

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#2

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - Juni 2021

Tema

SANNING

THE MOUTH OF TRUTH
(LA BOCCA DELLA VERITÀ)
ROME, ITALY.

ANSVARIG UTGIVARE:
Martin Hultén



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN



HUVUDREDAKTÖR:
Tove Gunnarsson

Innehållsförteckning:

Alltid i Svensk Psykiatri:

- 4 Redaktionsruta
- 4 Redaktionell ledare,
Tove Gunnarsson
- 5 SPF styrelseruta, ledare,
Martin Hultén
- 6 SFBUP styrelseruta, ledare,
Susanne Buchmayer
- 7 SRPF styrelseruta, ledare,
Per-Axel Karlsson
- 8 Kommande temanummer
- 17 Bokrecension: Sånt är livet. Reflektioner om självbedrägeri i en orolig tid
Hanna Edberg
- 21 Krönika enligt Tiger
Mikael Tiger
- 22 Bokrecension: Galenskap – en bok om vetenskap
Per Gustafsson
- 38 Senast nytt från SPF:s Utbildningsutskott
Matilda Naesström
- 40 10 frågor – Anna Hillerberg
Stina Djurberg
- 67 Bokrecension: ADHD Från duktig flicka till utbränd kvinna
Per Gustafsson
- 68 Bokrecension: När döden utmanar livet. Om existentiell kris och coping i palliativ vård
Lars Albinsson
- 70 Bokrecension: Förstå ditt barns hjärna. 12 banbrytande strategier för att stimulera barnets emotionella och intellektuella utveckling
Björn Wrangsjö
- 71 Bokrecension: Anknytning i psykoterapi
Björn Wrangsjö
- 74 **Violhjättat**
Björn Wrangsjö
- 76 Ungdomar och identitet
Björn Wrangsjö
- 78 Kalendarium

Psykiatriska nyheter:

- 50 Svensk Förening för Äldrepsykiatri
Digital fortbildning – en möjlighet för framtiden
Robert Sigström
- 52 Kraftsamling för ungas psykiska hälsa. Kunskapssammanfattning och förslag från Svenska Läkaresällskapets arbetsgrupp
Josef Milerad, Laura Korhonen

Covid-19

- 46 Covid-19 och psykisk hälsa ur olika perspektiv
Linda Martinik
- 48 Pandemier – dåtid och nutid för framtid
Kristina Lindwall Sundel

Tema:

- 10 Vet patienten hur hen mår?
Markus Heilig
- 14 Sanning utan konsekvens. Om våldet på Långbro sjukhus
Anne Vernon
- 16 Gult kuvert
Lioudmila Mendoza
- 17 Sånt är livet. Reflektioner om självbedrägeri i en orolig tid
Hanna Edberg
- 18 Bortträngda minnen
Eva Berglund
- 19 Sanningens roll i utredningar om brott mot barn
Mikaela Magnusson, Laura Korhonen
- 21 Sanningen och lögnen
Mikael Tiger
- 22 Galenskap – en bok om vetenskap
Per Gustafsson
- 23 Hur gör vi för att skydda våra patienter från oss själva
Hanna Larsson, Natta Hillerberg
- 24 Sanningen om lögnen
Björn Wrangsjö
- 26 Återupprätta verkligheten
Nils Lindefors
- 27 En anekdot om sanningen
Ann Söderqvist
- 28 Nya sanningar om oöverträffade genvägar för preprints efter covid-19
Lennart Wetterberg
- 29 Kanon
Cecilia Gotby
- 30 Tatueringar är mitt handlingsutrymme. Om att vara sann mot sig själv
Alessandra Hedlund
- 31 Sanningssägarna
Thomas Silfving
- 32 Diagnos – en sanning med modifikation, **Lena Nylander**
- 33 Evidens = sanning? **Per Gustafsson**
- 34 Sanning, **Maria Wagner**
- 35 Sanning och störningar i självupplevandet
Intervju med Maria Nilsson
Maria Wagner
- 36 Sanning och störningar i självupplevandet
Intervju med Lena Nylander
Maria Wagner

Innehållsförteckning:

Debatt:

- 23 Hur gör vi för att skydda våra patienter från oss själva
Hanna Larsson, Natte Hillerberg
- 26 Återupprätta verkligheten
Nils Lindefors
- 32 Diagnos – en sanning med modifiering, **Lena Nylander**
- 42 Deskriptiv psykopatologi – vad menar vi egentligen?
Sofia Olsson
- 43 Sveket mot de svårast sjuka
Sten Friberg, Ylva Wächter, Åsa Konradsson-Geuken

Övrigt:

- 41 Samtal med Jonna Bornemark
Jörgen Herlofson
- 45 Nya redaktionsmedlemmar
Tove Gunnarsson
- 45 Välkommen till SPK 2022
Styrelsen, SPF
- 56 Inbjudan att skicka in kongressbidrag (Call for abstracts)
- 64 Realistisk idealist som inte räds det svåra. Professor Bo Runeson
– SPF:s hedersledamot 2021
Maria Larsson
- 79 #Jagärnågon. Kampanj för mer forskning och ökad öppenhet
Martin Schalling, Maria Larsson

Rapporter från möten

- 57 Svenska Psykiatrikongressen 2021
Jonas Eberhard
- 58 Svenska Psykiatrikongressen 2021. Referat från en heldag över
nåret den 18 mars
Karl Lundblad
- 60 Viktigt beslut och ny styrelse. Rapport från Svenska Psykia-
triska Föreningens årsmöte den 18 mars 2021
Tove Gunnarsson
- 61 SSBS firar och fortbildar
Maria Larsson
- 62 Rapport från Society of Biological Psychiatry 2021 annual
Meeting
Cave Sinai

Tidskriften för Svensk Psykiatri

DEADLINE

för bidrag till
nästa nummer: **01/09**
TEMA: Makt



Tidskriften för Svensk Psykiatri



SVENSK PSYKIATRI

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

ANSVARIG UTGIVARE
Martin Hultén

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)

Alessandra Hedlund
(alessandra.hedlund@sll.se)

Anna Hillerberg
(anna.hillerberg@rvn.se)

Björn Wrangsjö
(bjorn.wrangsjo@gmail.com)

TEKNISK REDAKTÖR
Stina Djurberg
stina.djurberg@buf.se

FOTO/GRAFISK DESIGN
Carol Schultheis
carol.schultheis@buf.se
(där inget annat anges)

OMSLAGSBILD
Shutterstock/cge2010

INTERNET
www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till
annonser@svenskpsykiatri.se



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

TOVE GUNNARSSON
Redaktionell ledare



"Sanningen är...

... att det inte finns någon sanning". Detta pessimistiska citat av den chilenske poeten och Nobelpristagaren Pablo Neruda får illustrera numrets tema som är Sanning. Den här gången har vi nog slagit rekord i antal temabidrag! Dessutom uppvisar de stor variation i infallsvinklar: evidensbegreppet, diagnostik, störningar i självupplevande, tatueringar, självbedrägeri, konspirationsidéer och våldsutsatthet är bara några exempel.

Pandemin har ännu inte släppt sitt grepp om oss. Här i Sverige ser det just nu ut att ljusna litet vid horisonten men något säkert om det kommande året kan vi inte säga. Vi hoppas dock såklart att kunna ses IRL på Svenska Psykiatrikongressen, BUP-konferensen och ST-konferensen nästa vinter och vår. Information om förstnämnda hittar du på sid. 45 och 56.

Nästa nummer...

... har temat *Makt*.
Vad har det att säga oss?

I psykiateryrket ingår det nog såväl makt som maktlöshet. Annat att resonera kring, på organisations- och betendenivå, kan vara makthierarkier, verbala och ickeverbala maktstrategier samt maktmissbruk.

Ytterligare exempel är beroendeframkallande substansers makt över individen och spelets makt över spelaren. Eller rösternas makt över den psykossjuka individen.

Det här blev ett tjockt nummer, gott om sommarläsning med andra ord! Redaktionen hoppas att ni alla får en så fin sommar som det bara går, med mycket välförtjänt avkoppling. Och tid att skriva bidrag till vår tidskrift förstås!

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

PS Författarinstruktioner hittar du på sidan 8.

Om sanning



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN



MARTIN HULTÉN

Ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen

Din och min sanning. Politisk sanning. Absolut sanning. Evidens och vetenskaplig sanning. Sanningen har många ansikten och i en värld full av desinformation, konspirationsteorier och skadligt lögnaktiga världsledare så är sanningen nu ständigt under angrepp. Återkommande ser vi exempel på hur vetenskaplig evidens, expertutlåtanden och till och med rena fakta och objektiva sanningar idag ifrågasätts på ett sätt som är direkt farligt för samhället och trasslar till verkligheten för många medmänniskor och till vilken nytta, i vilket syfte kan man fråga sig.

Inom etiken talar man om sökandet efter det sanna, det rätta och det goda – motsatsen blir då det falska, det felaktiga och det onda. Sanningen kan emellertid även vara komplicerad, grym och göra ont och därför undviker vi den ibland och far med osanning för att den kan vara bekvämare, enklare och i vissa fall kännas och även vara mer rätt, åtminstone för stunden. I dessa situationer av s.k. vita lögn är dock oftast respekten för sanningen i grunden någorlunda bevarad.

Varje osanning som uttalas medför dock risken för oönskade och svåröverskådliga konsekvenser eftersom ett alternativt narrativ skapas som ej har samma förankring i verklighet och minne som den faktiska sanningen. Studier har för övrigt visat att det är mycket psykiskt ansträngande att ljuga och med vår tids termer kan man säga att det går åt rejält mycket mer datorkraft till att ljuga än när man talar sanning. För att inte tala om energin som går åt för att hantera eventuella konsekvenser i omgivningen. Vi kan nu med MR-teknik dessutom se när någon ljuger eftersom aktiviteten i hjärnans orbito-frontala cortex ökar markant och tekniken blir alltmer förfinad.

Dessutom kan en väl programmerad AI oftast lätt avslöja en lögn utifrån ordval, tonfall och beteende men hur och när är vi beredda att släppa fram en sådan teknik för att uppnå en högre sanningshalt i samhället som helhet?

Vad som är sant eller falskt i olika sammanhang är dock ofta av fundamental, avgörande betydelse så när nu alltmer självklara sanningar och oomtvistlig evidens debatteras som om det vore valbara alternativ att exempelvis klimatförändringarna är på riktigt, vacciner av godo och att jorden är rund, då är vi inne på en högst farlig väg långt bortifrån vardagens relativt sett harmlösa vita lögn. Särskilt oroande är förstås den utveckling vi ser där objektiv sanning och även bästa evidensen utsätts för grundlösa angrepp eller rentav bara avfärdas av hela regimer och/eller av personer i ledande position. Det innebär i sin tur att lögnen får legitimitet och många tror på den och förstår inte själva att de som följare i sin tur ljuger och en lögnens fortplantning är ett faktum.

På internet blandas osanningar och fakta sida vid sida på ett högst bedrägligt vis och konspirationsteorierna växer nu i antal och komplexitet likt en tilltagande sepsis och vi har ännu inget riktigt bra botemedel. Infektionen sprider sig fortare än vad vi någonsin tidigare skådat i modern tid. Förutsättningarna finner vi i vårt informationssamhälles infrastruktur och då framför allt

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

ORDFÖRANDE: Martin Hultén
(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

VICE ORDFÖRANDE: Maria Larsson
(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

SEKRETERARE: Linda Martinik
(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

SKATTMÄSTARE: Denada Aiff
(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

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

FAKLIG SEKRETERARE: Matilda Naesström
(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

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

LEDAMOT: Tarmo Kariis
(kariis@svenskpsykiatri.se)

LEDAMOT: Cave Sinai
(sinai@svenskpsykiatri.se)

ST-REPRESENTANT: Johanna Hanson
(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

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

Hemsida: www.svenskpsykiatri.se

via internet. Förmodligen finns dock lösningen i densamma – i just tillgängligheten, öppenheten och spridningen. Faktakoll och adekvat källkritik behöver dock utvecklas globalt, systematiseras på ett helt nytt och genomgripande över tid hållbart sätt, där det fria ordet därigenom på ett säkert, neutralt och gemensamt respektat sätt vid behov kan kompletteras dock utan att det leder till skadlig censur och kontroll.

Respekten för det sanna och för vetenskaplig evidens behöver i vår tid verkligen stärkas.

Av ovanstående kan det uttolkas som att det jag förespråkar är en delvis repressiv, hämmande utveckling och kontroll av det fria ordet men så är inte fallet. Därför vill jag i motsats till det avsluta dessa tankar om sanning med ett förtydligande; att vi tillsammans inom SPF, och inte minst i denna tidning, i sanning ska fortsätta verka för ett öppet och fritt debattklimat där man sunt ifrågasätter och, när vi har goda grunder för det, klokt med kunskap och förnuft utmanar de svåra frågorna i vårt skrå.

Martin Hultén
Ordförande SPF

Mot ljusare tider

Sommaren står för dörren – sällan har väl en sommar varit så efterlängtdad som denna. Äntligen är det här: ljuset, värmen – och inte minst – det efterlängtdade vaccinet. Som vi har längtat!

Pandemin, corona, covid, C-19 – det är det som upptagit vår tid och våra tankar i över ett år nu. Vi har hållit avstånd, tvättat händer, jobbat hemma och försökt hålla ut. Alla har kämpat på sitt sätt.

Vissa av oss har blivit sjuka, riktigt sjuka, många har förlorat någon, andra drabbats av långvarig sjukdom med trötthet, tappad ork och lukt. Alla har vi påverkats och på något sätt fått anpassa våra liv till en annan värld.

I min kliniska vardag har jag mött dem som upplevt det skönt att vara hemma, kunnat skjuta verkligheten och kraven framför sig, men de allra flesta har lidit; saknat rutiner, närhet och sammanhang. Nu våren 2021 har det blivit märkbart hur många unga som faktiskt tappat ett år av sitt liv, en lång tid i en unga människas liv. Det har också varit tydligt hur svårt det har varit med distansundervisning för många, det här gäller särskilt alla våra ungdomar med funktionshinder. Men även, och inte minst, har det visat vilken social funktion skolan fyller för många unga som nu under det senaste året blivit väldigt ensamma.

Många av oss längtar efter fysiska möten, den där klappen på armen – att kunna möta någons ögon – inte via en skärm. Att kunna prata i munnen på varandra och få till levande samtal – nej, det går inte i digitala möten har vi nu lärt oss ☹️. Samtidigt har digitala medier hjälpt oss hitta lösningar som vi säkert kommer ha med oss framöver och som tydligt kan förbättra, underlätta och effektivisera vården.

Själv har jag under det senaste året gjort stora förändringar i mitt liv både yrkesmässigt och privat. Detta – i kombination med pandemin – har gett mycket tid och utrymme för eftertanke – vad är viktigt i livet – på riktigt. För mig. Kanske även för andra.

Insett mitt behov av sammanhang. Hur mycket godare är inte kaffet när det avnjuts tillsammans än ensam framför en skärm? Hur viktigt är inte det lilla mötet mellan oss människor? Hur mycket det betyder att bli sedd och uppskattad av andra. I vårt individualistiska samhälle där alla ska klara sig själva är det här knappast en egenskap som hyllas. Men kanske borde vi omvärdera det. Kanske borde vi träna på det – att mer ofta säga till andra att vi behöver och uppskattar dem. Visa att vi ser varandra – i det lilla.

I denna konstiga tid har jag fått äran att efter fyra år som vice ordförande tillträda som ordförande för SFBUP. Nyligen hade vi vårt första styrelsemöte och det var sååå roligt! Med flera nya medlemmar i styrelsen, ett stort engagemang och ett efter det senaste året upp-
dämt behov av att få blicka framåt, så tar vi nu oss an det kommande året med förnyad kraft.

Det är roligt att verka i en specialitet där det just nu händer så mycket. Och det är med stor glädje jag ser att det inom så många samhällsområden diskuteras psykisk sjukdom, psykisk ohälsa men även psykisk hälsa hos unga. Det lyfter tabun och minskar stigma – och det är viktigt!



SUSANNE BUCHMAYER
Ordförande Svenska Föreningen för
barn- och ungdomspsykiatri



SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

ORDFÖRANDE: Susanne Buchmayer
(Susanne.buchmayer@gmail.com)

VICE ORDFÖRANDE: Carl-Magnus Forslund
(carl-magnus.forslund@skane.se)

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

KASSÖR: Shiler Hussami
(shiler.hussami@norrboten.se)

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

MEDLEMSANSVARIG: Cecilia Gordan
(cecilia.gordan@sll.se)

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

LEDAMOT: Cecilia Mansson
(cecilia.mansson@sll.se)

LEDAMOT: Jonas Nilsson
(jonas.o.nilsson@regionostergotland.se)

ST-REPRESENTANT: Thomas Zizala
(thomas.zizala@vgregion.se)

SFBUP:s hemsida: www.sfbup.se
Foto: Elvira Buchmayer-Jarås

I styrelsen pågår ett intensivt arbete med många olika frågor. Vi samarbetar bland annat med skolläkarföreningen i frågor som rör elevhälsan. Utbyggnaden av första linjen är också en stor fråga på nationell nivå, så även den barnpsykiatriska heldygnsvården där vi samarbetar med SBU och Socialstyrelsen.

Ett annat område är också utarbetande av former för utbildning och kompetenshöjning, från läkarutbildningen till fortbildning för specialistläkare. Efter att de senaste två åren behöva ställa in BUP-kongressen så hoppas vi nu att redan till hösten kunna presentera en kongressdag eller två.

Och kanske att vi till hösten kommer kunna ses igen, vaccinera och under lite mer normala former. Och säga till varandra hur mycket vi uppskattar just det – att bara kunna ses.

Dessförinnan önskar jag er alla en riktigt fin sommar, hoppas den kommer bjuda tid för återhämtning med värme, sol, bad och umgänge med nära och kära!

Susanne Buchmayer
Ordförande SFBUP

Överraskningar, möjligheter och farhågor

Just uppstigen till morgonkaffet, idag ska jag skriva ledaren i Svensk Psykiatri igen.

Men – stämmer datumet? Det är alldeles snötäckt ute? Vilken överraskning!

Man kan ju få överraskningar ibland, och fler överraskningar får man ju längre norrut man bor.

Den idag mest aktuella överraskningen enligt Piteå-Tidningen är att Norrbotten för närvarande har den största smittspridningen av corona i Sverige, och därmed i Europa. Javisst, vaccinationer är igång men inget i denna värld är ju hundraprocentigt säkert och vi får nog se prognoser ändras allt eftersom. En bra sak är dock att de rättspsykiatriska patienterna fått sin första injektion.

Det blir inget nordiskt rättspsykiatriskt möte i år, det kommer att flyttas till nästa år och jag känner med de finska arrangörerna, det är en prövning att jobba upp entusiasm för att sedan få konstatera att det inte gick nu heller.

Årets SPK blev virtuellt och kraftigt bantat jämfört med förut, tyvärr såg jag inget av inslagen, men jag saknar möjligheten att träffa kollegor och vänner och få en social interaktion. Detta tror jag är vad nästintill alla kollegor tycker. Jovisst, man kan delta i webinarier och virtuella konferenser, som tillika blir inspelade och kan visas när man vill, men det är ändå inte samma sak.

En oväntad fördel som dyker upp är att arbetsgivaren har/kommer att få en mycket större möjlighet att tillgodose fortbildning till sina anställda; ST-läkarna har ju redan ställt om sina kurser till elektroniskt format, det blev så att jag och kollegan Jonatan Adling höll en kurs i psykiatrins juridik nyligt, med 34 deltagare.

Tänk om vi kan utnyttja detta till att börja sikta mot kontinuerlig medicinsk fortbildning, nödvändig repetition, aktualisering av kunskaper och förmedlandet av nya rön? Det finns ju en organisation i METIS som är landstäckande och vi borde kunna använda den.

Det stora arbete om aktuell kunskap i psykofarmaka, som Michael Andresen baxar framåt, skulle kunna presenteras i delar med författaren – "meet the expert" – och bli interaktiv.

Repetition av juridiken för färdiga specialister, det kanske till och med går att få intresse till bidrag från Socialstyrelsen? Och en konstruktiv dialog så vi får till en rimlig lagtolkning utan att vi riskerar att gå åt fel håll? Här syftar jag på lagtolkningar nyligen gjorda av IVO som kritiserar avskiljning utan att TILLRÄCKLIGT mycket vålds- och hothändelser skett, men vad skulle hända om vårdgivaren på IVO:s tolkningsbas ignorerar farosignaler, undviker signalerna och någon personal, patienten eller medpatienter blir skadade eller dödade? Då blir vårdgivaren kritiserad, inte IVO... Damned if you do, damned if you don't.

De nya vårdintygen visar sig ha många fördelar med det gamla formuläret, åtminstone hittills. Det går att skapa en pedagogiskt upplagd



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)

FACKLIG 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

vårdintygsblankett, likväl kommer vi fortfarande att behöva den erfarenhet som psykiatrisk randutbildning kan ge för att förstå begreppet allvarlig psykisk störning (dvs. svår psykisk störning och allvarlig situation i kombination), oundgängligt vårdbehov (där både psykiatriska och svåra somatiska tillstånd måste beaktas men med grundplacering på psykiatrisk vårdavdelning) samt att patienten är villig att ta emot vård (erfarenheter av specifika patienters oförmåga att ta emot behandling över tid, eller specifika tillståndets oberäknlighet).

Varför räknar jag upp dessa välkända rader? Jo, vi har ju BT som nu rullar in på full skala. BT:s upplägg ska innefatta akutmedicin och allmänmedicin, det är fastlagt, men sedan är det upp till huvudmannen dvs. de med pengarna, att bestämma om det ska få finnas några månader psykiatri eller inte i BT. De två första stora kullarna har inte samma upplägg, Skånekullen blir utan psykiatri, medan Stockholmskullen får psykiatri.

STOR RISK FÖR KUNSKAPS- OCH HANTERINGSBRIST!

Varför överläter vi dessa beslut till huvudmännen egentligen? Är det vi som är för avslappade och avtrubbade? Låt oss hoppas att det finns klokhet och däckkraft i framtiden!

Och att snön tinar bort denna 22 maj – hänryckningens helg.

Per-Axel Karlsson
Ordförande SRPF

SVENSK PSYKIATRI

Skriv till oss
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **01/09**
Tema: Makt



Utgivning 2021

NUMMER 3 2021

Tema: *Makt*

Deadline 1 september

Utkommer vecka 38

NUMMER 4 2021

Tema: *Meddelas senare*

Deadline 17 november

Utkommer vecka 49

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

Maila till redaktoren@svenskpsykiatri.se

SKRIV I SVENSK PSYKIATRI

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

Författarinstruktioner för Svensk Psykiatri

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

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

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

Filformat: Skicka den oformatterade 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

Vet patienten hur hen mår?



Foto: I.am_nah på Unsplash

På många sätt är psykiska sjukdomar inte så olika dem man möter inom andra områden av klinisk medicin. Såväl genetiska riskfaktorer som livsomständigheter bidrar till deras uppkomst. Förloppet kännetecknas ofta av återkommande sjukdomsepisoder, vilka avlöses av perioder med bättre hälsa. Vi kan sällan hoppas på att uppnå beständig bot, men god behandling och uppföljning kan numera minska risken för dödsfall och komplikationer, och förbättra patientens livskvalitet. Läkemedel är ofta centrala för att uppnå goda resultat, men det är lika viktigt med interventioner som syftar till att hjälpa patienten förändra beteendemönster och levnadsvanor.

Inget av detta skiljer sig i grunden från vad varje god diabetessjuksköterska vet och tillämpar i sitt vardagsarbete. Min erfarenhet är att psykiatrins patienter ofta tjänar på att vi betonar dessa likheter med övrig sjukvård. När långsökta teorier dominerade arbetet med psykiska sjukdomar uteblev framstegen. Förbättringar kom först med tillkomsten av empiriskt framtagna behandlingar, givna i en sund medicinsk modell. Nyckelkomponenterna i en sådan modell utgörs av systema-

tisk diagnostik, evidensbaserad behandling, och effektuppföljning baserad på meningsfulla effektmått.

Framstegen har inte bara förbättrat utfall för patienterna. De har också starkt bidragit till att minska stigmatisering och utanförskap för patienter med psykiska sjukdomar. Behandling av depressioner är kanske det mest slående exemplet, men en liknande utveckling kan skönjas på andra områden. En viktig del av mitt budskap till läkarstudenter som kommer till psykiatrikursen är att betona dessa likheter med övrig medicin. Det är en god övning för studenterna att fundera kring behandling av affektiv sjukdom i samma termer som hjärtsvikt.

Samtidigt känner de flesta intuitivt på sig att psykiska sjukdomar i någon mening likväl intar en särställning. Är patienten deprimerad? MADRS-poängen är 12. Patienten bejakar inte riktigt tillräckligt många diagnostiska kriterier. Ändå känner den erfarna klinikern att det inte står rätt till. Men det är svårt. Man frestas lätt att fantisera: Tänk om jag kunde beställa en lab-analys, och på så sätt ta fram ett själens blodsockervärde. Eller kanske en signatur ur magnetkameran, som kunde ge mig ett mått på mängden svart galla i patientens hjärna. Här tycks

emellertid likheterna med övriga specialiteter upphöra. Psykiska sjukdomar handlar om störningar i känslor och tankar. I motsats till sockersjuka har patienten en unik tillgång till dessa processer. Som behandlare kan vi bara indirekt komma åt dem. Vi kan fråga, och registrera svaren. Vi kan beta av checklistor på iakttagbara symtom – säg, förlångsammat motorik, utslätad ansiktsmimik, suckande andning. Men få av dessa är särskilt specifika. Och sensitiviteten är inte mycket bättre. Avsaknad av dessa symtom är inte särskilt tillförlitlig för att utesluta diagnos. Men framför allt är alla dess mått indirekta.

Kan den psykiskt sjuka patienten i slutänden ändå på ett unikt sätt säga ha sin sanning för sig själv?

Frågan är inte alldeles enkel, men det är inte självklart att själsprocesser är inneslutna i ett privat universum. I sin bok "The Astonishing Hypothesis" skrev Francis Crick redan 1994: "En persons mentala aktiviteter är helt och hållet avhängiga beteendet hos nervceller, glia, och de atomer, joner och molekyler som dessa består av, eller påverkas av". På ett plan är det svårt att se hur det skulle kunna förhålla sig på något annat sätt. För att hävda att tankar och känslor inte utgörs av aktiviteten hos nervsystemets kugghjul skulle man behöva falla tillbaka på en dualism mellan kropp och själ. Det är något som leder till logiska orimligheter, och som de flesta som tänker på saken lämnat bakom sig sedan de dagar då Cartesius trodde att en homunculus ryckte i trådarna. Och om aktiviteten i hjärnan är känslans materia, följer det då inte att känslan, i alla fall i princip, bör kunna registreras på ett lika objektivt sätt som blodsockret?

Det var en sak att föra ett teoretiskt resonemang om detta, respektive att undersöka hur det förhåller sig med den saken i praktiken. Det förstnämnda är filosofi. Det sistnämnda närmar sig med stormsteg kliniken. När Crick skrev sin bok tedde sig möjligheten att registrera själsprocesser på neural nivå helt oåtkomliga. På det kvarts sekel som gått sedan dess har alltmer sofistikerade hjärnabbildningstekniker blivit tillgängliga. Tjugohundratretton publicerade Tor Wager och hans forskargrupp i Colorado en artikel i New England Journal of Medicine som studerade mönster av hjärnaktivitet hos personer som utsattes för experimentell smärta av olika intensitet (1). Artificiell-intelligens (AI)-metodik gjorde det möjligt att med hjälp av datorn extrahera hjärnsignaturen för smärtupplevelse, på ett sätt som mycket starkt korrelerade med självrapporterad smärta. Man skulle lite tillspetsat kunna säga att man med tillgång till en MR-kamera och en sådan algoritm inte längre behövde fråga patienter hur ont de har – man skulle istället kunna berätta det för dem. Liknande framsteg har gjorts när det gäller att detektera grundemotioner (2). Vi är förstas långt ifrån en detaljrikedom som skulle kunna fånga det exakta spatiotemporala mönster av nervcellsaktivitet som utspelar sig när patienten upplever en känsla. Men är det dit vi är på väg? Är detta "sanningen"?

Jag tror inte det. Men jag tror inte heller att någon annan har unik tillgång till sanningen. Det är ett misstag att tro att patientens medvetna, verbalt återgivna upplevelser kommer mycket närmare sanningen än MR-kameran. En av psykologins citeringsklassiker visade för nästan ett halvt sekel sedan hur dålig

koll människor i själva verket har på vad som utspelar sig i deras inre (3). Engelskan är till hjälp för att sortera upp detta. Där svenskan talar om "känslor" skiljer engelska på "emotions" respektive "feelings". Emotionerna utspelar sig snabbt, omedvetet, och med inblandning av hela kroppen. Dessa kroppstillstånd monitoreras av högre kognitiva funktioner, tolkas, och kan rapporteras som känslor.

Dessa subjektivt upplevda "feelings" är inte sanningen. Jag drar mig till minnes en fMRI-studie vi skulle göra. Syftet var att utvärdera en ny läkemedelsmekanism med potential för behandling av ångestsyndrom. Det hade vid det laget blivit klart att ångestsjukdomar hade ett gemensamt element: Patienternas amygdala visade förhöjda reaktioner på skrämmande stimuli (4). Som en metodkontroll ville vi se att vi kunde dämpa amygdala-aktiviteten med ett känt ångestdämpande medel. Vi visade deltagarna arga ansikten, och dessa aktiverade amygdala på ett robust sätt. Vi gav dem alprazolam, dubbelblindt och placebokontrollerat, och amygdala-aktiviteten dämpades. Så allt såg bra ut. Det var bara ett problem: Patienterna rapporterade lika mycket oro som väcktes av ansiktena med och utan medicin. Vad betyder detta?

Kanske behöver vi återvända till Platon för att få ihop det hela. Själsprocesserna utspelar sig kanske i en idéernas värld som ingen har direktåtkomst till. De kan avspegla sig i subjektiva upplevelser, liksom i mätbara fenomen, som fMRI-signaturen. Ingen av dessa avspeglingsar är "sannare" än den andra. Ibland är den ena mer användbar, ibland den andra. Båda behövs. Båda är ofullkomliga, om än på olika sätt. Det ska inte hindra oss från att förfinas de diagnostiska metoderna, och söka efter allt bättre biomarkörer. Och inte heller från att utveckla en god förståelse för patientens egen upplevelse. Utmaningen, men också fascinationen med psykiatri, är att förena dessa två perspektiv.

Markus Heilig
Professor i psykiatri
Linköping

Referenser

1. Wager TD, Atlas LY, Lindquist MA, Roy M, Woo CW, Kross E. An fMRI-based neurologic signature of physical pain. *N Engl J Med* 2013; 368(15): 1388-1397.
2. Saariäki H, Gotsopoulos A, Jaaskelainen IP, Lampinen J, Vuilleumier P, Hari R et al. Discrete Neural Signatures of Basic Emotions. *Cereb Cortex* 2016; 26(6): 2563-2573.
3. Nisbett RE, Wilson TD. Telling More Than We Can Know – Verbal Reports on Mental Processes. *Psychol Rev* 1977; 84(3): 231-259.
4. Erkin A, Wager TD. Functional neuroimaging of anxiety: a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *AJ Psychiatry* 2007; 164(10): 1476-1488.

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 längre existerar.

Uppdatera gärna och du gör det enklast genom att redan nu skicka ett meddelande till kanslisten@svenskpsykiatri.se

För säkerhets skull!

