

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#3

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - September 2023

TEMA

SPRÅKET

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, **Maria Larsson**
 - 6 SFBUP styrelseruta, ledare, **Susanne Buchmayer**
 - 7 SRPF styrelseruta, ledare, **Peter Andiné**
 - 8 Kommande temanummer
 - 34 Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott
Matilda Naesström
 - 46 10 frågor, intervju med Steinn Steingrímsson, vetenskaplig sekreterare i SPF,
Stina Djurberg
 - 50 Svensk Förening för Äldrepsykiatri inbjuder till årsmötessymposium kring modern behandling och diagnostik av demenssjukdom
Karin Sparring Björkstén, Mikael Ludvigsson, Robert Sigström
 - 68 Bokanmälan: Adolescent psychosis. Clinical and scientific perspectives,
Lennart Wetterberg
 - 69 Bokrecension: Välkommen till AUTISMLAND. Leva med en annorlunda hjärna, **Kerstin Höfler**
 - 70 Kalendarium
- ## Tema:
- 10 Säg vad du menar! 14 tips för lyckad kommunikation,
Alessandra Hedlund
 - 12 Några begrepp för samspel mellan människor,
Björn Wrangsjö
 - 13 Behöver konceptualiseringen bakom selektiv mutism hos barn ses över? **Kerstin Höfler**
 - 14 Tystnad, **Lioudmila Mendoza**
 - 15 Två språk. Flera språk, **Cecilia Gotby**
 - 16 Termer i psykiatri, **Jerker Hanson**
 - 17 Några tankar och minnen om kommunikation,
Ann Söderqvist
 - 18 Diagnosens diagnos, **Beolt Almer**
 - 19 Tankar om språket, **Nils Lindefors**
 - 20 Det ordlösa språket. Icke-verbal kommunikation och dess roll i psykiatriska samtal, **Johan Sahlsten Schölin**
 - 24 Språket och den psykiatriska vardagen, **Steinn Steingrímsson**
 - 25 God hälsa, högt ohälsotal, **Thomas Silfving**
 - 26 Flerspråkighet, **Anna Hillerberg**

Övrigt:

- 29 Dags att nominera till Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne, **SPF:s styrelse**
 - 29 Dags att nominera hedersledamot till Svenska Psykiatriska Föreningen, **SPF:s styrelse**
 - 32 Inbjudan att skicka in kongressbidrag till SPK 2024, **Styrelsen för Svenska Psykiatriska Föreningen**
 - 36 SPF:s kongressarrangemang, **Styrelsen SPF**
 - 40 Svenska Psykiatriska Föreningens kunskapstest lanseras våren 2024, **Karl Lundblad**
 - 41 STP-konferensen 2024
 - 42 Svenska Sällskapet för Bipolär sjukdom fyller 20 år!
Styrelsen för SSBS
 - 43 Program för SSBS höstmöte, **Styrelsen för SSBS**
 - 44 Fortsatt fortbildning. Missa inte filmerna från SPK!
Tove Gunnarsson
 - 47 Till minne av Jan-Otto Ottosson och Wolfgang Rutz,
Lars Jacobsson
 - 53 Med förhoppning om önskningar som slår in,
Maria Larsson
 - 55 Save the date! SFBUP-kongressen på Södra Teatern i Stockholm den 18-19 april 2024, **Styrelsen i SFBUP**
 - 68 Högspecialiserad enhet för vård och forskning kring ungdomspsykos behövs i Sverige - men för vilka åldrar?
Lennart Wetterberg
- ## Rapporter från möten:
- 56 STP representerade Sverige på konferens i Schweiz,
Amy Bruta, Maria Gustavsson, Daniel Hedqvist, Alberto Perdomo Pérez, Eric Tapia
 - 57 Comeback med brett utbud. Rapport från årets APA-kongress,
Martin Hultén, Steinn Steingrímsson, Daniel Hedqvist
 - 58 Psykiatrisk vidareutveckling i midnattssol. SPF:s styrelses juniinternat,
Maria Larsson
 - 60 Rapport från UEM:s möte i Oslo juni 2023,
Olle Hollertz
 - 61 Planetary Health - Position Paper for UEMS Thematic. Federation för Green och Sustainable Medical Practice - a summary
 - 62 Samverkan på riktigt i Ing-Marie Wieselgrens anda. Almedalen 2023, **Maria Larsson**
 - 63 Masterclass Psychiatry fyller 10 år,
Ursula Werneke
 - 64 Evidensbaserad rättspsykiatri,
Anja Fernqvist

- 66 Highlights från 9th World Congress on ADHD
"Modernizing the concept of ADHD"
Hans Ackerot, Sara Sandgren

Psykiatriska nyheter

- 48 Nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention,
Tove Gunnarsson, Maria Larsson, Karl Lundblad

Debatt

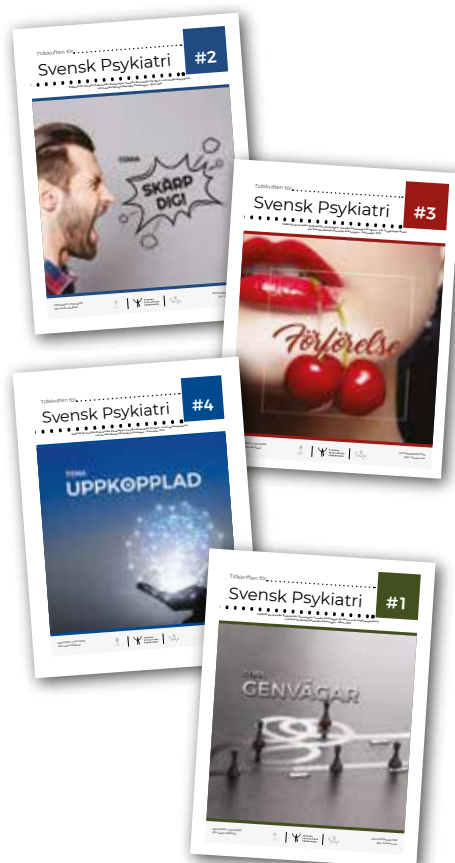
- 37 Experters tips förvärrar stressen och gör oss oroliga,
Thomas Silfving
- 38 Slå vakt om diagnostiken! Eller Vems är diagnosen?
Lena Nylander

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

DEADLINE

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



Tidskriften för Svensk Psykiatri



"Hundar icke prata"...

SVENSK PSYKIATRI

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

ANSVARIG UTGIVARE
Martin Hultén

HUVUDREDAKTÖR
Tove Gunnarsson
redaktoren@svenskpsykiatri.se

REDAKTÖRER
Hanna Edberg
(hanna.edberg@regionstockholm.se)

Daniel Frydman
(daniel.frydman@icloud.com)

Alessandra Hedlund
(alessandra.hedlund@regionstockholm.se)

Anna Hillerberg
(anna.hillerberg@rmv.se)

Kerstin Höfler
(kerstin.m.hoeffer@gmail.com)

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
sofiacat/Shutterstock

INTERNET
www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till
annonser@svenskpsykiatri.se

... hävdas det i det där avsnittet av Lady och Lufsen som TV troget visar varje julafton sedan 1960. Det var vad jag kom att tänka på då jag första gången såg detta nummers förstasida. "Han prata med mig", blev svaret, och visst finns det många andra sätt att göra sig förstådd på än det talade ordet. Några av bidragen på temat *Språket* berör just icke-verbal kommunikation såsom kroppsspråk.

Nästa nummer...

... har temat *Systemet*.

Enligt Nationalencyklopedin är ett system en "samling element som hänger samman med varandra så att de bildar en ordnad helhet".

I vid bemärkelse lever vi alla i många olika system.

Inom psykiatrin har vi att förhålla oss till ett antal sådana som t.ex. vårdorganisationen på olika nivåer, med dess styrning och resurser.

De påverkar patientens vård, liksom alla de system som finns runt patienten och som vi har att förhålla oss till.

Vi har administrativa system med förmåga att hjälpa eller stjälpa vårt arbete.

Ibland identifierar vi systemfel för att undvika vårdskador.

Temat syftar alltså inte på svensk alkoholpolitik men självklart går det också att skriva om Systembolaget.

Vi tror att det finns många infallsvinklar så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

PS Deadline till nästa nummer är den 15 november och författarinstruktioner hittar du på sidan 8.

Språk



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

MARIA LARSSON

Ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen



Jag älskar ord. Hur de kan utvecklas, formas och användas för att dela tankar och idéer. Vad man kan lära sig. Hur de kan få mig att känna genom dess användande i både tal och sång.

Som psykiater upplever jag att språkets möjligheter till kommunikation är mitt främsta verktyg. Till och med mer än diagnostisk kunskap, mediciner, sjukskrivningsmöjligheter och eventuella tvångsåtgärder. Ibland blir jag rädd för hur patienter kan minnas vad jag sagt och hur jag sagt det eller på vilket sätt de uppfattat det. Inte minst om jag har en dålig dag där orden lite mindre genomtänkta och för egen del också ofta fler. Oftast blir jag emellertid glad över hur det går att mötas genom det verbala språket samt hur ord som "berätta" kan öppna dörrar.

När jag inte talar samma modersmål som patienten är jag oerhört tacksam över att det finns tolkar som kan bidra. Kan bara hoppas att inga regeringsförslag i världen tar bort denna möjlighet.

Samtidigt som jag älskar det verbala språket är jag också högst medveten om att en stor del av kommunikation också är icke-verbal, inte minst vid kontakt med patienter. Aldrig har betydelsen av vilket kroppsspråk jag själv använder vid kontakt med patient varit klarare än när jag såg mig själv på filmen från den inspelade sessionen under min Steg 1-utbildning i KBT. Det jag såg var inte till min fördel. Patienten med social fobi krymper ihop alltmer medan jag nästan sträcker mig över bordet för att nå henne i någon form av välvilja att få henne att öppna upp. Att se på den inspelade filmen på mig själv som ST var en skräckupplevelse där likheter med mitt eget kroppsspråk gav paralleller till filmen "The Blob". Jag förstod att jag behövde ändra det om jag skulle kunna ha en chans att nå den unga kvinnan. Jag funderade på hur och vid nästa inspelade tillfälle satt jag lugnt tillbakalutad i stolen med händer och armar lugnt vilande vid min sida vilket gav en helt annan inspelad session att ta del av vid nästa handledningstillfälle. Mitt ändrade, och betydligt lugnare kroppsspråk, gav ett mycket bättre möte. Helt plötsligt fick hon mer utrymme i rummet och vi en bättre kommunikation.

Jag brukar tänka en del på hur olika personals kroppsspråk inom slutenvården påverkat olika situationer där jag sett både goda och mindre goda exempel. Ibland tänker jag att vi vid utbildning borde lyfta in betydelsen av att tänka på hur vi bäst kan använda kroppsspråket betydligt mer för att inte missa dess möjligheter till god och säker vård.

Men utöver kroppsspråk och det verbala språket finns ju så många fler språk att också lära av.

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

ORDFÖRANDE: Maria Larsson

(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

VICE ORDFÖRANDE/INTERNATIONELL SEKRETERARE:

Jonas Eberhard

(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

SEKRETERARE: Tove Mogren

(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

SKATTMÄSTARE: Denada Aiff

(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

VETENSKAPLIG SEKRETERARE: Steinn Steingrímsson

(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

FACKLIG 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: Daniel Hedqvist

(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

ADJUNGERAD/ORDFÖRANDE EMERITUS: Martin Hultén

(martin.hulten@skane.se)

ADJUNGERAD/WEBMASTER: Karl Lundblad

(webmaster@svenskpsykiatri.se)

KANSLI: Svenska Psykiatriska Föreningen

Box 53246, 400 16 Göteborg

(kanslisten@svenskpsykiatri.se)

Hemsida: www.svenskpsykiatri.se

I sommar har jag exempelvis intresserat mig mycket för musikens språk och påverkan på vår psykiska hälsa. Jag har även försökt ta del av aktuell forskning kring detsamma med önskan att veta mer.

