgivare blev det tydligt att kompetens och organiserade arbetssätt kring funktionella tillstånd gör skillnad. Patientens berättelse om behovet att "äntligen bli tagen på allvar", att få en förklaringsmodell som stämmer överens med patientens upplevelse och ett gott bemötande motiverar oss i nätverket att jobba vidare med att öka kompetensen kring funktionella tillstånd.

Nätverket jobbar tacksamt vidare och planerar nästa träff i Göteborg hösten 2020. Nästa steg är att uppmuntra forskningsintresset i Sverige och att få förståelse hos beslutsfattare och beställare för patientgruppens specifika behov. Vid intresse av att delta i nätverket är man varmt välkommen att maila undertecknad.

**Carl Sjöström**

*Överläkare, specialist i psykiatri och rehabiliteringsmedicin  
Rehabiliteringsmedicinska kliniken Sandviken, Region Gävleborg  
Smärtcentrum, Akademiska sjukhuset, Region Uppsala  
carl.sjostrom@regiongavleborg.se*



## Ett revolutionärt sätt att hjälpa borderlinepatienter (och oss själva)!



Foto: Shutterstock/Vitalii Vodolazskyi

Om GPM, general eller good psychiatric management, och implementering av en stepped care-modell för vården av borderlinepatienter.

John Gunderson, en känd amerikansk psykiater, skapade begreppet GPM, där "General" är tänkt som motsats till specialiserad, då många av oss tror att vården av borderlinepatienter måste ske hos mycket erfaren och specialiserad personal. Det handlar egentligen om en mycket heterogen grupp personer, varav vissa uppvisar allvarligt självskadebeteende och suicidalitet medan andra har lindrigare problematik. Detta betyder att

långt ifrån alla är i behov av mer avancerade och resurskrävande metoder såsom DBT eller MBT.

En banbrytande studie i American Journal of Psychiatry 2009 visade att GMP var lika bra som DBT och John Gundersons mission har sedan dess varit att lära ut metoden.

Tanken är att all personal kan hjälpa borderlinepatienter genom att använda sig av strategier (t.ex. bemötande, krishantering, problemlösning), som ofta räcker långt. Viktiga komponenter är att främja patientens engagemang, psykoeducation,

Stepped Care för EIPS		Svårighetsgrad	Definition	Möjliga interventioner
5. Kronisk ihållande problematik		Kroniska tillstånd terapiresistens	Tidigare behandlingsnivåer har ej fungerat. Låg följsamhet till behandling	Lågfrekvent stödjande terapi Casemanagement tex via kommun, socialpsykiatri, boendestöd,
4. Komplex problematik Av svår grad		Upprepade episoder eller återfall	Nivå 3 har ej fungerat fullt ut Svårare självskada Potentiellt dödliga suicidförsök	Intensiv form av dagvård i öppenvård eller heldygnsvård. GPM (inkl medicinhantering) Individuellt anpassad EBT Integrerad EBT Färdighetsträning och interventioner för familjen/närstående
3. Komplex problematik av medelsvår grad Ihållande problem		Uppfyller diagnos EIPS	Nivå 1 eller 2 har ej fungerat Självskada Suicidala gester	Öppenvårdsbehandling Någon form av EBT (tex DBT eller MBT) GPM (inkl medicinhantering) Färdighetsträning och interventioner för familjen/närstående
2. Nyinsjuknade Icke komplex problematik Enklare problematik		Unga patienter Patienter som nyss fått diagnos EIPS.	Självskada Ingen suicidalitet	GPM Case management DBT färdighetsträning, ERGT Färdighetsträning och interventioner för familjen/närstående
1. Preklinisk problematik		Ej tillräckligt uttalad problematik för att uppfylla full diagnos	Risk för att utveckla EIPS Milda eller ickspecifika svårigheter med självreglering Under tröskeln för EIPS-diagnos (3-4) kriterier Självskada Ingen suicidalitet	Psykoedukation för patient och familj/närstående Problemlösning Stödjande samtal

satsning i tidigt skede på sysselsättning/arbete (work before love).

En dags utbildning med GPM räcker för att bli en "good enough" behandlare.

Lois Choi Kain, som fortsätter att forska om GPM efter att John avled i januari 2019, har vidareutvecklat stepped care-modellen (v.g. se bild). Om kostnadseffektiva insatser som gruppbehandlingar kan erbjudas till personer med mindre allvarliga problem och deras närstående kommer resurserna att räckta till för mer krävande problem.

Den 10 juni 2019 kom Lois Choi Kain till Stockholm och berättade om metoden under en suverän workshop. Hon kommer tillbaka med några medarbetare för att hålla en "Train the trainers"-utbildning under 2 dagar, september 2020. Syftet är att deltagarna själva kommer att kunna lära ut GPM vidare.

En gratis online-kurs kommer att vara tillgänglig från hösten 2020

<https://postgraduateeducation.hms.harvard.edu/general-psychiatric-management-borderline-personality-disorder>

Förhoppningsvis kan GPM spridas ut i Sverige och kanske kan en workshop om GPM ordnas på nästa SPF-kongress!

**Giulia Arslan**  
Psykiater  
Stockholm

#### Referenser

A Randomized Trial of Dialectical Behavior Therapy Versus General Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 2009; 166:1365–1374  
Evidence-Based Treatments for Borderline Personality Disorder: Implementation, Integration, and Stepped Care. *Harvard Review of psychiatry*, 2016; 25:5





# Aktuella avhandlingar från BUP 2019

Lund

## *Beyond fear: Incompleteness and disgust in pediatric obsessive-compulsive disorder*

Matti Cervin

Rädsla är centralt för nuvarande modeller av tvångssyndrom, men forskning har visat att känslor av ofullständighet och äckel kan vara lika viktiga för hur tillståndet uppstår och vidmakthålls. Huruvida känsla av ofullständighet är centralt för tvångssyndrom hos barn och ungdomar har dock aldrig undersökts och rädsla, ofullständighet och äckel har aldrig studerats parallellt i kliniska populationer.

Syftet med denna avhandling var att studera i vilken utsträckning rädsla, ofullständighet och äckel (a) kunde förstås och rapporteras av barn och ungdomar med tvångssyndrom och ångestsyndrom, (b) kunde användas för att differentiera unga med tvångssyndrom från unga med ångestsyndrom, (c) relaterade till heterogenitet i tvångssyndrom och (d) predicerade behandlingsutfall för unga med tvångssyndrom.

Barn och ungdomar med tvångssyndrom och ångestsyndrom rekryterades från en BUP-klinik och genomgick strukturerade diagnostiska intervjuer, fyllde i formulär gällande benägenhet att uppleva rädsla, ofullständighet och äckel i vardagen samt intervjuades om i vilken utsträckning dessa känslor var direkt involverade i deras symptom. Unga utan psykiatrisk problematik rekryterades från lokala skolor och fyllde i samma formulär.

Barn och ungdomar med tvångssyndrom och ångestsyndrom kunde förstå begreppet ofullständighetskänsla samt rapportera i vilken utsträckning denna känsla samt rädsla och äckel var närvarande i vardagen och i deras tvångs- och ångestsymptom. Unga med tvångssyndrom och ångestsyndrom upplevde mer rädsla i vardagen och rapporterade en starkare äckelbenägenhet jämfört med unga utan psykiatrisk problematik. Unga med tvångssyndrom upplevde mer ofullständighetskänslor i vardagen jämfört med unga med ångestsyndrom och unga utan psykiatrisk problematik. Rädslöbenägenhet i vardagen var kopplat till självrapporterade symptom på tvång, ångest och depression. Ofullständighet var unikt kopplat till tvång. Äckel var unikt kopplat till ångest.

Upplevelsen av rädsla var tydligt närvarande vid samtliga symptomdimensioner av tvång men tydligast kopplat till aggressiva tvång, där det låg i nivå med den grad av rädsla som unga med socialt och generaliserat ångestsyndrom upplevde. Ofullständighet var tydligt närvarande vid samtliga

symptomdimensioner av tvång och mer närvarande i dessa dimensioner än vid socialt och generaliserat ångestsyndrom. Äckel var tydligt närvarande enbart vid kontaminationsrelaterade tvång. Att ha tvångssymptom karakteriserade av höga nivåer av ofullständighet och äckel predicerade sämre behandlingsrespons för barn och ungdomar som fick behandling för tvångssyndrom.