Samhälls- intresserade 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



ANNONS

Sanning utan konsekvens

Om våldet på Långbro sjukhus



Foto: Shutterstock/The American Wanderer

Sjukhuset

Långbro var länge ett av de stora psykiatriska sjukhusen i Stockholm med ca 1000 inskrivna patienter. Det andra var Beckomberga. Numera är de vackra gamla byggnaderna Stora mans och Stora kvinnas omvandlade till bostadsrätter och sjukhuset sedan länge nedlagt. När jag var underläkare i slutet av 70- och början av 80-talet fanns mycket av den gamla mentalsjukhusmiljön kvar. Sjukhuset var uppdelat på sju kliniker, var och en med sin egen struktur och kultur. Man anade att de var präglade av sina klinikchefer, den nuvarande och de tidigare men det var mentalskötarna som var den stora gruppen och hade mycket makt. En kvinnlig överläkare som inte var omtyckt arbetade med en grad av skräck eftersom skötarna plötsligt kunde lämna henne ensam med en farlig patient då hon gjorde bedömningsamtal.

Patienterna

Läkararbetet kunde vara spännande och fascinerande men också mycket nedslående. De stora avdelningarna med kroniskt sjuka var deprimerande miljöer. Då jag konstaterade dödsfall av en gammal patient var den gulnade journalen i folioformat från 20- eller 30-talen framtagen, ofta med fotografi av en tonåring och en levnadsbeskrivning av föräldrar och lärare. Det fanns anteckningar från de första årens vistelse men sedan allt glesare och ofta inga alls de sista decennierna.

Våld fanns alltid som en riskfaktor på sjukhuset och tog sig olika uttryck. Man bar ett larm i känsliga lägen och var tryggt att många kom springande om man tryckte på det. De yngre patienterna blev ofta in- och utskrivna. För många var Långbro en trygghet och ett hem. Några hade nästan bosatt sig i det långa kulvertsystemets nischer. En kollega sa om läkarupp-

gifterna att de gick ut på "att hålla inne patienter som ville ut och hålla ute patienter som ville in". Ibland undrade jag om patienter kunde ha agerat genom att kasta ut möbler och provocera sina grannar för att det skulle skrivas ett vårdintyg så att de fick återvända till avdelningen där de kände skötarna och slapp sin ensamhet. De paranoidea föreställningarna kunde kanske botten i ett behov att tas om hand och få ett slags familjesammanhang.

Avdelningskulturerna

Jag hade jouransvar ett helgdygn/månad för alla inläggande patienter och inskrivning av dem som remitterades med vårdintyg, ofta med polishandräkning. Uppgifterna varierade från att checka om den växt en senil patient hade ätit var giftig till att ta ställning till tvångsåtgärder. Den gällande lagen LSPV var mindre sträng än LPT vad gällde tvång. Det var inte alltid realistiskt möjligt att besöka avdelningarna det gällde. Jag tyckte att jag kunde avläsa en avdelnings behandlingskultur genom att lyssna på rösten och sättet att skildra en situation. På en del avdelningar verkade det finnas en vänlig och empatisk inställning till patienterna, på andra en mekanisk och auktoritär. Jag tror att skötarna sökte sig till de avdelningar de kände passade deras sätt att tänka och vara, "kaka söker maka". Den avdelning där jag blev mer stadigt hemmahörande hade en engagerad personalgrupp som satsade mycket så att de unga psykotiska männen successivt skulle kunna komma ut till ett vanligt liv. Det var en svår uppgift med många bakslag. Om det fanns risk att en våldsam patient kunde skada sig själv eller någon annan och behövde läggas i bälte satt en personal alltid vid sängen för att kommunicera så gott det gick.

På grannavdelningen fanns kroniskt sjuka män och där rådde en helt annan kultur än den humana som jag hade lärt känna på min avdelning. Personalen där var en mycket sluten grupp. De tyckte att de själva visste precis hur man skulle arbeta med psykiskt sjuka människor. De behövde ingen handledning eller läkarinsatser och hade en enad och tuff front mot omvärlden, också mot klinikledningen. Eftersom det inte fanns många underläkare var ingen stadigt placerad där. Jag hörde så småningom rykten att där skulle förekomma fysiskt våld. Några patienter hade berättat att de blivit slagna också då de låg i bälte. På min avdelning väckte det oro och ont blod men inget kunde klart bekräftas eller göras något åt. Det sades att denna personal var en samlad grupp som umgicks mycket på fritiden. De hade en hierarki och en ledare som hade deltagit i Koreakriget och "visste hur man skulle slå utan att det syntes efteråt". I korridorerna kände man igen dem på deras klädsel. De använde en sorts äldre rockar som skulle ha tagits bort om de hade lämnats till sjukhustvätten. De var "de randiga rockarnas gäng".

Våldet

Dessa rykten om misshandel av patienter var länge bara rykten som inte kunde bekräftas. Men plötsligt inträffade en händelse som uppenbarade en sanning. Under ett jullov ville en med kand bekanta sig med psykiatrin och fick en tillfällig anställning, placerad på denna avdelning. Han kom en dag in till min avdelning upprörd och frågande "Hur kan det få gå till här som på tunnelbanan?" En skötare hade bett honom om råd för sin värkande hand där han troligen hade en fraktur. Han sa att den hade uppkommit då han hade slagit till en patient. Jag minns inte hur vi hanterade detta akut men då jag senare pratade med patienten ville han inte medge att han blivit slagen. Han svarade mycket diffust och jag kom i den position som jag hade lärt mig att stå ut med på Långbro. I samspelet med mer eller mindre psykotiska patienter var det ofta omöjligt att klargöra och förstå precis vad som hände dem. Berättelserna förlorade sig i ett töcken och man fick gissa. Denne man kunde så småningom ändå säga att såna saker nog hände ibland men det gjorde inget för han var så van att få stryk sedan han var barn. Frakturen var ett faktum som inte kunde bortförklaras trots att andra berättelser om misshandel inte kunde styrkas.

Försök att ta fram i ljuset

Vi underläkare diskuterade och gjorde en skrivelse till klinikchefen för utredning och utkrävande av ansvar. Vi väntade men ingenting hände. Vi vände oss till sjukhusledningen. Så småningom förstod vi att saken arbetades med i tysthet. Skötarnas fackförening menade att ryktena var ogrundade. De krävde att det för varje rapporterad episod skulle finnas två icke-psykotiska vittnen för att rapporten skulle anses som sann. Det hela verkade åter rinna ut i sanden. En skötare på min avdelning som hade huvudet på skaft skrev då en artikel till sin facktidsskrift. Det tog skruv. Socialstyrelsen inledde en granskning och beslutade om åtgärder som skulle följas upp. Avdelningen måste i fortsättningen ha regelbunden handledning av en psykolog. Den skulle rondas regelbundet av en läkare. På kliniken turades vi om att ta detta impopulära uppdrag. Min bild var att det var omöjligt att ha en kommunikation med denna personalgrupp. Allt viktigt blev avfärdat som nonsens. Det var en himmelsvid skillnad till processerna på min avdel-

ning. Det var heller inte möjligt att få kontakt med patienterna. De verkade inriktade på att hålla sig väl med personalen. Att hyra video hade just kommit på marknaden och om de var snälla kunde de få se. Det fanns ett hemligt liv med patienterna som jag inte skulle lägga mig i.

Allt tal om fysiska maktmedel väckte förnärmelse. De var offer för illvilliga rykten av personer som ville komma åt dem, kanske avundsjuka på deras sammanhållning. Ingen av deras patienter klagade.

Försök med handledning – Stockholmssyndrom

Psykologavdelningen var organiserad så att de av klinikerna anställda psykologerna hörde till en grupp där olika uppdrag diskuterades och delades ut. Chefspsykologen Olena Senton var en äldre imponerande stadig kvinna med psykoanalytisk skolning. Hon tog ansvar att följa och handleda den unga psykologen som fick den svåra uppgiften. Efter en tid sa Olena ifrån. Hon menade att psykologen inte klarade att hålla sin oberoende position. Hon hade blivit psykologiskt kidnappad till personalgruppens syn på sig själva och omvärlden, accepterade att de var oskyldiga offer för ondsinta påhopp. Det som var sanning för utanförstående var bara lögn och förbannad dikt för dem. Ett Stockholmssyndrom hade uppstått. Olena avbröt handledningen. Hon bedömde den som omöjlig att genomföra. Socialstyrelsen ingrep igen. Personerna i denna grupp skulle inte tillåtas att arbeta tillsammans i fortsättningen. De skulle spridas ut på olika avdelningar, vilket också till en början skedde.

Gängets krafter var starkare

Själv gick jag vidare, slutade på kliniken, bestämde mig att bli barnpsykiater, fick en anställning på Ungdomskliniken, också belägen på sjukhusområdet. Där vårdades tonåringar med psykotiska tillstånd i en mycket strukturerad modell, en kombination av miljöterapi, familjeterapi och individuell kontakt samt skolgång på kliniken i ett nät där det ingick mycket handledning och gemensamma konferenser. Vårdtiden var ofta flera år. Jag har inte sett någon sammantagen utvärdering av denna modell, uppfattade själv att utfallet blev mycket växlande men att en del ungdomar långt om länge och med allt stöd de fick klarade att bygga sig ett eget liv. Från det stora sjukhuset hörde jag ibland i matsalen lösa utsagor att några av de randiga rockarnas män åter arbetade tillsammans, så småningom allt flera. Det verkade som att de hade lyckats återföreninga sig på en avdelning. Jag vet inte säkert hur det slutade eftersom jag slapp att vara inblandad, kunde dra mitt strå till stacken i ett sammanhang med mycket mindre av våld och hemligheter. För mig blev det en psykiatrisk erfarenhet att förekomst av våld behöver sättas in i ett sammanhang för att kunna bedömas och förstås. Och att de sammanhållande destruktiva krafterna i ett gäng kan vara så starka att de överlistar olika konstruktiva försök att tämja dem.

Anne Vernon
Barnpsykiater



Gult kuvert

Ludmila Mendoza

Gult kuvert i höger hörna
blinkar som ett larm.
Distraherar, irriterar!
Är mentala spam!

Är i vägen för arbete,
tar min tid och ork.
Det är så jag alltid tänkte,
irriterad starkt!

Nu är dessa min livlina,
min kontakt med värld.
Underhållande jag finner
detta gult kuvert!

Jag har inte träffat folket!
Jag är på distans!
Bara namn och deras frågor,
till kontakten chans!

Lindrar patientens plågor:
prov, recept, intyg.
Löser alla andras frågor.
Det är mitt verktyg.

Vi får byta våra tankar,
hitta kompromiss.
Gult kuvert nu högre rankat!
Räddar det från kris!

Glad emoji kommer plötsligt
och jag ler mot den!
Gult kuvert är inte tråkigt,
bakom finns en vän!

Det var många sanningar som vi verkligen har fått omvärdera under coronatider! Under mitt vanliga arbete på sjukhuset uppfattade jag blinkande gult kuvert i höger hörna av min datorskärm som mentalt spam! Mycket irriterade och distraherande! Men nu när jag jobbar hemifrån blev "gult kuvert" en av de viktigaste kontakterna med mina arbetskamrater, vissa dagar – den enda kontakten. Plötsligt blev det så viktigt! Det blinkar! Jag behövs!

Lioudmila Mendoza
Psykiater
Södertälje



Sånt är livet
Reflektioner om självbedrägeri i en orolig tid

Thomas Silfving
Recito Förlag, 2020

Ur förordet:

"Jag har länge velat skriva en bok om självbedrägeri".
Min första tanke är: Men det har du ju redan gjort?
Thomas Silfving (Recito Förlag, 2014): *Blir vi lyckliga av att lura oss själva. Om självbedrägeri.*

Nåja. Man kan skriva flera böcker om mänskliga tillkortakommanden. Den finns mycket att säga.

Boken riktar sig till "dig som vill förstå vad som påverkar behovet av att ljuga och lunda in sig i en falsk trygghet för rädsla att bli avslöjad i sitt självbedrägeri".
Sig och sitt? Eller dig och ditt?

Jag fastnar emellertid i frågeställningen, och dilemmat är tilltalet. Det framgår tidigt under läsningen att boken vänder sig till oss alla. "Oavsett kön är vi alla självbedrägliga". Bokens subjekt är "vi" eller "människan". Alltså du, jag, Silfving och resten av mänskligheten. Alla.

Bokens predikat är i presens, vi alla "är" och "gör" och det löper genom fyrtiofyra kapitel utan begränsning i tid eller omfattning. Det är generöst och insiktsfullt. Den som är utan skuld kasta första stenen, och så vidare. Dock är tilltalet långt ifrån lika välvilligt. Den självbedräglige (alltså du, jag, Silfving och resten av mänskligheten) beskrivs i termer av skenhelig, tafflig, kinkig, fåfång och fabulerande. Nu är det inte jag som är psykolog, men om man ska fånga sin läsare är det kanske en gnutta aggressivt?

I läsandet av boken slås jag av att det uppstår ett fascinerande cirkelresonemang, en slags metaargumentation. Silfving antyder att människan är kognitivt inskränkt, att hon feltolkar verkligheten för att få den att passa in i förtryckta mallar, anpassad efter hennes specifika behov och känslor, och selektivt väljer ut intryck och information som styrker hennes världsbild.

Frågan uppstår: är inte Silfvings uppfattning om människans självbedrägeri i själva verket ett... självbedrägeri? "Jag gnäller på att människor gnäller", ungefär. Silfving upplever att människan är självbedräglig, och söker och uppvisar en rad bevis som styrker hans tes. Men problematiserar han kring sin tes? Ifrågasätter han den? Nej. Inga försök att motbevisa. Inga alls. Han konstaterar: Människan ÄR självbedräglig.
Jag kan förstås inte stanna där. För om jag ifrågasätter huruvida texten om självbedrägeri inte i själva verket är ett självbedrägeri, agerar inte jag utifrån egna förutfattade meningar och åsikter, det vill säga... självbedrägligt...? And it goes on and on. Längst in i snäckans alla snävaste kammare.

År 2016 recenserade jag Silfvings och Nilssons *Narcissistens speglar* i denna tidskrift. Jag minns av jag uppskattade språket och frejdigheten i texten; det lockade till skratt och igenkänning. Mot slutet framkom dock alltmer tandagnisslan mellan raderna, texten kom att präglas av kritik mot samhällsutvecklingen i allmänhet och mot sociala medier i synnerhet. Detta blir om möjligt ännu tydligare i Silfvings alster anno 2020.

Då slår det mig.

Silfving borde ha blivit konstnär. Bildkonstnär, gärna målare. I olja.

En oljemålare kan utan problem återanvända gamla tekniker gång på gång. Lägga lager på lager, kombinera gammalt och nytt. Dessa enheter kommer så småningom att utgöra en ny helhet. Ett nytt verk.

Effekten blir tyvärr inte densamma när en skribent/författare återanvänder gamla formuleringar, när hen förefaller tänka "den där formuleringen som jag använde i förra boken, den var ju riktigt bra. Jag tar den igen." Att gång på gång citera sig själv medför inte samma konstnärliga effekt som när en målare återanvänder en välfungerande färgkombination.

Men en slags konst, det är det tveklöst. Språkkonst. Ibland dock mer form än innehåll, som i ett kåseri. Språket är flödande, sprittande, ordrikt, trassligt, härligt och besvärligt. Det framstår som om Silfving njuter av att skriva. Texten väller fram i snillrikt uppbyggda meningar över cirka 200 sidor. En flod av ord. Silfving är en fenomenal ordvändare, som läsare tillåts man fnittra glatt över slagkraftiga neologismer som ego-brottsmyndighet, fabula rasa och dialogprotes.

Kanske kan dock en mening, som råkar vara ett citat av journalisten Linda Nordlund (numera Jerneck) på SvD från år 2016, sammanfatta boken på bara 25 ord. "Att vi litar mer till information som bekräftar den egna världsbilden, än uppgifter som motsäger den, är en av den mänskliga hjärnans mindre smickrande egenskaper".

Ja. Där satt den.
Point finale.

Hanna Edberg
Specialist i psykiatri och rättspsykiatri
Stockholm

Bortträngda minnen

Jag är oerhört tacksam för Björn Wrangsjös recension av min bok "Förlåt, sa han" i Svensk Psykiatri nr 4/2020. Recensionen har en ödmjukhet utan dömande till det som var min uppväxt.

För mig har debatten kring att bortträngda minnen inte existerar smärtat djupt. Själva ordet bortträngning har blivit en sanning i sig. Spelar ingen roll vad det kallas, när mina erfarenheter är att jag som överlevare av sexuella övergrepp som barn inte hade något alternativ. Om mamma hade levt idag, utan rädsla och förnekelse, skulle boken kunna göra henne fri och förhoppningsvis stolt. Lägga skam och skuldskänslor där de hör hemma.

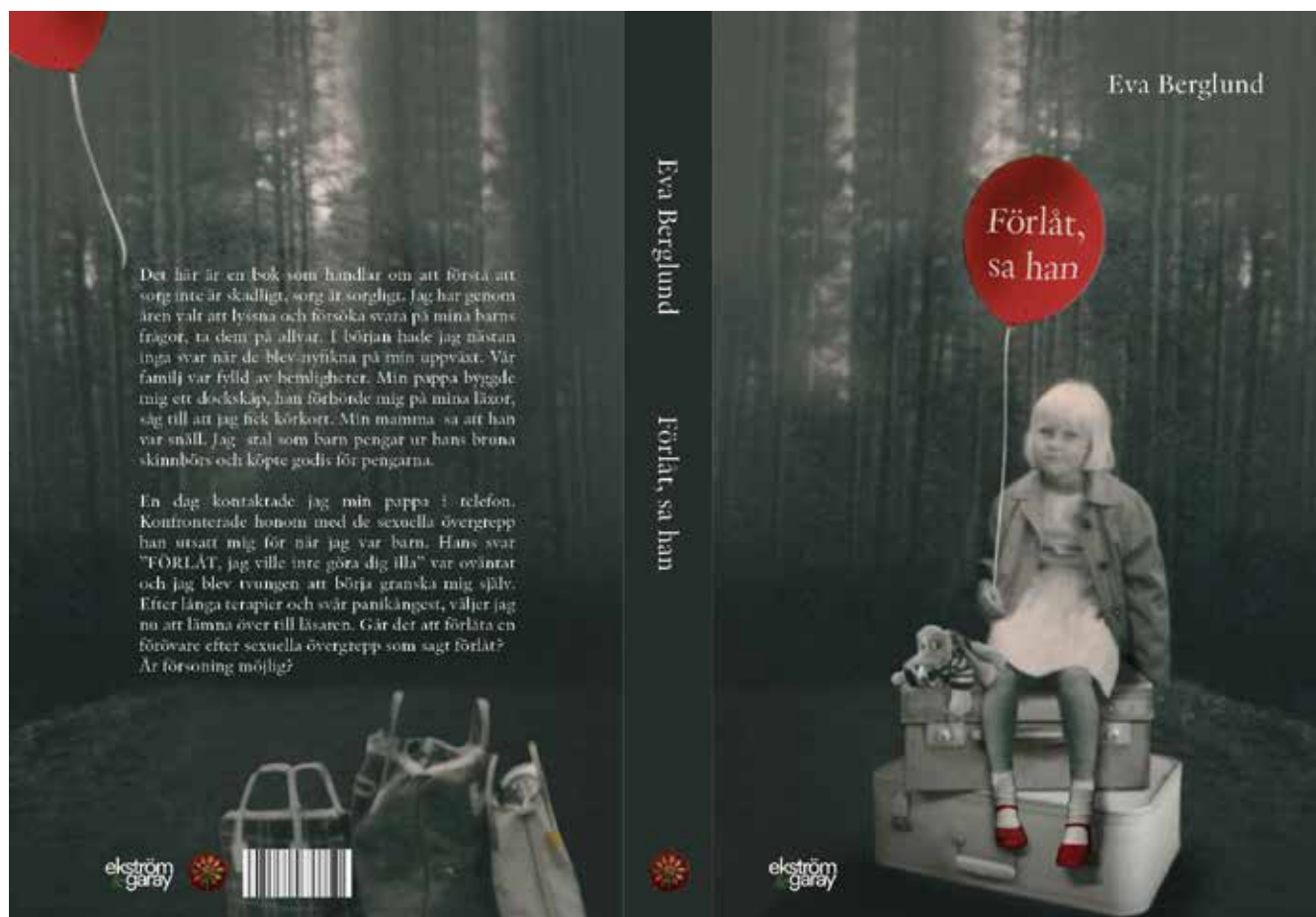
Samhällsdebatten skulle kunna fokusera på, går det att förlåta en förövare som sagt förlåt?

Eva Berglund

Referens

Svensk Psykiatri nr 4 2020 sid 62

www.svenskpsykiatri.se/tidsskriften/



Sanningens roll i utredningar om brott mot barn

När barn misstänkts ha blivit utsatta för våld saknas många gånger teknisk bevisning. Barnets utsaga får därför en central roll för möjligheten att föra ett ärende vidare i rättsprocessen. Barnets berättelse blir också en viktig utgångspunkt för andra former av insatser från, till exempel, socialtjänst och psykiatri. I likhet med våldsbrott mot vuxna står för det mesta ord mot ord – barnets berättelse mot den misstänkte gärningspersonen. Yrkesverkssamma och anhöriga behöver därför förhålla sig till olika versioner av vad som hänt (eller inte hänt). Detta väcker viktiga frågor kring tillförlitligheten i både barnet och den misstänktes utsagor. Under de senaste decennierna har mycket forskning bedrivits för att hjälpa till att besvara dessa frågor. I denna artikel kommer vi lyfta fram aktuella vetenskapliga rön kring sanningens roll i utredningar som rör våld mot barn.

Barn kan, från ungefär tre till fyra års ålder, ge tillförlitliga vittnesmål om händelser som ligger nära i tiden (1). De yngsta barnens utsagor är i regel både korta och detaljfattiga. Deras berättelser upplevs ibland som osammanhängande och svårtolkade, vilket kan leda till missförstånd. Förskolebarn kan inte ge information som ligger utanför deras utvecklingsnivå, till exempel beskriva när eller hur många gånger någonting hänt. Förmågan att ge detaljerade och sammanhängande beskrivningar av våra minnen fortsätter att utvecklas under barndomen. Barn i skolåldern och tonåringar kan generellt ge mer information än yngre barn, men med åldern kommer också nya barriärer. Skam, skuldkänslor och oro inför framtiden är bara några av de många hinder som kan göra det svårt att berätta om våldsutsatthet. Studier som undersökt barns vittnesmål i utredningar med stark stödbevisning (t.ex. där övergreppen finns dokumenterade på video) visar att både yngre och äldre barn kan ge korrekta vittnesmål, men att de ofta utelämnar känsliga detaljer (2). Denna typ av studier har också visat att många barn väntar med att berätta och att vissa barn inte berättar någonting under deras polisförhör. Här är även viktigt att lyfta fram det oroande mörkertal av brottsoffer som inte når rättsväsendets kännedom. Det kan ibland gå månader, år eller hela livstider innan brottsoffer avslöjar vad de blivit utsatta för (3).

Från ungefär samma ålder som barn börjar kunna ge vittnesmål kan de också börja ljuga. Att små barn medvetet skulle kunna ge en övertygande lögn om ett brott anses dock vara ovanligt (4). Det finns däremot andra mekanismer som kan förklara varför barn ibland ger felaktiga utsagor. Forskare har länge uppmärksammat hur viktigt det är för barnets tillförlitlighet att undvika olika former av suggestiv påverkan (4).

Suggestiva samtalsmetoder (till exempel ledande frågor) ökar markant risken för fel. Både barns och vuxnas utsagor så väl som minnesbilder kan färgas av yttre information. Eftersom minnet är rekonstruktivt kan annan information, som anhörigas eller förhørsledarens frågor, få stora konsekvenser på barnets berättelse. Förskolebarn har visat sig vara särskilt sårbara för suggestioner (4). Det finns tyvärr alltför många exempel på havererade utredningar och rättsskandaler där barn gett bisarra vittnesmål efter suggestiva förhör – från 1600-talets häxprocesser till Kevin-fallet där två små pojkar felaktigt pekades ut som mördare. Risken för fel blir särskilt oroväckande i utredningar där det föreligger ogrundade misstankar om brott. Suggestioner kan i dessa situationer få förödande konsekvenser för både den misstänkte, barnet och deras anhöriga. I värsta fall kan en oskyldig person felaktigt dömas för brott och få sitt liv slaget i spillror.

Den misstänkte gärningspersonen kan ibland ge en helt annan förklaring än barnet. Bland förövare som har utsatt barn för olika former av våld kan ett erkännande få allvarliga konsekvenser. Det kan leda till fängelsestraff, stigmatisering och förlust av arbete, familj och vänner. Det finns med andra ord många skäl för skyldiga gärningspersoner att försöka undanhålla vad som hänt. Utöver att neka till brott kan skyldiga förövare ibland måla upp en felaktig bild av sanningen. Inom förövarpsykologin uppmärksammas till exempel förekomsten av kognitiva förvrängningar hos sexualförbrytare (5). Deras version av händelsen kan skilja sig markant från verkligheten. De kan exempelvis lägga över ansvar på barnet eller minimera brottets allvarliga natur. Förövaren kan även säga till barnet att hålla övergreppet hemligt eller utöva andra påtryckningar för att hindra barnet från att berätta. Våld inom familjen är särskilt svårt att prata om. I utredningar som rör sexuellt våld försvåras situationen ytterligare av de starka tabun som omgärdar incest och övergrepp på familjemedlemmar. Det får i sammanhanget inte heller glömmas bort att den misstänkte naturligtvis kan vara oskyldig. Polisanmälningen kan handla om ogrundade orosanmälningar, missförstånd eller, i ovanliga fall, att någon felaktigt anmäler med egna bakomliggande motiv (t.ex. i samband med svåra vårdnadstvister eller andra konflikter).

Rättsväsendet ställs med andra ord inför en svår uppgift när de ska försöka nå sanningen i utredningar om brott mot barn. Både barn och misstänkta kan ge felaktiga utsagor och vad de upplever som sant behöver inte stämma överens med verkligheten. Förhörets yttersta syfte är därför att samla in tillförlitlig information som kan användas för att göra rättsliga bedömningar om specifika händelser. Detta kan ställas i kontrast till psykiatriska utredningar och behandlande samtal

där patientens subjektiva sanning står i fokus. För att bibehålla sin objektivitet rekommenderas polis och åklagare att använda ett hypotesprövande tillvägagångssätt (6). Olika hypoteser till polisanmälningen bör ställas upp och utredas för att utesluta alternativa förklaringar. En viktig utgångspunkt är hur brottsmisstanken vuxit fram. Har barnet spontant berättat om övergreppet eller finns det risk för suggestiv påverkan från en orolig vuxen? Kan det handla om ett missförstånd? Baseras misstanken på beteendemässiga förändringar över tid? Med samma noggranna systematik behöver polisen även utreda den misstänktes och eventuella vittnens förklaringar. Genom att fokusera på vad som sagts och undersöka hur det stämmer överens med övrig utredningsinformation kan man komma ett steg närmare sanningen (6).

Att tänka på...

- Ta din oro på allvar och fråga barnet om någonting hänt. Att prata om övergrepp är svårt och det är viktigt att barnet inte upplever misstro. Låt barnet berätta i sin egen takt och undvik att avbryta. Förvalta barnets förtroende genom att lyssna, stötta och ställa frågor om barnets mående.
- Bibehåll objektiviteten och undvik i största möjliga mån att ställa ledande frågor som kan påverka barnets berättelse. Förekomsten av ledande frågor kan försvåra en kommande brottsutredning och det riskerar att sänka bevisvärdet i barnets utsaga.
- Dokumentera samtalet. Om ett barn berättar om våldsutsatthet är det viktigt att dokumentera allt som sägs. Våra minnen bleknar snabbt och redan efter en timme har många detaljer glömts bort.
- Gör en orosanmälan till socialtjänsten. Yrkesverksamma som arbetar med barn har en skyldighet att anmäla vid misstanke om våld. Det är socialtjänstens ansvar att tillgodosse barnets behov av skydd och stöd.
- Du kan även göra en anmälan till Polismyndigheten som ansvarar för att utreda om barnet blivit utsatt för brott. Utredningar gällande brott mot barn ska enligt lag handläggas skyndsamt.
- Barn som blivit utsatta för våld kan erbjudas krisstöd genom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) eller Barnahus. Även barnets närmast anhöriga kan behöva krisstöd. Våldsutsatthet är en riskfaktor för en rad olika psykiska sjukdomar som kan kräva behandling, exempelvis depression, ätstörningar och posttraumatiskt stressyndrom.

Mikaela Magnusson

Fil. doktor

*Barnafrid, Linköpings Universitet och Psykologiska institutionen,
Göteborgs universitet*

Laura Korhonen

Professor

Barnafrid, Linköpings universitet

För mer information, ta gärna del av Barnafrids digitala basprogram om våld mot barn. <https://barnafrid.se/basprogram/>

Referenser

- Magnusson, M. (2020). Interviewing preschoolers: Facilitators and barriers to young children's legal testimony. Doktorsavhandling, Göteborgs Universitet. <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/66866>
- Paz-Alonso, P. M., Ogle, C. M., & Goodman, G. S. (2013). Children's memory in "scientific case studies" of child sexual abuse: A review. I B. S. Cooper, D. Griesel, & M. Ternes (red.), *Applied issues in investigative interviewing, eyewitness memory, and credibility assessment* (s. 143–171). New York, US: Springer Science + Business Media.
- London, K., Bruck, M., Wright, D. B., & Ceci, S. J. (2008). Review of the contemporary literature on how children report sexual abuse to others: findings, methodological issues, and implications for forensic interviewers. *Memory*, 16, 29–47. doi: 10.1080/09658210701725732
- Ceci, S. J., & Bruck, M. (1995). *Jeopardy in the courtroom: A scientific analysis of children's testimony*. Washington DC, US: American Psychological Association.
- Ward, T., Hudson, S. M., Johnston, L., & Marshall, W. L. (1997). Cognitive distortions in sex offenders: An integrative review. *Clinical psychology review*, 17, 479–507.
- Landström, S., Korkman, J., & Magnusson, M. (2021). *Förhör med barn. Handbok i rättspsykologi* (upplaga 2). Stockholm: Liber.



Sanningen och lögnen

I sin visa Sanningen och lögnen gestaltar trubaduren Vysotskij dessa motsatser som två kvinnor som möts. När Sanningen sover över hos Lögnen stjälar Lögnen hennes gyllene klänning. Världen blir betagen av den skimrande Lögnen och känner inte igen Sanningen, som ju inte brukar vara så tarvligt klädd som nu.

Det är i linje med forskning som visar att en lögn sprider sig snabbare på sociala medier än en sanning. Saklig, nyanserad och källkritisk information har inte samma sensationsvärde som rykten där vi kan förfasa oss över det befängda hos andra än i vår egen grupp. Sociala medier är en ny plattform för utbyte av information och det som är nytt har vi oftast inte lärt oss att förhålla oss kritiskt till på samma sätt som beprövade medier.

Detta kan lätt utnyttjas av dem som vill påverka människor i en riktning. Joseph Goebbels riksministerium var tidiga med att använda radion för att nå ut med nazistisk propaganda, där bara det att man kunde höra någon annans röst på avstånd var hänförande och övertygande och bidrog till att ovana lyssnare sänkte garden och i högre utsträckning tog till sig det som säs. Islamiska staten var tidigt framgångsrika med att använda sociala medier för att värva anhängare.