Nu närmast hoppas jag emellertid att orden i detta nummer av Svensk Psykiatri ska ge just dig inspiration till höstens arbete. Kanske till och med använda en del av dina egna och skriva ihop ett abstract till nästa års kongress? För att på så sätt med ditt språk aktivt bidra till utveckling av svensk psykiatri. Att du gör det i din yrkesroll i vardagen är jag övertygad om.

Maria Larsson

Ordförande

En liten reflektion kring ord

Så var det krönikedags igen. Tema språk. Så svårt dessa teman.

Vill helst skriva om sommaren på Gotland som inleddes med en intensiv vecka i Almedalen och hur vi i styrelsen upplever att vi har politikens öra på ett sätt som vi inte haft tidigare. Hur vi faktiskt blir inbjudna, tillfrågade och har dialoger med den högsta politiska ledningen. Barnpsykiatriska frågor är viktiga.

Sen vill jag skriva om samarbetet med professions- och patientföreningar. Hur vi har en levande dialog med Psykologförbundet kring hur vi ska kunna arbeta gemensamt med frågor som rör ungas psykiska ohälsa och barnpsykiatri, och att det samarbetet känns helt okomplicerat. Man behöver inte tänka lika i allt, men kommer långt med att tänka lika i mycket och vilja lyssna på varandra. Och hur vi på samma sätt samarbetar i viktiga frågor med Psykiatriska Föreningen, fysioterapeuterna, arbetsterapeuterna och logopederna. Tillsammans blir vi starkare och svårare att förbise.

Sist men inte minst så vill jag skriva om hur roligt det är att arbeta i styrelsen just nu. Hur vi varmt välkomnar nya medlemmar som alla bidrar till arbetet med engagemang och klokskap. Hur engagerade hela styrelsen är i den kommande kongressen våren 2024 – och att vi fått flera toppföreläsare att tacka ja. Att vi hoppas kunna bjuda på en kongress med vetenskapligt innehåll, underhållning på hög nivå men framförallt en mötesplats för goda samtal. Jag vill säga att jag känner mig oerhört tacksam, stolt och lyckligt lottad som får vara med i dessa sammanhang.

Men nu tillbaka till temat. Språk. Jag skulle vilja reflektera lite kring några ord eller begrepp som jag tycker återkommer mer och mer i olika sammanhang: psykisk ohälsa, psykiska besvär, psykiatriska tillstånd och psykiatrisering.

Samma dag som jag sitter och skriver på detta så publicerar ett antal forskare och företrädare för ideella organisationer en debattartikel i DN med rubriken "Ungas psykiska ohälsa ökar – vi måste ta reda på varför". Bland annat problematiseras kring hur vi definierar psykisk ohälsa och vad det innebär.

SKR har tagit fram en definition där psykisk ohälsa delas upp i psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Jag har alltid haft lite svårt för denna.

Psykiatriska tillstånd är i sammanhanget ganska okomplicerat, det är diagnoser och behandlingsbara tillstånd, sådant vi psykiatriker sysslar med. Men vad är psykiska besvär? Sömnstörningar, sorgereaktioner, ökad ilska, svängande känslor, relationssvårigheter, oro? Är allt det ohälsa? Eller är det en del av livet? Jag skulle som barnpsykiatriker säga att tonårstiden till ganska stor del är präglad av psykiska besvär, som en del av den delvis plågsamma utvecklingen från barn till vuxen. Och jag tänker att man som tonåring visst kan behöva stöd i att hantera saker under den här tiden. Men är det ohälsa? Och är det vård man behöver? Jag är tveksam. Hur vi använder språket och i det här fallet definitioner tänker jag inte är helt oviktigt – gör vi inte på det här sättet befolkningen sjukare än vad den är? Signalerar vi inte att man behöver söka vård i lite större utsträckning än vad man faktiskt behöver? Jag tror personligen att vi ökar risken för psykiatrisering av normala livsförlopp.



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)

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

KASSÖR: Cecilia Månsson (kassor@sfbup.se)

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

ST-REPRESENTANT: Amy Bruta
(amy.bruta@regionstockholm.se)

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

LEDAMOT: Linda Halldner Henriksson
(linda.halldner.henriksson@regionvasterbotten.se)

LEDAMOT: Tove Friskopp
(tove.friskopp@gmail.com)

LEDAMOT: Jonas Nilsson (jonas.nilsson@sfbup.se)

LEDAMOT: Sarah Ahari (sarah.ahari@prima.se)

LEDAMOT: Susanna Terling (susanna.terling@sfbup.se)

SFBUP:s hemsida: www.sfbup.se

Någon sa nyligen att kanske man skulle vända på begreppen. Att psykiska besvär skulle delas upp i normala livsreaktioner och psykisk ohälsa. Normala livsreaktioner är sånt de flesta klarar genom stöd från nära och kära eller en skolkurator; och psykisk ohälsa är sånt man behöver söka vård för. Det kanske är att röra till det, eller inte. Men det tål att tänkas på och fundera kring. Jag tror, för att summera, att hur vi pratar om och definierar olika symtom kanske är viktigare än vi tror och kan få tydliga konsekvenser för vilka insatser som bör ges och av vem.

Jag har tidigare sagt att vi måste tänka långsiktigt över politiska gränser och mandatperioder. Men för att kunna göra en långsiktig plan så behöver vi som författarna i debattartikeln så klokt skriver "förstå hur stor andel av de som uppger sig ha psykiska besvär som uppvisar en problembild som överensstämmer med en psykiatrisk diagnos och är i behov av sjukvård, och hur stor andel som i stället behöver andra insatser, vilket slags insatser och när". Vi behöver "ta klivet från de breda penseldragen och på djupet förstå vad som ligger bakom siffrorna". Punkt och tack för nu.

Susanne Buchmayer
Ordförande SFBUP

Rättspsykiatrins svåra väg



PETER ANDINÉ

Ordförande Svenska Rättspsykiatriska Föreningen



Mitt i sommaren förlorade vi en dansk kollega. I arbetet vid en rättspsykiatrisk öppenvårdsenhet i Köpenhamn blev hon dödad av en patient. Ytterligare två anställda skadades. Det händer inte ofta men rädsla behöver ingen statistisk grund för att frodas. Katastrofen påverkar oss alla i rättspsykiatrin. Inför den stundande konferensen i Göteborg analyserade vi den nya situationen och bestämde oss för att höja säkerheten. Konferensen genomfördes och blev i mina ögon en framgång. Evidensbaserad rättspsykiatri är vägen framåt och vi har ett arbete att göra kring både vetenskap och beprövad erfarenhet. En andra nationell rättspsykiatrisk konferens kommer att hållas i augusti 2025. Jag konstaterar dock åter att vi arbetar med det svåraste av ämnesområden.

Vår kollega döddes den 21 juli 2023 i Köpenhamn. Jag kände henne inte men har tänkt mycket på henne, hennes närmaste och de två andra som skadades. Som ordförande för SRPF och professor i rättspsykiatri fick jag svara på medias frågor om varför det hände och om det kan hända i Sverige. Även om fler liknande incidenter hänt i Danmark än i Sverige är vi inte förskonade. Förra året var mörkt, vi förlorade Ing-Marie Wieselgren och ytterligare en kollega knivhöggs utanför en rättspsykiatrisk enhet i Göteborg. År 2006 förlorade vi en sjuksköterska i ett knivdåd i Jönköping. Och fler incidenter har hänt, upplevelser ni sett eller hört om. Var och en av oss bör tala med de närmaste kollegorna om hur händelserna påverkar oss. Jag har mina förtroliga som lyssnat på min oro. Och sedan den återkommande frågan: Hur kan vi förhindra våld mot oss? Jag har naturligtvis ingen universallösning men fick i upprört tillstånd ur mig några svar till Läkartidningen. Kontentan är att jag inte anser att murar, larm och galler ska ställas mot god bemanning och kompetens. I slutändan tror jag att våld förebyggs bäst med effektiva behandlingsmetoder. Och då är vi tillbaka vid evidensbaserad rättspsykiatri.

Konferensen med detta namn har i skrivande stund just avslutats i Göteborg. Vi blev långt fler deltagare än beräknat och nästa konferens (20–21 augusti 2025) får söka större lokaler. Min starkaste upplevelse var den fina stämningen, en känsla av att vi nu kan och vill arbeta tillsammans med att försöka förbättra den rättspsykiatriska vården. All erfarenhet som var samlad, alla unga kompetenta kollegor från olika yrkesgrupper som bidrog, så gott att få träffas. Vi pratade om rädslor men också om våra goda möjligheter.

Vi har rätt att känna trygghet på vår arbetsplats och en rädd läkare kan inte ge god behandling till sina patienter. Dagen efter konferensen diskuterade SRPF:s styrelse hur vi kan göra vår specialitet säkrare. Hur förhindrar vi våld mot personal, hur får vi vår duktiga personal att stanna i rättspsykiatrin och hur rekryterar vi nya förmågor? Styrelsen vill uppmäna till en bredare diskussion inom rättspsykiatrin och att säkerhet inte enbart blir en fråga om murar

SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

ORDFÖRANDE: Peter Andiné
(ordforanden@srpf.se)

VICE ORDFÖRANDE/VETENSKAPLIG SEKRETERARE:
Hedvig Krona
(vetenskapligsekreterare@srpf.se)

SEKRETERARE/KRIMINALVÅRDSREPRESENTANT:
Hanna Edberg (sekreteraren@srpf.se)

KASSÖR: Cilla Pillay
(kassoren@srpf.se)

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

ST-LÄKARREPRESENTANT: Jonatan Adling
(strepresentanten@srpf.se)

ÖVRIGA LEDAMÖTER: Fredrik Åberg, Kristina Sygel, Erik Nilzén

HEMSIDEANSVARIG: Jonatan Adling
(webmaster@srpf.se)

Hemsida: www.srpf.se

och larm utan att vi beaktar faktorer som personaltäthet och utbildning. Vi kommer att söka samarbete med SPF och våra danska kollegor i frågan. Slutligen, frid över vår kollega.

Peter Andiné
Ordförande SRPF

Rekommenderad läsning:

”Omöjligt att inte bli berörd när en kollega aldrig mer kommer hem”, Läkartidningen, 2023-07-25

”Psykiater: Satsa hellre på bättre behandling än på höga murar”, Läkartidningen, 2023-07-27

SVENSK PSYKIATRI

Skriv till oss
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **15/11**
Tema: *Systemet*



Utgivning 2023-2024

NUMMER 4 2023

Tema: *Systemet*

Deadline: 15 november

Utkommer: Vecka 49

NUMMER 1 2024

Tema: *Meddelas senare*

Deadline: 7 februari

Utkommer: Vecka 10

NUMMER 2 2024

Tema: *Meddelas senare*

Deadline: 15 maj

Utkommer: Vecka 23

NUMMER 3 2024

Tema: *Meddelas senare*

Deadline: 28 augusti

Utkommer: Vecka 38

NUMMER 4 2024

Tema: *Meddelas senare*

Deadline: 13 november

Utkommer: Vecka 49

Temat är avsett att inspirera till alternativa ingångar till förhållanden och problemställningar inom psykiatri.

Men självklart välkomnar vi bidrag om mycket annat än temat. Vi vill gärna ha artiklar om psykiatriska nyheter, kongressrapporter, debattinlägg, recensioner, fallbeskrivningar och intervjuer!

Maila till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

SKRIV I SVENSK PSYKIATRI

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

Författarinstruktioner för Svensk Psykiatri

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

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

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

Filformat: Skicka 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



Säg vad du menar!

14 tips för lyckad kommunikation

Foto: Pio3/Shutterstock

Patienten

"Är hon redan tillbaka?! Förra veckan rev hon ut halva avdelningen. Ska du verkligen prata med henne? Nä, jag vet, du måste, lycka till..."

Jag är bekymrad men kan inte låta bli att le. Den frispråkiga chefssjuksköterskan har något som jag verkligen gillar. Hennes uppriktighet är dramatisk och avdramatiserande på samma gång. Vi kan tala klarspråk med varandra och det gör jobbet så mycket lättare.