Sammantaget visar avhandlingen att ramverket som används för att förstå tvångssyndrom hos barn och ungdomar bör breddas till att förutom rädsla också innefatta känslor av ofullständighet och äckel. Forskning som mer tydligt tar hänsyn till detta bredare ramverk kan ha större möjlighet att avgöra vad som är specifikt för tvångssyndrom i jämförelse med andra psykiatriska syndrom.

## *Screening and diagnostics in child and adolescent psychiatry*

Markus Andersson

Ungefär 10 % av barn och ungdomar lider av psykisk ohälsa som på ett påtagligt sätt påverkar hur de fungerar i skolan, hemmet, socialt och på fritiden. Det finns idag effektiva behandlingsalternativ för flertalet barnpsykiatriska problemområden. För att barnen ska få tillgång till behandling krävs det att vården har en effektiv screeningprocedur så att de familjer som söker hjälp kan lotsas till rätt insats. Det behövs också en tillförlitlig diagnostisk procedur för att adekvat behandling ska kunna sättas in. Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI) är en screeningintervju som används då familjerna kommer i kontakt med vården. Screen for Child Anxiety Related and Emotional Disorders Revised (SCARED-R) är en skala som screenar för ångestproblematik hos barn. Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children-Previous and Lifetime Version (K-SADS-PL) är en semi-strukturerad diagnostisk intervju som täcker flertalet barnpsykiatriska diagnoser.

Det övergripande syftet för denna avhandling har varit att utvärdera BCFPI, K-SADS-PL och SCARED-R inom BUP öppenvårdsmiljö.

Faktorstrukturen i den svenska versionen av BCFPI visade sig vara god och lik faktorstrukturen i den engelska originalversionen. Faktorstrukturen var överlag densamma för pojkar och flickor, barn 6-12 år respektive tonåringar 13-17 år och för barn till föräldrar med svenska eller annat språk som modersmål. Den prediktiva validiteten hos diagnoser erhållna med K-SADS-PL jämfört med LEAD-diagnoser var mycket god för flertalet diagnoser, god för ADHD men mindre god



för autismspektrumstörning. Kriterievaliditeten hos symptomskalorna i BCFPI jämfört med LEAD-diagnoser var rimlig till god. Kriterievaliditeten för SCARED-R jämfört med LEAD-diagnoser var rimlig till god för flertalet ångestdiagnoser. Föräldrarnas skattningar var överlag mer valida än barnens egna skattningar.

Den svenska versionen av BCFPI kan med tillförlitlighet användas för att screena för de vanliga barnpsykiatriska diagnoserna hos pojkar och flickor i ålder 6-17 år, och oberoende av föräldrarnas modersmål. K-SADS-PL har god till mycket god validitet för flertalet barnpsykiatriska diagnoser om den utförs av en tränad läkare, med möjlighet till konsultation hos erfaren kollega. Föräldraversionen av SCARED-R kan användas för screening av flertalet ångeststörningar hos barn medan barnversionen tillför något mindre i en psykiatrisk öppenvårdsmiljö där många barn lider av samsjuklighet.

### Linköping

#### *Identifying Patterns of Emotional and Behavioural Problems in Preschool children – Facilitating Early Detection*

Berit Gustafsson

Psykisk ohälsa debuterar ofta i tidig barndom och kan kvarstå upp i vuxen ålder, därför är tidig upptäckt av psykisk ohälsa viktig för att kunna minska mänskligt lidande.

Övergripande syfte var att fylla kunskapsluckor vad gäller att identifiera mönster av internaliserande och externaliserande problem som kan påvisa psykisk ohälsa hos förskolebarn i Sverige. 815 barn i åldrarna 1-5 år vid ett stort antal förskolor i hela Sverige deltog i en studie över tre år. För att möjliggöra tidig upptäckt har screeningsinstrumentet Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) validerats och cut-off gränser för förskolebarn identifierats.

Utvecklingen av internaliserande och externaliserande problem över tid studerades också. Förskolebarnens beteendeproblem minskade med ökad ålder. Barn som även uppvisade hyperaktivitet första året hade inte lika markant minskning av beteendeproblem över tid. Mera hyperaktivitet tidigt i livet ökar alltså risken för mer beteendeproblem tre år senare. Förskolebarn med högt engagemang och gott socialt samspel visade en god funktion i förskolan, även om de samtidigt uppvisade hyperaktivitet. Förskolebarn som uppvisade lågt engagemang och sämre socialt samspel, enbart eller i kombination med hyperaktivitet och beteendeproblem, hade även ökad andel av andra problem. Stabilitet i funktion var relaterat till ett

stort antal skydds- eller riskindikatorer i personliga karakteristika eller i barnets miljö.

Sammantaget har denna avhandling visat att frågeformuläret SDQ kan användas för att identifiera förskolebarn med internaliserande och externaliserande problem. Dessa barn är viktiga att upptäcka då de även löper högre risk att utveckla psykisk sjukdom senare i livet.

#### *Adolescents Selling Sex and sex as Self-Injury*

Cecilia Fredlund

Flera befolkningsstudier från västerländska länder har visat att ca 1-2 % av ungdomar i gymnasieåldern har erfarenhet av att sälja sex och det tycks vara något mer vanligt bland pojkar än bland flickor. Frågan är varför unga säljer sex i en välfärdsstat som Sverige? Finns det andra bakomliggande orsaker mer än ekonomisk ersättning? Avhandlingen är baserad på två befolkningsstudier av elever på tredje året i gymnasiet samt en kvalitativ internetbaserad enkätstudie.

Avhandlingen visade att förutom bakomliggande materiella orsaker, såsom behov av droger och/eller pengar, säljer unga sex på grund av orsaker kopplade till lust, som att det är roligt/spännande. Känslomässiga orsaker var dock den viktigaste orsaken och innefattade behov av närhet, uppmärksamhet, psykiskt dåligt mående/behov av att dämpa ångest eller att personen blev övertalad. Känslomässiga orsaker var starkt kopplade till erfarenhet av sexuella övergrepp och sex som självskada. I undersökningen ställdes frågan "har du någon gång använt sex för att avsiktligt skada dig själv?", totalt svarade 3,2 % av flickorna och 0,8 % av pojkarna ja på denna fråga. Sex som självskada var starkt kopplat till erfarenhet av sexuella övergrepp och dåligt psykiskt mående inklusive depression, ångest, dissociation och posttraumatisk stress.

#### *Keeping track of time: Daily time management, participation, and time-related interventions for children, adolescents, and young adults with neurodevelopmental disorders*

Birgitta Wennberg

Barn, ungdomar och vuxna personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som attention-deficit/hyperactivity (ADHD) och intellektuell funktionsnedsättning kan ha svårigheter att förstå och hantera tid. Problemen är inte alltid synliga men kan ändå leda till nedsatt autonomi och delaktighet i vardagslivets aktiviteter hemma, vid utbildning och arbete och på fritiden. För att kompensera för de svårigheter som kan uppstå kan de som har behov av det få tillgång till



tidshjälpmiddel. Exempel på tidshjälpmiddel är visuell timer, individuellt utformat schema som visar när och vad man planerat att göra under en dag eller en vecka, digitalt schema med tidsstöd och appar med tids- och påminnelsestöd.

Det övergripande syftet med avhandlingen var att undersöka tidshantering i vardagen och tidsrelaterade interventioner som syftar till att underlätta delaktighet i vardagslivet för barn, ungdomar och unga vuxna med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. I studie I intervjuades 9 personer (17–37 år) med intellektuell funktionsnedsättning om sin användning av tidshjälpmiddel och hur dessa påverkade deras känsla av delaktighet i vardagsaktiviteter. I studie II och IV deltog barn med ADHD, 9–15 år, som medicinerade mot ADHD. I studie II, som var en RCT, var syftet att undersöka hur en ny intervention påverkade barnens tidsuppfattning och tidshantering. Barnens tidsuppfattning mättes med ett standardiserat bedömningsinstrument (KaTid), tidshanteringen skattades både av föräldrarna med ett frågeformulär (Tid-F) och av barnen med ett självskattningsformulär (Tid-S).