Idag är syftet med vinklad information i sociala medier snarare att så misstro och konspirationsteorier eller att människor med en viss uppfattning ska få vatten på sin kvarn. Om man tittar på en del av ryktena om det nya coronaviruset så verkar propagandaminister Goebbels hypotes om att lögnen blir mer trovärdig ju större den är kusligt korroborerad. Föreställningar om att covid-19 sprids med 5G-master och att vaccinet innehåller mikrochip för tankestyrning, planterade av Microsoft-miljardären Bill Gates själv, är svåra att bemöta med fakta. För de troende hjälper det inte att Bill Gates har gått ut och sagt att han nu i och med sin skilsmässa inte hinner plantera några mikrochip eller att så avancerad utrustning inte kan komma igenom nålen på sprutan. Jag ägnade halva besöket under min mottagning med att bemöta en patients vaccinnmotstånd. Det hade dock utvecklats till en övervärdig idé, där mina motargument snarast styrkte patienten i sitt motstånd. Vi landade i att vi tyckte olika, och att det var frivilligt att ta vaccin mot covid-19.

Modellen för rapportering i traditionella medier som TV och radio, där man ofta vill lyfta fram två olika ståndpunkter och ge dem lika mycket utrymme kan leda till att den skep-

tiske amatörens ord får väga lika tungt som expertens. Min doktorand Alexander Kronsell blev intervjuad om ECT i lokal-TV och beskrev den i regel goda effekten av ECT vid djup depression, men tillstod också risken för minnesstörningar och vikten av att rätt patient får behandlingen. Likväl lyftes en kritisk brukarrepresentant in, som fick vädra en diffus oro för att ECT skulle öka på andra insatsers be- kostnad. Det kan bli som i Tage Danielssons Grallimatik: "Du säger att Oslo ligger i Norge och jag säger att det ligger i Danmark. Sanningen är väl någonstans däremellan".

Förutom att sanningen i övrigt faktiskt kan vara i en gråzon så är den inte så enkel ens när den är sann. Dramatikern Henrik Ibsen laborerade genom hela sitt författarskap med livslögnen, den robusta illusion om våra liv som får oss att stå ut. I pjäsen Vildanden kommer en sanningssägare som har tagit på sig uppgiften att informera huvudpersonen Hjalmar Ekdal att han inte är far till sin dotter. Ekdal tar instinktivt avstånd från dottern, som i sin förtvivlan inte ser annan råd än att ta sitt liv. Grannen dr Relling har dessförinnan uttalat att Hjalmar Ekdal lever bäst i okunskap och att han inte skulle kunna leva med vissa sanningar i sitt liv.

Vad som är rätt kring en livslögn är svårt att säga annat om än att den behöver hanteras varsamt, då den avspeglar någon form av oförmåga att se en sanning. När någon säger till mig att hen skulle ha kunnat blivit läkare, om inte fibromyalgin hade satt käppar i hjulet så håller jag tand för tunga. När jag handskats för oförsiktigt med falska förhoppningar har jag ibland tillrättavissats. Jag märkte att en av mina patienter jag träffade när jag arbetade som läkare inom avancerad hemsjukvård hoppades bli botad av sin palliativa cellgiftsbehandling. När jag frågade henne om vilken information hon hade fått om sin behandling blev hon besvrad. Vid nästa hembesök tydliggjorde hon att hon inte ville att jag skulle ta ifrån henne hoppet om att bli bra med sin behandling. Jag sa att jag dock behövde vara uppriktig med henne om vad jag såg när jag undersökte henne, inklusive eventuell försämring av hennes tillstånd. Det gick hon med på.

Sanningen och lögnen förhåller sig alltid till varandra, precis som i visan. Uttrycket: Är det sant? är inte bara ett utrop av förtroget förvåning. Det är också en bra fråga.

Mikael Tiger
Psykiater
Stockholm



Galenskap - en bok om vetenskap

Mikael Landén

Natur & Kultur, 2021

Mikael Landén har skrivit en bok som heter "Galenskap". Eftersom författaren är professor i psykiatri i Göteborg kan man tänka sig att den handlar om svår psykisk sjukdom. Men det gör den inte! I alla fall inte som man först tänker sig. Den Galenskap författaren syftar på är den som kommer i uttryck i att människor kan tro på behandlingsmetoder som antingen i sig är helt orimliga eller gång på gång visats sakna effekt på psykisk sjukdom. Och hur det kan komma sig att sådana metoder kan bedrivas inom skattefinansierad hälso- och sjukvård. Det handlar om andeutdrivning, healing av AIDS på distans, homeopati, akupunktur, vaccinskepsis, med mera. Landén menar enligt texten på omslaget att "En medicinsk modell som vi låter koka ner till den enkla frågan 'fungerar det?' kan användas för att utvärdera de flesta åtgärder som påstås lindra ohälsa, inte bara vaccin och läkemedel utan även psykologiska behandlingar och socioekonomiska åtgärder. Och förstås andeutdrivning, homeopati och akupunktur."

Vi får som läsare delta i en intressant och medryckande diskussion om rationalen för häxbränning, exorcism och synen på psykiatriska symptom som en följd av att man är besatt av demoner eller att man lider av psykisk sjukdom. Landén ställer ett ideologiskt synsätt där behandlingspraktiken tar stöd av t.ex. Bibelns berättelser, världsliga auktoriteter, påverkanskampanjer från utövare som har ekonomisk vinning, mot det han kallar den "Medicinska modellen" som söker stöd för metoder genom att utvärdera deras effekt. Dvs. vilken evidens det finns för att klienterna faktiskt förbättras av de insatser som ges. Mycket forskning har ägnats åt vad som orsakar psykiska sjukdomar med förhoppningen att det ska leda till bättre behandlingar. Det är naturligtvis lovvärt att så görs, men om teorierna upphöjs till ideologi och hindrar nytänkande och omprövning av metoder menar Landén att det blir bekymmersamt.

Samtidigt som jag läste Landéns bok hade Dagens Nyheter en stor artikel om hur tider av osäkerhet tenderar att göra människor mer benägna att söka sig till mysticism och fantastiska uppfattningar som t.ex. skepsis mot vaccination mot covid-19. Sådan skepsis har funnits tidigare, Landén citerar en tabell från the Times från 1923 när det i dåtidens media pågick en kampanj mot smittkoppsvaccination:

Antal sjukhusinläggningar pga smittkoppor	350
Därav ovaccinerade	319
Vaccinerade för så länge sedan att vaccinationen ej bedömdes vara skyddande	18
Vaccinerade, men under sjukdomens inkubationstid	13

Vem skulle tveka att vaccinera sig efter att ha läst de resultaten? Och som bekant ledde vaccinationen till att smittkoppor utrotades.

Landén analyserar inte bara behandlingar inom den alternativa vården utan även metoder som används inom skolmedicin med samma kritiska modell. Även här visar han att graden av kritiskt tänkande kunde vara högre.

Sammantaget en intressant och läsvärd bok!

Per Gustafsson

Professor emeritus BUP, Linköping



Hur gör vi för att skydda våra patienter från oss själva

Att personal inom psykiatri utnyttjar sin makt och skadar våra redan utsatta patienter är en så avskyvärd tanke att vi kanske helst slår bort den. Ändå har vi alla hört historierna, och kanske bevittnat det närmare än så: Tvångsvårdade tjejer som sexuellt utnyttjats av personal som suttit extravak. Läkare som tafsar och hyschar, ställer intima frågor helt utan medicinsk relevans. Beröring av kön och bröst under bältesläggningar. Övervåld och hot. Läkare som förskriver narkotikaklassade läkemedel mot sexuella tjänster. Personal som "inlett relationer med patienter", när det de i själva verket har gjort är att sexuellt utnyttja en person i beroendeställning.

Vittnesmålen är för många för att vi ska kunna inbilla oss att problemet inte existerar, även om det nästan alltid står ord mot ord – patient mot vårdpersonal. Invandrarbakgrund, kvinnligt kön och ung ålder är alla faktorer som ökar risken för att inte tas på allvar. En patient som befinner sig i ett psykotiskt tillstånd, eller har en sådan historik, har i princip ingen chans att bli trodd.

Eftersom utsagorna sällan kan ställas bortom allt rimligt tvivel kan inga rättsliga åtgärder vidtas men känslan av att något är fel brukar finnas kvar i personalgruppen. En vanlig åtgärd när sådana här historier kommer upp till ytan är att personalen i fråga flyttas till en annan avdelning eller byter sjukhus, vilket säger en hel del om hur vi ser på denna problematik. Varför är patienterna på en annan avdelning mindre skyddsvärda? Kanske är just förflyttningen en del av den kultur som möjliggör att det här händer, och tillåts hända, om och om igen. Syns det inte så finns det inte. Vårt ansvar sträcker sig inte utanför vår avdelning, men vem skyddar patienterna?

Tanken på att vår kollega kan begå övergrepp på en mycket utsatt person är för många främmande. Ändå känner nästan alla till minst ett fall av övergrepp på patienter på just deras arbetsplats. Konsekvenserna av dessa avskyvärda övergrepp är förödande, och i helt motsatt riktning till allt som psykiatri jobbar för – patientens bästa. Någonstans måste vi därför bära med oss tanken, möjligheten, att det kan ske även här. Även på vår arbetsplats. Vi behöver arbeta fram tydliga riktlinjer, både för hur man handlägger misstankar utan att visselblåsande kollegor råkar ut för repressalier, och för hur vi uppmärksammar

och skyddar patienter som efter bästa förmåga signalerar rädsla inför enskilda kollegor. Övergrepp på patienter är en oerhört känslig fråga, förmodligen extra känslig på grund av de känslor av skam och skuld den väcker hos oss som arbetar i psykiatri. Om vi ska kunna uppfylla vårt uppdrag att ge patientsäker och god vård behöver vi ta frågan på allvar. För varje dag som ingenting görs, bidrar vi med vår tystnad till att ännu fler drabbas.

Du som läser – Hur många gånger har du hört en patient säga att den har utsatts för våldtäkt eller annat övergrepp i slutenvården? Och hur många gånger har det resulterat i att den berörde stängs av medan ärendet utretts enligt riktlinjerna?

En psykiatrisk avdelning bör vara en av de tryggaste platserna i vårt moderna samhälle. Istället har motsatsen gång efter gång bevisats. Det är dags att vi börjar lyssna på våra patienter, och skapar en psykiatrisk vård som vi kan känna oss stolta över – en som inte skadar, utan hjälper.

Hanna Larsson
*Läkarstudent
Karolinska Institutet*

Natte Hillerberg
*ST-läkare i psykiatri
Norra Stockholms Psykiatri*

Sanningen om lögnen

Att avvika från sanningen innebär att vi ljuger, inte säger hela sanningen, inte säger som det är, försöker dölja något, kärt barn har många namn. Vilket begrepp vi använder kanske beror på hur moraliskt upprörda vi är.

Att tala sanning har ett högt moraliskt värde. Moral Re-Armament, MRA, med sin grund i Oxfordrörelsen som värnar moralisk upprustning, framhöll "absolut sanning" som ett centralt värde. På ett övergripande plan kan man konstatera att absoluta sanningar om den yttre verkligheten inte kan fastställas. Vår kunskap är begränsad till den information som våra sinnesorgan kan ge oss och bilden blir sålunda högst ofullständig. Vi kan dock jämföra vår upplevelse med en annan observatör av samma scenario och diskutera eventuella skillnader.

Det är något enklare med sanningen om den inre världen. En upplevelse som hänför sig till den inre världen, till exempel en dröm, är en inre upplevelse och kan som sådan inte ifrågasättas. Här finns ingen likvärdig observatör att jämföra drömunter med. Drömmens innebörd kan naturligtvis dock diskuteras.

Vår upplevelse av en gräns mellan inre och yttre värld utvecklas successivt och barn har ett ganska fritt förhållande till vuxnas sanning om yttrevärlden. Leken är ett fridlyst område där alla slags gränsöverskridanden är både nödvändiga och accepterade. Min lillasyster hade sin ständiga osynliga följeslagare katten Nappe med sig och blev mycket upprörd när vuxna stängde dörren om henne innan Nappe hade hunnit med in. Alfons hade som bekant sin Molgan. Barn "hittar på" även utanför den avgränsade lekens ramar, de fantiserar eller konfabulerar eller hur vi som vuxna vill benämna det. Men dessutom, utanför lekens ramar, ljuger de faktiskt också ibland. Ve och Fasa, vad ska bli av detta barn!

När två barn i förskoleåldern bråkar kan vuxna ibland tydligt se vem som började. Frågar man ett barn vem som började var det alltid den andre, vilket ut den vuxnes synpunkt tycks vara en uppenbar lögn men det är det inte ur barnets. Barnet är ur utvecklingssynpunkt egocentriskt, reaktivt och interpunkterar sociala händelseförlopp därefter. Deras reaktion mot det andra barnet upplevs alltid som ett "svar" i någon mening. När barnet någorlunda väl kan skilja mellan inre och yttre värld kan det dock vara adekvat att tala om lögn.

Men när och varför ljuger barn – och vuxna också för den delen? Vuxna kan ljuga av etiska och moraliska skäl. "Nej här finns inga 'förräddare'" kan svaret bli när ockupationsmaktens bödlar knacka på. "Nej, det här tror jag nog ska gå bra" som svar till en orolig person angående kroppsliga symtom fast man själv misstänker att det kanske inte alls kommer att gå bra. Vardagen är full av smärre halvsanningar och "vita" lögnar. Tillvaron skulle bli svåruthärdlig om vi alltid i alla lägen omedel-

bart och utan eftertanke meddelade våra tankar och spontana åsikter.

Det finns både barn och vuxna som meddelar mer eller mindre genomtänkta osanningar för att gagna egna behov och syften. För många vuxna men framför allt för barn kommer osanningar och lögn ofta spontant i lägen när de känner sig trängda. Mitt intryck är att barn ofta ljuger för att de i dessa situationer blivit rädda. När ett barn plötsligt konfronteras av en vuxen med "nu ljuger du", tror jag att de ofta nekar spontant eller snarare impulsivt. Amygdala signalerar "fara", prefrontalloben som står för verklighetsbedömning beträffande kortsiktiga och långsiktiga konsekvenser av svaret hinner inte med eller är inte tillräckligt utvecklad. För att avvärja den vuxnas vrede levereras ett nekande svar – har man inte gjort något galet finns ju ingen anledning att någon ska vara arg. Detta förnekande snarare ökar än minskar den vuxnes missnöje, vederbörande har ju med egna ögon – eller öron – varseblivit sanningen. Ju argare den vuxne blir desto svårare blir det för barnet att kunna revidera sitt svar. Barnet försöker ju minska konflikten med den vuxne, kanske för att inte bli avvisad eller råka ut för represalier eller straff, men nekandet får som sagt motsatt effekt. Kanske har barnet också svårt att hantera den skam som det kan känna av att vara "lögnare" – en skam som förstärks av den vuxnes missnöje. En handling tycks ha omvandlats från att vara en "olycklig tillfällighet" till ett föraktligt personlighetsdrag.

Kapaciteten att tala sanning ökar ju bättre fungerade prefrontalcortex kan göra verklighetsbaserade överväganden. Svårigheten att tala/hålla sig till sanning kan alltså delvis kopplas till försök att rädda både relationer och den egna självkänslan, nog så i sig angelägna syften även om metoden ofta kostar mer än den smakar. Ibland kan det vara svårt att ändra sig om man riskerar att känna sig tillplattad av en triumferande och självgod sanningssägare och moralist som belåtet konstaterar att "jag hade minsann rätt, du ljuger".

Vad kan man då säga om lögnen? Sanningen tycks vara att den ofta är en komplicerad historia.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

ANNONS



Återupprätta verkligheten

I februari-numret 2021 av tidskriften *Scientific American* skriver skribenten Jen Schwartz optimistiskt under rubriken *Reestablishing reality* (Återupprätta verkligheten). Som jag läser texten tänker hon sig att detta sker om dominerande informationskällor som Donald Trump, med lögnaktigt och försåtligt budskap, ersätts av föregivet sannfärdigare källor som Joe Biden. Bidens budskap förväntas vila mer på vetenskaplig grund och med honom som motkraft kommer problematiska och dubiösa tolkningar om sakernas tillstånd att få mindre genomslag. Tanken är tilltalande för många men kommer ju att avfärdas av dem som gillar Trump bättre än Biden. USA står splittrat här.

Svenskar i allmänhet kan förmodligen hålla med om rimligheten i Jen Schwartz's budskap, men där förmedlas också en troskyldig optimism. Det finns nog skäl att befara ett kraftfullt motstånd. Ta de vanliga, stundom bisarra, konspirationsidéer som vi på senare år hör från USA och som också tycks leva vidare, post-Trump. Media i USA frossar och rapporterar lustfyllt om tokigheterna och bidrar rimligen till dess bestånd. Ett exempel: En överväldigande majoritet av dem som röstade på Trump i senaste presidentvalet tror fortfarande att Biden vann med stöd av valfusk. Detta hävdar Jen Schwartz i sin artikel och hänvisar till en enkät från Monmouth University i New Jersey. Källan verkar stämma när jag kollar. Samma information om misstänkt valfusk får man fortlöpande från CNN och BBC World News. Stämmer de samstämmiga uppgifterna så vidlåder uppenbarligen demokratin i USA stora och kvarstående problem. Enligt både CNN och BBC så insisterar Trump fortfarande (maj 2021) på "den stora lögnen" (kallas så i TV-media) och han hävdar envetet att valfusk avgjorde det senaste presidentvalet. *Everybody knows*, säger Trump i framträdanden.

Det som vore fint om än fåfängt att försöka motverka, med mitt förslag till ett nyord, är "stollesynkronisering", dvs att stolliga, men attraktiva för vissa, idéer (läs: vanföreställningar) blir virala. Idéerna sprider sig genom upprepning och bred exponering. Min utgångspunkt här är att idéer och föreställningar kan synkroniseras (härmas), precis som gäller för beteende. Inget konstigt med det. Beteendesynkronisering uppstår återkommande hos människor och djur, där beteende hos en individ "smittas" andra, som tar efter. I första hand kanske det

sker samtidigt i tid och rum, men senare kan individen upprepa beteendet spontant och för sig själv eller i en ny grupp. Jag återkommer till exempel på detta.

Min tro är att företeelsen "tro på valfusk" som Trump och anhängare förfäktar, kan ses som synkroniserade paranoidea (van-) föreställningar, alltså stollesynkronisering. Ivrigt påhejat av cyniker som inser det dubiösa. Ändamålet helgar medlen! Mer ödmjukt kanske det bästa man hoppas på är att dessa synkroniserade och virala vanföreställningar på något sätt kan "spädas ut" och distraheras med slumpmässigt varierande dito. Lättare att säga än att göra, tänker nog den skeptiske läsaren. Om dessa Trump-sympatisörer istället på något sätt kunde förmås att för sig själva skapa individuella och därvid varierande, spretiga och personliga konspirationsidéer, så blir det mer som stollebrus (aha, ännu ett nyord). Troligen är detta i praktiken ogörligt, då sociala medier som de nu fungerar effektivt bidrar till att göra vissa konspirationsförslag virala. Ett makabert komplex av idéer förmedlas av Qanonrörelsen (Q), som hävdar en global konspiration av pedofiler och djävulsdyrkare (beskrivs bl.a. i SvD 21-05-07). Q bekämpar med viss framgång motståndare till Donald Trump, genom att tillskriva dem delaktighet i den globala konspirationen och därmed gör de motståndarna förkastliga.

Att återupprätta verkligheten verkar komplicerat. Så vad är verkligheten egentligen? Min verklighet är väl summan av vad jag uppfattat och min berättelse om detta? Min eller läsarens verkligheter är knappast stabila över tid eller odiskutabelt korrekta. Om vi synkroniseras med sociala medier eller på annat sätt och inte förmår realitetspröva tillräckligt, så bildar vi i värsta fall en elak och farlig mobb?

Nils Lindefors
Psykiater
Stockholm

En anekdot om Sanningen

Hösten, och en bit in i vintern, 2018 kom jag att arbeta på den Vuxenpsykiatriska mottagningen i Falun. Mitt boende blev hos Birgittaordens nunnor i deras gästhemsflygel – en knapp mil utanför staden och alldeles invid den stora sjön Runn.

Transporterna skedde med den glest trafikerade lokalbussen t.o.r. arbetet och Falun och till det som kom att bli som en lite udda och brokig familj, dvs. vi som bodde där under längre eller t.o.m. riktigt långa perioder tillsammans med nunnorna, som även de blev "familjära" i sitt omhändertagande av oss – inkluderade t.ex. de egenlagade måltiderna.

Ett par dagar efter hemkomsten till Stockholm var det dags för min 65-årsfest – i diakoniverksamheten Erstaterrassens lokaler med eldkorgar ute på själva terrassen.

En vän, "vår ordkonstnär" tillika översättare – kom som tonåring tillsammans med sin judiska familj och andra judiska personer/familjer ifrån Polen där en ny våg av antisemitisk kampanj pågick – från en annan familjeliknande grupp av delvis även växlande personer som umgåtts regelbundet under åtminstone 25 år – kom att hålla ett tal till mig om:

Å är det inte en konst att
En sträng slå an

Korsande mellan Yta o Djup av och an

Kan man Evinnerligen vara Sann...
Vågar man komma undan utan Bann...

Ska man vara Blid?
Blåsa upp till Strid?
Kan man finna Frid?

Det är bara att Hänryckas – Det Går – Ann!

Och visst har detta gängs "ordkonstnär" på ett enkelt och humoristiskt sätt fångat framträdande karaktärsdrag hos mig – och som varit sig lika både privat och i mitt arbete. På arbetet i det fr.a. patientnära "på golvet"-jobb jag hade inom den of-fentliga vuxenpsykiatrin.

Avstampet för diktens huvudtema – Sanningen – var en kväll när jag anslöt sent (jobbat över!) och möttes av en hälsningsfras från gängets "ordkonstnär": "NU får vi höra Sanningen...!"

Och på detta tema har fr.a. han och jag återkommande skämtat genom åren, på lite olika sätt.

Mitt temperament kombinerat med en "äkthetssträvan" gör att balansen mellan "blåsa upp till strid" samt eventuellt försöka bli "mer blid" – är tydlig.

Samma "balansgång" har varit framträdande under alla mina yrkesår... dvs. är väl en s.k. sanningssökare och har därför t.ex. mycket svårt för s.k. tystnadskulturer – men det är ju en balansakt....

Humor skattar jag högt – även att kunna ta till och använda i patientarbetet men den behöver ju då avvägas inom denna professionella ram dvs. mindre fritt.

Text och foto:

Ann Söderqvist

Nu pensionerad vuxenpsykiater sedan drygt ett år



Vuxenpsykiatriska mottagningen i Falun "lämpligt" belägen i fd Tingshuset – början av vintern 2018.

Nya sanningar om oöverträffade genvägar för preprints efter covid-19

Ett gammalt svenskt ordspråk säger "Det som ser ut som en tidsbesparande genväg kan i slutändan ta mer tid att följa än standardvägen". Sedan spridningen av SARS-CoV-2-viruset först bekräftades den 7 januari 2020, publicerades gensekvensen redan inom en vecka, den 12 januari 2020 på en genväg. Sedan dess har mer än 134 000 artiklar om covid-19 publicerats i PubMed fram till maj 2021. Detta har ofta föregåtts av prepublikationer – preprints – som fått mycket snabb och vid spridning på genvägar orsakade av pandemin.

Ett preprint i medRxiv (uttalas "med-archive") om virusets stabilitet på olika ytor har laddats ned över 660 000 gånger, twittrats om av mer än 13 000 personer och tagits upp av över 320 nyhetskällor. Traditionellt granskas en vetenskaplig artikel (peer review) genom en process som tar tid. Det kan gå månader, ibland år, från att ett angeläget manus sänts till en traditionell tidskrift innan publicering sker, vilket exemplifieras av en aktuell artikel om luftvägsinfektion under litium- och valproatmedicin hos 50 000 patienter med bipolär sjukdom som prepublicerades 2020 av Mikael Landén och medarbetare (1, 2).

Coronapandemins globala spridning krävde snabbare vetenskaplig kommunikation för profylax, diagnostik, behandling och vaccinskydd mot de många virusvarianterna. Det hade till exempel varit oetiskt att inte omedelbart publicera det nya virusets grundsekvens, utan embargo, då resultatet var ett måste som grund för utveckling av SARS-CoV-2-vacciner. Snabbheten med publikationer, i stället för som tidigare endast referensen "in progress", var ett av syftena med preprints. Nya vetenskapliga presentationer kunde spridas och granskas direkt innan de hunnit passera traditionell peer review. Preprints ger möjlighet till global kontakt med andra forskare, många gånger med information av omedelbart värde inför kommande reviewer i en traditionell tidskrift. Resultat belyser preprintservrars oöverträffade roll i spridningen då den ökade mängden covid-19-artiklar starkt påverkat det vetenskapliga kommunikationslandskapet (3).

Slutliga riktlinjer för preprintpublicering har ännu inte hunnit utformas. Det är viktigt att man är beredd på oförutsedda hastiga globala och lokala händelser, som till exempel allvarliga sjukdomsutbrott. Strömstad akademi erbjuder nu forskare, särskilt från Norden, ytterligare möjlighet till prepublicering av nya forskningsresultat, som kan läggas ut snabbt för fri tillgång (open access) på nätet. En utvärdering av Akademiens roll rörande preprint-publicering kommer att ske löpande för att harmonisera rutinerna med internationella preprint-plattformar under utveckling.

Självfallet instämmer Strömstad akademi med medRxiv som ger följande varningstext:

"Varning: Preprints är preliminära rapporter om arbete som inte har granskats genom peer review. De skall inte vägleda klinisk praxis eller hälsoråd och inte rapporteras i nyhetsmedier som etablerad information."

Anvisningar för läsare av Svensk Psykiatri som önskar publicera i Strömstad akademi Pre-Publication Series (PPS)

För att ge nordiska forskare en ny möjlighet till preprint av multidisciplinära vetenskapliga studier beslutade styrelsen för Strömstad akademi den 17 oktober 2020 att etablera Strömstad akademis Pre-Publikationsserie (PPS) med följande riktlinjer:

- Medlemmar kan publicera i Strömstad akademis prepublikationsserie.
- Samtliga medförfattare samtycker till prepublikation.
- Författaren ansvarar för att etiska regler och tillstånd följs.
- Författaren ansvarar också för innehållet och för att det inte strider mot svensk lag eller innehåller copyrightskyddat material.
- Flera olika institutioner, fakulteter och universitet står bakom serien.
- Uppgifter om olika tidskrifters policy om preprints finns på länken <https://v2.sherpa.ac.uk/romeo/>
- Den som ännu inte är medlem kan kontakta Gudmund Bergqvist vid redaktionen för PPS Strömstad Akademi: tel. 070-5378171, gudmundbergqvist@hotmail.com

Publikationer i Strömstad akademis nya preprintserie, PPS

Datum	Dokument/Nummer
201205	GRIN3B and PCSK4 gene variants on chromosome 19p13.3 in therapy-resistant schizophrenia that exhibit clozapine-responsiveness: Case report of four patients, Eva Lindholm Carlström, Jonatan Halvarsson, Sven Ove Ögren, Lars Feuk, Lennart Wetterberg. 19 pages. PPS-3
201113	Isolation of ribonucleic acids from cells stored at ambient conditions following critical-point drying and inspection under scanning electron microscope, Rojin Bozkurt, Rolf Nybom, Lennart Wetterberg, and Håkan Karlsson. 9 pages PPS-2
200917	Increased concentration of extracellular vesicles exposing aquaporin 4 in cerebrospinal fluid in patients with bipolar disorder, Lennart Wetterberg, Fariborz Mobarrez, Rolf Nybom, Håkan Wallén, Aurimantas Pelanis, Dietrich von Rosen, Mikael Landén. 20 pages. PPS-1

Lennart Wetterberg
Professor i psykiatri vid Strömstads akademi
Professor emeritus i psykiatri
vid Karolinska Institutet

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

Kanon



Foto: Shutterstock/Alberto Andrei Rosu

Efter att återigen vaknat i gryningen och inte kunnat somna om, trots att olika sömnhygieniska strategier prövats i sängen, ger jag upp och provar strategin att gå upp en stund.

Jag sätter mig i soffan och slår på TV:n och zappar mellan kanalerna när jag osannolikt nog kommer till en kanal som visar favoritfilmen "The Matrix"!

Neo, huvudpersonen i filmen, har blivit kontaktad av Morpheus, en annan huvudkaraktär, som berättar för Neo att han lever i en överklig värld kallad The Matrix. Han tar fram två olika piller, ett rött och ett blått. Det röda pillret kommer att ta Neo till den riktiga världen, men det blå gör att han vaknar hemma hos sig och glömmer att han träffat Morpheus.

Morpheus säger: Allt jag erbjuder är sanningen och ingenting annat. Tar du det blå pillret fortsätter livet som tidigare, men det röda pillret tar dig till Wonderland och en djupare förståelse.

Neo tar det röda pillret, slocknar och vaknar en kort stund därefter i ett gigantiskt torn där han är fast i och omringad av maskiner, apparater och slangar. Det är som en plågsam födelse mot det nya okända.

Tanken slår mig där i soffan på morgonkvisten att det är som Neos val är som att bestämma sig för att påbörja en psykoterapi för att kanske få en djupare förståelse av sig själv eller att fortsätta som förut, utan att våga ta språnget ut i något nytt som öppnas upp. En väg som kan leda till att ett verkligare och sannare jag kommer fram.

På Friskis några kvällar senare ligger jag på golvet under träningspasset och kör situps medan Molly Sandén sjunger "jag har sett ditt Sanna Jag/ om dom visste vem du va" och jag undrar över detta med ens Sanna Jag. Den Molly vänder sig till har tydligen ett Sant Jag som inte är så trevligt? Men det Sanna Jaget visar sig väl i en relation? Och då bör man kunna ha flera Sanna Jag? Eller är det viktigast att vara sann mot sig själv?

En rad jag läst någon gång, någonstans dyker upp; "Jag är en lögnare som söker sanningen".

Vem har skrivit det och var?

Går och söker i bokhyllan utan resultat, men provar vidare om det kanske skulle kunna vara Willy Kyrklund som var en författare som hade en förmåga att ställa tankeväckande påståenden om tillvarons natur och mönster som inte kan brytas. Hittar inte den mening jag söker, men hittar i boken "Mästaren Ma":

"Jag söker den fråga på vilket människolivet är ett svar".

Kanske är det sant? Att hitta den fråga, som liksom i psykoterapi när den är som bäst, öppnar upp mot sanningen?

Cecilia Gotby
Överläkare BUP
Stockholm



Foto: Shutterstock/Massimo Santi

Tatueringar är mitt handlingsutrymme

Om att vara sann mot sig själv

Patienten går därifrån, jag ser honom sakta försvinna runt hörnet. Ännu en utredning avklarad, ännu en god allians tillskapad ur ingenstans, ännu en soppa som kokats på en spik. Mottagningsrutinernas trånga kostym är en moderiktig läkarrock med dålig passform. Alla patienter är nya och alliansen är en magi som måste uppstå direkt, den kan inte byggas upp, tid är en lyx som man inte har råd med. När patienten har gått blir jag kvar med förtroendet han gett mig, önskar att jag kunde spara känslan och minnas den bra länge till. En metafor dyker upp i mitt inre, jag känner igen den från en ungdomsbok som jag älskade när jag var liten; där var minnena stora, tunna, sköra glasskivor. Omsorgsfullt lindar jag in glasskivorna i silkespapper, jag vill inte att de ska gå sönder, förr eller senare gör de det ändå. Beständigare är papper tack och lov, skrivandet är en livlina.