Öppenvårdsläkaren ringer och delger sin bedömning och några saker att tänka på: *"Det vore bra att ändra medicineringen litet... men hur ska man få med henne på det?"*. En tanke far förbi i mitt huvud, *"Vad hon har vuxit sedan hon var underläkare"*, men jag viftar bort den, inte nu. Samtalet avrundas med ett *"lycka till... ha inte så höga ambitioner bara... hon är svår"*.

Jag möter den strama, taggiga blicken och tänker att här får man ingenting gratis. Samtalet blir trots allt ganska bra. Visst är hon svår, men inte omöjlig. Otroligt nog kommer vi överens om den där medicineringen. Vi följer upp den dagarna därpå. Avdelningens inredning förblir hel. Chefssjuksköterskan småskrattar under luggen: *"Har du trollat?"*.

Mer än det man säger

I vissa patientmöten har vi väldigt små marginaler. Patienten som inspirerade berättelsen ovan hade kommunikationssvårigheter på grund av autism utan IF, men det kunde lika gärna bero på andra psykiatriska tillstånd som påverkar kognitionen. Har patienten ett konkret språkbruk och en annorlunda begreppsuppfattning än sin behandlare brukar rekommendationen lyda: *"Säg vad du menar och mena vad du säger!"* Personligen har jag dock aldrig tyckt om den där rekommendationen. Det är inget fel på den, men för mig har den alltid varit otydlig. Vadå "säg vad du menar", hur gör man det i praktiken? Jag har inte svenska som modersmål, är det extra svårt då? Eller beror det på att jag är pragmatiskt lagd? Hur som helst tänker jag dela med mig av några tips på funktionell kommunikation som jag samlat på mig genom åren. Det är underförstått att jag

själv har lyckats göra fel på samtliga punkter vid flera tillfällen; det bjuder jag på!

Så, hur går man till väga, när man vill säga vad man menar?

1. Ha en plan men var flexibel

Samla tankarna i en minut innan du träffar patienten; vad är det viktigaste? Välj ut två-tre saker för dig och lika många för patienten, vad vill du veta respektive framföra? Kom ihåg att det är svårt med kognitiv flexibilitet om man har kognitiva svårigheter. Det är alltså vi som ska vara flexibla, om inte patienten förmår det.

2. Använd så få ord som möjligt

När du bestämt vad du ska fokusera på i kommunikationen, skalar du av krusiduller och bisatser. Går det att säga samma sak med färre ord? Det gör det oftast! Flera korta meningar är bättre än en enda lång. Tänk frågorna i MINI och gör tvärtom.

3. Undvik "kanske, senare, vänta lite, ungefär"

Jag vet att det är svårt, men jag lovar att det går. Öva med kollegor och patienter. Det gör ingenting om det sedan slinker igenom någonting här och där. Du kommer ändå att ha dragit ner ordentligt och det räcker långt.

4. Dra ner på tempot

Men. Du. Skall. Självklart. Inte. Prata. Som. En. Dator. Kom igen! Inte ens datorer pratar så där långre. Men för oss födda på 70-talet eller tidigare kan det vara värt att tydliggöra vad som menas (sic!). Inte heller ska du prata fort med patienter som pratar fort; uttryck och förståelse är två olika saker, se punkt 13.

5. Ställ en fråga i taget och vänta på svaret

Hur många gånger har det inte hänt, att man inte står ut med patientens svarslatens och ställer en liten följdfråga? Eller att man tycker att frågan var otydlig och lägger till ett litet förtydligande? Eller att man gör bådaderna och

plötsligt har patienten tre frågor att svara på?! Sluta med det och se vad som händer.

6. Ge patienten tid att bearbeta det du har sagt

Det gäller alltså även när det inte är frågor. Här är det mycket tacksamt att be patienten om återkoppling för att lära sig dennes bearbetningstid. Det ger dig dessutom en fingervisning om andra patienters bearbetningstid. Du behöver inte ha haft en långvarig kontakt med patienten för att samarbeta kring det här. T.ex. har jag hört mig själv säga: *"Jag brukar prata för mycket. Jag vill lära mig att inte göra så. Kan du säga stopp (eller lyfta en hand eller vad ni nu väljer) när jag ska ta en paus?"* Tänk på vad som är viktigare: att du får allting sagt eller att patienten faktiskt orkar ta in det?

7. Upprepa patientens ord, omformulera ej

Parafrasera, vilket vackert ord. Tidigt på läkarutbildningen får vi lära oss att vi ska sammanfatta patientens utsagor för att visa att vi har lyssnat och förstått. Det är fint. Men om patienten har konkret språkbruk och/eller annorlunda begreppsuppfattning är det mycket bättre att faktiskt använda patientens ord för det syftet. Du vill ju inte hamna i en diskussion om olika begrepp, särskilt om du har ont om tid.

8. Säg vad patienten ska göra, inte vad han/hon inte ska göra

Tämligen självklart, egentligen. Och ganska enkelt att komma igång med. Förresten, har du märkt att ordet "inte" kan sällas bort i stressade situationer, eller så blir man omedgörlig bara av att höra det ordet? Visst är det fascinerande, men inte värt att chansas med.

9. Ställ inte frågor, när det är ett påstående eller en uppmaning

Även detta är ganska självklart men ack så svårt. Vi vill linda in och tala snällt, men det är jättesvårt för patienten att hinna höra och tolka vårt tonläge, samtidigt som själva frågan ska höras, bearbetas, tolkas och besvaras. I värsta fall leder det till onödiga konflikter. Som en klok psykolog en gång sade: *"Ställ inga frågor som du inte vill ha svar på."*

10. Skipa ögonkontakt, använd visuellt stöd

Om man sitter snett bredvid varandra med ett papper på bordet däremellan, sker kommunikationen på pappret och kravet på ögonkontakt försvinner automatiskt. Man kan också säga till patienten: *"Jag kommer att lyssna på dig oavsett om du tittar på mig eller inte"*. Överlag är människan starkare visuellt än språkligt, vilket framträder ännu mer i stressade situationer; om man tappar språket kan man fortfarande förstå en bild. Det vet de som exempelvis utformat symbolen för nödutgång; en grön skylt med en springande streckgubbe och en pil, tydlighet när den är som bäst! Att använda den visuella kanalen kan också innebära att ge patienten frågor i förväg, alternativt skicka med frågorna som du inte hinner

med, inför nästa besök.

11. Ändra din kommunikation om den inte fungerar

Det är vi som har ansvar för att kommunikationen fungerar. Precis som vi har ansvar för att beställa tolk om patienten talar ett främmande språk, eller se till att det finns en ramp om patienten är rullstolsburen.

12. Hur kommunicerar patienten?

Den allra viktigaste frågan, som tyvärr ofta förblir oställd och obesvarad. Sällan har vi tillgång till svaret i förväg, eller resurserna för att ta reda på det. Även här finns dock några knep, bland annat att ställa frågan till personal och närstående, bjuda in dem att vara med och hjälpa till i kommunikationen, be om återkoppling från patienten. Ett till knep är att gå igenom ett vanligt frågeformulär tillsammans med patienten, med syfte att ta reda på hur denne uppfattar frågorna. Uppmuntra patienten att berätta om hur den tänker kring varje fråga. Aha-upplevelsen är garanterad.

13. Uppslagsboken och pratkvarten

Om patienten talar som en uppslagsbok då? Jag känner mig dum att inte göra detsamma. Jag vet, det är lätt att ryckas med. Det går så fort, med mentalisering och spegelneuroner... Gör inte det! Håll dig till ovanstående punkter. Detsamma gäller om patienten pratar för mycket, för fort, är svår att avbryta eller uppfattas som oförsämd. Kom ihåg att ett sådant språkbruk kan dölja ännu större svårigheter med språkförståelsen. Det vet vi som lärt oss ett främmande språk i vuxenålder; det är ofta lätt att börja prata, betydligt svårare att förstå vad andra säger. Den som pratar mest kan alltså vara den som har svårast att förstå.

14. Övning ger färdighet

Öva systematiskt, men ta en sak i taget, det enklaste först, inte fler på en gång. Om det känns krystat i början kan du säga till patienten: *"Jag behöver träna på ... (du väljer vad), kan du hjälpa mig?"* Om visuell kommunikation känns särskilt svårt att komma igång med, prova med patienter som inte har språk; då är du tvungen. Att träna med kollegor kan också vara ett sätt att bryta isen; om din kollega dessutom har en närstående med autism har du tillgång till en guldgruva. I takt med att du blir varm i kläderna kommer du att bli mer kreativ.

Till sist: kom ihåg att det inte behövs någon diagnos för att göra sådana anpassningar. Det handlar helt enkelt om att ta ett pedagogiskt grepp om kommunikationen. Tänk funktion, snarare än diagnos. Se patienten som en kommunikationspartner snarare än som en mottagare.

Lycka till!

Alessandra Hedlund
Psykiater
Stockholm

Några begrepp för samspel mellan människor

Varje riktning inom psykiatri och psykoterapi har sin egen vokabulär, sitt eget språk.

Inom familjeterapi användes under 1970- och 80-talen olika begrepp som belyste mänsklig kommunikation.

Vi kommunicerar via vårt språk verbalt och i möten även icke-verbalt. Den verbala kommunikationen utgörs av ord, som kan förmedla ett specifikt och konkret budskap: "Nu är jag arg på dig för att du inte svarar mig". Eller budskapet kan vara diffust: "Svar får man ju alltid". I ett specifikt budskap ingår information om vem som säger vad till vem och vilken situation utsagan gäller. I ett diffust budskap saknas någon av dessa aspekter.

Den icke-verbala kommunikationen utgörs av röstläge, mimik, motorik, kroppshållning. Vid **kongruent kommunikation** ger den verbala och icke-verbala kommunikationen ett entydigt budskap. Motsatsen, **inkongruent kommunikation**, innebär att budskapet är tvetydigt, till exempel om man med tunn röst, sammanbitna käkar och rynkad panna säger: "Jag är så glad att ni valde just mig till att representera gruppen på nästa möte".

Kommunikationen kan vara **bekräftande**, det vill säga i budskapet uttrycks respekt för den andra personen och dennes rätt att hysa sin åsikt (även om man är oense i sakfrågan). **Diskvalificerande** budskap är sådana som är nedsättande, avvisande, fientliga eller sårande. De avspelar en försvarsinställning. Ofta uttrycks den diskvalificerande delen icke-verbalt, genom röstläge, mimik och så vidare.

Dubbelbindning eller **dubbla budskap** består av två sinsemellan oförenliga delar, det vill säga att kommunikationen är inkongruent. Dubbelbindning får sin kraft genom att mottagaren är beroende av sändaren. Vanligen ligger motsättningen i oförenligheten mellan den verbala och den icke-verbala delen av budskapet. Mottagaren kan inte reagera på den ena delen av budskapet utan att avvisa den andra. Hur mottagaren än gör kommer det att väcka missnöje hos avsändaren. Dessutom ingår i budskapet att mottagaren inte får formulera detta dilemma i klartext – det skulle väcka sändarens missnöje. När mottagaren är starkt beroende av sändaren, som ett litet barn av sin förälder, kan rädsla och en förvirrad reaktion utlösas. Denna typ av dubbelbindande kommunikation sågs tidigare som intressant därför att den antogs vara särskilt utvecklad i familjer med en psykotisk familjemedlem, vilket dock inte har kunnat bekräftas av senare forskning.

Diskonfirmerande budskap. Ett sådant budskap kännetecknas av att sändaren förmedlar att mottagaren i ett avseende "osynliggörs", inte existerar för honom. Inte bara det budskap mottagaren tidigare kan ha givit, utan det väsentliga i hans

existens just då förnekas och avvisas. I subtilare former kan disconfirmationen gälla speciella känslor eller egenskaper.

Exempel på olika typer av budskap är en scen när en mycket smutsig femåring kommer med en blomma som han olovan- des grävt upp i trädgården.

Barnet: "Titta mamma en sån fin blomma."

Modern (**bekräftande**): "Det var en mycket fin blomma, fast jag tycker inte om att du har grävt upp den."