Interventionen bestod av tre delar: 1) psykoedukation (utbildning) till föräldrar och coacher, 2) arbetsterapeutiska insatser som inkluderade förskrivning av tidshjälpmiddel och anpassningar i miljön samt att 3) barnen fick träna sin tidsuppfattning med hjälp av ett program med tio utmaningar med stegrande svårighetsgrad. Barnen fick hjälp av en coach i träningen. Barnen i interventionsgruppen ökade både sin tidsuppfattning och sin tidshantering signifikant mer jämfört med barnen i kontrollgruppen.

I studie III var syftet att jämföra tidsuppfattning, tidshantering och självskattad autonomi mellan barn och ungdomar i åldern 9–15 år med ADHD, med intellektuell funktionsnedsättning och med barn och ungdomar utan funktionsnedsättning. Barnen med ADHD hade lägre tidsuppfattning, tidshantering och autonomi jämfört med barn utan funktionsnedsättning. Barnen med intellektuell funktionsnedsättning hade lägre tidsuppfattning och autonomi än barnen med ADHD men deras tidshantering skattades som högre av deras föräldrar jämfört med föräldrarna till barnen med ADHD. Det visade sig också att det generella mönstret för tidsuppfattning inte skiljde sig åt mellan barnen med ADHD, barnen med intellektuell funktionsnedsättning och barnen utan funktionsnedsättning men att barnen med ADHD och de med intellektuell funktionsnedsättning generellt visade sig vara senare i sin utveckling av tidsuppfattningen.

Utifrån resultaten i studierna rekommenderas att tidsuppfattning och tidshantering ska bedömas för att identifiera svårigheter i dessa mått hos barn med ADHD. Detta för att

erbjuda skräddarsydda tidsrelaterade interventioner som ett komplement till medicinerings.

## Stockholm

### *Pediatric Acute Neuropsychiatric Syndrome – Diagnosis, biomarkers and treatment*

*Eva Hesselmark*

Pediatriska autoimmuna neuropsykiatriska störningar förknippade med streptokockinfektioner (PANDAS) och pediatrikt akut neuropsykiatriskt syndrom (PANS) kombinerar en klinisk bild av akut debuterande tvångssyndrom, tics eller ätstörningar med en föreslagen inflammatorisk patogenes. Det är emellertid osäkert om patienter med PANS eller PANDAS skiljer sig från andra psykiatriska patienter med avseende på symptom, sjukdomsförlopp eller symptombelastning initialt. Det finns ett diagnostiskt test i klinisk användning, som syftar till att diagnostisera PANS och PANDAS, men dess kliniska giltighet är ännu oklar. Den föreslagna inflammatoriska patogenesen av störningarna motiverar immunmodulerande behandlingar, men evidens för att använda sådana behandlingar saknas.

I studie 1–3 undersöktes knappt 30 unga vuxna med PANS/PANDAS och debut under barndomen med jämförbara kontroller. Studie 4 var en systematisk review av studier som undersökt behandling av PANS/PANDAS.

Episodiskt förlopp, akut debut och hög symptombelastning vid starten är bättre indikationer för PANS än närvaron av specifika symptom. Cunningham-panelen är inte en pålitlig diagnostisk metod för PANS. Vid behandling av patienter med PANS är det viktigt att ha kunskap om både psykiatriska och immunmodulerande behandlingar. Bristen på evidensbaserade eller effektiva behandlingar kan leda till låg patienttillfredsställelse. Fältet PANS och PANDAS behöver mer och bättre forskning om resultatet av behandlingarna. Viktiga metodologiska frågor inkluderar diagnostiska utmaningar och brist på relevanta resultatmått.

### *Internet-delivered cognitive behaviour therapy for paediatric anxiety disorders in clinical settings: increasing access to evidence-based treatment*

*Maral Jolstedt*

Ångest bland barn är vanligt förekommande och kan vara associerat med ett stort lidande hos barnet. Trots att det finns effektiva psykologiska behandlingar, så är det endast ett fåtal som har tillgång till dem. Internetbaserad kognitiv beteendeterapi (IKBT) skulle kunna vara ett effektivt och kostnadsbesparande sätt att öka tillgången till evidensbaserade behandlingar för barn med ångestsjukdomar.

IKBT för barn med ångestsjukdomar utvärderades i två kliniska miljöer; som del av en specialenhet i Region Stockholm inom BUP, samt som del av en öppenvårdsenhet i Region Jämtland Härjedalens BUP. Specifikt utvärderades effekten och kostnadseffektiviteten av IKBT, långtidseffekten, samt möjligheten och effekten av att erbjuda IKBT inom en öppenvårdsenhet i landsbygden.

Resultatet visade att IKBT var en effektiv och kostnadsbesparande behandling och behandlingseffekterna kvarstod upp till 12 månader efter avslutad behandling. IKBT tycks dessutom gå att sprida genom en BUP öppenvårdsenhet på landsbygden. De familjer och lokala kliniker som deltog i studien var nöjda och ångestsymtomen hos barnen minskade.

IKBT för barn med ångestsjukdomar är en effektiv och kostnadsbesparande behandling, åtminstone för dem med måttlig ångestproblematik. IKBT skulle kunna erbjudas som ett förstahandsalternativ inom reguljär vård (dvs innan traditionell ansikte-mot-ansikte-behandling).

### *Tailoring and Standardizing the Assessment of Ability and Disability in ADHD and Autism: The Development of WHO ICF Core Sets*

*Soheil Mahdi*

Begreppet hälsa har utvecklats över tid och betraktas idag som en flerdimensionell konstruktion som inte bara involverar frånvaron av försämringar eller patologier, utan också livskvalitet och individuell funktion. Denna konceptualisering är särskilt viktig för individer med neuroutvecklingsstörningar (NDD), eftersom dessa kännetecknas av tidiga symptom som tenderar att fortsätta till vuxen ålder, störande individuellt välbefinnande, aktiviteter i det dagliga livet och engagemang i samhället. År 2001 lanserade Världshälsoorganisationen (WHO) International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), ett klassificeringssystem baserat på en biopsykosocial ram som syftar till att beskriva och förstå hälsorelaterad funktion. För att underlätta implementeringen har kortare versioner av ICF (dvs. Core Sets) utvecklats.

Studie I-II använde en blandad kvalitativ-kvantitativ studiedesign, som omfattade klienter med ADHD/ASD (barn, ungdomar, vuxna), vårdgivare och yrkesverksamma som deltog i fokusgruppdiskussioner eller individuella intervjuer i fem länder och WHO-regioner. I studie III-IV användes en tvärsnittsstudiedesign, där kliniska forskare bedömde funktionsnivån för individer med ADHD och ASD med hjälp av en checklista med ICF-kategorier.

Intressant nog lyftes vissa verksamhetsområden och deltagande, som inte omfattas av forskning eller klinisk praxis, fram som viktiga områden att utforska, såsom deltagande i samhälls-

livet och medborgarlivet, hemmaliv, egenvård och mobilitet (dvs. med transport).

I framtiden kommer verktyg att härledas från ICF-CS för ADHD och ASD och implementeras i olika miljöer (t.ex. kliniker, skolor, sociala tjänster) som spelar en viktig roll i livet för individer med ADHD och ASD. Kategorierna i ICF-CS måste operationaliseras till användbara kategorier som användare (t.ex. kliniker, klienter, vårdgivare) kan bedöma med lättighet och tydlighet.