Jag ler åt mig själv, det är ett empatiskt leende. Hur trångt det än blir i rutinernas lilla hörn lyckas jag ändå hitta en flyktväg, konkret eller abstrakt spelar ingen roll. Om jag blundar kan jag flyga. Om jag ställer en fråga utanför protokollet är jag fri. Stetoskopet är nyckeln till en annan värld. "Vad är det här för tatuering? Vad betyder den?" Svaren överraskar mig gång på gång.

"Jag har ritat den själv och gjort den tillsammans med en kompis. Den ska färgsättas så och så". Nyss kunde du inte svara på vad du är bra på.

"Det är djuret X, en sagofigur, en blandning av det och det", då får han chans att förklara något för mig. Plötsligt ombytta roller, han kan något som jag inte kan.

En "kompistatuering" behöver jag också få förklarat. Det är tydligen en halv tatuering som bli hel när man står nära sin kompis, på halvan ser man inte vad den föreställer. Människans fantasi har alltid imponerat på mig.

"Det är ett intresse jag har" – rätt märkligt intresse, varför har du inte sagt det tidigare, tänker jag, smått irriterad. Men det är klart, den frågan var inte heller med i protokollet.

En pil i ett hjärta där det står "mamma" behöver ingen vidare förklaring. Den coola killen har en turbulent bakgrund, bekymmer med droger och rättvisa, stora muskler och korta svar. Men han har flera tatueringar och när vi pratar om dem öppnar han upp sig och jag får små glimtar av hans sanna jag. Det är tydligen inte bara läkaren som får kämpa med att vara sann mot sig själv.

Alessandra Hedlund
Psykiater
Stockholm

Sanningssägarna

Följande rader är en mycket förkortad och omarbetad version av kapitlet Sanningssägarna från min bok *Sånt är livet: Reflektioner om självbedrägeri i en orolig tid* (Recito förlag, 2020).

Boken handlar om självbedrägeri: Om vår tendens att vilseleda andra till ungefär den grad som vi förnekar att vi själva är benägna att låta oss bedras av dem.

Den självbedrägliga människan håller sig inte gärna till sanningen. Hon har en grumlig och förljugen inre verklighet, och är väl närmast *psykofobisk* avseende att äga en reflekterande insida. Hon vill varken bli störd eller motsagd i sin (miss)uppfattning om sig själv och andra. Aktivt misstolkar hon verkligheten och i synnerhet sin egen relation till den. Och "sanningen" utgörs av hennes upptagenhet av andras mentala aktivitet för att slippa kännas vid och ta ansvar för den egna.

Människor som är psykofobiska är ofta faktaresistent. Det vill säga, de väljer bort fakta och åsikter som inte passar den verklighetsuppfattning de själva diktar ihop och försvarar. Och den ska spridas vitt och brett fast de sällan ens blivit tillfrågade. Hänsyn till ett DU är därför inte så viktigt. Bara man är uppriktig: "För man har väl rätt att säga vad man tänker, tycker och känner. Vi lever ju i ett fritt land."

Magdalena Ribbing uppmärksammar nämnda grupp människor i en artikel med rubriken Hyfs (DN 21 november 2010): "En annan del av det nypretentiösa pratet är begreppet 'jag är bara uppriktig'. I nittionio fall av hundra innebär uppriktigheten något obehagligt för samtalspartnern. 'Jag säger bara som det är'-människorna vill inte ge avkall på sin självcentrerade sanningskärlek, den som tillåter dem att sära, kränka, skapa ledsnad hos andra – bara dessa sanningsälskande får utlopp för sitt maktbehov. Vanligen är det ett sådant som demonstreras när man medvetet säger det som sårar och kränker."

Hos sanningssägarna har konfirmeringsbiasen högkonjunktur. De vill bli bekräftade i sin uppfattning, inte med fakta. Sakuppgifter värjer de sig emot eftersom de inte ser saker som de är, utan som de själva är.

Med sin "enda sanning" ser de sedan till att snärja sin publik. Och lyckas inte det söker man upp nya betesmarker för att idissla "sin sanning" inför en ännu inte ont anande publik.

Som utomstående i detta narrspel är det lätt att tappa fattningen. Sinnesnärvaron sätts på prov. Man blir lurad, säger och gör saker man annars inte säger och gör. Den inre kritiska rösten tystnar och man blir osäker. Svarslös suggereras

man in i världar fyllda av luddiga och svartvita antaganden om allt mellan himmel och jord. Och ju mer svävande saker och ting uttrycks desto mer tvärsäkert uttalar sig sanningssägarna. De lindar in sig i en falsk trygghet för rädsla att bli avslöjade. Bristen på tvekan i det som sägs, och om det är av intresse för andra, är påfallande. Kom ihåg Tage Danielssons ord, att "utan tvivel är man inte klok".

När man som utomstående väl vaknar till och börjar uppfatta hur ytlig och klichéartad "samvaron" med sanningssägarna ter sig märker man också att det som sägs varken är särskilt genuint eller tillförlitligt. Snarare verkar det motsvara stämningar som godtyckligt plockas upp och skruvas till för att passa den snedvridna verklighetsuppfattning som det "nypretentiösa pratet" är uttryck för, med avsikt att *förvirra* omgivningen. Man kan uppfatta det som ett brus med högt tonläge som stör mottagarens bedömningsförmåga.

Den notoriska sanningssägaren är alltså expert på att undvika verklig genuin kontakt genom sitt mästerskap att skapa atmosfärer, stämningar och osäkerhet omkring sig. Och det försåtliga tycks vara själva upptrissningen av (känslö)stämningar, och att skapa split för rädsla att bli avslöjad att man brister i både sakfrågan och i kognitiv stringens: Ett inte alltför smickrande personlighetsdrag som bekräftar det redan (väl)bekanta hos sanningssägaren. Att vidga perspektivet något ter sig alltför besvärligt och skrämmande. Det skulle ju innebära att våga kliva ur sin bekvämlighetszon och ta hänsyn till ett DU.

Vi kan nog alla känna igen oss litegrann i detta med den "egna sanningen" som bekräftelse på hur vi ser på saker och ting. Under rubriken *News, views och självbedrägeri* skriver Linda Nordlund (SvD 20 november 2016): "Att vi litar mer till information som bekräftar den egna världsbilden, än uppgifter som motsäger den, är en av den mänskliga hjärnans mindre smickrande egenskaper."

Igenkänningsfaktorn är alltså sveket. Så, om man vill lära nytt och utvecklas vidare bortom det förstelnade och *o-vidsynta* förhållningssätt man har till sig själv och sin omgivning måste man nog också våga utmana och ifrågasätta sin övertygelse att man är rättmätig ägare till "den enda sanningen".

Thomas Silfving

Leg psykolog, leg psykoterapeut och författare



Diagnos – en sanning med modifikation

Är diagnos och det som diagnostiserats samma sak? Lider man av en diagnos?

Ofta numera hör och läser man om människor som "har diagnosen X" eller "lider av flera diagnoser". Ibland sägs det att någon "verkar ha någon diagnos", och man menar då någon psykiatrisk diagnos, oftast ADHD eller autism. För mig låter detta mycket egendomligt, eftersom diagnosen inte är detsamma som sjukdomen, eller funktionsnedsättningen eller vad det kan vara som ger problem – och något som ger problem eller ett behov av stöd, kanske behandling, är en förutsättning för att en diagnos ska kunna ställas.

Diagnosen är en arbetshypotes för vården, en benämning som vårdprofessionella ger ett sjukdomstillstånd eller motsvarande, för att underlätta kommunikation mellan vårdaktörer. En diagnos innebär att patienten som fått diagnosen har en sjukdom eller funktionsnedsättning som känns igen från andra patienter, och där man alltså kan förvänta sig framgång med de behandlings- och stödmeter som fungerat i liknande fall. Diagnoser ställs som bekant i både somatik och psykiatri, med den skillnaden att man i somatiken oftare, men inte alltid, har mät- och utbildningsmetoder till hjälp. I psykiatri finns nästan inga sådana hjälpmedel, och inte heller innebär en psykiatrisk diagnos – till skillnad från ganska många somatiska – att vi vet varför individen har drabbats. Följden är förstås att vi alltid är mer eller mindre osäkra på hur adekvat diagnosen är. Diagnosen är en etikett, som i bästa fall överensstämmer med innehållet. I sämsta fall är den felaktig – problematiken är av en annan natur. Hur ofta psykiatriska diagnoser är "felaktiga" vet vi inte, och vi kan inte vara säkra på detta förrän vi i en framtid har mätbara kriterier som skiljer olika sjukdomstillstånd åt. Dit verkar det vara ganska långt, så tills vidare förblir de psykiatriska diagnoserna arbetshypoteser snarare än fakta.

Det egendomliga är att just psykiatriens diagnoser av någon anledning verkar ha fått en särskild betydelse och frekvent, även av läkare, blandas ihop med det tillstånd de tänks beteckna. Något liknande märks inte i somatiken. Man säger inte: "Hon lider av diagnosen bröstcancer", utan man är klar över att det är cancer som orsakar lidandet, inte benämningen. Troligen finns det en del personer som har bröstcancer utan att den ännu diagnostiserats, men man brukar inte prata om detta som att personerna har diagnoser utan att veta om det. Först när de fått besked av en läkare har de fått en diagnos. Ofta låter det konstigt med denna sammanblandning i psykiatri – det kan till exempel påstås att vissa diagnoser, exempelvis beroendestillstånd, förtigs av patienten. Det borde innebära, inte att personen undanhåller sitt beroende, utan att han/hon inte berättar att en läkare tidigare diagnostiserat tillståndet.

Avdiagnostisering?

Ett nytt fenomen är diskussionen om "avdiagnostisering", som allt fler personer söker sjukvården för. När vi behandlar är det ju inte diagnosen vi behandlar utan sjukdomstillståndet. Om behandlingen lyckas försvinner sjukdomen, och då finns inte underlaget för diagnosen kvar. Vissa funktionsnedsättningar eller sjukdomstillstånd förbättras över tid, och då finns inte heller längre underlag för diagnosen. Detta har inte brukat vara någon stor sak, och inte kräva någon särskild "avdiagnostisering". Diagnosen/etiketten kan man förstås också ta bort eller strunta i utan att något hänt med de symtom man grundat den på, om man t.ex. insett att den inte var rimlig eller om ny information kommit fram som talar för att problematiken handlat om något annat. Av någon anledning – kanske en felaktig uppfattning om att tillstånden i fråga alltid är livslånga – har "avdiagnostisering" blivit något speciellt enbart när det gäller ADHD och autism. Om man ska ägna sig åt att "avdiagnostisera" borde väl detta vara lika angeläget när det gäller andra diagnoser? DBU – diagnos, behandling, uppföljning – syftar till att pröva arbetshypotesen (diagnosen). Numera görs inte detta av samma personer och ofta inte ens i samma verksamhet. Begreppen har anpassats efter organisationen i stället för tvärtom – diagnoserna anses varaktiga och kan inte ifrågasättas. Bidragande är nog också att det inte längre är läkare som leder och organiserar verksamheterna. Läkare är vana att hantera osäkerhet, och att ta ansvar för osäkerheten. Men läkare har också ett ansvar för att inte ha satt stopp för den nuvarande begreppsförvirringen – kanske därför att vi psykiatrer så gärna vill likna våra somatiska kollegor, och att vi tror att deras diagnoser är säkrare och mer faktabaserade än våra psykiatriska.

Begreppsförvirring

Mitt budskap är att åtminstone vi professionella borde sluta med att bidra till denna begreppsförvirring, som jag tror har medfört många missförstånd. Bland annat tror jag att både allmänheten (inklusive Försäkringskassan) och vi själva fått ett intryck av att våra diagnoser är mer säkra och varaktiga än de faktiskt är. Vi måste inse, och förklara för patienterna och alla andra, att våra diagnoser är benämningar som står för förhoppningsvis välgrundade och användbara arbetshypoteser – varken mer eller mindre än så. Och om någon lider av en diagnos – jag har träffat ett antal – så är lidandet iatrogen och behöver åtgärdas av den som har åstadkommit det, dvs. ställt diagnosen.

Lena Nylander

*Överläkare, specialist i allmän psykiatri, med dr
Lund*

Evidens = sanning?

Inom klinisk sjukvård uppmanas vi att använda evidensbaserade behandlingsmetoder. Begreppet evidens sägs först ha använts av Cicero (106 – 43 f.Kr.) i betydelsen uppenbar, synlig, manifest, klar. Om något är uppenbart, som t.ex. att det är ljusare på dagen än på natten, kan vi själva konstatera det och instämma i att påståendet är sant. Men om det man påstår inte uppenbart är sant, t.ex. att jorden roterar runt solen, behövs vetenskapliga belägg som talar för eller emot. Ofta vill man kunna beskriva hur sannolik en förklaring är och det gör man då genom att undersöka hur stark evidens det finns bakom påståendet. Evidens kan då sammanfattas som "bästa tillgängliga bevis" vid en given tidpunkt, dvs. vad som i dagsläget betraktas som sanning. Evidensen mäts oftast utifrån det sammanvägda resultatet av systematiskt insamlade och kvalitetsgranskade vetenskapliga studier. OBS att evidensen gäller hur säker bedömningen är, inte hur bra en undersökt metod är. Det finns god evidens för att vissa behandlingsmetoder inte ger effekt, t.ex. homeopati. Olika studier anses väga olika tungt, beroende på hur omfattande och välgjorda de är (1).

Evidensstyrka är en bedömning av hur starkt stöd ett påstående om t.ex. en behandlings effekt har. Alltså hur sant påståendet "den här behandlingen botar" är. GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) är en metodik för att bedöma evidensstyrka. I princip bygger GRADE på erfarenheter från andra graderingsystem men med ett tydligare fokus på risk-nytta-perspektivet. GRADE används av internationella aktörer som till exempel WHO, NICE, Cochrane Collaboration, m.fl. I Sverige används GRADE av bland andra SBU och Socialstyrelsen (2). Den bedömning som SBU gör av en behandling, t.ex. internetförmiddlad KBT (3), kan alltså sägas vara en bedömning av hur sant påståendet att KBT botar ångest eller depression är. Evidensstyrkan brukar graderas i fyra steg, från den starkaste (mest sann) till den svagaste (minst sann).

Starkt vetenskapligt underlag (++++). Bygger på studier med hög kvalitet utan försvagande faktorer vid en samlad bedömning. Ny kunskap kommer med stor sannolikhet inte att förändra bedömningen.

Måttligt starkt vetenskapligt underlag (+++). Bygger på studier med hög kvalitet med förekomst av enstaka försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

Begränsat vetenskapligt underlag (++). Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med försvagande faktorer vid en samlad bedömning. Dvs. att den befintliga forskningen ger relativt gott stöd för slutsatser, men att ytterligare forskning är önskvärd och kan göra att slutsatserna behöver omprövas.

Otillräckligt vetenskapligt underlag (+). När vetenskapligt underlag saknas (metoden kanske har effekt men det har ej undersökts), tillgängliga studier har låg kvalitet (t.ex. att uppföljningstid är för kort) eller där studier av likartad kvalitet är motsäggande, anges det vetenskapliga underlaget som otillräckligt.

Okänd effekt (?) kan också vara en slutsats.

SBU finner att för vuxna med depression finns *Måttligt starkt vetenskapligt underlag (+++)* för att internetförmiddlad psykologisk behandling har positiv effekt (3). "Måttligt" låter ju inte så värst bra, men här måste vi vara medvetna om språkbruket, det betecknar den näst högsta nivån på en fyrgradig skala. För barn konstateras att internet-KBT har *Otillräckligt vetenskapligt underlag (+)*. Det är ju en besvärligare utsaga, SBU kan inte ge oss någon hjälp i valet vad vi ska erbjuda. Det finns inte tillräckligt säkra vetenskapliga belägg för att säga vare sig bu eller bä.

Så hur ska vi då göra i en BUP-verksamhet om vi både vill använda evidensbaserade behandlingsmetoder och tycker internet-KBT verkar vara värt att pröva? Inte alldeles lätt att veta. Ett svar skulle kunna vara att via sitt behandlingsutbud bidra med kunskap genom att erbjuda både konventionell (mottagningsbaserad) KBT och jämföra det med internet-KBT.

Evidensbaserad praktik innebär enligt Socialstyrelsen (4) att den professionelle väger samman sin expertis med bästa tillgängliga kunskap, den enskildes situation, erfarenheter och önskemål vid beslut om insatser. Eftersom det inte finns vetenskaplig kunskap om alla insatser som kan användas menar Socialstyrelsen att man i vissa fall får stödja sig på andra källor som säger något om nyttan med insatserna. Det viktiga är att vara öppen med vilken kunskap som finns om insatserna och att följa upp resultatet för de enskilda individerna. Vidare att den professionelle, med sin yrkeskunskap och personliga kompetens, spelar en viktig roll. I kompetensen ingår bland annat empatisk förmåga, skicklighet i att identifiera individens problematik och att kritiskt värdera information samt en förmåga att balansera och integrera all information inför beslutsfattandet som ska ske i samråd med klienten. Kanske det som en gång i tiden kallades att använda "beprövad erfarenhet".

Per Gustafsson

Professor emeritus BUP, Linköping

Referenser: www.svenskpsykiatri.se/tidsskriften/

Sanning

Ibland räcker det att byta avdelning inom samma sjukhus för att börja tvivla på det man betraktat som sant. Byter man land kan mycket ställas på ända.

Jag har tidigare trott att insjuknandet i schizofreni/psykossjukdom oftast är ospecifikt med depression och ångest, men efter två års arbete i Danmark med unga patienter med nydebuterad schizofreni/psykossjukdom, har jag insett att det finns tydliga tecken i prodromalfasen som är lätta att finna bara man vet vad man ska leta efter. Det handlar om att identifiera störningar i självupplevelsen, vilket låter abstrakt och svårångat, men, som nyare psykopatologisk forskning baserat på fenomenologi visar, låter sig väl fångas och beskrivas.

Bakgrunden är att danska forskare vid psykiatriska kliniken i Hvidovre i Danmark i slutet av 1990-talet lät intervjua ett stort antal patienter med nydebuterad psykossjukdom och slogs av hur de flesta på ett likartat sätt beskrev tiden före insjuknandet. De berättade om en långvarig känsla av brist på identitet och mer eller mindre nytillkomna förändrade upplevelser av sig själva, andra och omvärlden. De gav till exempel uttryck för att "att ha förlorat sig själva", "att världen runtomkring bara är en illusion", "att kroppen känns främmande" och "att allt går i slowmotion". Ungefär samtidigt kom norska forskare med närmast identiska iakttagelser.

De danska och norska forskarna har med denna kunskap och med fenomenologi som utgångspunkt försökt skapa en ny förståelse för schizofreni/psykossjukdom. Inom fenomenologin är det viktigare hur patienten upplever verkligheten än vad patienten upplever.

Detta "nya" synsätt är egentligen en återgång till den ursprungliga synen på schizofreni/psykossjukdom, som den beskrevs kring förra sekelskiftet, dvs. som en allvarlig störning i de psykiska grundstrukturerna. När DSM-III publicerades 1980 övergavs detta synsätt i syfte att säkra psykopatologisk entydighet. Diagnostik av schizofreni/psykossjukdom har därför i hög utsträckning kommit att handla om förekomst av positiva psykotiska symptom såsom hallucinationer, vanföreställningar och hänsyftningsidéer. Följden har blivit att den upplevelsemässiga dimensionen av schizofreni/psykossjukdom såsom förlust av jaggränser och störningar i självupplevelsen har kommit i skymundan.

Enligt de danska och norska forskarna har detta lett till att kroniska och mildare former av psykossjukdom blir underdiagnostiserade, samtidigt som diagnoser som emotionellt instabilt

personlighetssyndrom, autism, ADHD och OCD ställs alltför ofta.

För att identifiera störningar i självupplevelsen och därigenom bland annat kunna diagnosticera schizofreni/psykossjukdom i ett tidigare skede har dessa forskare tagit fram en särskild symptomchecklista – EASE (Examination of Anomalous Self-Experience).

Att som kliniker få ett verktyg, EASE, som gör att man kan fånga den inre världen hos patienter med psykossjukdom, innan de utvecklat tydliga positiva psykotiska symptom, upplever jag närmast revolutionerande. Patienterna känner sig förstådda och bekräftade, ibland för första gången i psykiatin. De flesta har kämpat hårt för att dölja sina upplevelser för sin omgivning och kanske också i viss mån för sig själva och upplever det som en väldigt lättnad att få tala om dem. Att ta patienternas konkreta upplevelser på djupaste allvar, bidrar i sig till att öka känslan hos dem av att vara ett subjekt, att ha en identitet. Det lindrar den uttalade känslan av ensamhet och utsatthet som kanske är det som plågar de flesta patienter mest.

I Danmark använder man sig uteslutande av ICD-10 som diagnostiskt verktyg vilket möjliggör diagnostik av schizotypi eller "skizotypisk sindslidelse" (F21) som det heter på danska. Den ska inte blandas samman med DSM-systemets schizotypisk personlighetsstörning (F60.1). Vid schizotypi har patienterna omfattande störningar i självupplevelsen men få eller inga tydliga psykotiska symptom. Schizotypi ses i Danmark som en sjukdom som kan kvarstå oförändrad livet ut, ofta med påtagligt lidande och nedsatt funktionsnivå eller utvecklas till schizofreni.

Den ångest och depressivitet som patienter i prodromalfasen/vid schizotypi uppvisar är olika specifika manifestationer av störningar i självupplevelsen. Ångesten bottnar i en obestämbar, genomgripande känsla av något olycksbådande snarare än i dålig självkänsla och omgivningen upplevs gåtfull, opålitlig eller hotfull. De depressiva symptomen har karaktär av kronisk tomhetskänsla, anhedoni och känslolöshet snarare än nedstämdhet och irritabilitet. Många kämpar hårt för att upprätthålla en normal fasad utåt, andra uppträder udda och excentriskt. Alla upplever stora svårigheter i relation till andra och drar sig helst undan eller isolerar sig helt.

Det var initialt svårt, som svensk psykiater, att förstå och förhålla sig till schizotypi och störningar i självupplevelsen, eftersom det var nya begrepp för mig. Men nu när jag följt många



Jag har denna snidade träslav på mitt skrivbord här hemma – "sök i allt blott kärnan". När jag känner mig lite desillusionerad så tittar jag på den och hämtar kraft.

Maria Nilsson

patienter i den tidiga fasen med mildare symptom inom psykospektrat och sett hur verksamt det fenomenologiska synsättet är för att förstå dessa patienter, känns det viktigt att dela med mig av mina erfarenheter.

För att sprida denna kunskap har jag tagit hjälp av min danska OPUS-kollega Maria Nilsson och Lena Nylander, psykiater i Lund. De har tillsammans med Mats Bogren, psykiater i Lund, översatt EASE till svenska.

Maria Wagner

*Specialist i barn- och ungdomspsykiatri och psykiatri
Har arbetat 20 år i psykiatri i Skåne. Arbetar nu sedan två år som
överläkare i Danmark, i ett OPUS-team i
Ballerup i Köpenhamns utkant.*

OPUS är tvärprofessionella team för patienter mellan 18 och 35 med nydiagnosticerad sjukdom inom psykosområdet. OPUS är inte en förkortning, utan en term lånad från musikens värld. Det krävs orkestrering för att ett orkesterstycke ska bli njutbart att lyssna till och det krävs samarbete kring en ung person med psykos för att behandlingsarbetet ska bli framgångsrikt.

Sanning och störningar i självupplevandet

Intervju med Maria Nilsson

Maria Nilsson är läkare sedan 2008 och ST-läkare i vuxenpsykiatri i Region Hovedstadens Psykiatri, Danmark. Hon disputerade 2019 på en avhandling om psykopatologiska skillnader mellan schizofrenispektrum och autismspektrum, med fokus på självstörningar.

Maria, varför anser du att störningar i självupplevandet ryms i ett temanummer som handlar om sanning?

– Inom fenomenologisk psykopatologi representerar störningar i självupplevandet själva essensen – "sanningen" – vid schizofreni och schizotypi. Det är ju inte de psykotiska symptomen, som hallucinationer och vanföreställningar, utan förändringen av hela existensen som är själva kärnan vid schizofreni. Denna förändring i upplevelsen av sig själv, av andra och världen, är svår att beskriva med enkla ord och berör teman och ämnen som är väldigt stora.

Ja, det är svåra ord. I EASE används ord som t ex transitivity, spatialisering, tankeipseitet och cenestetiska upplevelser. Jag kan knappt uttala dem...

– Ja, det är synd eftersom det står i sådan kontrast till hur lätt det är att prata med patienterna om det, vilket ju är hela utgångspunkten. Det utgår från patienternas egna ord som tas på största allvar utan att tolkas. Det är verkligen inget hokus pokus. Men språket för att tala om och beskriva det kräver lite svåra ord.

Hur kom du i kontakt med fenomenologin?

– Under läkarutbildningen hade jag min kliniska placering vid den psykiatriska kliniken i Hvidovre där Josef Parnas, Lennart Jansson och Peter Handest arbetade. När Josef undervisade om schizofrenispektrum kände jag att allt föll på plats. Att detta ju var grunden till att jag blev läkare. Att kunskapen om störningar i självet gör att det går att förstå det oförståeliga, att förstå människor som upplever världen på ett helt annat sätt än jag. Jag som normalt är lite avvaktande, gick omedelbart

fram efter lektionen och sa att jag väldigt gärna ville skriva mitt examensarbete om fenomenologi. Jag tänkte att det är ju det här jag vill jobba med.

Vad handlade ditt examensarbete om?

– Fenomenologi och schizofreni. Jag gick igenom hur det använts tidigare, hur man arbetar med det idag och skissade på möjliga användningsområden i framtiden. Jag blev erbjuden att fortsätta forska men valde att fortsätta mina läkarstudier men kom så småningom i gång med ett avhandlingsarbete under min specialistutbildning till psykiater.

Berätta om din forskning!

– Jag valde att undersöka om störningar i självupplevandet kunde vara till hjälp vid differentialdiagnostiken mellan autism och schizofreni. Det är ju ofta svårt, eftersom utifrån sett kan de likna varandra väldigt mycket. Enligt fenomenologisk psykopatologi är kärnan vid schizofreni en störning i självupplevandet, något som inte borde finnas vid autism. Jag lät undersöka detta genom att intervjua ca 30 patienter med autism och ca 30 med schizotypi med EASE och fann mycket riktigt stora skillnader mellan grupperna. Jag valde så ”rena” patienter som möjligt och exkluderade de som hade eller hade haft tydliga psykotiska symptom. I autismgruppen hade patienterna inte mer självstörningar än patienter med diagnoserna OCD, bipolär sjukdom och borderline personlighetssyndrom. I schizotypigruppen hade patienterna omfattande störningar.

Fenomenologisk forskning visar att de identitetsstörningar som man ser vid t.ex. borderline personlighetssyndrom är av en annan karaktär. Vid schizotypi och schizofreni ligger störningen i det basala självet medan den vid borderline ligger på en högre komplexitetsnivå, inom det narrativa självet.

Finns det psykosjukdomar där man inte har störningar i självet?

– Hm, här blir det svårt efter som vi i Danmark inte använder oss av paraplybegreppet ”psykosjukdomar”. Vi klumpar inte ihop psykos på det sättet, och har t.ex. inte särskilda psykosmottagningar. Den forskning som har gjorts tyder på att självstörningar ackumuleras specifikt vid sjukdomar inom schizofrenispektrum, alltså vid schizofreni och också schizotypi, som ju sällan eller aldrig diagnostiseras i Sverige. Är man psykotisk av andra anledningar, t.ex. på grund av bipolär sjukdom, förekommer det inte i samma utsträckning.

Använder du självstörningar idag i din kliniska gärning?

– Ja, dagligen. Dels i samband med det diagnostiska arbetet, men också för att utforska och bättre förstå vad patienternas lidande går ut på. Jag har visat i min forskning att det föreligger en korrelation mellan grad av lidande och omfattning av självstörning. Det blir ett ytligt möte om man bara pratar om de psykotiska symptomen, t.ex. hallucinationerna, eftersom de inte utgör lidandets kärna. Kan man istället nå patienterna kring deras störningar i självupplevandet känner de sig förstådda på ett helt annat sätt. De har ju grubblat över detta i årtal.

Teorin är ju att självstörningarna så att säga öppnar upp dörren till det parallella universum som gör att de andra mer tydliga

psykotiska symptomen kan utveckla sig. Om man har ljud på sina tankar så kan det eventuellt utveckla sig till något som sprider sig ut ur huvudet och sedan utvecklar sig vidare till en röst. Om man upplever att tankarna är fysiskt placerade på något särskilt ställe i huvudet och har en främmande karaktär så är det inte så konstigt att man, om sjukdomen utvecklar sig, börjar tro att någon opererat in något i hjärnan.

Maria Wagner

Intervju med Lena Nylander

Lena Nylander är specialist i allmän psykiatri sedan 1980 och har arbetat i vuxenpsykiatri i Lund och Region Skånes vuxenhabilitering. Hon disputerade 2011 på en avhandling om ADHD och autismspektrumstörningar hos patienter i vuxenpsykiatri.

Lena, vad är det som gör att du tycker att störningar i självupplevandet passar in under temat sanning?

– För att det är patientens sanning. Det är något väldigt personligt och något som omgivningen inte ser. Det är heller inte mätbart, utan ett till synes diffust obehag som ändå är tydligt för patienten men som kan vara svårt att formulera i ord.

Berätta om dina erfarenheter. Hur kom du i kontakt med självstörningar och EASE?

– Jag hörde talas om EASE 2012 på Nordiska psykiatrikongressen i Tromsö under en föreläsning med den norske psykiatern Paul Möller. Jag hade ingen kunskap om den forskning som gjorts i Danmark eller Norge kring störningar i självupplevandet eller EASE innan dess, eftersom detta synsätt i princip var okänt i Sverige. Men när jag satt där och hörde Möllers beskrivning insåg jag att det är precis detta som skiljer autism från schizofrenispektrum.

Hur kom det att påverka dig?

– Det var en aha-upplevelse! Jag hade intresserat mig mycket för skärningspunkten mellan schizofreni och autism efter att ha arbetat med schizofreni från mitten av 70-talet till slutet av 90-talet och sedan mer än 15 år med autism. På 70-talet arbetade jag tillsammans med psykiatrerna Eberhard och Katarina Nyman i Lund som myntade termen ”icke-regressiv schizofreni” för just denna patientgrupp, de med allvarliga störningar i självupplevandet, men få eller inga psykotiska symptom, dvs. det som kallas schizotypi i ICD-10. Dessa patienter var vaga och undanglidande i kontakten och hade ofta ”gått i stå”. De beskrev ångest och överklighetskänslor, affektstörningar och upplevde deshabituerings – att sinnesintrycken hade förändrats. Några blev regressiva – dvs. fick psykotiska symptom och blev omdiagnostiserade till schizofreni, medan enstaka blev helt friska. För andra var tillståndet stationärt. Icke-regressiv

schizofreni sågs ibland som ett förstadium till schizofreni och ibland som en sjukdom i sig själv. Vissa behandlades med antipsykotika och andra med en liten dos amfetamin. När jag så småningom började min "autismbana" fann jag många autister som felaktigt var diagnostiserade med schizofreni pga. att deras utmanande beteende tolkats som psykotiska symptom och jag trodde att det vi kallat icke-regressiv schizofreni i själva verket var Aspergers syndrom. Det har jag nu förstått var fel. Efter 2005 och mer uttalat från 2010 så började pendeln svänga mot att man diagnostiserade autism hos rätt många, som enligt min uppfattning inte hade det utan något annat, eller inget alls.