Modern (**diskvalificerande**): "Ja, ja det är väl inget fel på blomman, men fy så du ser ut."

Modern (**dubbelbindande**, med höjda ögonbryn och irriterad röst): "Kom hit min lilla sötnos och visa mamma den fina blomman."

Modern (**diskonfirmerande**): "Du har en fläck på byxan."

Familjeterapeuten Virginia Satir urskiljer fyra kommunikationsstilar som präglar individer under stress: **Blidkande**, **Klandrande**, **Överdrivet förnuftig**, **Avledande**.

Blidkande. Mönstret karaktäriseras av budskap som förmedlar en önskan att vara till lags, svårighet att stå för egna åsikter och ha avvikande mening. Bakom detta mönster finns ofta en upplevelse av hjälplöshet och beroende. Denna typ av budskap kan utlösa förakt, medömkan, sadism eller andra diskvalificerande svar från motparten.

Klandrande. Mönstret karaktäriseras av budskap som är anklagande och överlägsna, det vill säga diskvalificerande. Bakom döljer sig ofta en upplevelse av ensamhet och misslyckanden. Denna typ av budskap utlöser ofta rädsla, ilska och avståndstagande hos motparten.

Överdrivet förnuftig. Budskap utifrån detta mönster förmedlar även en önskan att te sig resonabel, korrekt, ofelbar och objektiv; bakom fasaden finns ofta en sårbarhet. Motparten blir så småningom uttråkad.

Avledande. Budskap utifrån detta mönster är ibland humoristiska, alltid motsägelsefulla eller förvirrande. Det drar till sig uppmärksamhet. Bakom finns ofta en rädsla för kaos och katastrof. Motparten blir förvirrad, tappar tråden, kommer ur balans.

De flesta individer har inslag av en eller flera av dessa kategorier i sitt sätt att bemöta stress.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Referens

Wrangsjö B. (2002) Teoribildning i psykiatrisk verksamhet. Stockholm, Natur och Kultur.

Behöver konceptualiseringen bakom selektiv mutism hos barn ses över?

Selektiv mutism uppmärksammades första gången i slutet av artonhundratalet av den tyske läkaren Adolph Kussmaul. Han kallade tillståndet *aphasia voluntaria*. Att mutismen fortsatte anses vara ett självvalt och oppositionellt beteende, antyds genom att tillståndet kallades *elektiv mutism* ända fram till tjugohundratalet då diagnosen fick sitt nuvarande namn (Sharp W G 2007).

I DSM-5 beskrivs selektiv mutism som ett tillstånd som kännetecknas av avsaknad av talad kommunikation i specifika situationer där det finns en förväntan om att barnet ska tala (vanligtvis i skolmiljön) trots användning av talat språk i andra situationer (vanligtvis i hemmiljön). Detta symptom ska innebära en försämring av funktionen och inte bero på kunskapsbrister i det förväntade talade språket eller en kommunikationsstörning som till exempel stamning. Dessutom får tillståndet inte förekomma enbart i anslutning till autismspektrumtillstånd eller psykosjukdom. Mutismen ska ha varat i minst en månad, och inte ha förekommit uteslutande i samband med skolstart (APA 2015).

Selektiv mutism är relativt ovanligt, i olika studier har prevalensen beräknats till mellan 0,11 och 2,00 %. Tillståndet, som är något vanligare bland flickor än pojkar, debuterar vanligen i åldern två till fyra år, men uppmärksammas ofta inte förrän barnet börjar skolan. Om diagnos och behandling fördröjs, finns en betydande risk att tillståndet blir kroniskt (Pereira C R 2021). Den vanligaste behandlingen är kognitiv beteendeterapi (KBT), men även farmakologisk behandling med serotoninåterupptagshämmare (SSRI) används. Tillståndet är svårbehandlat, och det är vanligt att barnet fortsätter att ha utmaningar i talad kommunikation i sociala sammanhang efter avslutad behandling (Oerbeck B 2018).

Selektiv mutism tillhör diagnosgruppen ångesttillstånd i både DSM-5 och ICD-11. Den vanligaste samsjukligheten utgörs av andra ångesttillstånd som social ångest och separationsångest (Kearney C A 2021). Trots att ångest anses vara den bakomliggande orsaken till mutismen, finns inget krav på förekomst av ångest bland diagnoskriterierna. Avsaknaden av riktigt goda behandlingsresultat av KBT och SSRI, som också är de vanligaste behandlingarna av olika ångesttillstånd, förklaras av att det ibland finns andra faktorer bakom mutismen. Ofta nämns utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser som autism som en möjlig förklaring (Kearney C A 2021). En hypotes är att barnet utvecklar ett undvikande beteende i sociala sammanhang. Negativa känslomässiga upplevelser i samband med kommunikation hos barn med samexisterande svårigheter i socialt samspel skulle kunna utlösa detta. I många studier ses autistiska drag eller till och med kriterieuppfyllelse för autism bland en majoritet av barn som undersöks i samband med diagnostik och behandling av selektiv mutism (Muris 2021).

Vid en strikt syn på tillståndet så som det definieras i DSM-5, ska enbart de barn med autism som också konstateras lida av ångest få diagnosen selektiv mutism. Men även om så sker, brukar barn med autism svara sämre på både SSRI och KBT som behandling mot ångest än typiskt utvecklade barn (Warwick H 2017). En teori som framförs i litteraturen är att barn med autism eller bristande färdigheter i socialt samspel som uppvisar selektiv mutism, skulle behöva en psykologisk behandling som innehåller fler delar än den traditionella som inriktas mot den situationsbundna ångesten. Bland annat förespråkas träning i socialt samspel, gärna i grupp. Prototypisk känslolavkodning och mentalisering kan övas och insatser göras för att öka den sociala motivationen hos dessa barn (Muris 2021).

Mycket talar för att det behövs en översyn av konceptualiseringen bakom selektiv mutism. Det finns ett behov av att använda flera olika förklaringar till att barn inte pratar i vissa sociala sammanhang, inte minst är detta av stor betydelse för en framgångsrik behandling av tillståndet.

Kerstin Höfler
Barnpsykiater
Helsingborg

Referenser

- APA, American Psychiatric Association. DSM 5. Pilgrim press, 2015.
- Kearney C A, Rede M. "The Heterogeneity of Selective Mutism: A Primer for a More Refined Approach." *Frontiers in Psychology*, den 20 06 2021: 1-7.
- Muris, P, Ollendick TH. "Selective mutism and its relation to social anxiety disorder and autism spectrum disorder." *Clinical Child and Family Psychology Review*, den 19 01 2021: 294-325.
- Oerbeck B, Overgaard K R et al. "Treatment of selective mutism: a 5year followup study." *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27 2018: 997-1009.
- Pereira C R, Ensink J B M, Güldnert M G et al. "Diagnosing selective mutism: a critical review of measures for clinical practice and research." *European Child & Adolescent Psychiatry*, den 29 October 2021.
- Sharp W G, Sherman C, Gross A M. "Selective mutism and anxiety: A review of the current conceptualism of the disorder." *J. Anxiety Disorder.*, 21(4) 2007: 568-579.
- Warwick H, Reardon T et al. "Complete recovery from anxiety disorders following cognitive behavior therapy in children and adolescents: A meta-analysis." *Clinical Psychology Review*, 52 2017: 77-91.



Tystnad

Tankarna mognar som höstens frukt.
 Känslorna svalnar till slut.
 Inre oväsen tystnar.
 Bruset försvinner som rinnande bäck.

Allt som var tungt blir till en lek
 och jag kan äntligen lyssna.
 Lyssna till önskan att göra och se.
 Låta framtiden göra entré.

Drömmarnas land vidröra.
 Äntligen bli med sig själv i samspråk.
 Lämna för alltid känslornas bråk.
 Sången av hopp höra.

Vi pratar hela dagarna. Språket är vårt arbetsredskap. Vi lyssnar, vi skriver. Men vi behöver även tystnad, en stund när det onämnbare fyller oss, en paus från språkets gåva.

Text och foto:
 Lioudmila Mendoza
Psykiater
Södertälje

Två språk Flera språk

Foto: dekazigzagShutterstock

Du kan inte hindra mig att prata tyska med min son, sa min dåvarande partner, bördig från Heidelberg, när vi nyligen träffats.

Har jag inte en tanke på, svarade jag. Varför skulle jag göra det?

Han berättade att han tidigare haft en relation med en judisk kvinna vars mamma avskydde allt tyskt och därför fick han inte heller prata tyska. Min tyska var inte så bra, men blev bättre under åren vi var tillsammans av att höra honom och sonen tala tyska och jag lärde mig mycket, så pass mycket, att jag såg fram emot när Der Spiegel med intressanta artiklar att stava sig igenom skulle trilla ner i brevlådan.

Men hans kommentar fick mig att inse att jag vuxit upp i en tvåspråkig miljö, trots att jag aldrig tänkt på det!

Min barndoms somrar tillbringade jag i Haparanda hos mormor och morfar. Där pratade man svenska och meänkieli om vartannat och Haparandabladet var då världens enda tvåspråkiga tidning. Om man vände på tidningen stod det Haaparannanlehti och samma artiklar som fanns på svenska stod då på finska.

Mormor som var född i Vittangi, där släkten bott sedan 1600-talet, hade som alla på den tiden i Tornedalen meänkieli som första (och för många enda) språk. Svenska talades av myndigheter och vid högre utbildningsväsen. Mormor hade en stor kunskapshunger och hade trots den bonddotter hon var, gått på lärarinneseminariet i Haparanda, vilket hon bekostade med att ha varit kocka åt rallarna som byggde järnvägen.

Senare flyttade familjen med min mamma och hennes syskon högt upp i Tornedalen där mormor var skollärare och morfar tullmästare. Det blev mormors uppgift att dels införa sjunde skolåret, bönderna vill ha barnen hemma och arbeta, och dels att lära dem svenska. Hon visste att för att komma vidare och klara sig i Sverige behövde man kunna svenska. Det var aldrig tal om att utrota meänkieli, vilket somliga fått för sig, för det fortsatte man att tala hemma och på byn och i resten av Tornedalen.

Tyvärr var nog den som fick betala priset för detta min mamma som mormor strängt sagt åt att hon inte fick tala annat än svenska med de andra barnen i skolan. Mormor var ju lärare även åt sina egna barn och de skulle inte ha några förmåner. Det var synd om min mamma, sa min moster senare, för hon fick stå ensam på skolgården. Min moster och morbror som var yngre struntade i vad mormor sa och pratade meänkieli med de andra ungarna i byn, men mamma fick hela sitt liv kämpa med att försöka lära sig finska flytande.

När mormor fick besök i Haparanda av släkt och kolleger gick de över till att tala meänkieli och vi barnbarn trodde det var ett språk som de berättade hemligheter för varandra på, som inte vi skulle få höra, för ibland skrattade de så förnöjt åt något som sagts.

Det var först för något år sedan som min äldsta kusin konstaterade att de gick över till att prata sitt modersmål! Det var egentligen inte konstigare än så.

Nu arbetar jag sedan sex år på Region Stockholms Mottagning för döva och hörselskadade på BUP. Nej, jag kan inte teckenspråk, utan nu befinner jag mig igen i en tvåspråkig miljö utan tillgång till det ena språket. Men till skillnad från att i Tornedalen inte få ta del av det som sas, har vi nu teckenspråkstolkar som simultant tolkar det som sägs.

Det underlättar naturligtvis, och det känns hemtamt att jag på något sätt är tillbaka där jag en gång var för länge sedan och befann mig utan att då tänka på det som något annat än naturligt.

Men åh! vad jag hade velat kunna tala meänkieli!

Cecilia Gotby
Överläkare, leg psykoterapeut
BUP Stockholm

Termer i psykiatin

Foto: Pormezz/Shutterstock

Språket är en grundval för psykiatin. Med språket beskriver vi symtom och teoretiserar om diagnoser och ofta även genes. Språket, tillsammans med icke-verbal kommunikation, är vårt viktigaste verktyg. "Number needed to treat, NNT" är säkert lågt.