### *Morphological variants in neurodevelopmental disorders*

*Lynnea Myers*

Utvecklingsneurologiska störningar (NDD), inklusive autismspektrumstörning (ASD) och ADHD, diagnostiseras hos en minoritet av barn, ungdomar och vuxna över hela världen. Fysiska undersökningar rekommenderas för barn som genomgår bedömning av NDD: er, inklusive utvärdering av förekomsten av morfologiska varianter, dvs. kroppsliga särdrag såsom lågt sittande öron, krökta fingrar, smala läppar, etc. Morfologiska varianter har visat sig förekomma oftare hos barn med vissa NDD, till exempel ASD, och hos barn med genetiska syndrom. Fysiska undersökningar av morfologiska varianter kan hjälpa till att identifiera barn som genomgår bedömning av NDD: er som skulle ha nytta av ytterligare screening eller testning (dvs. genetisk). Men dessa fysiska undersökningar är ofta subjektiva, tidskrävande och kräver hög kompetensnivå.

Avhandlingen använder en kohort av tvillingar rekryterade i Roots of Autism and ADHD Twin Study in Sweden (RATSS) som fick detaljerade kliniska och automatiserade morfologiska bedömningar, neuroimaging och molekylär genetisk testning. Syftet med studierna i denna avhandling är att identifiera egenskaper hos morfologiska varianter som kan stödja NDD-screening och riskbedömning, att testa om det är möjligt att få tillförlitliga morfologiska bedömningar med låg kostnad, automatiserad teknik och att använda tvillingdesign för att utforska potentiell genetisk och miljömässig påverkan på utvecklingen av morfologiska varianter. Sammantaget antogs det att individer med NDD skulle ha ökat antal morfologiska varianter jämfört med dem med typisk utveckling.

Personer med ASD i synnerhet hade ökat antal mindre fysiska avvikelser (MPA), liksom de med ökande poäng på ett mått för autistiska egenskaper och personer med lägre IQ.

Personliga kliniska bedömningar av ansiktsmorfologiska varianter (FMV: er) jämfördes med automatiserade bedömningar med Face2Gene (F2G) och fynd från de automatiserade bedömningarna i en stor tvillingkohort med antingen typisk utveckling eller NDD. Studien undersökte också skillnader i FMV genom närvaro av NDD-diagnos. Studien fann hög till

nästan fullständig överensstämmelse mellan kliniska och automatiserade bedömningar av FMV: er. FMV: er var emellertid varken ökade eller särskiljbara mellan olika personer med NDD-diagnoser jämfört med dem med typisk utveckling.

Studierna i denna avhandling pekar på det potentiella värdet av morfologisk bedömning som en del av den fysiska undersökningen hos individer med NDD: er, särskilt för dem som kan ha NDD: er som ASD, ökade autistiska egenskaper, lägre IQ eller genetiska varianter. I allmänhet fann studierna i denna avhandling ett ökat antal morfologiska varianter hos individer med NDD: er och i vissa med genetiska variationer (dvs 12q12-duplikering). Även om automatiserade bedömningar nu är tillgängliga för att detektera morfologiska varianter, är de begränsade till bara vissa kroppsregioner (dvs ansikte). Därremot möjliggör personliga kliniska bedömningar en fullstän-

dig undersökning från huvud till tå och verkar vara bättre på att identifiera individer med morfologiska varianter. Sammanfattningsvis kan identifiering av morfologiska varianter peka på individer med möjliga NDD: er eller underliggande genetiska förändringar och ha potential att hjälpa till att beskriva individer som genomgår diagnos för NDD: er som bäst skulle dra nytta av ytterligare screening eller testning, såsom genetisk testning.

**Per Gustafsson**

*Professor emeritus BUP, Linköping*

Länkar till avhandlingarna finns på [www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)



Foto: Shutterstock/BMJ



# Psykopati och antisocial personlighetsstörning kan härröra från divergenta neuronala processer

Psykopati är ett dragkontinuum som i viss mån är hereditärt och dessutom starkt kopplat till biologiska processer i hjärnan. Dragkontinuums extremiteter kan anses vara farliga för individer och samhället. Hjärtlöshet, grandiositet, manipulering och avsaknad av skuldkänsla samt empati utgör kärnpsykopatiska drag. Kärnpsykopati är ofta komorbid med antisocialt beteende. Dessa två tillsammans kallas för psykopati. Prevalensen av psykopati är 1 % i allmänhet, 3 % i rättspsykiatriska populationer, 4 % hos företagsledare och 20 % hos interner. Uppförandestörning och antisocial personlighetsstörning (ASPD) behöver inte kärnpsykopatiska drag för diagnos. Emellertid är dessa tillstånd ofta komorbida. De flesta personer med psykopati uppfyller rekvisit för ASPD, medan motsatsen inte är sann. Det finns ingen diagnos för psykopati vare sig enligt DSM-5 eller ICD-10. Därtill används dessa två tillstånd ibland som synonymer i litteraturen och praxis, vilket utgör en ytterligare utmaning för att utröna psykopatins neurobiologiska etiologi.

I denna studie granskades systematiskt och summerades kvalitativt 118 funktionella samt strukturella MR-neuroavbildningsstudier, utförda på individer med psykopatiska drag. Därtill syftade denna studie till att syntetisera fynd från olika MR-modaliteter som täcker olika aspekter av neural struktur och funktion, för att utforska huruvida dessa aspekter var konsistenta.

Både funktionellt och strukturellt visade psykopatiska individer avvikelser i hjärnan synnerligen i frontotemporala och limbiska samt paralimbiska regioner. Uttalade gråsubstansförluster förekom särskilt i prefrontala cortex, temporala gyri inklusive fusiform gyrus, amygdalorna, hippocamperna och gördelvindlingen samt insula. Därtill var minskad vitsubstansintegritet i uncinata fasciculus och det dorsala cingulumet kopplade till kärnpsykopati. Hjärnans standardnätverk var dysfunktionellt hos psykopatiska individer medförande dåligt moraliskt omdöme och deficit i metakognitiva och introspektiva färdigheter. Dysfunktion av den posteriora lillhjärnan, spegelneuronsystemet och

medverandeteoretiska systemet medförde emotionell distansering, avsaknad av empati och stark oförmåga till integrering av affektiv information i kognitionen. Hos individer med kärnpsykopatiska drag konstaterades både skillnader och likheter jämfört med individer med ASPD vad avbildningsfynden anbelangar. Därtill företedde dessa grupper vissa andra beteende- och genetikmässiga skillnader.

Sammanfattningsvis är psykopati associerad till diverse strukturella och funktionella avvikelser i hjärnan. Därtill kan psykopati och ASPD härstamma från divergenta neurologiska korrelat.

**Mika Johanson**

*Medicine kandidat vid Karolinska Institutet, Stockholm*

**Markku Lähteenvuo**

*Medicine doktor och specialist i rättspsykiatri  
Niuvanniemi sjukhus, Kuopio, Finland*

Studien, som finansierades av Social- och hälsovårdsministeriet i Finland via en utvecklingsfond för Niuvanniemi sjukhus, är publicerad i *Frontiers in Psychiatry*: Johanson M, Vaurio O, Tiihonen J and Lähteenvuo M (2020) A Systematic Literature Review of Neuroimaging of Psychopathic Traits. *Front. Psychiatry* 10:1027. doi:10.3389/fpsy.2019.01027.

Tillgänglig via

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.01027/full>

**ANNONS**

# Vill vi verkligen se resultaten?

**Hur ska vi verkligen värna vård och insatser till de mest behövande? Hur ska vi freda tidiga insatser vid allvarliga psykiatriska tillstånd? Nationellt framtagna vårdprogram, vårdförlopp och uppföljning med hjälp av kvalitetsregister kan vara en framgångsrik väg.**

Ibland säger vi saker utan att riktigt mena det, ja i alla fall jag. Man vill liksom på ett tydligt plan, innan det får konsekvenser i ens liv för då blir det svårare. "Jag vill självklart se resultaten av vår verksamhet i data som speglar nytta för patienter och närstående", är en sådan sak. En annan är: "vi ska självklart erbjuda likvärdig vård till alla patienter och i hela landet". Jag står verkligen för båda dessa utsagor från mitt hjärta men när det innebär att jag måste ändra mitt arbetssätt, våra resultat blir synliga och det kanske syns att jag varken har så bra resultat som jag trodde eller följer riktlinjer som jag borde så blir det jobbigt. Jobbigt på ett högst mänskligt plan, tänker jag. Det är svårt att räkna till för allt som vi borde och vår organisation, våra resurser och personalsituationen gör det i vissa lägen närmast omöjligt att göra ett riktigt bra jobb.