Hur kunde det bli så?

– Autism är ju ganska diffust beskrivet i DSM. Många som mår psykiskt dåligt har svårt att att hantera det sociala samspelet, precis som många akut psykiskt sjuka har svårt att koncentrera sig utan att för den sakens skull ha ADHD. Det man ofta glömmer bort i vuxenpsykiatri är det här med barndomsdebut. Problematiken ska ha varit tydlig tidigt i livet. Om ingen har märkt något innan högstadiet är det osannolikt att det handlar om autism. Dessvärre har autism nog varit lite av en modediagnos också. Det brukar bli så när folk är överentusiastiska och eldsjälär.

Var kommer EASE in i det här sammanhanget?

– EASE gör det möjligt att fånga upp den kvalitativa skillnaden mellan autism och schizotypi/schizofreni. De som har autism har inte särskilt mycket störningar i sitt självupplevande, medan de inom schizofrenispektrat har uttalade problem. Utåt sett och på ytan kan ju personer med autism och schizotypi/schizofreni se väldigt lika ut; de har stora problem i sociala sammanhang, har ett udda beteende och kommer ofta till sjukvården pga. depressiva symptom. Men man måste förstå att vid autism verkar den grundläggande problematiken egentligen inte vara social inkompetens utan utvecklingsrelaterad kontextblindhet, där

den sociala oförståelsen blir en följdverkan. Den med autism mår inte dåligt av att vara autistisk. De har en udda nördighet och är sällan hemlighetsfulla. De har inte svårt att skilja mellan dröm och verklighet. De lever i "vår värld", men har svårt att hantera den och lider framför allt av att andra behandlar dem illa. Ibland kan de vara väldigt plågade av perceptionsstörningar. De med schizotypi/schizofreni är ofta hemlighetsfulla och vaga. De undrar ofta "vad är det som händer med mig?" De grubblar och grubblar och lever mer i sin egen värld. De har en grundläggande osäker identitetsuppfattning och de vill gärna vara i kontakt med andra, men orkar ofta inte riktigt med det då det kräver så mycket energi att förhålla sig till de andra samtidigt som självupplevelsen sviktar.

Varför tycker du det är viktigt att sprida kunskap om EASE och självstörningar i Sverige?

– Jag önskar att man i Sverige, precis som i Danmark och Norge, tog ett bredare grepp om psykos och prepsykos. De som "bara" har störningar i självupplevandet/schizotypi och inga tydliga psykotiska symptom bOLLAS runt mellan olika psykiatriska mottagningar i Sverige. Särskilt psykosmottagningar sysslar väldigt mycket med att bevisa att patienter som remitterats dit inte har psykos. Det är mycket olyckligt eftersom den främsta behandlingen är en kombination av förståelse och kontinuitet. Jag ogillar att psykiatri har delats upp efter diagnoser eftersom diagnostik är så osäkert i psykiatri. Jag skulle önska att patienterna delades upp efter grad av hjälpbehov istället. Man behöver se de psykiatriska diagnoserna som arbetshypoteser – så välgrundade som möjligt men alltid med ett osäkerhetsmoment – snarare än som fakta eller "sanning". Patientens upplevelse, däremot, är en sanning som vi behöver försöka förstå.

Maria Wagner



Foto: Timothy Eberly på Unsplash



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott

Nytt styrelseår för SPF innebär nya ansikten i styrelsen. Jag tänkte därmed börja med att presentera mig själv som efterträdare Lotta Sandström som facklig sekreterare i SPF och ordförande för utbildningsutskottet. Mitt namn är Matilda Naesström och jag arbetar till vardags som överläkare främst inom akutpsykiatri på Psykiatriska kliniken i Umeå. Någon känner kanske igen mig från min tid som ordförande för STP.

Intresset för utbildning har funnits sedan ung ålder och lärare var ett alternativ till medicin. Det är därmed ett privilegium att jag nu får möjlighet att kombinera läkaryrket med att få undervisa kollegor som gör sin AT-tjänstgöring, studerar till läkare, farmaceut, sjukgymnast eller logoped. Jag känner mig också hedrad att få arbeta med utbildningsfrågor via SPF och utbildningsutskottet. Temat för detta nummer är sanning och jag kommer att tänka på det svåra i att gårdagens sanning inte är morgondagens. Psykiatri är en komplex specialitet som är under snabb utveckling och står inför stora förändringar. Därför är de frågor som jag särskilt brinner för är hur utbildningen ska förbereda ST-läkare och specialister för en modern psykiatri. "Psychiatry demands excellent doctors" (1) och därmed utbildningsmöjligheter som gör att vi kan leva upp till detta.

Många nya utmaningar väntar oss med en ny ST-förordning, bastjänstgöring och fortbildning för specialister. Jag ser fram emot att få arbeta med dessa tillsammans med mina kollegor i utbildningsutskottet.



Matilda Naesström
Facklig sekreterare SPF
Ordförande UU
Foto: Bertil Hatt

1. The Lancet. Bipolar disorder: at the extremes. Lancet. 2013; 381: 1597

Utmärkelse för
pedagogiska
insatser för psykiatri till
Raffaella Björcks minne



Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse har beslutat instifta:
Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne.
Priset kommer att delas ut i samband med Svenska Psykiatrikongressen 2022.

Vill du nominera någon till priset?

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

raffaellapriset@svenskpsykiatri.se

senast den 31/12 2021.

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

**Styrelsen
Svenska Psykiatriska Föreningen**

10 frågor

ANNA HILLERBERG

Ny medlem i redaktionen och dessutom styrelseledamot i SRPF

Född
Uppsala.

Bor
Stockholm.

Familj
Man och vuxna barn.

Arbetar
Som rättspsykiatriker på Rättsmedicinalverket, gör utredningar på uppdrag av domstol. Om en person begått ett brott som kan ge en frihetsberövande påföljd kan domstolen förordna om en rättspsykiatrisk undersökning. Om den visar att personen lider av en i brottsbalkens mening allvarlig psykisk störning kan domstolen döma till vård i stället för fängelse.

Vad gör Du när Du INTE jobbar?
Läser gärna, driver runt litet.

Är du troende?
Nej.

Vilken bok ligger just nu på ditt nattduksbord?
Avslutade precis "Järnulven" av Siri Petersen, mycket spännande. Nu läser jag "Kung John" av William Shakespeare, den är också spännande men så tragisk och hopplös att man blir mer vanmäktig än ivrig att vända blad.

Vad gör Dig lycklig?
Min familj.

Hur tror du att psykiatrisk verksamhet ser ut om 10 år?
Jag hoppas att psykiatrin har en huvudman med fullt ansvar – och mandat att fördela resurser. Resurserna är aldrig tillräckliga, men som det nu är hamnar tyvärr de allra sjukaste ofta utanför; "Vi har erbjudit XX en tid men hen valde att inte komma" kan bli den både rimliga och orimliga noteringen i en journal när patientkontakten avslutas. Rimlig för att en psykiatrisk öppenvårdsmottagning eller habilitering inte kan tvinga en person att ta emot hjälp. Orimlig för att just den här personen kanske till följd av t.ex. paranoid schizofreni eller ett medfött neuropsykiatriskt handikapp, inte förmår att förstå sina behov och/eller ta emot den hjälp som finns och behövs.



Sjukdomstillstånd som kräver ett tätt samarbete mellan öppen- och slutenvård, kommun – kanske också habilitering, skola, arbetsförmedling och försäkringskassa – är de som tar mest stryk i ett system där allt fler och mindre enheter ska ansvara för alltmer begränsade områden. Vi är alla komplicerade och psykiatriska tillstånd är till sin natur svåra att dela upp i olika slags diagnoser, som i sin tur ska ha olika slags behandling på olika ställen. Några psykiatriska kliniker lyckas med viss framgång överkomma de juridiska, personella och ekonomiska svårigheter som ligger i vägen för att hjälpa de svårast sjuka. I andra regioner är handlingsutrymmet mindre och ansvaret uppdelat på fler utförare, vilket försvårar möjligheterna att hjälpa och kan ge upphov till ovan nämnda Svarte Petter-spel.

Rättigheten att bestämma över sig själv är grundläggande i vårt samhälle. Men är det frihet att frysa ihjäl när man av rädsla för konspirationen inte vågar söka stöd? Är det frihet att elda upp sin bostad för att man inte förstår konsekvenserna? Är det frihet att skada den enda personen som fortfarande månar om en? Man kan tycka att ett civiliserat samhälle i högre utsträckning skulle göra mer för att nå de svårast sjuka, särskilt dem som på grund av sin sjukdom inte kan fatta ett grundat ställningstagande.

Sammanfattningsvis hoppas jag således på mer genomgripande förändringar i hela samhällsorganisationen för att också den som mest behöver den, men kanske har svårast att ta emot den, ska kunna få den hjälp som behövs.

Foto: Selfie

Stina Djurberg

Redaktionen, Svensk Psykiatri

Samtal med Jonna Bornemark



Uttrycket "förpappring" lär ha myntats av språkvetaren Johan Hofvendahl, men blev känt för allmänheten tack vare Jonna Bornemark. Det syftar förstås på de ständigt utökade och alltmer tidskrävande kraven på dokumentation i arbetslivet. Det gäller inte minst inom sjukvården. Mantrat lyder numera: "Det som inte står i journalen, det har inte hänt".

Med boken *Det omätbaras renässans, en uppgörelse med pedanternas herravälde* som publicerades 2018 klev Jonna Bornemark fram i den offentliga debatten som en samhällskritisk filosof försedd med vass penna.

Jonna problematiserar dagens dominerande rationalistiska kunskapsfilosofi och menar att det humanistiska, fenomenologiskt grundade synsättet är satt på undantag. Vi bekänner oss till ett sanningsbegrepp som är alltför snävt, vilket bland annat bidrar till vårdens handfallenhet inför existentiella frågor, något som många patienter brottas med i dagens epidemiskt utbredda "psykiska ohälsa".

I sin kritik skjuter Jonna in sig på naturvetenskapens oförmåga att bidra till kunskapen om det upplevda mänskliga livet, vår personliga livsvärld. Vill vi ha patienten delaktig i ett sant partnerskap i arbetet måste såväl det individuella som det situationsspecifika uppmärksammas i behandlingsarbetet.

Den vetenskapligt grundade kunskapen är generell, den gäller för alla oavsett person, tidpunkt och plats. Men kunskapen om vad som är viktigt för en viss individ, vid ett visst tillfälle och på en viss plats hämtar du inte från naturvetenskapen. Den förutsätter att du har utvecklat en känslighet för stämningar, en lyhördhet, som gör

att du tillsammans med patienten kan finna en väg som leder till ögonblick av insikt. När polletten sen trillar ner kan patienten ta plats som din samarbetspartner.

Jag hade för en tid sen ett längre samtal med Jonna. En hel del frågetecken rätades ut, och nya tillkom.

I sin senaste bok *Horisonten finns alltid kvar* lyfter hon betydelsen av tillgång till "det professionella rummet". Hon pekar på behovet av ett regelbundet återkommande utrymme att reflektera kring professionella utmaningar vi ställs inför i den kliniska praktiken. Förmågan att uppfatta stämningar och känslor har med det goda omdömet att göra. Men omdömesutveckling förefaller inte högprioriterat i dagens vård. Snarare prioriteras följsamhet mot riktlinjer, bruk av manualer och sist men inte minst dokumentation.

Jag har sen länge en oro för att psykiateryrket håller på att avprofessionaliseras och mekaniseras när det goda omdömet och den gedigna kliniska erfarenheten trumfas av generaliserade vetenskapsbaserade data. Handlar den situationsinriktade, omdömesbaserade kompetensen om magkänsla och fritt tyckande? Eller finns det seriösa möjligheter för kunskapsutveckling att tillgå bara vi efterfrågar det?

Det här är några smakprov på vad vårt samtal kom att handla om. Den innehållsrika texten finns som pdf på tidskriftens hemsida www.svenskpsykiatri.se/tidsskriften/.

Jörgen Herlofson
Psykiater, leg psykoterapeut, handledare



Antonio Guillem

Deskriptiv psykopatologi – vad menar vi egentligen?

Som nybliven ST-läkare i psykiatri kände jag tidigt ett behov av att fördjupa mina kunskaper kring psykiskt status och psykiatrisk terminologi – vad skall egentligen ingå i psykiskt status och hur skall det struktureras? Med vilka vedertagna termer beskriver jag patienters subjektiva upplevelser och observerbara beteenden? Efter en snabb litteratursökning insåg jag att det inte tycks finnas någon svensk litteratur på området. Inte att misströsta – bland den internationella fanns bland annat Fish's "Clinical Psychopathology", Sims' "Symptoms in the Mind" och Trzepacz "The Psychiatric Mental Status Examination".

Efter att, några år in på min ST, ha läst litteraturen och skaffat mig lite mer erfarenhet av psykiatri är frågorna fortsatt många. Deskriptiv psykopatologi handlar, enligt Sims, om att beskriva, kategorisera och definiera onormala upplevelser som berättas av patienten och observeras i dennes beteende. Genom att beskriva upplevelsefenomen och observerbara beteenden med accepterad terminologi blir upplevelserna definierade och därmed även möjliga att identifiera igen. Finns det en sådan generellt accepterad och pålitlig terminologi inom svensk psykiatri? Och motsvarar den i så fall den internationella?

När vi som psykiatriker beskriver våra observationer av eventuell psykopatologi i psykiskt status är detta inte enbart ett sätt att kommunicera oss kollegor emellan utan även en stor del utav diagnostiken. Därav kan det tyckas vara av största vikt att vi, som kår, använder terminologin på ett enhetligt vis.

Ett mer övergripande problem är att det inte alltid, men för det mesta, råder konsensus kring definitionen av olika psykiatriska termer i internationell litteratur även om nanskillnaderna

när de finns oftast är små. Ett annat hur den internationella terminologin (och dess innebörd) motsvarar den svenska.

När det gäller översättning är vi, förhoppningsvis, överens om att engelskans tangentiality motsvarar svenskans *bredvidsvar* men är vi lika överens om att *flight of ideas* motsvarar *livliga associationer*? Vidare, är vi överens om definitionen av *livliga associationer* och hur detta fenomen skiljer sig gentemot *uppluckrade associationer*? Sannolikt är vi även överens om att *blunted affects* motsvarar *avtrubbade affekter* men använder vi som kår enbart denna term när det föreligger en minskad intensitet i känslouttrycket? Finns det ens en svensk motsvarighet till de, åtminstone för mig, till synes så viktiga termerna som engelskans *avolition* och *abulia*? När vi skriver *flack emotionell kontakt* menar vi då egentligen *tunn emotionell kontakt* och *flacka affekter*?

Om vi inte är överens – vem ansvarar för att vi blir det?

Sofia Olsson
ST-läkare i psykiatri
Sahlgrenska Universitetssjukhuset



Sveket mot de svårast sjuka

Psykisk ohälsa diskuteras allt oftare. Det är bra att människor nu vågar prata om sitt psykiska lidande men ofta handlar "psykisk ohälsa" om normala reaktioner på livets motgångar. Samtidigt hamnar de som lider av allvarlig psykisk sjukdom i skymundan.

Personer med schizofreni dör i snitt 15–20 år tidigare än andra. De dör i huvudsak av samma sjukdomar som andra, men forskning har visat att de får sämre vård för sina kroppsliga sjukdomar. De lever också ofta med en usel ekonomi, på existensminimum, ensamma och isolerade, utan arbete och vänner.

I lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) definieras de tre grupper som omfattas av lagen så här:

- ” 1. med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd,
2. med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom, eller
3. med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.”

Vi vill med denna artikel peka på att svensk socialtjänst idag väsentligen tillåts ignorera de personer som lider av schizofreni.

I Sverige lever minst 35 000 personer med sjukdomen schizofreni. De positiva symptomen i form av vanföreställningar och hallucinationer kan vara plågsamma men det som framför allt påverkar vardagen för den som är sjuk är de negativa symptomen och den genomgripande kognitiva funktionsnedsättningen. Precis som vi inte förväntar oss att personer med demens eller grav utvecklingsstörning ska klara av sin personliga hygien eller att få i sig näringsriktig mat utan stöd av personal kan vi inte förvänta oss att människor med schizofreni alltid ska klara av det. Sjukdomen hindrar många från att göra det.

Socialtjänstens insatser begränsar sig sedan psykiatrireformen i slutet på 90-talet i bästa fall till någon form av sysselsättning på ett aktivitetscentrum några gånger per vecka och till en boendestödare som kanske kommer en eller ett par gånger per vecka, ibland bara varannan vecka. För vissa kan insatserna göra skillnad och vara grunden för ett meningsfullt liv men för de flesta är det långtifrån nog. Många skulle behöva ett gruppboende med organiserade och anpassade aktiviteter, men för personer med schizofreni är gruppboenden ofta en ouppnåelig dröm.

LSS ska garantera människor med psykisk funktionsnedsättning ett gott och självständigt liv. På det sättet har lagen kommit att användas för det främst personer med medfödd intellektuell funktionsnedsättning och personer inom autismspektrumet som blir aktuella för insatser, dvs. kategori 1 i lagtexten ovan. Även människor som råkar ut för allvarliga hjärnskador i vuxen ålder, kategori 2, ”med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder” får stöd enligt LSS. Många patienter med schizofreni kvalar med god marginal in i lagens beskrivning av bestående begåvningsmässig funktionsnedsättning, men i praktiken är det ytterst sällsynt att någon som lever med schizofreni beviljas insatser enligt LSS.

Lagen är konstruerad så att personkrets 1 och 2 hänvisar till diagnoser, medfödd intellektuell funktionsnedsättning, autism och hjärnskada, medan personkrets 3, i vilken personer med schizofreni någon enstaka gång inkluderas, handlar om funktionsnedsättning. Grupp 3 har inte heller samma rättigheter som grupp 1 och 2, t.ex. är daglig verksamhet inte något som personer som hör till grupp 3 har rätt till. Med tanke på den successiva och omfattande kognitiva funktionsnedsättning som många personer med schizofreni utvecklar vore det rimligt att jämställa schizofreni med en förvärvad hjärnskada, alltså personkrets 2. Därmed skulle dessa personer ha rätt till samma stöd som andra med motsvarande kognitiv funktionsnedsättning. Varför är det inte så?

Sannolikt handlar det om kommunernas ekonomi, en pressad socialtjänst och det faktum att de svårast psykiskt sjuka



saknar starka påtryckargrupper. Men faktum kvarstår, många människor med schizofreni har en betydligt mer omfattande kognitiv funktionsnedsättning än personer med autism. Vi är givetvis inte ute efter att ställa olika svaga grupper mot varandra men det förblir obegripligt för oss varför människor med schizofreni och ett omfattande vårdbehov ställs utanför LSS.

När LSS inte är tillämplig är det Socialtjänstlagen, SoL, som kommer ifråga. Även denna lag skall tillgodose den enskildes behov, men skillnaden är att medan LSS ska ge hjälp som ger "goda levnadsvillkor" så ska SoL endast ge en "skälig levnadsnivå". Ska man hårdra formuleringarna så blir det skillnaden mellan ett bra och ett någorlunda liv. SoL är inte heller tvingande på samma sätt som LSS är. Enligt LSS har den psykiskt funktionsnedsatte exempelvis rätt till daglig verksamhet men enligt SoL kan det, som vi nämnt, handla om sysselsättning en gång i veckan.

Samverkan mellan kommuner och regioner har under många år varit ett honnörsord. I praktiken har det varit mycket svårt att få dessa olika kulturer med olika budgetar och prioriteringar att få till ett samarbete värt namnet. Vi lämnar inte våra sköra äldre med demenssjukdom på gatan, inte heller tycker vi att det är acceptabelt att de på sina boenden sover i sängar utan lakan, med fimpar på golv och bord och travar med disk. För många med schizofreni är det vardagen.

Lagstiftningen beskriver tre olika grupper som är berättigade till stöd, men just nu ges i princip bara stöd enligt LSS till två av dessa. Vården och socialtjänsten måste få bättre juridiska förutsättningar och ökad kunskap om vilket omfattande handikapp sjukdomen schizofreni innebär. Vi behöver säkerställa att samhällets resurser verkligen går till de mest behövande, och så länge de som lider av schizofreni utesluts ur LSS så är det inte så. Vi vill därför se att schizofrenipatienter till fullo inkluderas i lagen och får samma rättigheter till vård och stöd som de inom grupp 1 och 2. Att de idag inte inkluderas är ett svek mot några av de svårast psykiskt sjuka, de 35 000 människor som lider av schizofreni i Sverige i dag. Det är inte värdigt ett samhälle som vill stå för välfärd och rättvisa.

Sten Friberg
Specialist i psykiatri

Åsa Konradsson-Geuken
Docent i farmakologi vid Uppsala universitet

Ylva Wächter
Specialist i psykiatri

Denna artikel är anpassad till Svensk Psykiatri och publicerades först i Svenska Dagbladet 16–17/5 2021.

Nya redaktions-medlemmar

Svensk Psykiatri redaktion ska bestå av en huvudredaktör samt två medlemmar vardera från SPF, SFBUP och SRPF. Vi har länge dragits med två vakanser men under våren har vi till vår stora glädje kunna fylla dessa. De nya medlemmarna är *Alessandra Hedlund* för SPF och *Anna Hillerberg* för SRPF.

Alessandra torde vara välkänd för denna tidskrifts läsare i egenskap av ordförande för SPF. Detta uppdrag lämnade hon i samband med årsmötet i mars men tar sig således nu an nya uppgifter för föreningen.

Anna porträtteras i form av Tio frågor på annan plats i detta nummer.

Varmt välkomna!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Lunds universitet grundades 1666 och rankas återkommande som ett av världens 100 främsta lärosäten. Här finns 40 000 studenter och fler än 8 000 medarbetare i Lund, Helsingborg och Malmö. Vi förenas i vår strävan att förstå, förklara och förbättra vår värld och människors villkor. Universitetslektor i psykiatri förenad med anställning som specialistläkare/överläkare

Medicinska fakulteten

Universitetslektor i psykiatri förenad med anställning som specialistläkare/överläkare

med placering tillsvidare vid Institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö

Ansök senast 16 augusti 2021. Ref nr PA 2021/568

För mer information se
www.lu.se/ledigajobb



Varmt välkomna till Svenska Psykiatrikongressen 2022, som kommer att gå av stapeln 16–18 mars på Münchenbryggeriet i Stockholm. Vi förväntar oss att kunna hålla kongressen under normala fysiska former men kommer naturligtvis att följa vid tidpunkten gällande riktlinjer och rekommendationer för allmänna sammankomster och vid behov modifiera mötesformen.

Från oktober månad kommer ett preliminärt program att finnas på hemsidan www.svenskapsykiatrikongressen.se samt möjlighet att anmäla sig.

Styrelsen för SPF

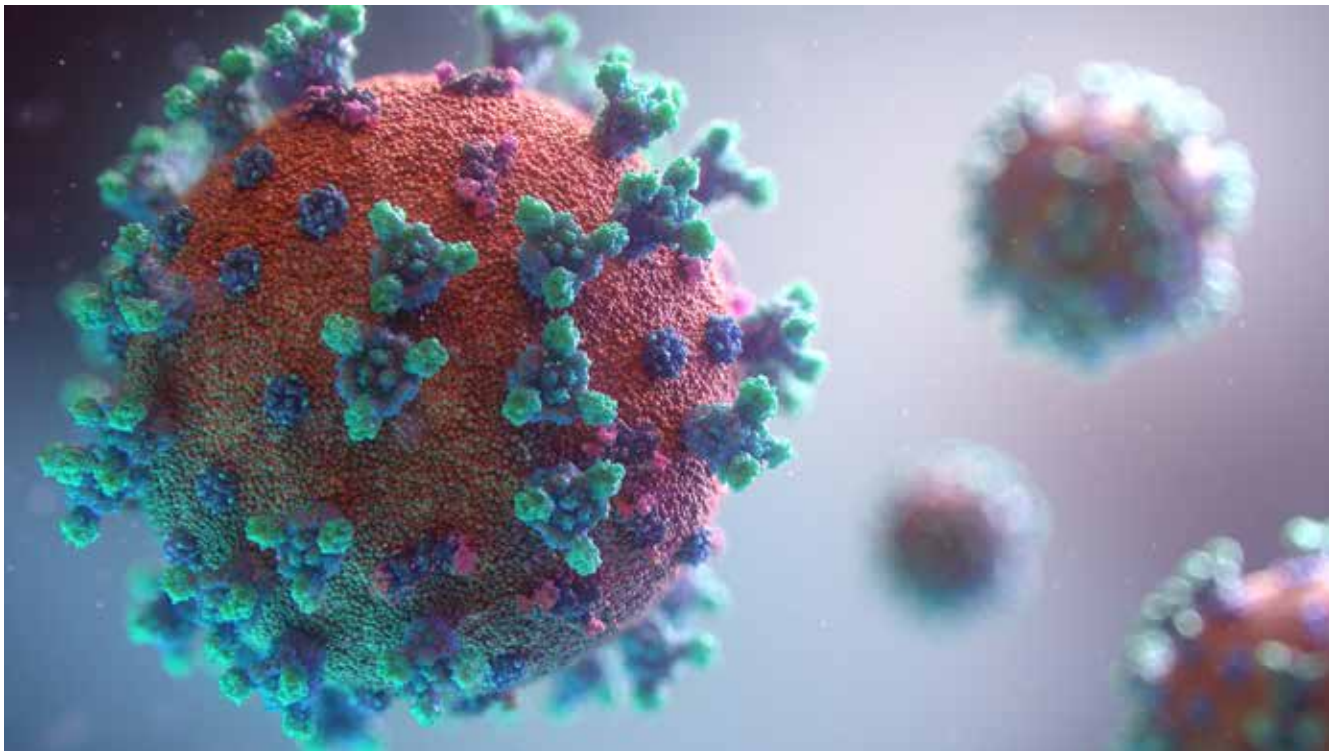


Foto: Fusion Medical Animation på unsplash

Covid-19 och psykisk hälsa ur olika perspektiv

Den 29 april arrangerade och modererade Sofie Bäärnhielm och Mattias Strand från Transkulturellt Centrum, Region Stockholm, ett webinarium om hur covid-19 har påverkat samhället och individen.

Fortbildningen inleddes av *Peter Esaiasson*, professor i statskunskap vid Göteborgs universitet, som talade om förutsättningarna för kriskommunikation i utsatta områden och hur viktigt det är att förstå att många förorter fungerar helt annorlunda jämfört med resten av samhället. I studien "Kris-kommunikation och segregation i en pandemi – hur boende i utsatta områden och i andra delar av Sverige informerade sig om pandemin våren 2020" intervjuade man 271 personer från Hjällbo och östra Bergsjön. Det bor många med invandrarbakgrund i dessa områden. Esaiasson betonade att "invandrare" inte är en meningsfull beskrivning. Det är bättre att klargöra vilka etniska grupper det rör sig om. Utmärkande för förorterna är att de består av en etnisk heterogenitet där andelen

"svensk-svenskar" är låg och folkbokföringen haltar. En större andel beskriver sig som religiösa och fler är arbetslösa och en fjärdedel har svårt att kommunicera på svenska. En tredjedel upplever sig även diskriminerade. Något förvånande är tilliten till nationella institutioner förhållandevis hög medan tilliten till andra människor i grannskapet är lägre vilket troligen beror på olika etniska tillhörigheter. En viktig aspekt är att förstå hur olika invånare eftersöker och inhämtar information. Studien visade att en relativt större andel inhämtade information från utländska nyhetsmedia, sociala medier samt närstående men klart färre sökte via myndigheters hemsidor. I gruppen sågs även en större grupp "nyhetsundvikare" d.v.s. personer som sällan tar del av nyheter. Viljan till vaccination sjönk under 2020 vilket troligen kan kopplas till förtroendet för institutioner, mellanmännisklig tillit och känsla av samhörighet med området. Traditionell svensk nyhetsinformation sprids långsammare och exkluderar en grupp som inte tar del av svenska nyheter. Eftersom en större andel informeras från andra källor

kan det leda till oväntade reaktioner. Slutsatsen var att man i en kris särskilt behöver anpassa hur man kommunicerar och får ut samhällsviktig information för att nå alla i samhället, inklusive grupperna i utsatta områden.

Näste föreläsare var UNHCR-representanten *Pieter Ventevo-gel* som kopplade upp sig från Sudan där han befann sig på FN-uppdrag. Han är psykiater, antropolog och Senior Mental Health Officer vid FN:s flyktigorgan UNHCR. Han inledde med att berätta om sin karriär och vägen till FN-uppdraget. Därefter beskrev han UNHCR:s arbete. Statistik från 2019 visar att ca 80 miljoner människor är på flykt. Det leder till stor negativ påverkan på geografiska områden men även för den enskilda människan. I det humanitära arbetet arbetar UNHCR med att både förebygga psykisk ohälsa och upptäcka och behandla psykisk sjukdom. En stor del är psykosociala problem men gränsen mot psykisk sjukdom är flytande och särskilt under aktiv flykt är diagnosticering komplicerat. Bland flyktingar uppskattar man att 22 % har psykisk sjukdom varav 5 % allvarlig sådan. Covid-19 har försvårat arbetet ytterligare bl.a. genom ökad isolering och att det är svårare att ta del av stöd-funktioner i samhället. Det kan leda till ytterligare stress med påföljande psykiska symtom. Han beskrev även hur UNHCR arbetar aktivt med olika typer av informationskampanjer på olika språk om covid-19 samt att man bedriver ett särskilt riktat suicidpreventionsprogram på flera platser och nämner Bangladesh och Uganda som exempel.

Moderator *Sofie Bäärnhielm* berättade sedan om hur det länge varit brist på information på olika språk runt psykisk ohälsa och hur det blev mycket tydligt att information inte nådde ut i utsatta områden under pandemin. Särskilt svensksomalier drabbades hårt i Stockholm och man såg stora skillnader i överdödlighet. Strategin var initialt alltså mycket bristfällig. Det startades en stödtelefonlinje om covid-19 regionalt, som senare blev Folkhälsomyndighetens nationella stöddlinje. Vidare utbildade man nya lokala "hälsoinformatörer" i utsatta områden vilket också skulle kunna vara en metod för att öka information/kunskap i dessa områden runt mental hälsa.

Moderator *Mattias Strand* intervjuade därefter hälsokommunikatören *Soraya Sorabi* som berättade om sitt arbete på stödtelefonlinjen dit personer som har andra modersmål kan ringa för att få information om covid-19. Tjänsten är tillgänglig nationellt och syftar till att t.ex. informera om covid-19, hur man söker vård och vaccination.

Kristian Borg, professor i rehabiliteringsmedicin KI och Danderyds sjukhus, avslutade eftermiddagen med att föreläsa om

rehabilitering vid covid-19 med inriktning på kognition. Vid Rehabiliteringsmedicinska kliniken, Danderyds sjukhus, rehabiliteras patienter med kvarstående kognitiva symtom efter genomgången covid-19. Han berättade om vilka erfarenheter man dragit hittills i rehabiliteringsarbetet där förhållandevis många patienter behöver någon form av rehabilitering efter genomgången infektion. Rehabiliteringen skiljer sig åt både gällande typ av insatser och vårdnivå. I gruppen som behöver rehabilitering för långtids-covid dominerar kvinnor och personer i medelåldern. Varför denna grupp är mer drabbad vet man inte ännu. Flertalet har inte vårdats på sjukhus eller endast någon enstaka dag. Det verkar som att covid-19 ger en CNS-påverkan och professor Borg exemplifierade med läraren som inte kunde räkna längre, journalisten som inte kunde läsa och VD:n som inte längre förstod sina siffror. Typiska symtom är trötthet, fatigue och försämrad kognitiv förmåga vilket sammantaget gör att arbetsförmågan blir nedsatt och många har riktigt svårt att återgå i arbete. Frågan kring hur många som kommer att drabbas av långtids-covid och hur länge symtomen kommer att sitta i går inte att besvara ännu. Kanske rör det sig om 100 000 drabbade? Det finns inte heller några svar på om och när man tillfrisknar. Samverkan och forskning pågår både nationellt och internationellt och förhoppningsvis kommer det successivt mer information om hur kvarstående symtom efter covid-19 rehabiliteras på bäst sätt.