Patienter är ofta tacksamma när deras besvär givits en språklig dräkt och ett namn:

"Jag har rätt att få en diagnos!"

"Jag är glad för att jag äntligen fick diagnosen GAD!"

För några decennier sedan var det ofta annorlunda – en diagnos sågs som en "stämpel". En del diagnoser och ord har blivit belastade på något sätt och bytts ut: tjock blev överviktig, dagis blev förskola, indian blev ursprungsbefolkning, n-ordet får inte användas. Var detta anledningen till att man bytte från manodepressivitet till bipolaritet?

Medicinska diagnoser är oftast tämligen konkreta och beskrivande: benbrott, hjärtinsufficiens, sockersjuka, högt blodtryck, nageltrång... Psykiatris diagnoser är ofta annorlunda med ord hämtade från annat håll som inte beskriver något psykiatriskt. Man har mestadels inte något konkret, substantiellt att ta på. Hur kan man veta att man menar samma sak när personer med olika bakgrund och språk pratar om något själsligt? Finns det evidens för att man menar samma sak?

"Depression"

Vi svenska psykiatrer vet visserligen vad som mestadels menas, men termen säger i sig inte något om detta – ordet betyder nedtryckning och används även inom ekonomi, geologi och neurofysiologi. I folkloren finns mer beskrivande termer: att ha drabbats av modstöld eller av "likfassna".

"Borderline"

Från början avsågs nog ett tillstånd i psykosers gränsområde. Om jag minns rätt formulerades på 1970-talet en psykodynamisk teori för uppkomsten av en viss personlighetsstruktur och vissa symtom som utgjorde "borderline personlighetsstörning". Det kändes för mig relevant då – men hur robust var modellen? Evidens? Numer talar man oftast om "emotionellt instabilt personlighetssyndrom" – mer beskrivande, ateoretiskt.

"Schizofreni"

Ordet betyder ungefär "kluven själ" på grekiska. Det skulle väl då vara "delad personlighet", dr Jekyll och mr Hyde, dissociativ identitetsstörning. Det stämmer ju inte med vad vi menar med schizofreni. "Stollasjuka" i folkmun låter inte så behagligt men beskriver i alla fall något bättre uppfattningen av ett tillstånd.

"Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, NPF"

Vad är då inte neuropsykiatriskt i vår verksamhet? Finns det inte några bättre ord för att beskriva dessa tillstånd?

När det gäller **psykiatriska symtom** är läget bättre – ångest, torgskräck, hänsyftningsidéer, tanketrängsel, tankedetraktion, vanföreställningar, ambivalens... Dessa ord beskriver tämligen klart olika upplevelser.

Varför blir diagnostermerna suddigare? Är det för att en diagnos kräver mer av struktur och teori, som ofta saknas i psykiatin?

Andra discipliner har nog lyckats bättre med att beskriva immateriella ting.

Teologi: Gud, Satan, frälsning, synd, nåd.

Filosofi: evidens, logik, metafysik.

Kanske det, men det har ju tagit några tusen år! Psykiatin är bara något århundrade gammal som vetenskaplig disciplin. Måste vi vänta på att vi förstår hur språket fungerar i hjärnan för att förstå vad psykiatin egentligen är? Kan AI hjälpa till?

Den icke-verbala kommunikationen är ju också mycket viktig och effektiv. Kan man utveckla ett "språk" för att beskriva sådan kommunikation och hur den fungerar? Det finns ju stora variationer mellan olika patienter och behandlare angående hur kontakterna och resultaten blir.

Jerker Hanson
jerker.hanson@telia.com
Docent, pensionerad psykiater
Stockholm

Några tankar och minnen om kommunikation

Kommunikation och Språk har, succesivt, åtminstone blivit lättare för mig att förstå mig på. Men det har inte blivit enklare att kunna "få till" en "tillräckligt god" (Winnicott) kommunikation.

Med åren har jag i alla fall alltmer accepterat att kommunikation fungerar på ett klart mer komplext sätt jämfört med hur jag har tänkt tidigare.

Jag kom nyligen att läsa lite översiktligt om religions- och socialfilosofen Martin Bubers synsätt på hur vi kommunicerar – han delade upp dessa våra kommunikationssätt i två huvudkategorier: Jag–Det samt Jag–Du-relateranden. Han skrev vidare att av dessa "två sätt att möta människor" är Jag–Du-relateranden "en av människans största utmaningar – och möjligheter".

Vidare kom jag nyligen att änyo läsa lite i kapitlet om Affektiva syndrom – gällande det melankoliska syndromet. Fastnade speciellt för hur Jan-Otto Ottosson formulerade sig om etiologi och somatogenes i den lärobok som t.ex. vi hade under kursen i psykiatri, VT 1983:

"Vid all psykiatrisk diagnostik fastställs syndromprofil och etiologi var för sig och oberoende av varandra. Först därefter sker en syntes till kliniska enheter, som eventuellt innefattar ytterligare karakteristika såsom förlopp."

Vidare: "...beteckning på ett syndrom och inte ett ställningstagande till etiologi."

Samt att "...de tre principiella orsakskategorierna somatogen, psykogen och endogen" oftast samverkar.

Så att först *Observera*, därefter *Beskriva* i språkliga termer och slutligen *Kategorisera* inom någon/några eventuellt relevanta och gällande diagnoser.

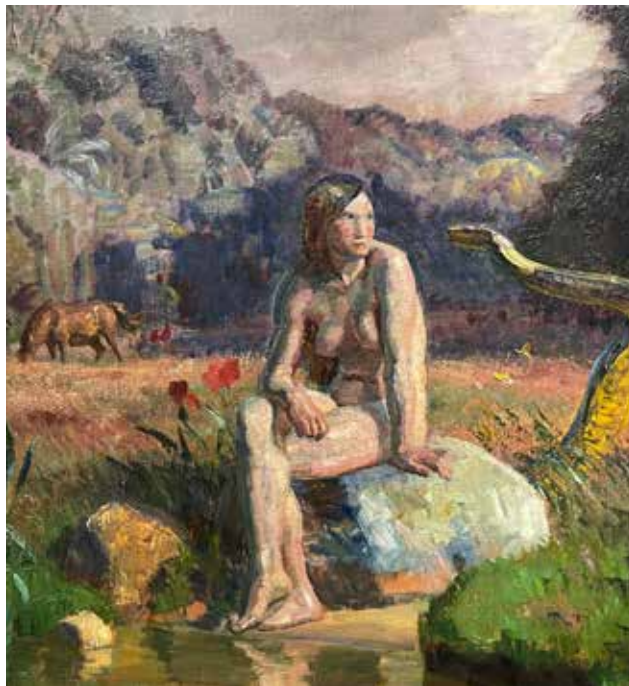
Denna grundläggande process i uppdraget som vi psykiatriker har inom våra olika verksamheter tänker jag vidare är:

Intressant – ibland *Svårt* – oftast *Möjligt* – arbetsprocessen görs väl gärna även med en "blinkning" till Hippokrates läkare...

Å apropå minnen, minns jag väl en av de veckolånga ST-kurserna under psykiatriutbildningen – i Göteborg på Sahlgrenska, med just Jan-Otto Ottosson som kursledare – en av hans sista ST-kurser.

Tänker att han ledde oss som t.ex. en kunnig, erfaren och välvilligt inställd dirigent kan göra – när just kommunikationen fungerar som bäst.

Vi möblerade t.ex. om i föreläsningssalen på J-O Ottossons initiativ – vi satt då så att vi såg varandra. Diskussioner med högt i tak, varvat med föreläsningar samt att några av våra egna förberedda föredrag hanns med i slutet av veckan.



En kväll var vi också hembjudna på måltid och samvaro i hans hem.

Nu när jag är en pensionerad psykiater tänker jag ofta och mycket på det här med att vi äldre åtminstone kan försöka vara så goda förebilder som vi förmår – samtidigt med att vi deltar i de samhällliga förändringar som oavbrutet pågår. Verkligen just en utmaning.

Kommunikation, verbal och icke-verbal – kanske kan de många olika typerna av uttryckssätt som funnits och finns inom kultursfären, hjälpa oss att nå fram till mer av Jag–Du-relateranden.

Text och foto:

Ann Söderqvist

Pensionerad allmänpsykiater med tjänstgöringar fr.a. inom Psykiatri Sydväst i Stockholm/Huddinge sjukhus

Bildtext

Eva i Paradiset eller Ormen i Paradiset av Joakim Skovgaard (1856–1933). Tavlans visas under Nationalmuseets pågående utställning "Trädgården". Jag tänkte att målningen kan passa som illustration till denna text om människa/kommunikation.

Diagnosens diagnos

Psykiatrin blir inte bättre än vad dess terminologi tillåter. Liksom andra fackområden behöver psykiatrien en begreppsapparat som både är tillräckligt nyanserad och tillräckligt entydig för att effektivt tjäna yrkesutövan- det. Det insåg upphovsmännen till DSM-III på 1970-talet när det blev övertydligt att internationell samstämmighet saknades kring de psykiatriska sjukdomskategorierna – en medicinsk specialitets kanske viktigaste konceptuella verktyg. Undersökningsfynd som att till exempel "schizofreni" verkade betyda en sak i USA och en annan i Storbritannien ledde till att psykiatrien kunde diagnosti- seras med grav terminologisk insufficiens, vilket indice- rade aggressiv behandling. Från och med DSM-III ställdes kriterieregler upp för hur det psykiatriska sjukdomsfältet skulle kategoriseras, med tydlighet och reliabilitet som vägledande principer.

Andra delar av det psykiatriska fackspråket har inte förunnats samma omsorg. Man kan till och med misstänka att de senaste decenniernas fokus på sjukdomskategorierna och deras stöp- ning i DSM-systemets former aktivt har bidragit till begrepps- förvirring på andra områden.

Med denna insändare önskar jag uppmärksamma den termino- logiska ohälsa som har drabbat diagnosbegreppet – eller snar- rare diagnostermen.

Socialstyrelsens termbank ger oss definitionen att diagnosen är en "bestämning och benämning" av ett sjukdomstillstånd. Men om man lyssnar efter noga i det kliniska språkbruket kan man urskilja inte mindre än tre distinkta betydelser, som näs- tan omärkbart avlöser varandra. Termen "diagnos" kan i dag i praktiken syfta på:

1. **Ett individuellt sjukdomstillstånd**, det vill säga en konkret empirisk företeelse ("hittas" hos den enskilda patienten).
Exempel: "Hans diagnos gör att han ibland blir kataton", "Med nya undersökningsmetoder kommer man enklare att hitta dolda diagnoser", "Ibland funderar jag på om jag har någon diagnos".
2. En **sjukdomskategori**, det vill säga en abstrakt koncep- tuell entitet ("hittas" i klassifikationssystemet, läroboken, riktlinjer...).
Exempel: "Diagnoserna i DSM har varierande relia- bilitet", "Höggänslig personlighet är inte en diagnos i dagsläget", "Depression är den psykiatriska diagnos som står för störst samhällsekonomisk kostnad".
3. En **bestämning** av ett individuellt sjukdomstillstånd, det vill säga ett utlåtande om sjukdomstillståndets beskaffen- het ("hittas" hos läkaren, i journalen).

Exempel: "Läkaren ställde diagnosen redan vid första besöket", "De nya uppgifterna från anhöriga gjorde att diagnosen fick omprövas". Det är alltså denna tredje be- tydelse som närmast motsvarar den officiella definitionen.

Vi kan jämföra diagnostermens aktuella mångtydighet med en hypotetisk situation där domstolarna slutade att skilja på be- greppen "gärning" (empirisk företeelse), "brott" (i betydelsen "brottskategori", konceptuell entitet) och "dom" (utlåtande om gärningen), och började använda ordet "dom" för alla tre. Ing- en jurist skulle, tror jag, komma på tanken att klumpa samman dessa distinkta och viktiga rättsliga begrepp i samma term. Hur kommer det sig då att läkare verkar finna sig i motsvarande begreppsförvirring?