Vi kan välja olika sätt att förhålla oss för att inte hamna i en allt för kraftig etisk stress. Strunta i pålagorna om uppföljning, jobba som vi brukar och hänvisa till krångliga IT-system, tidsbrist, ökad administrativ börda och vår tveksamhet till uppföljning. Ett annat sätt är att tänka att om inte vi kämpar för att de mest utsatta människorna i vårt samhälle ska få rätt hjälp vem ska då göra det. Jag och PsykosR (Kvalitetsregistret för psykosvård) har valt den senare strategin. Om det är rätt och om det är framgångsrikt diskuterar vi gärna.

Vi har kastat oss in i arbetet med nationella kunskapsstöd och vårdprogram med full energi. Under 2018 och 2019 deltog vi i den första nationella arbetsgruppen, NAG, inom Nationellt programområde psykisk hälsa. Det arbetet resulterade i det första Vård- och insatsprogrammet, VIP-schizofreni som ligger öppet på [www.vardochinsats.se](http://www.vardochinsats.se). Nästa steg i kunskapsstyrningssystemet var att ta fram Vårdförlopp efter en viss standard. De kallas numera personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, förkortas vårdförlopp.

Redan i arbetet med att ta fram VIP-schizofreni blev det tydligt att det inte finns någon annan nationell datakälla än kvalitetsregistret om man vill följa upp resultaten för patienterna. När vi nu deltagit i framtagandet av ett vårdförlopp för förstagsångsinsjuknade i psykos/schizofreni har det blivit än mer tydligt. Om vi vill följa införandet av evidensbaserade metoder och se om det får resultat för patienterna inom områden som är viktiga i deras liv så finns ingen annan nationell källa än vårt kvalitetsregister.

Resultatet av arbetet med vårdförloppet har gått bra och schizofreni är ett av sju vårdförlopp som gick ut på remiss den 27 januari, se SKR:s hemsida. Övriga sex vårdförlopp är från somatiken, KOL, stroke, reumatoid artrit m.fl. Schizofreni förstagsångsvårdade sträcker sig från första psykosymtom till 1-årsuppföljning. Beslut finns nu som tillåter fortsättning med resten av vårdförloppet: i remission, vid återinsjuknande, komplicerade situationer, behov av insatser för kroppslig ohälsa osv.

För att vara säkra på att detta ger resultat i form av mer jämlik vård, bättre prognos och ökad möjlighet till återhämtning måste vi följa upp. Vårt stora problem idag är en alltför låg täckningsgrad, det vill säga för få registreringar i registret. Arbeta med direktöverföring från journal pågår, några regioner gör det idag, men det kommer ta många år innan det är på plats i hela landet. På hemsidan [www.psykreg.se](http://www.psykreg.se) syns hur många registreringar respektive ansluten enhet har gjort.

Hjälp varandra att våga, hinna och orka registrera. Inte för vårdgivarens eller registerhållarnas skull utan för patienterna och deras närstående. Gör det för att vi inte ska införa insatser eller standardisering som är negativa för dem vi är till för.

För kvalitetsregistret för psykosvård PsykosR  
**Ing-Marie Wieselgren**  
 Registerhållare för PsykosR och ansvarig för  
 utvecklingsarbete på SKR



Foto: Thomas Henriksson

Länkar

Vård- och insatsprogram:

[www.vardochinsats.se](http://www.vardochinsats.se)

Remissvar vårdförlopp:

<https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning/personcentreradesammanhallnavardforlopp/remissvarvardforlopp.31558.html>

Antal registreringar i psykiatriska kvalitetsregister per enhet:

[www.psykreg.se](http://www.psykreg.se)

Resultatrapporter:

[www.psykosr.se](http://www.psykosr.se)





## Barn, unga och trauma

Kjerstin Almqvist, Anna Norlén och Björn Tingberg  
Natur & Kultur, 2019

### Ur FN:s Barnkonvention

”Barnets bästa ska alltid komma i första rummet, ha rätt att uttrycka sin mening i alla frågor som berör det, rätt till sitt privat- och familjeliv, rätt att skyddas mot fysiskt eller psykiskt våld, mot vanvård eller utnyttjande av föräldrar eller andra vårdnadshavare, rätt att skyddas mot alla former av sexuella övergrepp och mot att utnyttjas i prostitution och pornografi. Flyktingbarnet har rätt till skydd och hjälp om det kommer ensamt eller tillsammans med föräldrar eller annan person.”

### Upplägg

Kjerstin Almqvist, Anna Norlén och Björn Tingberg tar i sin bok *Barn, unga och trauma* FN:s Barnkonvention som utgångspunkt för samhällets åtagande gentemot sina yngsta medborgare vad gäller såväl dessas allmänna utvecklingsomständigheter som förebyggande och behandling av traumatiska upplevelser. De välrenommerade författarnas samlade kompetens rymmer akademisk forskning, verksamhetsledning, utbildning och gedigen klinisk erfarenhet.

Bokens första avsnitt behandlar traumatiserade barns reaktionsmönster, vanliga symtombilder och samspel mellan barn och föräldrar. Det andra avsnittet omfattar svåra händelser i familjer, barnmisshandel, våld i nära relationer, sexuella övergrepp och organiserat våld, sorgprocesser i familjer, övergrepp mellan barn. Det tredje avsnittet omfattar traumatiserade barn och unga i allmänhet, hur de uppmärksammas, utreds och behandlas samt olika samhällsinsatser.

### Traumatiserande upplevelser

Dessa upplevelser kan dels vara katastrofer/olyckshändelser av skilda slag som ofta får sekundära relationella konsekvenser, eller upplevelser som är primärt relationella, till exempel grav försummelse eller sexuella, fysiska, icke-fysiska övergrepp. I ett avsnitt om organiserat våld, till exempel krig, lyfts de vanligaste traumatiserande erfarenheter fram som kan möta flyktingbarn och deras familjer. Författarna påpekar att ensamkommande

barn dock lyckas lika bra i skola och arbete som andra barn med utländsk härkomst. Dödsfall i barnfamiljer är ofta traumatiska oavsett vilken familjemedlem det gäller och kan leda till komplicerat sorgearbete som kan kräva både extra stöd och psykoterapi.

De ”relationella” övergreppen omfattar en spännvidd av företeelser, alltifrån grooming över nätet till våldtäkt och incest. Övergreppen kan, men behöver inte vara våldsamma. Flickor, sårbara, försummade eller tidigare utsatta är särskilt drabbade. När det gäller äldre barn och tonåringar är förövaren vanligen en någorlunda jämnårig person, men även mindre barn kan misshandla varandra, fysiskt och psykiskt. Ungefär två procent av övergreppen är incest, dvs. sker inom familjen och vanligen finns inga specifika symtom. Berättelsen är avgörande då vittnen saknas. Det är viktigt att lyssna in barnets upplevelse då vuxnas upprördhet och ilska kan innebära en ny påfrestning. Fysiska skador kan vara svåra att upptäcka och tolka men försummelse är än svårare – det finns inget tydligt försummelsesyndrom. Individens grundläggande reaktioner i den traumatiska situationen kan vara svåra att förstå då de styrs av grundläggande neurobiologiska ”reflexer” för reglering av rädsla-skräck-panik. Det sympatiska nervsystemets hyperaktivering kan vara lätt att förstå, den parasympatiska hyporeaktionen med dess frusna passivitet kan till exempel vid våldtäktssituationer förväxlas med likgiltighet eller passivt accepterade – ett förödande missförstånd. Likaså kan dissociationens förändrade medvetandetilstånd med dess ”icke närvaro” missförstås på likartat sätt.