Sammantaget var webinariet mycket intressant och gav en bred bild av hur covid-19 påverkat individen och samhället, både i Sverige och internationellt.

Linda Martinik
Sekreterare, SPF

Martin Hultén
Ordförande, SPF

Pandemier – dåtid och nutid för framtid

Världsomspännande farsoter drabbar oss inte så ofta men när det sker ökar såväl nyfikenheten på tidigare perioder med pandemisk sjukdom som intresset för att förstå och hantera olika aspekter och konsekvenser av pågående pandemi. Detta inte minst för att öka kunskapen och beredskapen inför framtida infektiösa utbrott.

Pandemier – dåtid och nutid för framtid är en ny antologi utgiven av Strömstad akademi. Det är namnkunniga personer som bidragit till boken (professorer inom sina områden) och bland författarna finns professor emeritus Lennart Wetterberg med ett kapitel. Bokens tema – pandemier – beskrivs ur historiskt, medicinskt, socialt, psykologiskt och etiskt perspektiv med tonvikt på eller koppling till den pågående pandemin. Efter en exposé över allvarliga och utbredda infektionssjukdomar från antiken och framåt samt några djupdykningar i epidemierna på 1700- och 1800-talet och pandemin på 1900-talet följer problematiseringar ur olika synvinklar av dagens pandemi. Jämförelser mellan olika länders hantering av covid-19-pandemin görs och några kapitel belyser fysiska och psykologiska konsekvenser av dels sjukdomen, dels de beteendeförändringar som vidtagits. Skolans snabba omställning till fjärrundervisning i samband med nedstängning av skolor behandlas. Boken avslutas med ett intressant kapitel av professor Sten Philipson om prioriteringar i sjukvården och olika principer, etiska och andra, som kan ligga till grund för de beslut som fattas vad gäller till exempel prioriteringar av behandlingsinsatser och turordning till vaccination.

Kristina Lindwall Sundel
Leg läkare, specialist i psykiatri



ANNONS

Digital fortbildning – en möjlighet för framtiden



Foto: Dylan Ferreira på Unsplash

Poeter och författare vet sedan länge att begränsningar och regler tvingar fram kreativitet och nytänkande. Ett häpnadsväckande exempel är den franska författaren Georges Perecs *La Disparition* (1969), en 300 sidor lång roman utan franskans vanligaste bokstav, e. Boken har på samma premisser översatts till svenska av Sture Pyk, vilket kan anses vara en bedrift i klass med originalet.

Under det sista dryga året har vi inom akademi och sjukvård tvingats till begränsningen att inte nyttja det historiskt mest naturliga forumet för kollegial diskussion och kunskapsförmedling, nämligen det fysiska mötet i form av t.ex. konferenser och föreläsningar.

Jag vågar nu påstå att detta paradoxalt nog har lett till en ökning och inte minst ett breddat deltagande i utbildningsaktiviteter inom det äldrepsykiatriska fältet. På min egen klinik i Mölndal kunde en stor andel av läkarna delta i den internationella konferensen om Alzheimers och Parkinsons sjukdomar, som skulle anordnats i Barcelona men nu ägde rum t.o.m. hemma hos mig själv.

SFÄP:s europeiska moderförening European Association of Geriatric Psychiatry började i höstas anordna månatliga lunchwebbinarier på olika teman. SFÄP:s Karin Sparring-Björkstén har varit en av arrangörerna. Aktiva forskare från olika delar av Europa har presenterat aktuell kunskap om ämnen som hjärnabbildning, distanskonsultation inom äldrepsy-

kiatrisk verksamhet, subjektiv kognitiv störning och delirium. Publiken har befunnit sig i alltifrån Indien till Kanada (där man fick gå upp i ottan för att delta) och det har funnits utrymme för diskussion mot slutet.

Under våren har SFÄP också följt efter med tre halvtimmes lunchwebbinarier anpassade till den kliniskt aktiva deltagaren. Kostnaden för föreningen har varit obefintlig och information om seminarierna har spridits genom de kanaler vi har tillgängliga sedan tidigare.

Det är kanske svårt att se att dessa aktiviteter helt skulle kunna ersätta de konferenser och symposier vi sedan tidigare är vana vid att anordna och åka på. Det går samtidigt att påpeka att möjligheten till deltagande vid sådana evenemang i ett stort och avlångt land som Sverige varit skevt fördelad. SFÄP är en liten aktör med ett stort självpåtaget uppdrag för att sprida kunskap inom det äldrepsykiatriska fältet i Sverige. Digitala evenemang har stor potential att hjälpa oss att fullgöra detta uppdrag inte bara under en pandemi.

Robert Sigström
Vetenskaplig sekreterare, SFÄP

Glöm inte våra hemsidor:

På respektive hemsida läser Du alltid senaste nytt:

Svenska Föreningen för Barn -
och Ungdomspsykiatri:

www.sfbup.se

ST-läkare i psykiatri:

www.stpsykiatri.se

Svenska Psykiatriska Föreningen:

www.svenskpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:

www.srpf.se



Kraftsamling för ungas psykiska hälsa

Kunskapssammanfattning och förslag till interventioner från Svenska Läkaresällskapets arbetsgrupp

Utvecklingen från mitten av 1960-talet och framåt har kännetecknats av ökad materiell levnadsstandard, stärkt rättsskydd för barn, minskande somatisk ohälsa och en kraftigt sjunkande barnadödlighet. Att barn rapporterar mer stress och psykiska symptom trots bättre levnadsförhållanden, "välfärdsparadoxen", har varit tydligt i Sverige. Vad bör göras för att vända ohälsotrenden?

Svenska Läkaresällskapets fullmäktige biföll 2019 en motion att starta ett projekt för att främja ungas psykiska hälsa. Fullmäktige tillsatte en arbetsgrupp som fick uppdraget att sammanställa ett förslag omfattande följande punkter:

1. Initiera en vetenskapligt förankrad tvärprofessionell kraftsamling för elevers psykiska hälsa.
2. Uppmärksamma beslutsfattare på frågan och vikten av samarbete mellan hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt skolan och dess elevhälsa.
3. Lyfta fram det medicinska perspektivet på förebyggande och hälsofrämjande insatser.
4. Planera och genomföra ett symposium där professioner och beslutsfattare kan träffas och utveckla samarbetet.

Folkhälsomyndighetens undersökning "Skolbarns hälsovanor" och liknande rapporter har påtalat tydliga samband mellan psykiska symptom hos unga i skolåldern och fysisk inaktivitet. Låg fysisk aktivitet har i sin tur ofta ett samband med att tid på digitala medier tar utrymme från sömn och hälsofrämjande aktiviteter. Det finns även belägg för att program som stärker ungas förmåga att hantera känslor, sociala relationer och fatta ansvarsfulla beslut leder till bättre skolresultat, anpassning till vuxenlivet och bidrar till bättre psykisk hälsa. Ett omfattande kunskapsunderlag talar för att skolan har en central roll när det gäller att främja psykisk hälsa. Samma gäller vikten av tidiga insatser till unga med individuella svårigheter eller problem som beror på ogynnsamma eller socialt belastade uppväxtmiljöer.

Utifrån tillgängliga nationella och internationella kunskaps-sammanställningar och analyser, föreslår arbetsgruppen fem initiativ med tydliga positiva effekter på ungas psykiska hälsa som är lätta att genomföra inom ramen för hälsovårdens befintliga resurser.

1. Regelbunden strukturerad fysisk aktivitet i anslutning till skoltid

Enligt WHO:s riktlinjer bör unga 6–17 år ha minst 60 minuters daglig fysisk aktivitet. Andelen 11-, 13- och 15-åringar som når rekommendationen ligger i vissa grupper nere på 9 %. Minskningen av fysisk aktivitet har ett tydligt tidssamband med ökningen av psykiska symptom. Hälsoeffekterna av regelbunden fysisk aktivitet är mycket påtagliga och omfattar bl.a. inlärning, arbetsminne och stärkt självkänsla till minskning av ångest och depressiva symptom. Organiserad fysisk aktivitet i samband med skoldagen är enligt studierna det effektivaste sättet att nå alla unga.

Konkreta råd:

- *Fler idrottstimmar* – fler timmar av skolämnet Idrott och hälsa.
- *Regelbundna rörelsepauser* – dagliga rörelsepauser som blir avbrott under stillasittande lektioner. Rörelse är en del av undervisningen.
- *Organiserade rastaktiviteter* – personal eller elever i skolan leder organiserade aktiviteter på raster samt tillhandahåller särskild utrustning och redskap som främjar rörelse.
- *Fysisk aktivitet i anslutning till skoldagen* – eleverna ges möjlighet att cykla eller gå till skolan. Idrottsföreningar erbjuder fysiska aktiviteter direkt efter skolan.
- *Åtgärder rörande utomhusmiljön för yngre barn* – förskolor och skolor behöver ha tillräckligt med utrymme för aktiva lekar.



2. Balans mellan tid ägnad åt digitala medier och hälsofrämjande aktiviteter

Vi lever idag i ett digitaliserat samhälle som gör att vi behöver tillbringa mycket tid på digitala media. Över hälften av ungdomar 9–18 år anser själva att deras medieanvändning går ut över andra viktiga aktiviteter. Det finns tydliga samband mellan hög skärmtid, sömnproblem och negativa effekter på psykiska symptom, koncentration och inläring. Restriktioner för mobiler på skoltid och andra åtgärder som bromsar en hög mediekonsumtionen med negativa effekter på lärande och hälsa har inte fått genomslag i flertalet skolor.

Konkreta råd:

- *Skolan bör aktivt informera* om hälsoeffekter av medieanvändning och hjälpa unga att känna igen problematiskt innehåll och olika typer av trakasserier på nätet.
- *Främja det mellanmänniska samspelet* genom olika insatser där införandet av mobilfria lektioner, raster och måltider ingår.
- *De digitala verktygen som används i undervisningen* bör vara konfigurerade på ett sätt som inte möjliggör privat bruk för att minimera de distraherande effekterna på lärande.
- *Handlingsplan för hur skolans nätverk/wifi* kan införa innehållsfiltre som minskar tillgängligheten från skadligt medieinnehåll.

3. "Livskunskapsprogram" som stärker självkänsla, stresshantering och skapar positiva förändringar

Skolbaserade insatser avsedda att främja ungas psykiska hälsa har fokus på att stärka sociala normer och samspel, öka kunskapen om vad som är bra för den psykiska hälsan och stärka barnets självkänsla och förmåga att hantera stress, impuls kontroll och frustrationer. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering har funnit att två livskunskapsprogram är det mest effektiva sättet att förebygga självskadebeteende och suicidförsök. Majoriteten av svenska skolungdomar har inte tillgång till dessa.

Konkreta råd:

- *Prioritera utifrån aktuella behov* – flertalet livskunskapsprogram bygger på likartat teoretiskt underlag men har något olika inriktning avseende vilken åldersgrupp man primärt

riktar sig till och vilket som är programmets huvudsakliga syfte. Valet av program bör göras utifrån förutsättningarna och behov i den aktuella skolan eller regionen.

- *Stärka sin emotionella och sociala kompetens är alltid viktigt* – alla unga drar nytta av att stärka sin emotionella och sociala kompetens för att bättre hantera krav, frustrationer eller negativ påverkan från omgivningen. Livskunskapsprogram har bäst effekt om de tidigt inkluderas i skolans läroplan.

4. Anpassa kunskaps- och betygskrav till ungas utveckling och förutsättningar

Enligt Folkhälsomyndighetens analyser är skolstress en dominerande anledning till psykiska symptom hos unga i skolåldern. Det handlar delvis om att läroplanen inte tar tillräcklig hänsyn till att elever har olika förutsättningar för teoretiska och koncentrationskrävande skoluppgifter. Elever med en svagare teoretisk begåvning i kombination med koncentrationssvårigheter riskerar ett tidigt skolmisslyckande. En annan faktor är betygs kriterierna som fäster mer vikt vid förmågan att resonera kring ett ämne än faktiska färdigheter i ämnet. Det skapar osäkerhet och stress hos både lärare och elever. Dessutom riskerar unga trots goda färdigheter i praktiska ämnen bli underkända om de inte kunnat föra resonemang kring ämnet.

Konkreta råd:

- *Tidig utredning av skolsvårigheter* – man bör skapa incitament för att elevers svårigheter ska utredas tidigare och mer i detalj.
- *Anpassa kunskapsmålen till elevers förutsättningar* – när skolans pedagogiska kunskapsmål formuleras bör det ske även utifrån en bred kunskap om barns kognitiva utveckling och förmågor.
- *Utökad lärarutbildning* – lärarutbildning och fortbildning för alla lärare bör inkludera utbildning om utvecklings-neurologiska/neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och funktionsproblem.
- *Främja tvärprofessionellt kunskapsutbyte* – nationellt, tvärprofessionellt råd med företrädare för barnmedicin, barnpsykiatri/ barnneuropsykiatri, barnneuropsykologi och specialpedagogik bör bildas.



5. Tidig upptäckt och stöd till unga med ökad risk för sämre psykisk hälsa

Grunden för det förebyggande arbetet är att identifiera hälso-risker innan dessa hunnit utvecklas till sjukdom eller ohälsa. Förebyggande program som screening, vaccinationer eller allmänna hälsokontroller har visat sig ge stora hälsovinster för samhället och individen. För att kunna genomföra dessa insatser krävs ett nära samarbete mellan alla som verkar för ungas hälsa. Vi vill även understryka vikten av fler kontaktytor mellan akademisk forskning som utvärderar hälsofrämjande program och verksamheter som ska tillämpa dessa.

Konkreta råd:

- *Barn och unga behöver involveras mer och göras delaktiga.*
- *Samverkansprojekt som bygger på "en väg in" och omfattar preventiva och hälsofrämjande insatser.*
- *Elevhälsan är idag inte likvärdig. Det behövs enhetliga riktlinjer/råd kring metoder, organisation samt bemanning.*
- *Lärar- och rektorsutbildningar behöver kompletteras med en grundläggande utbildning kring vanliga psykiska symptom, neuropsykiatriska funktionsvariationer samt hur man kan bemöta ungdomar med sådana symptom på ett gynnsamt sätt.*

Program för att främja ungas psykiska hälsa har blivit än mer angelägna idag i spåren av pandemin. Distansundervisning och fysisk stängning av skolor har skapat kunskapsluckor. Man ser även negativa effekter på koncentrationsförmåga och studiemotivation. De barn i grundskolan som påverkas mest negativt är barn i mer utsatta socioekonomiska familjer samt de med särskilda behov eller funktionsnedsättningar.

Vilka hälsofrämjande insatser skulle kunna prioriteras i nuläget?

En tydlig effekt av distansundervisning och skolstängningar är att unga rör sig mindre fysiskt. Gemensamma fysiska aktiviteter i anslutning till skoltiden går att organisera utomhus och ger möjligheter till en sattsäker social samvaro. "Livskunskap" i form av gruppsamtal om hur man kan hantera oro inför sjukdom, ensamhet eller minskad studiemotivation kan arrangeras

digitalt med skolpsykolog eller kurator som samtalsledare. Ytterligare insatser kan behövas för de grupper av ungdomar som löper störst risk för ohälsa.

Rapporten med referenser samt namn på dem som har deltagit i arbetsgruppen (10 personer) och expert- och referensgruppen (11 personer) under ledning av Josef Milerad finns publicerad på Svenska Läkaresällskapets hemsida www.sls.se.

För Svenska Läkaresällskapets arbetsgrupp "Kraftsamling för ungas psykiska hälsa"

Josef Milerad
Docent, universitetslektor
Ordförande i Svenska Skolläkarföreningen

Laura Korhonen
Professor i barn- och ungdomspsykiatri och föreståndare för
Barnafriid vid Linköpings universitet

ANNONS



Inbjudan att skicka in kongressbidrag (call for abstracts)

Nu planerar vi för Svenska Psykiatrikongressen 2022 som kommer att gå av stapeln 16–18 mars på Münchenbryggeriet i Stockholm. Vi förväntar oss att kunna hålla kongressen under normala fysiska former men kommer naturligtvis att följa vid tidpunkten gällande riktlinjer och rekommendationer för allmänna sammankomster och vid behov modifiera mötesformen.

Vi vill att du som är intresserad av att hålla en egen muntlig presentation skickar in en kort sammanfattning (abstract) till oss. Det kan handla om ny forskning, samverkansprojekt eller metodutveckling. Du kan också föreslå ett debattinlägg eller ett kulturinslag.

Vi förväntar oss att många tar chansen att bidra till att 2022 års kongress blir den bästa hittills!

Skriv ditt namn, förslag på titel till din presentation och en sammanfattning på max 100 ord.

Sammanfattningen skickas till **abstracts@svenskspsykiatri.se**.
Sista datum för inlämnande är den **1 oktober 2021**.

Företag/landsting som önskar ställa ut på SPK 2022 - ta kontakt med **Stina Djurberg**,
stina.djurberg@buf.se senast den **1 oktober 2021**.

Mer och efterhand uppdaterad information om kongressen finner du på vår hemsida
www.svenskpsykiatrikongressen.se.

Svenska Psykiatrikongressen 2021

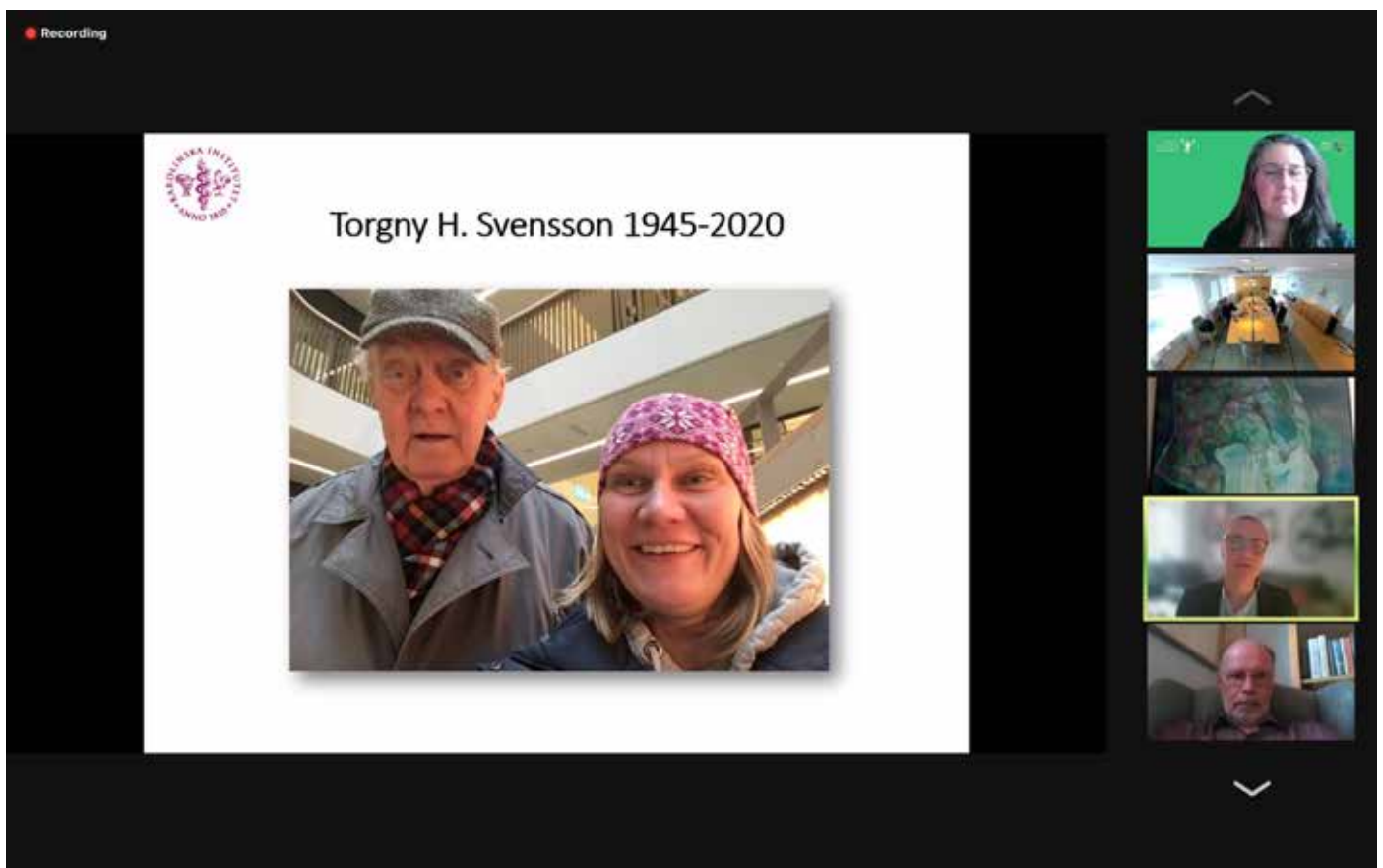
Det är nu ett år sedan coronapandemin slog till, just under Svenska Psykiatrikongressen, SPK 2020, på Svenska Mässan i Göteborg som vi – ganska dramatiskt – fick avbryta, till knappt 800 anmälda delegaters besvikelse.

Vi tvingades alla tänka – och ”ställa om”: många av föreläsningarna från 2020 års digra och breda program, med flera parallella spår, genomfördes för tomma salar, filmades, och finns nu, tillsammans med tidigare och detta års föreläsningar, tillgängliga på SPK:s hemsida Svenska Psykiatrikongressen (sitemodify.com).

Sedan dess har mycket förändrats. Vi är jättegglade att även årets SPK 2021 lockade en stor publik, och denna gång finns möjligheten att se hela programmet i efterhand. Programmet var spetsigt men ändå brett eftersom det fokuserade på de vanligaste psykiatriska sjukdomarna: svårbehandlad depression och schizofreni med inbjudna föreläsare och moderatorer från runtom i Sverige, vårt norska broderland samt Storbritannien.

Den digitala tekniken öppnar upp och breddar. Moderatorerna Elias Eriksson och Lars Farde lyckades slå an en personlig, närmast familjär ton, med många personliga återkopplingar till bortgångna kollegor och många ut- och tillbakablickar på svensk psykiatri när den är som bäst.

Jonas Eberhard
Vetenskaplig sekreterare SPF



Svenska Psykiatrikongressen 2021

Referat från en heldag över nätet den 18 mars

Terapieresistent depression

Moderatorn *Elias Eriksson*, professor i farmakologi vid Göteborgs universitet, gav en introduktion samt kort exposé över psyko-farmakologins historik i Sverige. Särskilt ägnades tid åt att hedra den nyligen bortgångne Torgny Svensson, läkare och professor i farmakologi vid Karolinska Institutet (1945–2020) och att belysa hans insatser inom psykofarmakologin. En översiktsartikel publicerades sommaren 2020 i *Neuropsychopharmacology* (<https://www.nature.com/articles/s41386-020-0770-4>). Därefter gav *Elias* en kort exposé över begreppet "evidensbaserat" och behandling med SSRI. Speciell tonvikt lades på dosering, studierna med Hieronymus et al kring effekter av SSRI i kliniken, och möjligheten att kombinera med atypiska antipsykotiska läkemedel, som det ju föreligger evidens för.

Daniel Lindqvist, psykiater och docent i Lund, föreläste därefter om individuellt anpassade behandlingar och brett om klinisk psykiatrforskning. Sammanfattningsvis är de stora forskningsfälten för depression idag:

(1) Hormon/stress, (2) Genetik, (3) Inflammation, (4) Trauma/livshändelser, (5) Serotonin/signalsubstanser, (6) Imaging.

Ett nytt intressant fynd är att EEG-mönster (AI) kan predicera effekt av antidepressiv behandling. I klinisk forskning kommer nya studier kring specifika symtom som anhedoni vid depression. Därefter fokuserade föreläsningen på inflammationshypotesen, där många studier visat på avvikande nivåer av inflammatoriska biomarkörer hos en subgrupp patienter med depression. Vi informerades också om pågående studier i Lund med omega III alternativt probiotikum för att behandla dessa tillstånd.

Ulrik Malt, psykiater vid Oslo universitetssjukhus, bedriver en mottagning för terapieresistent depression där han möter patienter från hela Norge, och han delade sina erfarenheter av denna verksamhet. I grunden behöver man alltid göra en ny bedömning av patienten i dylika fall och överväga om diagnosen är korrekt ställd, samt göra differentialdiagnostiska överväganden med tanke på somatisk sjukdom. Denna utredning inbegriper helst MR och EEG samt WAIS och MOCA (tidig demens?). Differentialdiagnostiken innefattar ett övervägande av neuropsykiatriska tillstånd, traumatisk hjärnskada, myasteni, drogbruk, obehandlad bipolär sjukdom (oftast typ II) eller personlighetssyndrom. Därefter måste en social utredning genomföras. Föreligger "operant betingning" eller sekundärvinstförhållanden? Därefter bör man säkerställa om patienten är under behandling med psykofarmaka, och kontrollera CYP-system. Om diagnosen depression kvarstår bör man genomföra strukturerade justeringar av behandling. En lång rad farmakologiska behandlingsalternativ avhandlades, liksom hjärnstimulering, hormonbehandling, samt ovanligare läkemedel som psilocybin, sifrol, MAO-hämmare, Rilutek, Sasocine etc.

Terapieresistent schizofreni

Moderator *Lars Farde*, psykiater och professor vid Karolinska Institutet, inledde med en exposé över positronkameraforskning kring behandling av schizofreni med antipsykotiska läkemedel och blockad av dopaminreceptorer i hjärnan. Han betonade paradoxen att de patienter som svarar sämst på antipsykotiska läkemedel ofta får de högsta doserna.

Åsa Konradsson Geuken, docent i farmakologi vid Uppsala universitet, berättade om sin bakgrund inom psykosforskningen med en bror som insjuknat i psykosjukdom. Under föreläsningen delade hon exempel på hans konst. Föreläsningen fokuserade på forskningsmetodik, samt resultat med tilläggsbehandling av potentiellt förstärkande preparat som Nitroprussid/Nipruss. Detta har ej prövats i humanstudier, men i djurmodell ger detta lovande resultat med en klart snabbare antipsykotisk effekt såväl som en potentiell rad antipsykotisk effekt över tid. Därefter introducerades vi även till ett nytt preparat, lumateperone (Calypta®), som godkänts av FDA i USA som antipsykotisk behandling. Preparatet uppvisar motsvarande antipsykotisk effekt som tidigare preparat men inga (sic) metabola biverkningar, inga extrapyramidala symtom och ingen prolaktinstegring, vilket torde göra det till ett intressant läkemedel också i Sverige. Studier pågår för depåbehandling. Preparatet har även en SSRI-liknande profil varför man hoppas på att lumateperone ska ha effekt vid negativa symtom.

Fiona Gaughran, psykiater och professor vid South London and Maudsley NHS Foundation Trust, föreläste därefter om deras program vid terapieresistent schizofreni där behandling med klopabin har en viktig roll. Man har definierat terapieresistent schizofreni som pågående positiv symtomatologi under tre månader, varav sex veckors behandling har genomförts med adekvat dosering av antipsykotiska läkemedel. Man rekommenderar här insättande av klopabin före tre års sjukdomsduration, och anledningen är studier som tyder på 70 % respons, minskad återinläggning, ökad social funktion och självständighet samt minskad mortalitet. Vid terapivikt på klopabin kontrolleras plasmakoncentration, förekomst av komorbiditet, differentialdiagnostik samt biverkanshantering. Därefter försök med supratherapeutiska nivåer av klopabin under tre månader. I annat fall tilläggsbehandling med annat antipsykotiskt preparat eller övervägande av ECT. Ett genomgående tema är också psykosociala insatser. Vid påtagliga negativa symptom rekommenderas även försök med tillägg av fluoxetin, citalopram eller duloxetin.

Karl Lundblad
Styrelsen, SPF



Kunskap
och förnuft

UVO Institut för klinisk medicin
Uppsala universitet

Hovedproblem: Jumping to conclusion



Professor Martin Lørdal, Hordaland, Oslo, UK



Lumateperone – Clinical research

• Lumateperone is a selective 5-HT_{2A} receptor antagonist (not a serotonin reuptake inhibitor) and not a serotonin reuptake inhibitor (SRI) typically used with antidepressant medication^{1,2}

• In a pooled analysis of 3 randomized double blind placebo-controlled studies, lumateperone showed good tolerability with potential benefits over risperidone for metabolic, prolactin and EPS risks³

• Lumateperone improves depressive symptoms with a significantly less increase in prolactin levels compared with risperidone⁴



SVENSKA

Viktigt beslut och ny styrelse

Rapport från Svenska Psykiatriska Föreningens årsmöte den 18 mars 2021

För första gången i föreningens 116-åriga historia hölls vårt årsmöte över nätet, via Zoom.

Styrelsen beskrev Svenska Läkaresällskapets förändrade medlemsstruktur där man sedan 2020 ska vara antingen sektion eller medlemsförening. För förklaring av vad de olika medlemskapen innebär se artikel på sidan 37 i Svensk Psykiatri nr 4/2020. Årsmötet biföll styrelsens förslag om att SPF ansöker om att bli medlemsförening. Ansökan sker under 2021 men då föreningen tills vidare är en sektion i SLS måste våra stadgar anpassas till detta och årsmötet godkände föreslagna förändringar. Inför övergång till att bli medlemsförening kommer stadgarna att behöva ändras ytterligare vilket det ska fattas beslut om vid kommande årsmöte.

Avgående ordföranden Alessandra Hedlund och fackliga sekreteraren Lotta Sandström avtackades. Martin Hultén, Region Skåne, valdes till ny ordförande och Maria Larsson, Stockholm, till ny vice ordförande. Till ny facklig sekreterare valdes Matilda Naes-

ström, Umeå. Karl Lundblad hade redan avgått från posten som ST-representant men kvarstår i styrelsen som adjungerad. Ny ST-representant (val görs av STP) är Johanna Hanson, Stockholm. För övrigt är styrelsen oförändrad jämfört med föregående mandatperiod.

Förhandlingarna förlöpte komplikationsfritt under ledning av mötesordföranden Lars Farde men vi hoppas givetvis att vi kan ses fysiskt vid årsmötet 2022.

För styrelsen
Tove Gunnarsson

SPF blir medlemsförening i Svenska Läkaresällskapet 2023

Vid Svenska Läkaresällskapets fullmäktigemöte den 25 maj beslutades enligt följande:

- att anta SPF som medlemsförening från 2023-01-01 under förutsättning att de "tar formella beslut och anpassar sina stadgar och skickar in dessa till SLS"
- och att delegera till nämnden att fastställa stadgarna.

För styrelsen
Tove Gunnarsson

SSBS firar och fortbildar



Under ett år där inget varit som vanligt har det väl aldrig varit viktigare att mötas, inspireras och lära nytt för hopp om förändring. I enlighet med sinnesrobörens accepterande budskap har SSBS inte lagt fokus på det som inte gått att påverka utan i stället fått mod att pröva nytt och inledde våren med två fortbildningstillfällen i cyberspace. Välbesökta arrangemang som gav mersmak!