Om vår professionella begreppsapparat inte förmår differen- tiera mellan de tre betydelserna ovan gör vi oss en stor otjänst. När det individuella sjukdomstillståndet och den individ- knutna diagnostiska bestämningen likställs med den abstrakta, generiska sjukdomskategorin finns det inga marginaler kvar för att tänka och ge utrymme åt patientfallets individualitet. Det hade möjligen kunnat vara en acceptabel förlust ifall våra psykiatriska sjukdomskategorier nu hade varit tillräckliga in- formationsbärare för att fullt ut vägleda vår kliniska handlägg- ning. Så är emellertid sällan fallet. Att exempelvis tilldela ett sjukdomstillstånd DSM-5-kategorin "Egentlig depression, medelsvår" hjälper oss endast en bit på vägen för att avgöra hur vi konkret ska agera. Ett antal behandlingsalternativ pekas ut, utifrån den vetenskapliga evidens som finns för interven- tionernas effekt på gruppnivå för sjukdomskategorin. Men det återstår fortfarande många val för den specifika situationen, där sjukdomskategoriens allmänna vägledning inte hjälper oss i besluten. Vi behöver då komplettera kategorins generiska information med individspecifik (idiografisk) information om patientens sjukdomstillstånd för att bättre avgöra vad som är lämpligt att göra där och då. För att få full vägledning i den kliniska situationen kan vi till exempel behöva ta hänsyn till den individuella symtomprofilen (inklusive suicidalitet), vär- dera graden av psykosocial funktionspåverkan och ställa upp hypoteser av viktiga och/eller påverkbara etiologiska fak- torer i det enskilda fallet. Den diagnostiska bestämningen (den egentliga diagnosen) behöver alltså i regel omfatta mer än en ensam sjukdomskategori för att vara verkligt användbar.

Om vi accepterar ett fackspråk som likställer diagnostisk be- stämning och sjukdomskategori, avsäger vi oss med andra ord möjligheten att formulera diagnoser som "gör sitt jobb": att vägleda (indicerar) det kliniska handlandet fullt ut. Psykiatrien blir nämligen inte bättre än vad dess terminologi tillåter.

Benoît Almer
ST-läkare i psykiatri
VO Vuxenpsykiatri Lund



Foto: KierferPix/Shutterstock

Tankar om språket

När vi tränar språk med små barn så kan det vara med en boll. Vi leker med bollen tillsammans med barnet och pekar samtidigt på den och säger "boll". Efter en tid kan barnet benämna bollen och nästa steg blir kanske relationer som "min boll" och "var är bollen" och sedan egenskaper som röd boll och sedan blå boll och så vidare. Wittgenstein kallar metoden för barnets språkträning med att peka på och samtidigt ljuda objektbeskrivningen för ostensiv. Jag antar att den ostensiva principen är fundamental för vår språkutveckling under livet, även om en rad andra hjälpmedel används vartefter. När min äldste son började benämna föremål var "flygplan" till allas förvåning ett av hans första ord. Det kan bero på att vi då bodde i Ulvsunda och i trädgården hade vi god visuell närhet till inflygningsbanan på Bromma flygplats. Flygplanen kontrasterade mot den övriga miljön, som var tämligen stationär till form, rörelse och ljudnivå. Det tycktes i efterhand ha räckt med att föräldrarna upprepat sa flygplan och kanske pekade samtidigt.

I det ikoniska barnprogrammet Fem myror är fler än fyra elefanter förekom den klagörande relationsbaserade satsen "Där är där man inte är och här är där man är", numera en *citation classic*.

Apropå ostensiv språkutveckling; Hur lär vi oss om begrepp som exempelvis en stol eller en fåtölj? Jag antar att när vi sett väldigt många så förvärvat vi tydligen en sådan intuitiv färdighet. Hjärnans magi! Psykologen Eleanor Rosch menade att vi känner igen föremål i specifika kategorier genom liknelse med prototyper. Dessa prototyper har vissa kärnegenskaper som är särskilt karakteristiska, men inte helt lätta att gissa. En fåtölj kan kanske inte ha fyra ben som prototypisk kärnegenskap, då det inte skiljer den från en stol och dessutom utesluter en snurrfåtölj med ett roterande ben?

Våra kognitiva prototyper förändras över tid, med nya erfarenheter. När jag var liten var tomater röda, eller gröna före de var mogna. Numera förekommer förädlade mogna tomater i allsköns färger.

Språket (inklusive matematiken) är som ett mänsklighetens trollspö, men kan fel förvaltat också bli en förbannelse. Genom den allt snabbare tekniska utvecklingen och exploateringen av jordens resurser har människan skapat ett monster i skepnad av ett alltmer hotfullt klimat. Informationsteknologin med sociala medier förefaller ta vår uppmärksamhet i allt större anspråk. Chatbotar som språktränas skapar nya texter på kommando. Dystopier och apokalypser förmedlas väl av språket. Upplevd fara tycks ha prioritet i människans uppmärksamhet. Inte vet jag vart vår kultur för oss. Kanske kommer vi att övervinna de hot som klimat och krig medför och troligen har framtiden fler och stora ännu oanade prövningar i beredskap. En sak är jag dock övertygad om. Motkrafter mot klimatkris och annat hotande elände och dess budbärare har språket att tacka för den ökade medvetenheten om vad som tycks vara å färde. Korta språkliga begrepp som *Fridays for future* är numera virala och Greta Thunberg en global ikon tack vare sitt rättframma och tydliga budskap och sin språkliga genialitet.

Slutligen kan konstateras att jorden inte lär gå under förrän solen förvandlats till en röd jätte (om cirka 4+ miljarder år). Det är snarare det biologiska livet på jordytan som är hotat i närtid. Låt oss hoppas att vi med stöd av språket kan kommunicera metoder för att hantera hotet och tämja klimatmonstret.

Nils Lindefors
Psykiater
Stockholm

Det ordlösa språket

Icke-verbal kommunikation och dess roll i psykiatriska samtal

Introduktion

Enligt vissa studier förmedlas en minoritet av vår kommunikation med hjälp av ordens innebörd. En citerad, men omöjligt exakt uppskattning, är förhållandet 7–38–55 %: 7 % utgörs av ordens innebörd, 38 % tonalitet och 55 % kroppsspråk. Det kan te sig som ett extremt påstående, men man ska då betänka betydelsen av tonalitet, volym, positionering, kroppsspråk, ansiktsuttryck, tystnad, blickkontakt etc. Alla dessa faktorer laddar orden med innebörd som kan ge kraft eller t.o.m. en alternativ betydelse. Det är först under de sista femhundra tusen åren som människor har gått från att kommunicera icke-verbalt till att formulera det vi betecknar som ord. Man menar att det inledningsvis har handlat om konkreta "data", exempelvis varm eller kall, ute eller inne, som sedan utvecklats till en mer nyanserad och abstrakt kommunikation.

Limbiska systemet

Vi kan inte läsa en människas tankar genom att enbart läsa av kroppsspråk. Däremot kan vi läsa av det limbiska systemets signaler. Med det menas att vi i realtid reagerar på innehåll i miljön runt och inom oss. Det vi kan observera är fr.a. människans anspänningsnivå och grad av avslappning. Det är en sensitiv, men ospecifik, indikator för människans reaktion på allt som sker. Vi har utvecklat att kommunicera vårt tillstånd icke-verbalt långt innan vi kommunicerade med ord. Vid rovdjursmöte på savannen gällde effektiva, kroppsliga reaktioner. Den så frekvent omnämnda "Fight or flight"-responsen är inte hela sanningen. Den bör hellre betecknas som "Freeze-Flight-Fight"-respons (F-F-F). Den första reaktionen vi vanligtvis kan observera är exempel på "Freeze". Minskning av rörelser, händer som döljs under ben, innanför tröjärm och ett hämmat kroppsspråk. Gällande "Flight" är det för den moderna människan sällan fråga om faktisk flykt. Det rör sig snarare om distansering med undvikande och blockerande gester. Vår intention att undvika kan ses genom att kroppen lutar bort från "hotet" eller att fötterna pekar mot utgången, där hotet t.ex. kan utgöras av besvärande frågor. Blockerande gester är en annan sorts undvikande, såsom att individen blundar, gnider händerna över ögonen, placerar något mellan sig och intervjuaren. När de två första strategierna inte fungerar återstår "Fight". Fysiskt våld kan föregås av ökad muskeltonus, spänd och ihållande blickkontakt och inskränkning av motpartens personliga utrymme. Limbiska systemet ger fr.a. uttryck för obehag eller välbehag, och F-F-F är ett gradvis eskalerande uttryck för obehag. De kan även följas av typiska rörelser och gester i syfte att lugna sig själv, så kallat self-pacifying, liknande hur en förälder lugnar en bebis: gunga, klappa, stryka, hålla

om. På liknande sätt använder vi alla motsvarande självlugnande beteenden i olika situationer. Ytterligare djupt rotade gester associerade till välbehag/gillande och obehag/ogillande, är så kallade "gravitationsrörelser". Uttryck för en positiv attityd och kommunikation innefattar att man höjer på den delen som kommunicerar, ex ögonbryn och mungipor som i ett möte med äkta positiv uppfattning. Vi vet hur kroppshållning och ansiktsuttryck hos en deprimerad eller uttråkad person ser ut. Allt har en nedåtgående riktning. Läger man till fientlighet så dras ögonbryn och mungipor ytterligare en bit nedåt.



Gest-kluster för negativ attityd. Mannen ogillar personen han ser på. Möter inte med huvud och kropp, utan ger en ogillande sido-blick med lätt sänkt huvud och sänkta ögonbryn, armarna i kors och neddragna mungipor. De knutna nävarna vittnar om fientlighet

Vi har således möjlighet att läsa av det inre tillstånd en människa upplever genom observation av hennes kroppsliga uttryck. Vi kan även påverka vårt eget och en annan människas mentala tillstånd genom att först påverka hållning, andning etc. Det är en symbios av psyke och soma utan klara gränser där orsak och verkan löper i båda riktningar. Mot bakgrund av detta kan vi förstå andningsövningars effekt på exempelvis ångest. I linje med det kan antas att en person som befinner sig i en defensiv kroppsposition har svårare att öppna upp i samtal än någon

som ändrar sitt kroppsliga uttryck, och med det, har lättare att öppna sinnet för alternativa tankar.

Baslinje och Kontext

För att kunna tolka en persons icke-verbala uttryck krävs att vi vet dennes "baseline". För att veta om en persons skakande ben symboliserar inre obehag och stress eller om detta är individens habituella tillstånd behöver vi observera denne i neutralt läge. När det gäller en psykiatrisk bedömning sker dessa ofta i situationer som är allt annat än avslappnade. Om ett bedömnings-samtal ska göras på en akutmottagning kan det vara klokt att först observera personen i väntrummet. Hur ser interaktionen med andra ut under tiden något annat än måendet avhandlas? För en patient på en vårdavdelning är det av stort värde att observera alla sammanhang. Vankar personen rastlöst av och an? Är rörelserna av nervös natur eller föreligger ett hämmat kroppsspråk? Ler personen vid samtal med andra men ter sig kraftigt deprimerad under läkarsamtal? Kontexten är alltså viktig för bedömning av kroppsspråket. Även till synes triviala faktorer men som är del av kontexten behöver tas hänsyn till, såsom ett kallt rum eller en ytterligare person ansluter. I båda fallen kan det motivera en person att lägga armarna i kors, utan att för den skull anse sig ha en "stängd attityd" till den hon konverserar med.