### Symtom och mönster

Det är en stor variation i hur barn som utsatts för samma typ av allvarlig livshändelse reagerar. Akuta symtom på traumatisering kan gå över efter en månad. Står de kvar, tyder det på PTSD vilket innebär en varaktig, skadlig effekt på individens fysiska, emotionella, sociala och andliga funktionsnivå med till exempel påträngande återupprepade symtom, undvikande beteende, negativt förändrad sinnesstämning (skuld, skam,



äckel), förhöjd vaksamhet, muskulär spänning och dissociativa symtom. Ju yngre barnet är desto mindre specifika är symtomen. Hos de något äldre kan symptomatologin vara svår att skilja från den vid neuro-problematik. I konceptet "utvecklingstrauma" fångar författarna upp repetitiva svåra upplevelser under uppväxten, ofta med koppling till anknytningsproblem, inte minst när anknytningspersonen är skrämmande. De beskriver också ett tvångsmässigt omvårdande mönster där barnet ständigt tar hand om sin förälder samt ett kontrollerande aggressivt bestraffande mönster – det är inte ovanligt att föräldrar söker BUP för att barn slår sina föräldrar. Dessa mönster döljer barnets sårbarhet och brist på tillit.

#### Familjevåld

Familjevåld förekommer i alla samhällsklasser. Författarna redogör ingående för det dysfunktionella familjelivets smärtsamma destruktivitet och dess fatala konsekvenser för barnens psykiska struktur och hälsa. Kroniskt sjuka barn är särskilt utsatta. Familjer döljer inte sällan in i det sista sina problem – psykiska symtom, missbruk, relationssvårigheter/våld – genom omskrivning, förnekanden och tystnad. Barnens trauma förtigs dels för att det finns en stark tendens att vuxna förnekar hur barn påverkas, dels föreställer sig att barn glömmer fort. Barnet behöver inte bevittna våldet – det räcker att "mamma alltid är rädd". Själva hematmosfären tycks förgiftad. Ibland lägger barnet till synes paradoxalt skulden för situationen på den våldsutsatta föräldern. Traumatiseringen kan fortsätta då ett barn tvingas att mot sin vilja umgås med en våldsam förälder efter en separation.

#### Utredning och behandling

Utredning av misstänkt traumatisering utreds bäst med raka frågor, frågeformulär och bilder. Författarna ger förslag på ett antal öppnande frågor.

Vikten av att bygga upp en relation, att kunna ställa rätt frågor i rätt läge med de ordval som når barnet är avgörande.

Behandlingsmetoder med god evidens redovisas mycket översiktligt men följs av en mer ingående genomgång av dessa metoders gemensamma drag med betoning på skydd, bearbet-

ning/exponering och integrering/konsolidering. Traumatisera minnen står i vägen för att minnas goda erfarenheter. Författarna ger ett kondensat av traumabehandlingens viktigaste förutsättningar och genomförandeprocesser som för läsaren in i traumaarbetets praktiska verklighet vilket tydliggörs genom presentation av behandlingens styrande begrepp och överväganden. Krav på lyhörddhet, följsamhet och avvägd metodtrohet betonas.

#### Utsatta behandlare

Författarna uppmärksammar också de påfrestningar för behandlare som arbetet med traumatiserade barn och föräldrar innebär. För att undvika sekundär traumatisering krävs väl fungerande teamarbete, god arbetsledning, handledning och rimlig arbetsbörda. Samtidigt bidrar de möten som utredning och behandling innebär en möjlighet till fördjupad personlig utveckling också för behandlaren.

#### Läsvärt

Framställningen är noggrant forskningsunderbyggd med mängder av relevant statistik samt breda värdefulla kulturella utblickar. Inlagda, ibland mycket korta, vinjetter fördjupar förståelsen. Boken är läsvärd inte minst för att författarna funnit en språknivå och ett "tilltal" som bör passa en bred läsekrets. Den är informationstät utan att vara överlastad och överraskande lättläst.

**Björn Wrangsjö**

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri  
Stockholm*



## Utvecklingspsykologi

Philip Hwang och Björn Nilsson  
Natur & Kultur, 2019

### Hur blir man som man blir och hur blev man som man blev

Upplevelsen av sig själv i nuet kan ställas mot ett retroperspektiv, kanske också mot ett framtidsperspektiv. Kanske reflekterar vi inte så mycket över våra liv under resans gång – när vi är små är förmågan ju begränsad och när livet är som mest intensivt har vi inte tid och när vi är gamla kanske vi inte orkar. Nå, det ger väl kanske mer att leva sitt liv än att reflektera över det. Aspekter av människors liv, ensamma och tillsammans med andra, skildras och gestaltas i konstarter: litteratur, måleri, skulptur, musik. Men förståelse och igenkänning beträffande inte bara andra utan också beträffande sig själv, kan man faktiskt också finna i facklitteraturen, till exempel i *Utvecklingspsykologi* av Philip Hwang och Björn Nilsson, båda välrenommerade författare på området. Boken som utkom först 1995 är en omfattande bearbetning av utgåvan från 2011 och vänder sig till studerande och verksamma inom områden som kräver kunskap om individens utveckling

### Livsspännat

Utvecklingspsykologi handlar om det som sker med en individ under hela livsspännat. Varför blir livet som det blir vad gäller stabilitet och förändring avseende beteende och mentala processer inom social, kulturell och historisk kontext? Författarna har ett flertal infallsvinklar att ta ställning till beträffande sitt fokus. Hur ska kronologisk, biologisk, psykologisk och social ålder beaktas? Ska man presentera generell statistisk utveckling med medelvärden och viss normalfördelad spridning eller följa den enskilda individens unika utveckling i olika avseenden? Ett generellt fynd tycks vara att utvecklingsaspekter i olika avseenden som tidigare vanligtvis beskrivits i termer av på varandra följande faser, visserligen huvudsakligen tycks göra detta, men dels tycks kunna vara inflettade i varandra, dels att individen kan pendla fram och tillbaka mellan olika utvecklingsfaser bland annat beroende på olika yttre omständigheter.

Författarnas fokuserar både på kontinuerligt expanderande differentierande processer och språngvis kvalitativ förändring i olika avseenden men också det man snarast kan kalla avveckling. Barnet föds till exempel med ett till synes överskott av neuron, en potential för att möjliggöra ett maximalt antal nätverksbildningar, som gallras genom "use it or lose it"-processer. Träning innebär formande av nya nätverk, men med åren tunnlar neurontätheten ut påtagligt även om det också sker en viss nybildning av neuron. Minnesfunktioner "peakar" i tretioårsåldern för att sedan gradvis avta, även om de individuella variationerna är stora. Glömskekurvan är spännande – efter 20 minuter har vi redan glömt hälften av en viss information och efter en månad kvarstår ca 10 procent.

### Olika åldrar – utveckling och svårigheter

Författarna har valt en indelning av utvecklingen i sex avsnitt: fostret blir barn, spädbarnsåren 0–2, förskoleåren 3–6, de tidiga skolåren 7–12, ungdomsåren 13–20 och slutligen tiden som vuxen. Inom varje avsnitt behandlas fysisk, kognitiv och socioemotionell utveckling. Författarna baserar i stor utsträckning sin framställning på forskningsfynd och rustar läsaren vad gäller att förstå hur dessa fynd kan ha genererats genom en introduktion av forskningsprocessers elementa. Forskningsfynden och dessas begränsningar vävs in i beskrivningen av utveckling på ett organiskt och smidigt sätt. Det är dock inte alltid lätt att avgöra var sällsynta normalvarianter slutar och psykopatologi börjar. Författarna handskas med det bland annat genom att peka ut risker för avvikande utveckling, men stannar vanligen "på tröskeln" till vidare utveckling av de traditionella symtomdomänerna, vilket är nödvändigt för bokens syfte och omfång.