Lennart Wetterberg Symposium

Sällskapet inledde våren med att i mars bjuda in till ett vetenskapligt symposium. Fördelarna som faktiskt finns med de nya mötesformerna blev tydliga. Att en vanlig onsdagskväll kunna samla kollegor landet runt för en stunds utbyte, förkovran och inspiration! Symposiet tillägnades sällskapets hedersmedlem, professor emeritus Lennart Wetterberg som fyllde 90 år i vår. För på vilket bättre sätt kan man hedra en aktad jubilar än genom att lyfta fram nya avhandlingar inom bipolär sjukdom? De tre nyblivna medicinska doktorerna som presenterade sina avhandlingar var: *Alina Karanti*, Göteborgs universitet, "Bipolar disorders: Subtypes, treatments and health inequalities"; *Erik Joas*, även han Göteborgs universitet, "Treatments and Outcomes in Bipolar Disorder"; och *Louise Öhlund*, Umeå universitet, "Factors affecting the pharmacological treatment of bipolar disorder". Aftonen gav önskan om fördjupad diskussion med de nyblivna doktorerna och motivation till nya vetenskapliga symposier.

Bipolar update

Styrelsens besvikelse var initialt stor när den inplanerade fortbildningsturnén kring bipolär sjukdom till olika universitetsorter behövde flyttas från hösten till vintern. När sedan även den planerade starten för detta vid Jokkmokks marknad fick ställas in ökade besvikelsen. Tillsammans lyckades emellertid styrelsen omorientera sig och "SPF fortbildar kring bipolär sjukdom på turné" blev "Bipolar update på Zoom". Över 100 deltagare, både gamla och nya medlemmar samt övriga intresserade, deltog under de dryga två timmarna i april för att lära sig mer om senaste nytt kring behandling av bipolär sjukdom.

Programmet inleddes med att vice ordförande *Johanna Bargholtz* som uppföljning av styrelsens arbete med att förtydliga rimlig nivå på vad en utredning kring bipolär sjukdom ska innehålla, höll ett föredrag om att både diagnostisera och avdiagnostisera bipolär sjukdom. Det senare en fråga som styrelsen jobbat med en tid för ökad chans att människor får rätt behandling och inte får leva med en diagnos på en kronisk sjukdom de kanske inte

har. Därefter höll hedersmedlem professor *Martin Schalling* en föreläsning med genetisk förankring kring sin kunskap om litium. Sedan berättade sällskapets vetenskapliga sekreterare *Ursula Werneke* en del om de första lärdomarna vi har om bipolär sjukdom i coronavirusets tid. Tätt följd av chefsöverläkare *Emese Molnar* som lyfte fram forskning och kunskap om barn och unga med bipolär sjukdom. Programmet avslutades med att professor *Mikael Landén* föreläste kring hur depression är mer likt bipolär sjukdom än depression. En spännande titel liksom innehållet! Mikael utsågs också vid avtackning för sin föreläsning till sällskapets nya hedersledamot, bl.a. för sina strålande insatser inom forskning och kvalitetsutveckling av vård och behandling för personer med bipolär sjukdom.

Programmet inramades också i sedvanlig SSBS-anda med pauser med "Braining" där doktorand *Åsa Anger* höll i rörelseövningar för hjärnans bästa och bibehållet fokus.

Besvikelsen som vi i styrelsen initialt kände vid byte av form förbyttes helt under eftermiddagens gång till glädje. Att utan resor, med egen vald bakgrund och ibland, lite ofrivilliga, bakgrundsljud kunna möta kollegor land och rike runt är något vi förhoppningsvis kan göra oftare även efter pandemin för att kunna ses mer.

Ny höst och ny styrelse

Efter föreläsningseftermiddagen hade sällskapet ett årsmöte där det ovanliga verksamhetsåret gick igenom. Roligt att observera att året trots och på grund av pandemin inneburit en hel del aktiviteter samt att sällskapet fått fler medlemmar och att ekonomin varit stabil. Årsmötet avslutades med att medicinskt ansvarig läkare på Affektiva mottagningen Psykiatri Sydväst i Stockholm, *Katrin Skogberg Wirén*, valdes in som ny ordförande. Jag kan personligen bara gratulera henne till ett roligt och meningsfullt uppdrag med dess möjligheter att bidra till världsledande vård av patienter med bipolär sjukdom i hela Sverige! Ser fram emot att mötas på nya vetenskapliga symposier med Sällskapet och förhoppningsvis även ett mer sedvanligt höstmöte i verkliga livet detta år. För visst har den nya tekniken sina fördelar med att underlätta mötestillfällen men det kommer aldrig kunna ersätta behovet av att också få ses på samma plats ibland för utbyte och diskussion över en kopp kaffe.

Maria Larsson
Tidigare ordförande SSBS

Rapport från Society of Biological Psychiatry 2021 annual meeting

Tema: Variability and Scale in Psychiatric Neuroscience:
How You Seek Determines What You Find

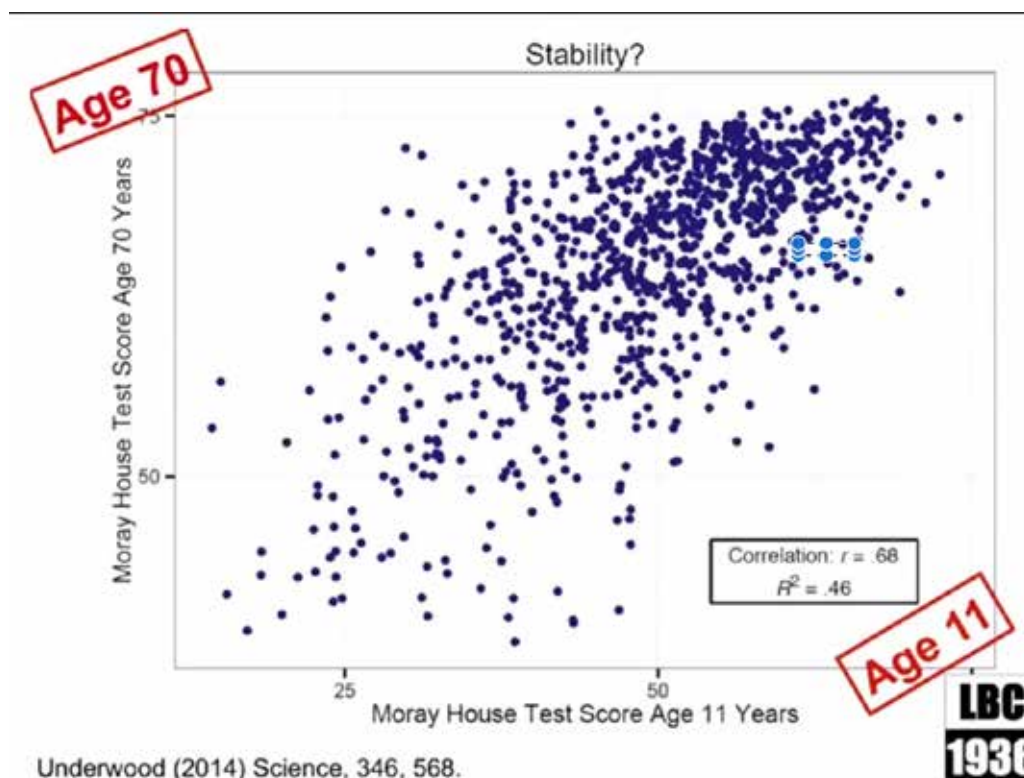


År 1945 skapades Society of Biological Psychiatry i syfte att skapa ett icke-vinstdrivande forum för att stimulera forskning kring biologiska orsaker och behandlingar av psykiska sjukdomar, med att samla framstående forskare och undervisare inom det neurovetenskapliga fältet. De ville samla alla dem som med biologisk blick ville undersöka orsaker, mekanismer och behandlingar av psykopatologi, med fokus på tankar, emotioner och beteenden. De utger också sin tidskrift *Biological Psychiatry* (Impact Factor kring 12). Föreningens mål är att vara ledande i integration, utveckling och spridandet av forskning som är relevant för minskandet av psykiska sjukdomar med det slutliga målet att bidra till prevention av det lidande som sjukdomarna skapar.

De håller sin årliga kongress som en slags för-kongress, ofta belägen i samma stad och månad, där den gigantiska American Psychiatric Association (APA) äger rum och som brukar samla tusentals psykiatriker världen över. Min upplevelse är att APA har en

överbärande andel kliniskt inriktade psykiatriker emedan SOBP:s deltagare brukar kännetecknas av en blandbild av psykiatriker men också kognitionsforskare, neurovetenskapligt inriktade forskare av alla de slag, genetiker, psykoneuroendokrinologer, kliniska psykologer, neuroimaging-människor av alla valörer och en och annan övervintrad patch-clampare. Det är en kreativ miljö och det märks att deltagarna hyser en okuvlig kärlek till just organet hjärnan.

Årets kongress 29 april–2 maj blev helt digitalt hållen och likaså premiär för mig att delta i en sådan virtuell kongress. Nyfiken beklädde jag mig en Avatar och gick runt i den virtuella kongressmiljön, både till stranden och till baren för att hänga, liksom till poster-lokalen. De som spelat dataspelet *The Legend of Zelda* från 1986 kunde grafiskt känna igen sig, och mycket riktigt, det gick att hitta poster som dök upp om man klickade in sig i väggarna, dock inte lika dolda som i 80-talsvarianten. Man kunde vandra runt i de virtuella lokalerna och ta kontakt med enskilda eller



klicka in sig i gruppdiskussioner, både med och utan kamera. Det kändes lite styligt men gav mig ändå en forskarkontakt att följa upp. Personligen föredrar jag fortfarande möjligheten att i verkligheten lyssna och diskutera med genuint intresserade forskare som samlas live, då något ändå går förlorat i den digitala kommunikationen.

För att ge en inblick i symposierna så citerar jag några godbitar från 29 april såsom:

“Origins and Sources of Biological Variability: Genes, Brain, and Environment”; “Advances in Mitochondrial Molecular Genetics in Psychiatry”; “Neurobiology of Rapid Antidepressant Mechanisms –Translating Results From Basic Neuroscience to Patients”; “Hormone Sensitivity as a Model of Context-Susceptibility Interaction in Psychiatric Illness”; “Thalamic and Sub-Thalamic Contributions to Stress-Induced Behavioral Dysfunction”; “The Epigenetics of Bipolar Disorder and Lithium Response”; “Developmental Computational Psychiatry”; “Reward Neurocircuitry and Adolescent Depression: The Roles of Familial Risk and Stress”; “Mechanisms of Sex Specific Responses to Stress”.

Simon Cox gjorde en fantastisk review av “The Lothian Birth Cohort 1936, Influences on Cognitive Ageing from Ages 11 to 70 and Beyond”. Alla skotska 11-åriga skolbarn fick 1932 samt 1947 genomföra ett IQ-test. Åren därefter blev all data liggande och hittades i en lagerlokal i slutet av 90-talet. Deltagarna söktes upp och fick göra om testet i åldrarna 79, 87 samt 90 år. De hittade en stark korrelation mellan intelligensen uppmätt som barn och som gammal pensionär. Fördelen med denna studie är just också

att den möjliggör test av reverserad kausalitet mellan intelligens och andra variabler (dvs. felaktiga/bakvända slutsatser om kausalitet såsom; ju mer Zoommöten som observeras i samhället, desto mer orsakar Zoommöten en samhällsspridning av covid-19). Deltagarnas MR-bilder i ålderdomen visade att beständigheten i vit substans var kopplad till bibehållen kognitiv funktion som gammal och detta svarade för ca 10 % av variansen av generell intelligens (hellre än specifika kognitiva färdigheter), till fullo medierat av processhastighet. Framförallt vit substans i corpus callosums bakdel (splenium), var en tydlig markör för att behålla kognitiv kapacitet i hög ålder.

Det finns mycket mer att rapportera från Society of Biological Psychiatry och det rekommenderas varmt att delta där åtminstone någon gång i livet.

Glöm inte nästa års möte 28–30 april i New Orleans.

Cave Sinai
Specialist i psykiatri

För den intresserade går det att maila cave.sinai@gmail.com, för att få en länk till Dropbox och lite föreläsningbilder som fotades (obs: gäller endast fram till utgivningen av kommande nummer av Svensk Psykiatri).

Realistisk idealist som inte räds det svåra

Professor Bo Runeson –

SPF:s hedersledamot 2021

Under årsmötet i mars utsågs professor Bo Runeson till hedersledamot för SPF med motiveringen:

För hans mångåriga engagemang i SPF:s utbildningsutskott. Bo har i många år varit engagerad i psykiatrins plats i grundutbildningen med ett nationellt perspektiv och bidragit stort med sin kunskap och erfarenhet.

Jag träffade Bo för en intervju å styrelsens vägnar för att få veta lite mer om denne sanningssökande professor, som inspireras av äkta möten, trivs bäst i samklang men som inte viker för att säga sin åsikt eller säga nej när utvecklingen kräver.

Vad fick dig att välja psykiatri?

Började min bana som internmedicinare, men lockades ofta av mötet med de akutmedicinska patienter som i bakgrunden hade psykologiska problem. Jag förstod att personliga svårigheter kunde vara orsak till att patienter sökte med tachycardi eller återkommande bröstsmärta. Utverkade möjligheten att bli dubbelspecialist men insåg snart att det blev en alltför bred inriktning och stannade i psykiatri när jag hittade mitt forskningsprojekt.

Vad handlade ditt avhandlingsarbete om?

Min avhandling, "Suicide and Mental Disorder in Swedish Youth", byggde på systematiska intervjuer med efterlevande efter suicid hos unga. Jan Beskow var min handledare, men Jan-Otto Ottoson var mycket involverad och den som föreslog mig området och lärde mig skriva vetenskapligt. Jag tilltalades av undersökningsmetoden, med intervjuer efter unga människors självmord. Det är en särskilt utmanande situation att vinna förtroende hos föräldrar som nyligen förlorat en son eller dotter i självmord och var också en bra träning för alla andra intervjuer som man gör som psykiater. Det gav mig en ingående bild av vilka problem som kan finnas i bakgrunden eller som utlösande till suicid. Många av de studier jag senare gjort bygger på de kliniska psykiatriska problem jag fick insikt i genom intervjuerna, och som jag kunnat studera med andra metoder.



Vilken är din inställning kring en nollvision kring suicid?

Jag är positiv till en vision som kan stimulera beslutsfattare att ge resurser för suicidpreventivt utvecklingsarbete, men skeptisk inför storvulna ord om att vi skulle kunna undvika suicid i alla situationer. Men jag har i samarbetet med Kriminalvården sett hur man inom denna organisation drastiskt kunnat minska antalet suicid,

bland annat genom att se till att alla häktade får frågan om de haft suicidtankar.

Vad skulle du säga utmärker er professorer som yrkesgrupp?

En vilja att låta den dokumenterade kunskapen få styra det egna arbetet, men också att försöka vara till stöd för kunskapen hos de verksamma inom den specialitet man arbetar. Under många år har jag varit vetenskapligt råd i SBU och Kriminalvården och har fått träna mig i att söka god evidens för den behandling vi förmedlar.

Vad är det bästa med att handleda?

Det finns en särskild glädje i samarbetet med de doktorander man jobbat med under flera år, det är en speciell och långvarig professionell roll och ett privilegium utöver många andra arbetsrelationer. Man får på nära håll försöka hitta ett sätt att ge en reflekterande handledning där man efter hand låter doktoranden vara alltmer självständig. Mycket lärorikt för handledaren!

Hur blev utbildning i psykiatri en så viktig fråga för dig?

När jag blev involverad i läkarutbildningen uppfattade jag att studenter behövde en bild av psykiatri som kunde tilltala dem, med en gedigen medicinsk grund men också ett öppet, lyhört och nyfiskt sökande sätt i de nära patientkontaktarna. Som så mycket annat är det relationerna till studenter eller unga kollegor som ger energin att förnya sig även som lärare.

Jag har som ST-läkare deltagit i utbildning med dig där du utsätter dig för stor risk att få kritik för eget handläggande, vad ger dig modet att göra detsamma?

Jag tror det finns en fara om vi inte vågar granska oss själva och både se vad vi gjort bra och dåligt. Vi behöver skapa ett arbetsklimat där vi ödmjukt vågar lyfta fram vad som gått fel för att utvecklingen ska gå framåt. Att ge varandra stöd är visserligen en förutsättning för detsamma men om stödet samtidigt innebär att vi ska dölja brister tror jag inte att vi hjälper vare sig oss själva och absolut inte de patienter som vi ska behandla.

Vad fick dig att ta initiativ till att starta ett kvalitetsregister för bipolär sjukdom?

Jag och vår dåvarande verksamhetschef Anna Åberg Wistedt insåg att man som psykiater behöver få hjälp att på ett strukturerat sätt kunna utvärdera hur psykiatrisk vård fungerar. Bipolär sjukdom var en diagnostiskt avgränsbar grupp och naturliga mått på utfall fanns i framför allt antal återinsjuknande. Den passade bra som entitet för ett kvalitetsregister.

Vilka är svensk psykiatri största utmaningar närmaste åren tror du?

Jag uppfattar genom mitt arbete i SLS nämnd, där jag samarbetar med företrädare för andra specialiteter, att både sjukvården i stort och psykiatri behövs kunna utvecklas med nya tekniska och digitala lösningar utan att tappa bort det som patienter prioriterar högt, att kunna ge engagerad kontinuitet för de patienter man tar ansvar för.

Beroende på hur pandemin utvecklas under resten av året kan den bli en stor utmaning för samhället i stort men också för svensk psykiatri. Det finns amerikanska studier som visar att 25–30 % av dem som gått igenom en lätt form av covid får psykiska besvär när man undersökte ett halvår efter insjuknandet.

Vad motiverar dig?

Från början var det mötet med patienter och deras sökande efter att hitta en väg vidare.

Idag är det samarbetet, relationer i arbetet som tränar mig att vara en del i ett fungerande team och sammanhang. Men också ett ansvar för att vår specialitet får den roll som den bör ha i sjukvården. En annan stark motivation finner jag i att få till bra studier som svarar på relevanta kliniska problem, där artiklarna är pedagogiskt tydliga och som läsaren kan förstå och ha nytta av.

Förutom psykiatri i alla dess former har jag förstått att du har ett stort intresse för körsång, vad tilltalar dig med detsamma?

Att sjunga i kör är en träning i lyhördhet och anpassning till övriga för att få en tät och fin ton i sin stämma. Har många favoriter men älskar bland annat styrkan och kontrasterna i Mozarts Requiem.

Slutligen Bo, har du några råd till oss alla?

Att undvika att vara ensam i arbetet, att hjälpas åt och samtidigt våga följa den egna kliniska intuitionen byggd på forskning och beprövad erfarenhet. Att inse värdet av dialogen med medarbetare och att med respekt för dem våga söka sin egen förståelse av viktiga situationer.

Maria Larsson

Vice ordförande, SPF

Foto: Centrum för psykiatriforskning

Bo har varit min mentor, vän och nära kollega i tjugo år av mitt arbetsliv – han var min ST-handledare, handledare under doktorandstudierna och chef.

Att arbeta nära Bo innebär att ständigt höra från andra att man är lyckligt lottad – och det är korrekt uppfattat. Han är en generös, stöttande, juste chef och kollega. Han ser helheter och tar ansvar för det som behöver göras utan att det ger direkt nytta tillbaka till honom själv. Han älskar musik och litteratur, en svuren Hjalmar Söderbergläsare. Vi har följt varandras familjer, sett barn bli vuxna och även gått bredvid varandra i perioder av sjukdom och kriser. Bo har alltid erbjudit stöd och ett lyssnande öra.

Bo förkroppsligar den medicinske akademikern – läkaren, forskaren och läraren. Det är en gåva att så länge fått arbeta nära någon jag tycker så mycket om och som har betytt så mycket för min utveckling.

Marie Dahlin

Docent

Röster om Bo Runeson

Första gången jag träffade Bo Runeson var när han tillsammans med Anna Åberg-Wistedt intervjuade mig för en tjänst vid Norra Stockholms psykiatri 2004. Som oerfaren göteborgare var jag påtagligt nervsvag inför att sitta ned med sådana giganter från huvudstaden. Anna lutade sig dock emot mig, lade huvudet på sned, log och gjorde allt för att jag skulle känna mig bekväm. Bo, däremot, lutade sin leptosoma kropp tillbaka, med sträng min och benen i kors. När han yppade något var det kortfattat samt kombinerades med en diskret dorsalförskjutning av huvudet som för att inskräpa hur liten och obetydlig jag var.

Med tiden förstod jag att mitt första intryck av Bo som en kritisk och reserverad person varit helt felaktigt. Jag lärde istället känna en varm, klok, omtänksam och humoristisk person. Som dock inte tolererar skojare eller floskler. Närhelst en person predikar platititider förvandlas Bo åter till en stram kritiker. Idag en sida jag uppskattar hos en mångsidig kollega och vän.

Jag är tacksam inte bara för min vänskap med Bo, utan också för vad han lärt mig, även om jag ännu inte behärskar tekniken att säga nej utan att vika med blicken.

Mikael Landén

Professor



ADHD

Från duktig flicka till utbränd kvinna

Lotta Borg Skoglund

Natur & Kultur 2020

Inom BUP har vi självkritiskt ställt oss frågan hur det kommer sig att pojkar dominerar så mycket bland de barn som får diagnos och behandlas för ADHD. Är det så att flickor med ADHD inte uppmärksammas och får hjälp? Och kan det bero på att beskrivningen av ADHD utgår från hur tillståndet typiskt ter sig hos pojkar i 10–12-årsåldern? Vi har efterhand förstått att symptomen hos flickor med ADHD ofta inte riktigt ser ut så och att vi måste ha en bredare syn för att också flickor med ADHD ska uppmärksammas och få hjälp.

Nu har Lotta Borg Skoglund vidgat perspektivet och skrivit en välkommen bok om kvinnor och ADHD. Hon går igenom diagnostiska kriterier, aktuell kunskap om hjärnan, samsjuklighet, emotionell instabilitet, familjeliv, arbetsliv och ADHD med synvinkeln vad inom dessa områden som skiljer sig åt för kvinnor. Det finns en innehållsrik genomgång av hur DSM-kriterierna kan beskrivas utifrån exempel som kvinnor berättat, t.ex.: "Jag gör det roliga först och skjuter upp det svåra och trista saker till sista sekunden, om det ens blir gjort". Tänkvärt och ögonöppnande.

För mig som barnpsykiater är det pinsamt att konstatera att jag aldrig reflekterat över om/hur hormoner och menscykeln kan spela roll för kvinnor med ADHD. Till försvar får jag säga att om flickorna utgör 20 % av BUP:s patienter med ADHD och hälften av dem inte har börjat menstruera har det varit lätt att inte tänka på detta. Efter att ha läst Lottas bok inser jag att det varit ett misstag och att det här är ett viktigt område att gå ige-

nom och utforska tillsammans med tonåring och föräldrar. Ett annat viktigt område är föräldraskap. Kvinnor, även de med ADHD, tar oftast ett större ansvar för barnen än pappor. Och föräldraskapet ställer som bekant stora krav på organisationsförmåga, planering, att hålla rätt på saker, att hjälpa barnet att "hitta rätt" i skola och fritid. Sådant som personer med ADHD har svårt för. Här behöver vi uppmärksamma att kvinnor med ADHD behöver stöd för att klara detta, något som inte gäller bara inom vuxenvården utan också när vi på BUP träffar mammor som själva har ADHD.

Lotta har skrivit en läsvärd och innehållsrik bok som fyller ett behov, att uppmärksamma flickors och kvinnors särskilda behov inom ADHD-vården.

Per Gustafsson

Professor emeritus BUP, Linköping



BOKRECENSION

När döden utmanar livet

Om exisstentiell kris och coping i palliativ vård

Lisa Sand och Peter Strand

Natur & Kultur 2013/2019

Boken är den första läroboken på svenska om existentiella frågor i vården.

Om författarna

Lisa Sand är kurator och arbetar inom den palliativa hemsjukvården i Stockholm. Hon disputerade 2008 vid Karolinska Institutet med avhandlingen *Existential Challenges and Coping in Palliative Cancer Care – Experiences of patients and family members*. Avhandlingen är mycket intressant, lättläst och praktisk. En av huvudpunkterna i avhandlingen är att också belysa de närståendes utsatta, men ibland bortglömda situation.

Peter Strang, som är Sverige förste professor i palliativ medicin, var Lisa Sands huvudhandledare. Under årens lopp har han handlett ett flertal avhandlingar som handlar om kliniskt viktiga existentiella frågor om bl.a. dödsångest, mening och meningslöshet och KASAM-begreppet (känsla av sammanhang). Han har tillsammans med doktoranderna studerat t.ex. hur läkare bemöter frågorna, vad patienter tar upp när de önskar samtal med sjukhuspräster, synen på eutanasi, hur de existentiella frågorna ser ut inom cancervården respektive demensvården. Peter Strang har också skrivit en tankebok om existentiella frågor: *Livsglädjen och det djupa allvaret*, Natur & Kultur, 2003.

Om innehållet

Resultaten från Lisa Sands avhandling utgör en viktig bas för boken, men boken är bred och de olika kliniska existentiella momenten belyses från många olika håll. Ett flertal filosofer, teologer, existentiellt inriktade psykologer, psykiatriker och sociologer ges en röst i boken. Som exempel kan nämnas Sören Kierkegaard, Martin Buber, Martin Heidegger, Jean-Paul Sartre, Victor Frankl, Sigmund Freud, Erich Fromm, Erik Homburger Erikson, Rollo May och Aaron Antonovsky. Även svenska psykologers, religionspsykologers och läkares existentiella tankar finns refererade, exempel på detta är Anders Broberg, Ulla Holm, Owe Wickström, Johan Cullberg

och Loma Feigenberg. Boken innehåller en mycket bred referenslista. Bara genom att läsa den får man en mängd ytterligare uppslag. Boken är en lärobok och därför avslutas varje kapitel med punkter för läraren att ta upp med studenterna. Eftersom svårt sjuka patienter påverkar oss som personal, måste vi medvetandegöra våra egna reaktioner t.ex. genom självreflektion. Detta gäller vare sig patienterna har en somatisk eller psykiatrisk sjukdom. Min förhoppning är att boken kan användas i all utbildning av vårdpersonal, eftersom den är lättläst. Även om språket och innehållet är klart och enkelt, så är frågorna som tas upp inte alls enkla. Enligt min uppfattning är vi läkare inte alltid så bra på att initiera existentiella samtal eller att förstå vikten av dessa.

En viktig utgångspunkt i boken är den syn på existentiell terapi som professorn i psykiatri Irvin D. Yalom beskriver i sin bok *Existential Psychotherapy*, New York: Basic Books, 1980. Enligt Yalom har människan att hantera fyra grundläggande existentiella utmaningar och dessa utmaningar kan övergå i en existentiell kris. Utmaningarna handlar om *döden*, om konflikten mellan vårt dödsmedvetande och vår önskan att fortsätta att leva, om *friheten* som innebär val och ansvar för valen och där valen kan leda till skuld, om *ensamheten* där utmaningen är relaterad till vår vetskap om människans grundläggande ensamhet och samtidigt vår längtan till gemenskap och om *meningen eller meningslösheten* där människan är en meningssökande varelse i ett universum som kan upplevas sakna mening.

Det här bildar viktiga kapitel och utvecklas åt olika håll. Det som gör de existentiella frågorna ändå lätta att begripa är den mängd av konkreta patientfall som illustrerar frågorna. Patientfallen belyses på olika sätt. När det gäller döden illustrerar jag boken med några exempel på underrubriker: *Rädslor för döendet*, *Ångest för dödsögonblicket*, *Separationsångest* (separation från familj, vänner, sammanhang och från själva livet), *Att lämna spår*, *Skillnaden mellan livsångest och dödsångest*.



Författarna beskriver också hur tanken på döden kan ha positiva sidor t.ex. hjälpa oss att prioritera och att få syn på vad som är viktigt i livet, göra oss modigare och mer generösa och mer meningssökande. Även de tre andra stora rubrikerna delas upp och belyses på olika sätt och ofta med patientfall. Att gå igenom dem skulle bli för omfattande i en recension. Men jag vill ändå ge ett litet intressant exempel till, på begreppet skuld som författarna delar upp i reell skuld, neurotisk skuld och existentiell skuld. Begreppen här har stor relevans i psykiatrin.

En viktig del av boken beskriver begreppet coping. Här utgår man från Lazarus och Folkmans pionjärbete, men även från egna data som rör coping inför döden. Coping-begreppet delas upp i en mängd praktiska undergrupper och exempel ges på hur sjukvårdspersonal kan hjälpa patienten att hitta bra strategier. Självklart kan ingen som arbetar i sjukvården bestämma vilka strategier en patient kan använda, men bara att orka och våga stanna kvar hos den sjuke innebär i sig ett viktigt stöd. En intressant sak som inte filosofer brukar vara inne på är hur patientens ändrade kropp och utseende i mycket hög grad påverkar upplevelsen av de existentiella frågorna. Detta avsnitt är grundat i författarnas egna empiriska studier med döende patienter.

Om varför vi inom psykiatrin bör läsa boken

När jag lekt med tanken och provat på att ändra alla patientfall i boken till psykiatriska patienter med svår sjukdom, så upptäcker jag att allt som skrivs i boken stämmer lika väl på våra patienter, möjligen med undantag för den försvagade kroppen. Fast kroppsupplevelse hos svårt sjuka psykiatriska patienter kan också ha en existentiell betydelse och då inte bara för anorektiska patienter. Även den psykotiska kroppsuppfattningen vid en akut schizofreni kan vara starkt kopplad till både livsångest och dödsångest.

Inom psykiatrin är existentiella frågor vanliga fastän man ofta inte närmar sig dem. *Vad är meningen med livet för en ung man*

eller kvinna som insjuknat i schizofreni? Vad innebär ensamheten bakom de neddragna persiennerna? Hur kan man hitta en partner som står ut med en, trots psykisk sjukdom eller allvarlig personlighetsstörning? Hur ser livsångesten och dödsångesten ut hos en patient med svår bipolär sjukdom? Förstår vi alltid de bakomliggande existentiella motiven till att självmordstankar hos en patient i vissa fall till och med kan göra livet uthärdligt? Det är faktiskt en sak man kan diskutera med patienten om. Om vi hade tid och lust att sitta ned och lyssna på våra patienter och diskutera de existentiella frågorna skulle patienterna sannolikt lita mer på oss, följa medicineringen bättre och må bättre. Skriverierna i pressen om allt elände där patienterna inom psykiatrin inte känner sig sedda, skulle nog minska.

För mig är psykiatrin lika existentiell som den palliativa vården och därför borde den palliativa referensramen med sina fyra dimensioner: fysiskt, psykiskt, socialt och *existentiellt* vara en naturlig del även inom psykiatrin, liksom att ta in närstående i vården vilket också gynnar patienten. Ett första steg i den riktningen kan vara att läsa Lisa Sands och Peter Strangs bok: När döden utmanar livet.

Lars Albinsson
Överläkare i psykiatri
M.D, Ph.D.