Att tolka språket

Icke-verbal kommunikation bör tolkas i kluster av samman-satta uttryck likt ord i en mening. En specifik gest får sin betydelse när den är kongruent med en helhet, inte om det går emot resten av det som kommuniceras. Om man identifierar missnöje/obehag bör man förvänta sig fler signaler i samma linje. Korslagda armar får ett värde som distanserande signal först när det kommer i kluster med exempelvis vridning av överkroppen samtidigt som läpparna pressas ihop. Då man exempelvis kopplar hastigheten av en gest med resterande kommunikation, så blir det en helhet. Dessutom är icke-verbal kommunikation en ögonblicksbild av en människas inre tillstånd, och därmed i ständig förändring. Det icke-verbala måste associeras med det verbala, och vad som just föregår en variation i icke-verbalt uttryck. Notera vilken fråga som resulterade i att personen exempelvis kisar med ögonen och lutar sig försiktigt bort ifrån intervjuaren (obehag, flykt). Ämnet kan återupptas senare under samtalet, för att på så vis observera om en återkomst av liknande kluster sker. Med stöd av den sortens icke-verbal kommunikation kan man prioritera sitt intervjufokus. Undantag till klusterprincipen är t ex när ett uppenbart känsligt ämne behandlas och man får signaler om att personen presenterar en vilseledande fasad. Då kan den öppna kommunikationen som exempelvis hävdar att allt är bra, brytas av med en motstridig kommunikation som personen inte lyckas hämma. Dessa är ofta korta signaler läckande från ansiktet, s.k. mikrosignaler, t ex en snabb rynkning av näsan eller nedåtvända mungipor. Alternativt att en person med korslagda ben sparkar till lite förstrött just då ämnet eller personen som ogillas tas upp. Notera att dessa signaler sker i realtid och kan därmed även testas genom att man cirkulerar tillbaka till ämnet efter att man talat om mindre laddade frågor. Sådana rörelser kan alltså underlätta identifiering av inkongruent kommunikation. Vi är vanligtvis ganska bra på att dölja våra egentliga

åsikter med vårt ansiktsuttryck och vi kan ge artiga leenden eller övertygande förvåning, men mikrosignaler kan pysa ut mellan noga utvalda och kontrollerade ansiktsuttryck. Fötterna är ärligare än andra delar av kroppen till följd av våra djupt rotade säkerhetssystem som sedan urminnes tider hållit oss säkra från faror. Om vi behöver ta oss ur en situation, vare sig det gäller psykisk (genans/skam etc) eller fysisk fara, förbereder sig kroppen på det, bl.a. genom att fötterna agerar. Vi är sällan medvetna om att vi kommunicerar med fötterna, och vi har därmed aldrig lärt oss medveten icke-verbal kommunikation av nedre delen av kroppen på samma sätt som vi har med den övre delen. Vi ger inga artiga leenden med fötterna.

Positionering

Vid ett bedömningsamtal är det värdefullt att tänka på stolarnas position och avstånd, vilket bör arrangeras strategiskt. En position där man inte sitter i rak konfrontation, utan i viss vinkel, rekommenderas. Ju mer vinkel man har desto mer uppleves det som att man sitter tillsammans och en vikänska skapas. Om vi sitter direkt mot varandra kan det upplevas som konfrontativt och mindre avslappnat. Avståndet bör anpassas efter patientens känslighet och behov. Ofta har en person med psykosjukdom svårigheter med egna gränser och kan uppleva närhet som påträngande.

Intervjuaren

Intervjuarens kroppsspråk är en viktig del av intervjuens kvalitet. Den icke-verbala dansen behöver leas av en part, särskilt om "motparten" mår psykiskt dåligt. Intervjuarens förmåga att skapa en atmosfär av tillit och trygghet är till stor del avhängig de icke-verbala signaler som sänds ut. Läkarens kroppsspråk och röst blir ett centralt verktyg för att upprätthålla en atmosfär som gynnar alliansen och därmed höjer validiteten i informationsutbytet. Ett av de mest effektiva verktyg vi har för att påverka vårt eget och patientens tillstånd är vår andning. Ett skäl till detta är att man genom viljestyrd kontroll av andningen kan påverka den resterande icke-viljestyrda delen av nervsystemet och därmed sitt mentala tillstånd. Ett annat skäl är att man genom andning och undermedveten kontakt med den man talar med (via spegelneuron) kan påverka den andres andningsmönster och därmed dennes tillstånd. För att hjälpa patienten att slappna av behöver vi alltså leda genom att själva vara avslappnade. Medvetenhet om vårt eget kroppsspråk, i rörelser, positionering och andning, underlättar. En bra start är att redan innan samtalet medvetet andas lugnt och känna av sitt tillstånd. En orolig patient är särskilt känslig för varnings-signaler och kommer plocka upp minsta anspänning likt en flygrädd passagerare som söker tecken till fara i flygvärdinnornas ansikten. Det är positivt om man kan hitta en avslappnad bakåtlutad position i stolen. Många gånger vill den ambitiösa läkaren luta sig fram mot patienten i en kommunikation som uttrycker "jag ser dig, jag tar dig på allvar". Detta kan för en del patienter bli påträngande. Undantag kan t ex vara när patienten själv lutar sig fram för att beklaga sig, och läkaren möter denna position. Det kan då vara lämpligt och öka kvaliteten i kontakten på detta vis, om det görs på ett naturligt och taktfullt sätt. Vi behöver även medvetandegöra och undvika eventuella onödiga rörelser, som att jonglera med pennan, skaka ett ben e.d. Det är önskvärt att vi förmedlar stabilitet. I det erbjuder vi en kompetent mottagare till patientens lidande.



Att placera händerna så att fingertopparna möts ("Tornet") är ett universellt uttryck för hög grad av självförtroende/trygghet, medan knäppta händer med knådande fingrar ("Bönen") uttrycker försök att hålla tillbaka en negativ attityd, oro/obehag.

Aggressivitet

Aggressivitet är viktigt att identifiera och bemöta innan personen når ett ohanterligt tillstånd med risk för en öppen konflikt och, i värsta fall fysiskt utagerande. När vi ser signaler som kommunicerar obehag, såsom spänd mimik, strykande rörelser med händerna, sammanpressade läppar, sänkta ögonbryn, gungande rörelser, armar i kors, följt av kongruenta uttryck för aggressivitet, kan vi räkna med att situationen eskalerar. Utvecklingen till aggressiva uttryck kan innefatta förändrad röstvolym, bortvänd spänd blick eller ännu sämre, ihållande ögonkontakt med närmande rörelser och alltmer spänd hållning, samtidigt som rörelserna blir hackiga och snabba, eventuellt pekfinger mot motparten, utskjutande haka, blottade tänder, bröstorg riktad rakt mot motståndaren, knutna nävar som slår mot t ex bord eller vägg. I det här läget är det problematiskt att prata personen tillrätta. Orden tappar alltmer betydelse och prioritet behöver ligga på att minska risk för våld. I det första skedet, då enbart tecken till obehag identifieras, kan man enklare de-eskalera med verbal kommunikation. När tillståndet har övergått till ovan beskriven aggressivitet blir lä-

karens icke-verbala kroppsspråk av större vikt. En viktig del är att ge utrymme. Det görs både genom att påverka hur mycket plats det finns runt personen och genom hur vi använder vårt kroppsspråk. Både överkroppens och ögonens riktning anger grad av konfrontation. Att vinkla överkroppen något ifrån personen, och hålla blicken mjuk runt personen, kan underlätta. Förlängd blickkontakt är en direkt hotfull signal och skall undvikas. Andningen kan i detta läge påverka båda parter. En djupandning med en mjuk utandning kommunicerar undermedvetet avslappning och kan användas för att hjälpa både en själv och indirekt kommunicera till den andre personen att slappna av. Visa gärna handflatorna då detta utgör en subliminal kommunikation med fredlig innebörd. Händer utom synhåll kan inge misstänksamhet. Om det är möjligt kan en avledande handling hjälpa, såsom att man börjar promenera tillsammans och fånga uppmärksamheten med t ex "vi kan gå bort här så vi kan prata i lugn och ro". Man avleder på så vis det aktuella tillståndet med en oväsentlig kommentar som personen inte behöver motsätta sig och som är till dennes fördel, samtidigt som man förflyttar sig. Förflyttningen ändrar fysiologin och fokus något och kan ta udden av anspänningen. Utöver det lyckas man förhoppningsvis styra personen till en öppen yta och därmed blir miljön lite säkrare. Aggressiva personer kan enklare kontrollera ett litet utrymme varför dessa bör undvikas. Upplevelsen av att vara trängd kan utlösa övergången från obehag till aggressivitet.



Exempel på ett gest-kuster som vittnar om icke-hotfull, undergiven öppenhet. Synliga handflator med fingrarna lätt särade, huvudet i neutralt läge men lite på sned.

Reflektioner i relation till personlighetssyndrom

Schizotypalt personlighetssyndrom

Skapa en lugn miljö med visst utrymme mellan dig och personen som intervjuas. Dessa individer kan vara särskilt känsliga för intryck och tolkar in detaljer, samt kan ha svårt att kontrollera sin anspänningsgrad. Din icke-verbala kommunikation skall vara så neutral som möjligt med en allmänt avslappnad framtoning. Undvik att reagera på potentiellt udda och extravaganta påståenden. Varken negativa eller positiva uttryck (överdriven vänlighet) gynnar intervjun. En uppmärksam och respektfull samt icke-värderande attityd är önskvärd.

Borderline/Emotionellt instabilt personlighetssyndrom

Inledningsvis bör fokus ligga på att hjälpa patienten att uppnå ett avslappnat tillstånd. Många gånger möter vi dessa patienter i kris, vilket inte är kompatibelt med en kvalitativ intervju. En mjukstart på intervjun med ett avslappnat, vardagligt sätt redan utanför samtalsrummet kan hjälpa personen att finna sig till rätta och slappna av. Ge fysiskt utrymme, kanske med hjälp av t ex en enklare buffert mellan er, bord eller liknande. Ögonkontakten bör likna ett naturligt och mindre formellt samtal. Man bör inte hålla kvar blickkontakten för länge då det kan uppfattas som utmanande, både i konfrontativ mening men potentiellt även för intimt. Var noggrann med ditt inre tillstånd. Ge dig själv utrymme att andas lugnt även om situationen blir anspänd. Det kan vara gynnsamt att dra ner tempot för att inte förhastat ett beslut eller själv fångas upp av negativa känslor.

Antisocialt personlighetssyndrom

Dessa individer är vanligtvis inte särskilt känsliga för omgivningen och rummets utformning, såsom hur man placerar sig. Det är av större vikt för intervjuaren att hålla en naturligt professionell distans i rummet för att själv känna sig bekväm. Man behöver vara försiktig med sina egna signaler eftersom detta är individer med en hög känslighet för att läsa av andra. Negativa signaler, såsom misstro, dömande och frustration, kan leda till konflikt, men även klassiskt positiva uttryck såsom omtanke och medlidande, kan få oönskade konsekvenser. De senare kan uppfattas som svaghet som kan utnyttjas. Istället bör man förmedla uppriktighet och självförtroende utan att verka hotfull, dvs visa styrka utan att framstå som kontrollerande. Visa personen den respekt denne anser sig förtjäna. Försök bibehålla ett öppet kroppsspråk och visa genuint intresse. Låt ögonkontakten bero på samtalets naturliga flöde och kontext. Om dialogen blir mer anspänd, eller det uppstår längre tystnader, bör man inte vidhålla ögonkontakt. Det kan uppfattas utmanande, och den tävlingen vinner man inte.

Narcissistiskt personlighetssyndrom

I dessa möten är det fördelaktigt om miljön inte ger signaler om intervjuarens potentiellt överlägsna status och den andres underläge. Det är fördelaktigt om man kan undvika att läkaren sitter bakom ett stort bord i en annorlunda och finare stol med imponerande plakat bakom sig. Det handlar om att ge en person med narcissistisk personlighet en så avspänd miljö att denne inte behöver gå i försvar och hävda sig, vilket annars kan minska chanserna för ett förtroendefullt samtal. Den icke-verbala kommunikationen bör vara neutral och utan signaler

om varken negativa (t ex irritation eller försvar) eller positiva (nöjd, självbelåten) känslor. I stället bör ditt uttryck präglas av intresse utan överdriven vänlighet eller intimitet. En ifrågasättande attityd tenderar också att hindra kontakten med personer med narcissistisk personlighetsstruktur.

Johan Sahlsten Schölin
Överläkare Psykoskliniken
Sahlgrenska universitetssjukhuset
Göteborg
Foto: Jose Rodriguez Cruz



Foto: Privat

Språket och den psykiatriska vardagen

Språket påverkar hur vi tänker i vardagen och vilka ord vi använder är därför viktigt. Jag vill ta fram några exempel från vår psykiatriska vardag som det synes mig är viktiga att vi reflekterar över.