### Hur förstå iakttagelser och forskning

Men systematiskt samlade data måste sättas i sammanhang och tolkas. Förutom modern teoribildning anlägger författarna också ett historiskt utvecklingsperspektiv på teoriutvecklingen. De ger boken en intressant extra dimension med referen-



ser som ofta är över femtio år gamla: bland annat till Pavlov, Skinner, Freud, Bandura, Erikson, Bowlby, Piaget, Vygotskij, Mead, Bronffebrenner. Dessas teorier, ofta baserade på systematiska iakttagelser, har senare i varierande grad verifierats genom modern forskning. Författarnas kritik av dessa pionjärs teoribildning tycks mig i sig i stort sett korrekt och väl funnen. Dock med ett undantag. Författarna skriver ”psykoanalysen eller det psykodynamiska perspektivet har haft stor betydelse...”. Författarna tycks utgå ifrån att psykoanalys och det psykodynamiska perspektivet är identiska vilket inte stämmer. Detta senare perspektiv började gå sin egen väg redan för 50 år sedan, till exempel genom korttidsterapi genom Malan och Devanloo och omfattar numera ett antal psykoterapiformer av skilda slag.

#### **Inte bara innehållsrik**

Kanske förefaller boken teoretisk och tung, men med alla ramar och strukturella överväganden på plats är den snarare närmast njutbar att läsa – inte så vanligt för facklitteratur, med en god balans mellan det vardagsnära och det vetenskapligt underbyggda. För mig framstår avsnitten om födelse och föräldraskap och om identitet som särskilt givande.

Boken är en väl skriven sammanfattning och uppdatering av ”the state of the art”. Målsättningen att beskriva utvecklingen i hela livsspannet i sitt sammanhang, undvika onödiga facktermer och genom att koppla teori och praktik har författarna lyckats väl med.

#### **Några synpunkter**

Det är lätt att ha önskemål när man inte behöver realisera dem! HBTQ-perspektivet är nämnt i förbigående. Könsdysfori finns inte i registret och det är lite oklart om det ses som en variant av normalutveckling eller som ett patologiskt fenomen. Vissa referenser till andra, mestadels ”exotiska” kulturer görs men grupp/klankulturens inverkan på familje/nätverksdynamik berörs inte – vissa barn och ungdomar lever i sådana familjesystem. Nätverksperspektivet är mycket sparsamt behandlat. Jag skulle gärna ha sett gerotranscendensbegreppet i anslutning till åldrandet. Dessa påpekanden är inte avsedda som kritik, man kan inte ”få med allt” utan snarare som ett konstaterande. Ibland kan man som författare ”komma runt” urvalets dilemma genom att påpeka i förordet vad man skulle velat ha med men inte fått plats med.

**Björn Wrangsjö**

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri  
Stockholm*



Foto: Shutterstock/mirtmirt



## Psyksystrar berättar

Barbro Gustafsson, Lena Lundh, Ingrid Sandin, Louise Seimyr, Lillemor Sundström och Gunnel Svedberg  
Exempla, 2019

### Se tillbaka

Vad som har hänt under ens yrkesliv kan man fundera över när väl arbetslivet är avslutat och kan summeras. Ett visst perspektiv kan man läsa sig till genom facklitteraturen. Ett annat är att skriva sina memoarer baserat på egna minnen. Ytterligare ett tillvägagångssätt är att slå sig samman med kollegor för att få ökad bredd och djup på berättelsen även om den kanske tappar något i personligt tilltal. Läsares intresse kan öka om yrkeslivet varit långa och om de som "var där" i begynnelsen blir allt färre.

### En yrkesbana inom psykiatri

I boken *Psyksystrar berättar* beskriver sex psykiatrisjuksköterskor sina yrkeslivserfarenheter: yrkesval, tjänstgöringar och utbildning. De har träffats regelbundet sedan 1960-talet och bildat en skrivargrupp. Sex av dessa sju hade sina första kontakter med psykiatri under andra halvan av 1950-talet, sålunda för ungefär sextio år sedan, i stort sett samtidigt som Gunnar Lundqvists *Psykiatri och mentalhygien* kom ut, den tidens svenska standardverk på området.

Deras samlade erfarenheter sprider sig över mentalsjukhus i hela landet. I gruppen finns erfarenheter av att vara översköterska, klinikföreståndare, vårdlärare, att ha uppdrag i övergripande vårdplanering och av forskning och akademiska avhandlingar. Där finns internationella erfarenheter från England, USA, Ryssland, Vitryssland, Norge, Tanzania och Lettland. De har varit med om att vara medarbetare i psykiatriska läroböcker och fått uppleva hur yrket har avancerat till att bli en högskoleutbildning 1977. Sedan 1993 är den en treårig akademisk utbildning i omvårdnad/vårdvetenskap. Flera mötte den brytning av den kustodiella mentalvården vars upptakt de kunde bevittna och vara delaktiga i.

### Att bli och vara psykiatrisjuksköterska

Vanligen tycks möten med en viss patient under utbildningen, kontakten med en inspirerande äldre kollega eller "familjeärv" ha påverkat valet av såväl sjuksköterskeyrket som psykiatrinriktningen. Om utbildningen gått från mentalsköterska till sjuksköterska kunde övergången vara dramatisk, då en av en

ung sjuksköterskas största utmaningar var att hantera rollen som arbetsledare för de många gånger mer erfarna och äldre skötarna. Vissa kunde fasa för att möta sina forna arbetskamrater i sin nya yrkesroll, den att bli arbetsledare med ansvar för att skapa en stödjande miljö för människor med svår psykisk ohälsa.

Som sjuksköterska skulle man ha ett gott humör och självförtroende, utstråla en viss myndighet, vara känslövarm och ha ett oändligt tålamod, alltid vara vänlig, rättvis, aldrig småaktig i mötet med patienterna i vardagens olika praktiska moment, detta i en ibland själsdödande enformighet, en instängdhet i en trång och torftig miljö med kamp om gränser.

Skötarverksamheten skulle styras av översköterskan, självgenererande regelverk och orubbliga arbetstidsscheman följas. Arbetsituationen kunde även vara personligt prövningar. "Jag ser det jag inte vill se och helst vill glömma eftersom jag inte har kraft att påverka en förändring" skriver en av författarna. Men även om patienternas sätt att bete sig och tänka kunde upplevas både främmande och ibland skrämmande upplevdes de också fascinerande. Personalen kunde också konstatera att patienternas beteende normaliserades påtagligt vid miljöbyte t.ex. på gemensamma resor och man kunde ställa sig frågan om i vilken utsträckning patienternas symtom berodde på deras sjukdom, på medicinverkningar eller på skador av lång sjukhusvistelse?

### Förändring

Så småningom bröt den nya ordningen igenom steg för steg. Man började förstå sjukhusmiljöns genomgripande betydelse både för tillfrisknande och för en fördjupad, kronicerande sjukdomsprocess. Patienter började behandlas utifrån de människor de var utöver sina symtom. Processen fick ytterligare näring utifrån utmaningen mot auktoriteter i och med 68-rörelsen. Så småningom kom även starkt slutna miljöer som hade den primära målsättningen att förebygga och hantera våldsbeteenden – dessvärre på ett sätt som ibland snarare provocerade fram dessa beteenden – att ersättas av öppnare miljöer som signalerade att "här förekommer inte våld", vilket i stort blev

självbekräftande. Överläkarnas verksamhet hade satt sin prägel på klinikernas verksamhet i de starkt hierarkiska systemen, så gjorde de även inom system med mer demokratiska ramar med andra relationella förtecken. Inte bara innehåll och förhållningssätt förändrades utan också organisationsform när till exempel sektorspsykiatri infördes. Återkommande namn var Bengt Berggren, Curt Åmark, Gerdt Wretmark. Den sist nämnde utformade också LEON-principen – den om lägsta effektiva omhändertagandenivå