Förstå ditt barns hjärna
12 banbrytande strategier för att stimulera barnets
emotionella och intellektuella utveckling

Daniel Siegel och Tina Payne Bryson
Akademius förlag, 2019

Inledning

För att vi ska kunna förstå oss själva och vår tillvaro behöver vi vara delaktiga i en berättelse som i sin tur fångar upp centrala drag i vår kultur. I psykiatriska och psykoterapeutiska sammanhang är psykoedukationen en sådan berättelse som hjälper patienten att både förstå sina svårigheter och vad som kan krävas för att komma till rätta med dem. Under senare år har en gammal "spelare", rikligare utrustad än tidigare, förts in på scenen i de kliniska berättelserna – HJÄRNAN. Vad är det som är fel med mig? Det är hjärnan det beror på! Den är "outvecklad", "omogen", "osynkroniserad" eller... det kan faktiskt inte jag rå för – men kanske jag inte använder hjärnan riktigt som jag borde! Ansvar förskjuts och omformuleras. Jag behöver inte skämmas för att jag gjort något gale. Det är inget fel på mig! Jag borde bara lära mig att använda min hjärna på ett klokare sätt. För barn med problem får föräldrarna ansvar för att lära barnet att använda och utveckla sin hjärna på bästa sätt. Samma resonemang kan tillämpas vad gäller att stimulera barns utveckling i allmänhet.

Neuropsykiatrikern Daniel Siegel och föräldraskapsexperten Tina Payne Bryson, båda amerikaner, förmedlar detta perspektiv i boken *Förstå ditt barns hjärna. 12 banbrytande strategier för att stimulera barnets emotionella och intellektuella utveckling*. Bokens syfte är att stimulera föräldrar att använda vardagens erfarenheter på ett sätt som stöder barnens mentala utveckling. Författarna erbjuder kunskap om hjärnan och dess processer som plattform för att beskriva olika betydelsefulla sidor av samspel mellan barn upp till tolv år och deras föräldrar.

Bokens upplägg

Författarna bygger upp en framställning som grundas på ett antal nivåer. I botten lägger de en professionell neurovetenskaplig beskrivning av hjärnan, i skiktet ovanför introduceras enkla slagkraftiga begrepp om hjärnans komponenter och interaktion. På nästa nivå finns psykologiska begrepp och pro-

cesser som kopplas till hjärnans funktion. Ovanför dessa nivåer presenteras generaliseringar av utvecklingssynpunkt viktiga vardagsscenarier i barnfamiljers liv och slutligen på en högsta nivå tillförs utförliga vinjetter som illustrerar samspel mellan föräldrar och barn i olika åldrar, i vardagsproblematiske situationer men också i situationer av betydelse för barnens utveckling i olika avseenden. Kreativa serieteckningar, bilder och pratbubblor bidrar till "torg" där föräldrar kan hämta uppslag till hur de i sin vardag ska kunna nå sina barn och förhålla sig till dem på ett sätt som stärker både föräldrarnas och barnets relationella förmåga och självkänsla, konkreta riktade formuleringar till exempel kring mentaliseringsaspekter vad gäller självförståelse: "vad tror du att det var som fick dig att känna så", empati: "varför tror du att bebisens gråter", moral: "tycker du att det är ok att..."

Berättelsen om hjärnan

Hjärnan har en "bottenvåning" med hjärnstam och limbiska systemet som reglerar starka känslor, instinkter och vissa kroppsfunktioner – livsviktiga men "primitiva". I hjärnans "överbåning" skapas nyanserade översikter, helhetsbilder och kvaliteter som moral, empati, självförståelse, kontroll och klokskap. Denna våning är tudelad. I vänstra delen av "överbåningen" skapas ordning i tid och rum och ord sätts på upplevelser, i högra delen hanteras ickeverbal kommunikation, bilder, känslor och personliga minnen. Mellan dessa båda delar av hjärnans överbåning finns en brygga som möjliggör en integrativ koppling. I en väl fungerande hjärna är inte bara höger och vänster hjärna kopplade utan även "bottenvåning" och "överbåning". "Bottenvåningen" är färdig vid födelsen medan "överbåningen" inte är fullt möblerad förrän i 25-årsåldern. På "bottenvåningen" hanterar amygdala framför allt känslor som ilska och rädsla. För barn gäller att dessa signaler från amygdala lätt tar över en ännu ej färdigmöblerad "överbåning" och barnen handlar då innan de hinner tänka.



Så här kan det gå till

Barns utbrott kommer ofta från "undervåningen" med dess oreglerade affekter som översvämmar högerhjärnan på övervåningen. Barnet behöver mötas med omvårdnad och tröst. För att detta ska kunna ske måste föräldern först aktivera sin egen högerhjärna för att kunna svara följsamt och inlämnande. Då kan bägge parter högerhjärnor på övervåningen synkroniseras sinsemellan. Först därpå blir det möjligt för barnet att aktivera sin vänsterhjärna – att börja kunna formulera sig, berätta och lyssna på input från föräldrarnas vänsterhjärna beträffande realiteter, förslag, förklaringar mm. Kroppsrörelse/avslappning ger integration mellan över- och undervåning. Då ett barn går in i maktkamp däremot, skriker och domderar för att få sin vilja fram med "alla medel" är affekterna från bottenvåningen inte oreglerade utan barnets "övervåning" har egentligen full kontroll. Författarna rekommenderar då bemötandet "förhandla aldrig med en terrorist", från föräldrarnas sida. Visa lugnt och bestämt ogillande inför beteendet och peka på konsekvenser om beteendet inte upphör. Barnet, som har kontroll, kommer att släppa denna affektladdade strategi då den faktiskt inte leder till målet. Dessa olika föräldrabeteenden ställer stora krav och deras roll som modeller kan inte nog betonas. För upprörda föräldrar på väg att förgå sig föreslår författarna: Var tyst, lägg händerna på ryggen, gå därifrån, andas djupt – gå tillbaka och reparera.

Ovanligt kreativ framställning

Boken avslutas med detaljerade schematiska översikter över olika strategier för att åstadkomma hur betydelsefulla funktionella kopplingar mellan olika delar av hjärnan ska kunna underlättas i olika åldrar. Författarna har lyckats med att på ett ovanligt väl fungerande sätt stegvis transformera ner komplexa teoretiska sammanhang och begrepp till en otvungen språklig vardagsnivå utan att förlora påtagligt i stringens och åstadkommer därigenom en text som är lätt att ta till sig för en bred allmän läsekrets och innehåller både kunskap och stimulerande perspektiv som dessutom är användbara i alla professioner där samspel mellan barn och föräldrar står i fokus.

En undran

En presentation av förfinad relationell ingenjörskonst av detta slag lägger ett stort ansvar på föräldrar. De verktyg som sätts i deras händer, kan rätt använda, vara en guldgruva. Frågan är om de också kan användas manipulativt av alltför ambitiösa föräldrar utan en grundläggande respekt för barnets integritet.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*

Alla har vi varit små...

Barnet föds in i sin unika familj med dess speciella omständigheter som grund för uppväxtvillkor, inte minst vad gäller föräldraomsorg. En del kommer under livsloppet att få kämpa med psykiska svårigheter och få psykoterapeutisk behandling, andra har kommit att bedriva sådan behandling, vissa kommer att ha erfarenhet av båda delarna. Personer med en otvungen barndom kan under senare gynnsamma omständigheter förvärva en trygghet som visat sig vara en bra bas inte minst för en psykoterapeutgörning. Camilla von Below, psykolog, psykoterapeut och forskare, visar i sin bok *Anknytning och psykoterapi* hur anknytningsteori kan vara användbar inte bara i psykoterapeutisk teori utan också i dess tillämpning. Lyhördhet, acceptans, samarbete och tillgänglighet är aspekter av ett väl fungerande omsorgssystem och kan i vissa avseenden tillämpas även för terapeuter!

Upplägg

I bokens första del förmedlas grundläggande kunskap om anknytning och bedömning av denna i barn- ungdoms- och vuxenlivet samt kunskap om affekter, affektmarkering, mentalisering och mentaliseringsnivåer, neuroaspekter och nivåer av anknytningsångest. I den andra delen berörs bland annat terapeutisk inre dynamik, terapeutiskt förhållningssätt, mötöverföring och alliansbrott vid de skilda anknytningsmönstren samt betydelsen av terapeutens eget anknytningsmönster. Framställningen är byggd på psykodynamisk och traumateoretisk grund men författaren hoppas att den också ska kunna nå terapeuter med annan teoribakgrund.

Utgångspunkter

Barns trygghet och utforskande av världen är beroende av samverkan mellan barnets behov av anknytning och föräldrars förmåga till omsorg. Barnets erfarenheter av denna samverkan resulterar i anknytningsmönster och inre arbetsmodeller som tenderar att styra barnets förväntningar inte bara på sina föräldrar utan så småningom också på medmänniskor i allmänhet. Föräldrars egna anknytningsmönster kan genom samspelet överföras till barnen. Dessa kan i sin tur utveckla olika anknytningsmönster till skilda betydelsefulla vuxna. Mönstren följer individen genom livet, inte som personlighetsdrag utan som av senare erfarenheter påverkbara förhållningssätt i nära relationer. Barns anknytning kan iaktas när de är tillsammans med sina föräldrar. Vuxnas anknytningsmönster kartläggs via speciella intervjuer eller via forskningsformulär som mäter anknytningsstil i begrepp som undvikande och anknytningsångest.



Anknytning och psykoterapi

Genetiska faktorer, temperament, familjeförhållanden och social miljö rymmer sårbarhetsfaktorer som kan samverka med otrygg anknytning för uppkomst av psykisk ohälsa. Enbart otrygga anknytningsmönster utan andra riskfaktorer leder sällan till psykisk ohälsa.

Författaren menar att anknytningsteorin kan guida terapeuten i vad som är värt att vara uppmärksam på i patientens kommunikation om nära relationer, förhållningssätt till sina känslotillstånd och behov. Att anknytningsmönster utvecklas mot större trygghet i terapi har dock inte kunnat bekräftas av forskningen. Men mönstren kan ha betydelse för hur den terapeutiska alliansen utvecklas. Vissa patienter uttrycker sig avfärdande om anknytningsrelaterade teman, andra är starkt upptagna av dessa teman eller uttrycker sig oklart, iakttagelser som kan ge terapeuten en genväg till patientens problemfyllda områden.

Anknytningsmönster och psykoterapeutiska processer

Patienter med *tryggt anknytningsmönster* förväntar sig förståelse från terapeutens sida, har känsla för vad de själva ska ta ansvar för. De förmår att visa sårbarhet på ett sätt som kan aktivera terapeutens omsorgssystem och har ofta förhållandevis låg ångestnivå vid första samtalet. På grund av positiva inre arbetsmodeller behöver de inte vara så mycket på sin vakt då de kan ha låg nivå av inre lidande, skam, skräck och självanklagelser samt en realistisk bedömning av egen förmåga. Dessa patienter kan dock ha svårt att hantera vissa känslor men har självklar agens, begriplig identitet, stabil känsla av ett själv samt god mentaliseringsförmåga också under viss stress.

Patienter med *undvikande anknytningsmönster* håller gärna ett visst avstånd också till sin terapeut, inte minst genom ickeverbala signaler. De förefaller att förlita sig på trygghet genom oberoende och styrka som upprätthålls genom intellektualiserande försvar gentemot obehagliga känslor som ledsenhet och skam inför misslyckande. De tonar ner sina emotionella behov, kan ha svårt att ta emot terapeutens empati. Terapeuten å sin sida kan känna sig avvisad, överflödig, hjälplös, otillräcklig och ibland påträngande.

Patienter med *ambivalent anknytningsmönster* betraktar nära relationer som viktiga men opålitliga. De önskar full förståelse och samhörighet med terapeuten. En överdriven samarbetsvilja kan dölja rädsla för övergivenhet med låg tilltro till egen förmåga och svårighet att stå ut med ovisshet. Mentaliseringen sker ofta på ekvivalent, "som om"-nivå utan djupare kontakt med underliggande känslor. De avfärdar gärna terapeutens lösningsförsök om dessa tycks implicera ökad självständighet.

Patienten behöver fast ram, förutsägbarhet, mötas med empati och validering av känslor men också av utforskande av resurser och starka sidor.

Patienter med desorganiserat mönster, det vill säga som saknar identifierbart mönster vilket gör dem svåra att karaktärisera. Nära relationer förknippas dock ofta med skam och skräck och oförmåga att närma sig smärtsamma minnen. Författaren lägger stor vikt vid kartläggandet av traumaaspekterna hos dessa patienter och betonar behovet av stabilisering och begripliggörande av känslomässiga reaktioner, beteenden och minnen.

Terapeutens eget anknytningsmönster har betydelse dels därför att det kan prägla terapeutens generella komfortzon vad gäller närhet och avstånd till sina patienter, dels för att det kan påverka terapeutens motöverföring, det vill säga de känslor och föreställningar som väcks i samspelet med patienten och som ibland kan förstås som att patientens emotionella kaos har smittat terapeuten.

Välkommet

De behandlare som arbetar utifrån utgångspunkten att erfarenheter i barndomen är en faktor som är viktig att beakta i psykoterapi och betonar betydelsen av anknytning och anknytningsmönster har nu fått en samlad, gedigen och genomarbetad framställning av detta perspektiv. Balansen mellan teoretisk framställning och kliniska fallbeskrivningar och dialoger bidrar till en givande läsupplevelse. Boken borde vara välkommen och användbar såväl i utbildning som i psykoterapeutisk verksamhet.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm



*Glad sommar
önskar
redaktionen*

www.freepik.com/photos/background/Background photo created by rawpixel.com



Violhjärtat
Maya Rondahl
Vulkan, 2020

Synen på patienten

För ungefär ett halvt sekel sedan började en omsvängning inom psykiatrisk vårdideologi äga rum. Förutom behandling utifrån symtomen, diagnosen och skyddandet av såväl patient som omgivning började också bemötande och "avdelningsklimat" sättas i fokus. Samspelet mellan personal och patienter och patienter sinsemellan började ses som en kurativ faktor i sig. Samspelet på avdelningen skulle vara stärkande och utvecklande för patienten och ge användbara livserfarenheter. Denna potential utvecklades i form av miljöterapi och mest konsekvent i så kallade terapeutiska samhällen. Människan började komma i centrum. Jag erinrar mig ett uttalande som tillskrivs Freud: "tänk på att den patient du möter i första hand är en människa därefter patient". Den aspekten genomsyrar Maya Rondahl, socionom och familjebehandlare, som i sin bok *Violhjärtat* skildrar sina personliga erfarenheter som patient inom såväl vuxenpsykiatrisk som barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård. Det är en självbiografisk berättelse delvis klädd i fallbeskrivningens form.

Smärtsamma erfarenheter

Boken inleds med Mayas beskrivning av sitt försök att hänga sig på den barn- och ungdomspsykiatriska avdelning hon intogs på efter flera års utveckling av problem med ätande, ångest, inre skrämmande föreställningar och tvingande tankar på att avsluta sitt liv.

Läsaren får följa hennes erfarenheter inom såväl barn- och ungdomspsykiatri som på en psykiatrisk akutmottagning för vuxna. Även om Maya där kunde finna förståelse och stöd hos enstaka personer var hennes upplevelser övervägande negativa vad gällde bemötandet. Hon kände sig varken tillräckligt respektad, förstådd eller hjälpt. På en miljöterapeutisk avdelning för vuxna, med övervägande kroniska svåra mentala problem, som så småningom tog emot henne kunde hennes tillfrisknande börja. Inflätad i berättelsen växer också Mayas relation till sina föräldrar fram samt dessas sätt att förhålla sig till personalen på de olika enheterna. Författaren beskriver sina akademiskt utbildade föräldrar: en till synes stark, dominerande och kamplysten mamma, professionell inom vården till yrket, förhöll sig mot Maya mer avfärdande, diskvalificerande och hånfull än stödjande och lyhörd. Mamma lämnade familjen tillsammans med annan man och Mayas lillasyster. Maya valde att stanna med sin storebror och pappa, en kufisk, välmenande men socialt totalt handfallen man utan förståelse för barns behov. Maya kände sig ständigt straffad av sin mamma för att hon valde att stanna och hon själv tog alltmer avstånd ifrån mamman.

På kronikeravdelningen

På kronikeravdelningen för vuxna kände Maya sig förstådd och respektad. Ett genombrott inträffade när en läkare kunde göra hennes symtom och inre föreställningsvärld begriplig som traumabaserad med inre gestalter som pockade på att få ta över, snarare än som tecken på schizofreni. Hon fick en psykologpraktikant, Peter, som samtalspartner. Genom deras samtal växer berättelsen om den dysfunktionella familjen med otrygghet, sexuella övergrepp och emotionell och relationell undernäring fram. På avdelningen fanns en kultur där man tycktes

ha förstått att "patient" är en administrativ term för en person vars svårigheter behöver förstås för att kunna ges rätt behandling och som man behöver relatera till som människa för att bygga den tillit som kan behövas för att behandling ska kunna tas emot. Mayas medpatienter med sina svåra kroniskt psykotiska tillstånd visade sig – också – vara kloka, insiktsfulla och varmhjärtade människor – med resurser som så vitt jag förstår numera sällan används inom psykiatri. Visserligen var hennes medpatienters psykotiska skov skrämmande men deras förmåga att entusiasmera och deras trofasthet kan ha varit avgörande, utan medpatienternas stöd och den samtalskontakt hon fick med psykologpraktikanten hade Maya kanske inte överlevt. De fanns kvar när professionens resurser sviktade av strukturella skäl och Maya mot sin vilja skrevs ut till eget boende och den betydelsefulla samtalskontakten fick ett abrupt slut. Hon hade dock fått en styrka som gjorde det möjligt att gå vidare i livet trots kvarvarande problem.

Vissa sår ger erfarenhet men läker inte

Maya beskriver i epilogen sin egen utveckling och den betydelse hennes erfarenheter haft för hennes professionella arbete med barn och ungdomar och deras behov. Hon redogör också för det känsloladdade mötet trettio år senare med psykologpraktikanten Peter som var hennes samtalspartner och som hon av formella skäl tvingades skiljas ifrån utan möjlighet att arbeta igenom separationen vilket medförde ett öppet sår att bära genom livet. Boken är speciell då den inte huvudsakligen fokuserar vare sig på Mayas egen traumatisering i familjen eller hennes strävsamma liv som vuxen även om detta tydliggörs, utan på bemötande och behandling i vården och de konsekvenser dessa erfarenheter fått för hennes fortsatta liv.

Hennes skildring av erfarenheterna på de tre vårdenheter präglas snarare av intensiv närvaro och såväl starka känslor som utförliga konkreta iakttagelser snarare än av generaliserade bedömningar av idealiserande eller nedvärderande natur. Detta skänker en hög grad av trovärdighet åt hennes framställning. Den kunskap och erfarenhet som förmedlas är angelägen inom såväl psykiatrisk vårdutbildning som verksamhet.

En påminnelse

Genomgående i beskrivningen av erfarenheterna av såväl barn- och ungdomspsykiatri som vuxenpsykiatri framstår vikten av personalens lyhördhet, följsamhet (som är något annat än underfallenhet) och respekt. Finns inte dessa förmågor förefaller det finnas en risk att även väl utbildade personer kan göra mer skada än nytta inom såväl vuxen- som barn- och ungdomspsykiatri. Jag minns som studierektor inom barn- och ungdomspsykiatri i Stockholm svårigheterna att nå de enstaka unga kollegor som i alltför stor utsträckning föreföll sakna dessa förmågor, inte underligt då bristande förmåga till självreflektion går hand i hand med låg empatisk förmåga.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Ta del av våra remissvar!

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

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

TOVE GUNNARSSON
Redaktör Svensk Psykiatri





Ungdomar och identitet
Ann Friséen och Philip Hwang (red.)
Natur & Kultur 2020

"Jag tänkte att om jag samlade dom som är viktiga för mig i samma rum – familjen, några lärare, kompisar i klassen, mina kamrater på landet, några från handbollslaget, såg mig om och tittade på dom och ville säga något, skulle det inte gå. Jag kunde prata med varje grupp för sig, men det fanns inget i mig som var gemensamt för kontakten med alla".

Att utvecklingen av identiteten i tonåren är en komplex företeelse med djupa förgreningar i ett antal samhälleliga dimensioner framgår av Ann Friséens och Philip Hwangs antologi *Ungdomar och identitet*. I en reviderad och teoretiskt breddad uppdatering av första utgåvan från 2006 beskriver elva psykologer och forskare psykosociala, narrativa och socialkonstruktivistiska perspektiv på identitet som ramverk för fördjupade aspekter på kön, sexualitet, kropp och etnicitet, samt internetanvändning, språk och identitet i vuxenblivandet.

I ett inledande avsnitt belyses och sammanfattas centrala aspekter av Erik Homburger Eriksons och Jim Marcias bidrag till identitetsfältet. Beträffande de identitetspositioner som den senare har identifierat, kan nämnas att unga kvinnor tenderar att uppnå mogen identitet i högre grad än män, samt att diffus identitet är vanligare bland unga män än kvinnor. Begreppet för "tidig identitet" kännetecknat av tydliga ställningstaganden och begränsat utforskande av möjligheter är bara tillämpligt i kulturer där det finns ett faktiskt utrymme för psykosocialt utforskande. Flickor med utländsk bakgrund tycks mer utforskande än motsvarande pojkar och anammar snabbare svenska värderingar. Identitetspositionerna är inte statiska utan pendling kan ske mellan dem beroende på nya erfarenheter och förändrade sociala omständigheter.

Konstruktivism och narrativt perspektiv som ramar för identitet

Den förra utgåvan av boken baserades övervägande på att ett individuellt perspektiv ad modum Erikson och Marcia ställdes mot ett socialt perspektiv ad modum Gibbens och Ziehe. I denna utgåva fokuseras på ett vidgat komplext perspektiv, inte minst baserat på *socialkonstruktivism* som innebär att identiteten ses som skapad i en social och kulturell kontext snarare än

som utveckling av en inre statisk eller oföränderlig enhet eller kärna. Som en utgångspunkt vad gäller aspekter av identitet presenterar författarna en figur där ett hölje bestående av centrala aspekterna av intersektionaliteten, kön, social klass och etnicitet, inramar ett inre lager av sociala roller och slutligen en kärna av personliga domäner med dess vardagliga erfarenheter. Individens utveckling mot den moderna identiteten präglas av relativ öppenhet, brott mot kontinuitet och historisk stabilitet samt en acceleration beträffande utvecklingen. Samtidigt ska en differentiering mellan olika delidentiteter och en sammankoppling av dessa äga rum för att forma en relativt stabil, komplex helhet med jaget i centrum. Det handlar om att mer eller mindre medvetet "välja" kropp, sexualitet, yrke, livsstil som kan inkludera nya former för kollektiv gemenskap till funna exempel on-line. Dessutom ska konflikter mellan olika delidentiteter kunna hanteras. Det *narrativa perspektivet* skapar sammanhang och mening i vardagens upplevelser genom att organisera dessa upplevelser till berättelser, vilka kan bilda underlag för identitetsmässigt betydelsefulla reflektioner över vad de unga varit med om. Dessa processer bidrar till koherens i jaget genom att binda samman "vem är jag med hur blev jag den jag är i dag och vart är jag på väg". Detta är en komplicerad process då förståelsen av det förflutna kontinuerligt revideras i ljuset av nya erfarenheter som alltid sker i en föränderlig social kontext.

Identitetens olika facetter

Med intersektionaliteten som ram beskrivs hur könsroller intensifieras under ungdomstiden bland annat utifrån grupptryck, könsmaktsordning och social status där flickor ställs inför större prövningar än pojkar, inte minst vad gäller utseende och dess roll för identiteten. Bemötanden baseras på ofta på utseende snarare än på mognad. Kroppen ses som ett projekt, en central del i det personliga varumärket. I det moderna komplexa samhället är det klokt att vara försiktig med att tala om vad som är normalt. Ungdomar har att bekämpa suget mot perfektion vad gäller såväl skolprestationer som den perfekta kroppen. Flickor är mer missnöjda med sina kroppar än pojkar. "Gym" och "Fitness" blir redskap att hantera hotande eller manifest utanförskap. Bodybuilding, baserad på dopning med



steroider, kan framför allt för pojkar bli redskap och symbol för förväntad omvandling.

Den etniska identiteten kan vara komplex. Den är delvis genetiskt baserad, vårt ursprung kan inte väljas. Kultur som upprätthåller en gruppens meningssystem styr familjetillhörighet, släktlojalitet, delade värderingar och traditioner samt både till den av gruppen tillskrivna bilden och den egna självuppfattningen. Författarna lyfter också fram språkets formativa och informativa aspekter. Att tala på samma sätt markerar samhörighet och kan markera såväl närhet/avstånd som opposition/solidaritet. Ungdomar håller gärna ett snabbt samtalstempo, talar gärna i mun på varandra. De är inte slavar under vuxnas förebilder. Deras språk kännetecknas av hög andel underförstådda resonemang, många småord, dock inte torftigt ordförråd, ingen större skillnad mellan könen vad gäller dessa språkliga aspekter. Vid flerspråkighet kan olika identiteter vara knutna till de skilda språken. Internet har skapat ett nytt i det närmaste oändligt fält för kommunikation och för utforskande där ungdomar kan skräddarsy sitt kontaktnät, få eget utrymme, frihet att presentera sig själv, vara anonym, få feedback på sin utlagda bild/berättelse om sig själv. Dock finns viss risk för "bekräftelsemani", prestationskrav, mobbning och utnyttjande av samvetlösa vuxna.

Ett lyft

Andra utgåvan är i stora stycken en ny bok som ger en utmärkt fylig översikt över forskningsläge och begreppsutveckling. Kapitlet om identitet och internet ger en nyttig inblick i en värld som ofta är svårtillgänglig för vuxna. De många citeringarna av ungdomars erfarenheter och reflektioner balanserar väl de abstrakta teoretiska aspekterna. Boken borde vara till glädje inte bara för en vid krets av professionella utan också allmänt psykologiskt, socialt intresserade.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*



Foto: Shutterstock/PIXEL to the PEOPLE



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: **01/09**

Tema: **Makt**



Kalendarium

Pga. den rådande pandemin har kongresser ställts in, senarelagts eller omvandlats till virtuella möten. Nedanstående är en sammanställning av vad som är känt i dagsläget.

33rd Nordic Congress of Psychiatry
Virtuell kongress 17-18 juni 2021
<https://www.ncp2021.fi/>

34th ECNP Congress Hybrid
2-5 oktober 2021, Lissabon, Portugal
<https://www.ecnp.eu/Congress2021/ECNPcongress>

21st WPA World Congress of Psychiatry
Virtuell kongress 18-21 oktober 2021
<https://wcp-congress.com/>



Sedan Fonden för Psykisk Hälsa, tidigare Psykiatrifonden, grundades 1993 har målet stegvis utvecklats. Från fokus på ökade anslag till psykiatrisk forskning till att inkludera psykologi samt ökad öppenhet kring psykisk sjukdom och funktionsnedsättning. Utvecklingen har gått framåt starkt de senaste åren. Öppenheten kring psykisk sjukdom och funktionsnedsättning är mycket större idag. Forskningsstipendierna fonden har kunnat dela ut har ökat men de stora steg för ökade forskningsanslag som sjukdomsburden motiverar har dröjt. Nu tror vi emellertid att tiden är mogen för förändring.

Samhällspåverkan för mer forskning

I Sverige står forskningen vanligtvis på tre ben med stöd från staten, industrin och filantropin. En positiv nyhet som ökar chansen till att vi totalt får de forskningsanslag som sjukdomsburden motiverar är att Utbildningsdepartementet i propositionen 2020/21:60 i kapitel 9.1.10 föreslagit att ett nationellt forskningsprogram om psykisk hälsa inrättas. I Fonden för Psykisk Hälsa arbetar vi med samhällspåverkan för att stödja motsvarande utveckling samt för att öka stödet från filantropin. Stödet från filantropin motsvarar emellertid idag enbart cirka 1 % av jämförbara kroppsliga sjukdomsområden. Viss positiv utveckling kan ses gällande utvecklingen även här, både i Fonden för Psykisk Hälsa och Hjärnfonden, men vi har en lång bit kvar. Vår förhoppning är att vi inom de närmaste åren ska nå en rimlig nivå på forskningsanslag för att mer forskning ska kunna bidra till större möjligheter att förebygga sjukdom och bidra till att människor med psykisk sjukdom och funktionsnedsättning får bättre livskvalitet och normal livslängd.

Kampanj för ökad öppenhet

Som led i detta arbete har fonden i april lanserat en ny folkbildande kampanj #JAGÄRNÅGON. Den bygger på att fonden i många år haft "slogan" #ALLAKÄNNERNÅGON och är ett led i att personifiera sig i sitt uttryck och stärka sitt budskap. Kampanjen bygger på att vi kommer lyfta fram olika psykiatriska diagnoser. Dels via en person med egen erfarenhet av en diagnos och dels via en person som forskar på det diagnostiska området. Vi tror att ett av de bästa sätten att utrota fördomar är att sprida kunskap. Alla större psykiatriska diagnoser kommer att presenteras under kampanjen med information om vad sjukdomen eller funktionsnedsättningen innebär och en rekommendation om hur man kan söka hjälp. En del föreläsningstillfällen kommer ingå. För mer information om kampanjen #JAGÄRNÅGON gå in på www.fondenpsykiskhalsa.se. Bidra gärna genom att följa fonden i sociala medier och sprid kampanjen i dina kanaler för ökad genomslagskraft.

Idéer och tankar

Från Suicide Prevention Day 10/9 till World Mental Health Day den 10/10 planerar vi också en insamlingsmånad. Förhoppningsvis kan vi för första gången samla in medel som kan bidra till ett stort lyft för våra forskningsstipendier detta år. Har ni idéer och tankar om hur vi kan öka chanserna till detta hör gärna av er till oss! Under insamlingsmånaden planerar vi olika aktiviteter och en intensifiering av #JAGÄRNÅGON-kampanjen. Bland annat hoppas vi under insamlingsmånaden kunna genomföra den pga. pandemin uppskjutna föreläsningen med vår ambassadör Anders Hansen på Cirkus i Stockholm och vi kommer avsluta med ett "Mental Health Evening" som vi anordnar för femte året i rad med 1,6 & 2,6 miljonerklubben för att föra fram behoven av mer forskning och ökad öppenhet i strålkastarljuset.

Psykisk sjukdom och funktionsnedsättning kostar samhället motsvarande 5 % av BNP och innebär ett obeskrivligt lidande som vi ser varje dag. Hög tid att vi får till en forskningsfond värdig de patienter vi företräder, våra egna närstående och för den delen var fjärde av oss alla!

Martin Schalling
Ordförande Fonden för Psykisk Hälsa

Maria Larsson
Ordförande programutskottet Fonden för Psykisk Hälsa



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

Cullbergstipendiet

Vill du bli inspirerad till nya arbetssätt genom att lära av kolleger utomlands? Välkommen att ansöka om resestipendier för ST-läkare och specialister i psykiatri senast den 1 februari. Stipendierna finansieras av Stiftelsen Natur & Kultur.

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

Det ska företrädesvis handla om att delta i kliniskt arbete eller metodutveckling. Forskning och deltagande i konferenser eller kurser kommer att ges lägre prioritet. Att vidareutveckla kunskaper om psykosociala och biologiska integrativa synsätt eller studera

förebyggande arbete och/eller behandlingsprojekt är några av de områden som kan omfattas. Maximalt 50 000 kr kan sökas. På nok.se/cullbergstipendiet kan du läsa mer om stipendiet och hur du ansöker.

Ansökan

Ansökan ska vara stipendienämnden tillhanda senast den 1 februari 2022. Stipendiernas namn tillkännages i mars.

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

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

Vid frågor kontakta kanslisten@svenskspsykiatri.se

Stipendiekommitté

Ansökningarna bedöms av professor Johan Cullberg, Tove Gunnarsson (Svensk Psykiatri), Hanna Edberg (rättspsykiater), Petra Truedson (ST-läkare i psykiatri), Jörgen Vennsten (barn- och ungdomspsykiater), Pauliina Victorsson (psykiater) och Annika Schildt (Natur & Kultur).