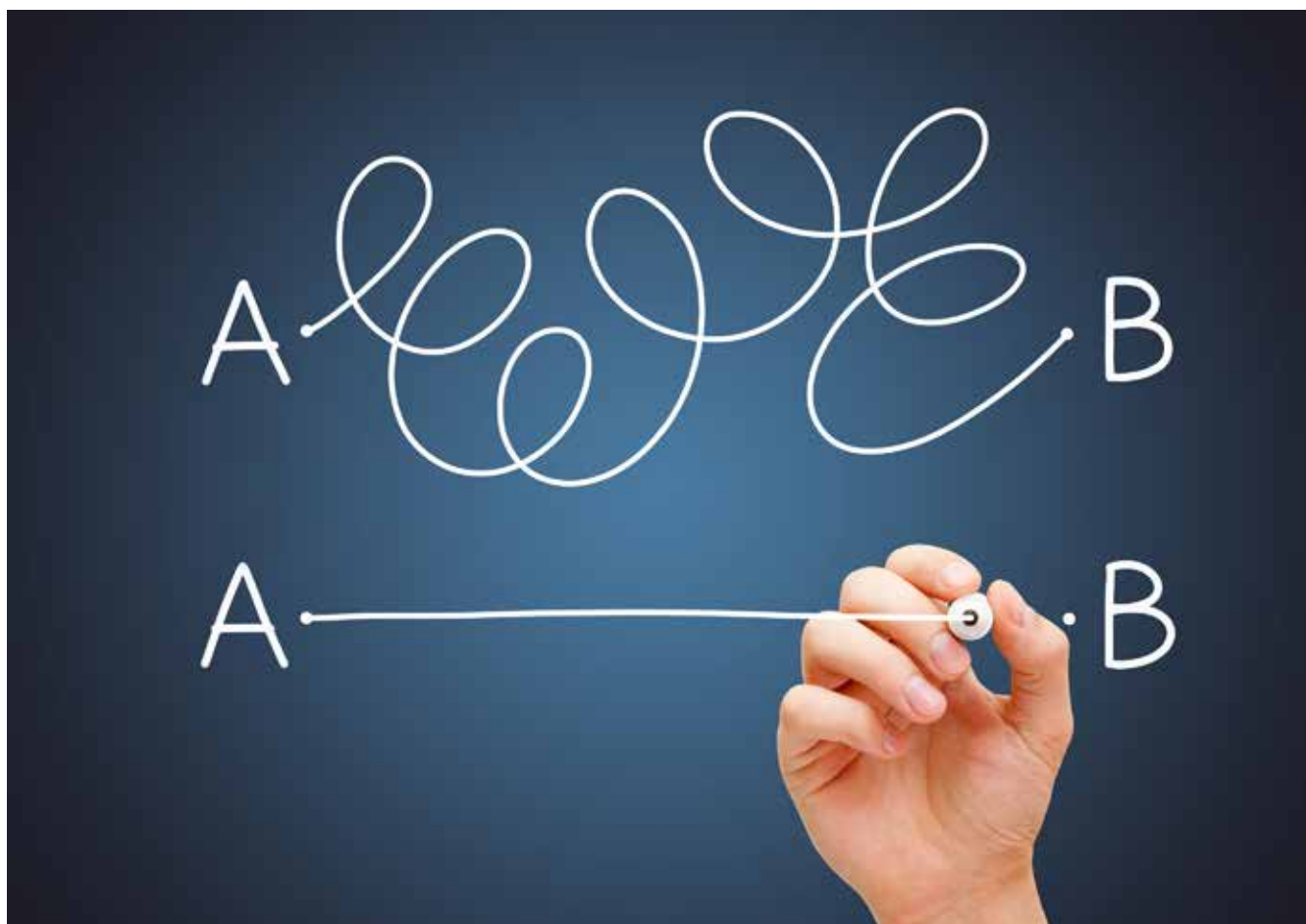
Sköterskorna färdades genom den psykiatriska terrängen mycket "närmare marken" och såväl deras uppgifter som vad som är berörande i deras möte med berättelser präglas av detta. Deras berättelser ligger mycket närmre patienternas vardagliga och djupt mänskliga behov än vad "läkarvinjetter" brukar göra. Deras utbildningsinsatser väcker respekt. Beskrivningen av utgångspunkten för deras yrkesval bär för mig mer eller mindre tydliga kännetecken av "kall". Ett begrepp som numera ter sig hopplöst omodernt – även om man skulle råka ha något av en sådan inre bevekelsegrund nu för tiden är det knappast

något man framhåller. Nu är det professionalism som gäller, inte medmänsklighet!? Boken rymmer en hel del igenkänning åtminstone för äldre kollegor, men kan också vara intressant beträffande hur det gick till "förr i tiden". Dessa aspekter har tvivelsutan ett intresse men det som griper tag i läsaren är nog mest deras skildringar av arbetsplatsernas miljö och betydelsefulla möten både med patienter och kollegor.

**Björn Wrangsjö**

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri  
Stockholm*

Foto: Shutterstock/Ivelin Radkov





## 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: **13/5**

Tema: **Skärp dig!**



## Kalendarium

Svenska Psykiatrikongressen  
11-13 mars 2020, Göteborg  
[www.svenskapsykiatrikongressen.se/](http://www.svenskapsykiatrikongressen.se/)

28th European Congress of Psychiatry (EPA 2020)  
28-31 mars 2020, Madrid, Spanien  
<https://epa-congress.org/>

American Psychiatric Association (APA)  
Annual Meeting  
25-29 april 2020, Philadelphia, USA  
<https://apa2020.com/>

BUP-kongress: Ångest - med kropp och själ som gisslan  
28-29 april 2020, Stockholm  
<http://www.sfbup.se/kongress/>

61th Annual Congress, Scandinavian College of Neuropsychopharmacology  
28-29 maj 2020, Stockholm  
<https://scnp.org/annual-meeting/2020.html>

CINP (International College of Neuropsychopharmacology) World Congress 2020  
25-28 juni 2020, Taipei, Taiwan  
<https://cinp.org/World-Congress-2020>

24th World Congress of IACAPAP  
20-23 juli 2020, Singapore  
<https://www.iacapap2020.org/>

33rd ECNP Congress  
12-15 september 2020, Wien, Österrike  
<https://www.ecnp.eu/Congress2020/ECNPcongress>

20 th WPA World Congress of Psychiatry  
14-17 oktober 2020, Bangkok, Thailand  
<https://wcp-congress.com/>

2nd CCITP Congress: Prevention of crisis and coercion  
5-6 november 2020, Rotterdam, Nederländerna, <https://ccitp.net/>

Fler kongresser hittar Du på  
[www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)  
[www.sfbup.se](http://www.sfbup.se)  
[www.srpf.se](http://www.srpf.se)



**33<sup>rd</sup> ECNP  
Congress** 12-15 September 2020  
Vienna, Austria

*The future of  
CNS treatments*



## SPF arrangerar resa till ECNP 2020 - kongress i Wien!

SPF har i år glädjen att ordna en gruppresa till ECNP-kongressen i Wien den 12-15 september 2020. ECNP är ett av de största vetenskapliga forumen i neurovetenskap och ett viktigt utbildningstillfälle för forskare, psykiatriker, neurologer och ST-läkare.

Information om kongressen och preliminärt vetenskapligt program går att läsa på <https://www.ecnp.eu/congress2020/ECNPcongress>.

SPF arrangerar ett paket som inkluderar kongressdeltagande, flyg, transfer, boende och gemensamma aktiviteter som återkopplingsseminarium och socialt program i trevligt sällskap med kollegor.

### Anmälan

Anmälan sker via websidan: [svenskspsykiatri.se](https://svenskspsykiatri.se). Erbjudandet gäller medlemmar i SPF. Antalet platser är begränsat till totalt 20 deltagare. Anmälan är bindande och kan inte överlåtas.

Anmäl dig senast den **31 maj 2020**.

### Kostnad

22 000 kr

I priset ingår:

- Kongressavgift
- Direkt flyg från Stockholm Arlanda tur och retur
- Flygplatstransfer
- Enkelrum i ett bra hotell centralt i Wien 12-15/9
- En gemensam middag
- Kvällsseminarier

### Kontaktnamn SPF

[kanslisten@svenskspsykiatri.se](mailto:kanslisten@svenskspsykiatri.se)