Det första exemplet jag vill lyfta är benämningen *antipsykotiska* läkemedel vilka självfallet inte enbart används vid psykos och leder till att dessa mediciner uppfattas som "tyngre". Inte för att jag menar att vi skall använda dessa okritiskt men att samtala med en deprimerad patient utan psykotiska symtom och sätta in läkemedel som benämns vara mot psykos kan ibland upplevas som lite märkligt, och detta beror till stor del på att ett felaktigt begrepp används för att beskriva en medicin. Jag är absolut inte den första att lägga märke till denna diskrepans och nomenklaturesystemet Neuroscience-based Nomenclature (NbN) har föreslagits som alternativ för att fokusera på receptortprofilen istället(1) vilket kan vara en bra väg framåt men kräver medvetenhet om språkets vikt för vår världssyn.

Ett annat (och möjligen mera alarmerande) exempel är hur *antidepressiva* benämns. Enligt Socialstyrelsen hämtades det år 2022 ut 8 052 247 recept på preparat inom denna läkemedelsgrupp till 1 160 361 individer (dvs. drygt 11 % av befolkningen) i Sverige(2). För det första används dessa preparat i många situationer utöver depressivitet (ångestsyndrom, tvångssyndrom, ätstörningar och många till). För det andra kallas dessa preparat ofta lyckopiller (speciellt SSRI-preparaten) vilket förefaller mig väldigt märkligt då det är svårt att se hur lycka hänger ihop med att ta tabletter. Visserligen är depressivitet, ångest, tvångstankar etc. något som kan försvåra att känna sig lycklig men det gäller även pneumoni och inte kallas antibiotika lyckopiller för det.

Det tredje exemplet är begreppet *ångest* som patienter ofta använder oreflekterat och tyvärr kan ordet också accepteras utan närmare specificering i anteckningar inom sjukvården. Detta exempel gäller förstås flera symtom, tecken och diagnoser som sömnstörning, paranoia, känna sig deppig etcetera. Förutom slarvighet i användning av begrepp är det viktigt att notera att ångestbegreppet är en medikalisering av en mängd olika upplevelser som sammanfogades under senare delen av 1800-talet(3).

Det är därför positivt att det som tidigare tolkats som ospecifika och vardagliga upplevelser har omdefinierats till specifika diagnoser vilka har ständigt förbättrade behandlingsmöjligheter. Eftersom noggrannhet i diagnostik och behandling kan leda till förbättrad livskvalitet är det viktigt att urskilja ångestsyndrom som medicinskt fenomen från livets obehag, olust och spänning.

Mycket av ovanstående reflektioner dök upp i samband med att jag läste Tomas Kuhns (1922–1996) "nyaste" bok "The Last Writings of Thomas S. Kuhn"(4). Han beskriver hur det är orimligt att förstå begrepp från tidigare tänkare i ens samtida begreppsvärld, då argumentationen är byggd på rön från tänkarens kontext, som inte nödvändigtvis gäller i dag. Mest känd är Thomas Kuhn för sin bok "The Structure of Scientific Revolutions"(5) från 60-talet där han beskriver hur vetenskapssamhällets gemensamma syn utgör ett paradigm och hur sådana kan tänkas ändras med tiden när fynd som inte passar i teorin börjar bli överväldigande. I "The Last Writings of Thomas S. Kuhn" för han tankarna vidare till att gå in på att just språket som används påtagligt påverkar hur vi formar och är beredda att ändra teorier. Boken utkom postumt 2022 och är redigerad av Bojana Mladenovic och det är viktigt att påpeka att detta inte är en färdig bok utan innehåller föreläsningar och några kapitel, men ger en ändå en intressant blick i vart hans tankar var på väg.

Det finns förstås många fler perspektiv men jag vill betona att det är värt att reflektera över hur vi använder språket i vår vardag inom psykiatri vare sig det är inom klinik, forskning eller undervisning. Även om vi inte kan ta på oss hela ansvaret för, eller styra, hur psykiatriska benämningar används i samhället kan vi förhoppningsvis påverka dessa i en positiv och rationell riktning som kan vara till godo för våra patienter.

Steinn Steingrímsson

*Vetenskaplig sekreterare SPF, kassör SFFP, docent och överläkare i psykiatri
Psykiatri Affektiva
Sahlgreńska Universitetssjukhuset*

Referenser

1. Zohar J, Stahl S, Moller H-J, Blier P, Kupfer D, Yamawaki S, Uchida H, Spedding M, Goodwin GM, Nutt D. A review of the current nomenclature for psychotropic agents and an introduction to the Neuroscience-based Nomenclature. *Eur Neuropsychopharmacol* 2015; 25:2318–25.
2. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens statistikdatabas (hämtat 2023-08-30). <https://www.socialstyrelsen.se/>
3. Barrios GE. (1996). The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge University Press, Cambridge, England.
4. Kuhn TS, Mladenovic B. (2022). The Last Writings of Thomas S. Kuhn. University of Chicago Press, Chicago, USA.
5. Kuhn TS. (1996 [1962]). The Structure of Scientific Revolutions. 3rd edition. The University of Chicago Press, Chicago, USA.



Foto: fizkes/Shutterstock

God hälsa, högt ohälsotal

Ibland funderar jag på vad vi gör med språket och vad det gör med oss. Hur vi diktat upp ord och begrepp för att passa olika strömningar och företeelser i samhället. Ett sådant är idén om ett ohälsotal. Vad det nu är för något? Förr var man frisk och blev sjuk ibland, varpå man snabbt *ville* upp på fötter igen. Det var liksom lite skamligt att vara hemma för ofta och för länge. Man kunde ju gå *mis-te* om något.

Finns ordet ohälsotal bara här hos oss i vårt språk? Heter det på engelska något i stil med *unhealthydigit* eller *nonhealthydigit*? Jag har aldrig hört det. Har du? Så, vårt språks gränser är också vår "professionella" världs gränser. Orden kan således både låsa in och öppna dörrar till en annan möjlig tillvaro. Det finns därför något omöjligt och statiskt i begreppet ohälsotal. Behövs det?!

Det är något lurt med föreställningen om ett ohälsotal. Och varför vi mår så dåligt när vi har det så bra. Just därför kanske.

Begreppet kan inte gärna böttna i den verkliga verkligheten för vi lever ju längre och är friskare och mer tillfredsställda än någonsin tidigare generationer. Till och med döden kan man skjuta upp med medicinsk-teknisk hjälp och krav på tillsyn och smärtlindring till sista andetag. Men ändå ökar antalet professionella alarmister (experter, specialister) som tror att "sjukdom" existerar bara för att man som sakkunnig och partisk uppmärksammar och tillståndsförklarar vissa symptom och beteendeyttringar. Att man lägger märke till olika avvikelser är dock inte

detsamma som att de för den skull existerar. Vår "verklighet" är också vår villfarelse. Och det vill man ju inte gärna tillstå. Illusionen om kontroll kan därför likt en nödtvungen livslögn kläs i ord för att därmed säkra (upp) både sin privata och sin professionella överlevnad.

Mer än vi vill erkänna är nog därför det vi tror vi kan kontrollera med hjälp av språket troligtvis mer avhängigt omständigheter, tillfälligheter och det slumpmässiga i tillvaron. Inte vår tillvaro, utan TILLVARON i sig som ett oantastligt livsvillkor bortom språket och vår kontroll. Det att begäpa och förundras över med andra ord. Värnar och vårdar man alltså sitt mod att våga vara lite skakig och stå frågande inför erkänner man också sina begränsningar och tillkortakommanden som människa. BRISTEN. Den storhet som ojämförbart är mest kvalitetssäkrad avseende evidensbaserad och vedertagen praxis. Den gör oss (för)svarslösa, överraskade och mänskliga. Samtidigt påminns vi om vår förgänglighet. Gränsen som inte kan undanröjas. Varken bildligt eller bokstavligt talat. Men bortom språket.

Thomas Silfving
Leg psykolog och författare



Foto: Pathdoc/Shutterstock

Flerspråkighet

Språk är ständigt i fokus i psykiatri; vi behöver kommunicera med varandra och våra patienter. Kommunikationssvårigheter och språkliga anomalier ger oss ledtrådar när vi bedömer patientens psykiatriska status. Språkintresset är stort och flerspråkighet en eftertraktad förmåga.

65 % av EU:s medborgare rapporterade 2016 att de kunde minst ett främmande språk. Sverige ledde ligan med 97 %, tätt följt av Litauen och Danmark. I Luxemburg talar mer än hälften av invånarna i arbetsför ålder minst tre främmande språk; på andra och tredje plats i multilingualism kommer Finland (45 %) och Slovenien (38 %). Störst andel som enbart talar sitt modersmål finns i Storbritannien (35 %), Rumänien (36 %) och Ungern (42 %). Själv kan jag läsa skön- och facklitteratur och småprata litet på engelska, men när jag ställs inför att förklara ett tvångsvårdsbeslut eller köpa blommor fallerar både ordförråd och uttal. Vad krävs egentligen för att definieras som två/flerspråkig?

Svensk Psykiatri fick en intervju med **Niclas Abrahamsson, professor i svenska som andraspråk vid Stockholms universitet**. Han berättar att tvåspråkighet kan definieras på olika

sätt: det kan beskriva någon som vuxit upp med två språk och som med tiden utvecklat en balanserad tvåspråkighet, eller omfatta alla som lärt sig ytterligare ett språk utöver modersmålet. Att behärska sina båda språk så bra, att man kan uppfattas ha dem som modersmål, kallas att vara avancerat och balanserat tvåspråkig. Någon egentlig åldersgräns för när man kan lära sig ett nytt språk på avancerad nivå finns inte, även om hjärnans mognad tidigt utgör en begränsning. Myelinisering av nervcellerna i hjärnan minskar förmågan att knyta nya kontakter lokalt i de områden i vänster hjärnhalva som ansvarar för systematiska lingvistiska förmågor såsom fonologisk och grammatisk form. Det finns också en teori om en medfödd "universell grammatik" som underlättar barnets förmåga att lära sig språket; andra teorier baseras mer på människans förmåga att omedvetet räkna frekvenser av ord, ordkombinationer och grammatiska former. Från fem års ålder har det/de första språket/n stadfästs så pass, att nya språk lärs in utifrån kontraster och likheter. Barn "lever" sig till språket, men vuxna behöver ofta även klassrumsundervisning.

Språket behöver användas för att bibehållas. Barn som flyttas till en annan språkmiljö, till exempel i samband med adoption,

förlorar sitt förstaspråk. Det går fort, redan inom veckor-månader har barn så gamla som tio år förlorat sitt modersmål. Genom forskning har Abrahamssons grupp kunnat visa att spår av förstaspråket ändå finns kvar, i form av en viss bestående känslighet i vuxen ålder för det språkets fonologiska kontraster, vilket tyder på att en tidig etablering av språket är avgörande.

Att i vuxen ålder kunna tillägna sig ett främmande språk på avancerad nivå förklaras inte av hög IQ i sig, men musikalitet, arbetsminne och språkbegåvning kan ge vissa fördelar. *The Joseph Conrad phenomenon* innebär att man bemästrar ett språk på avancerad nivå, avseende exempelvis syntax (hur ord sätts samman till satser och meningar) och ordförråd, utan att vara duktig på uttal och prosodi (t ex. intonations- och betoningsmönster). Fenomenet har fått sitt namn efter författaren Joseph Conrad som skrev sina romaner på mycket god engelska, men vars uttal karaktäriserades av en tydlig polsk brytning. Enligt professor Abrahamsson existerar dock knappast motsatsen, det vill säga vuxna andraspråksinlärare som talar språket helt utan brytning men samtidigt gör alla typiska grammatiska och lexikala andraspråksfel. Det är svårare att lära sig språk som skiljer sig mycket från modersmålet. Har man exempelvis mandarin som förstaspråk tar det i regel längre tid att lära sig svenska eller engelska än för någon med spanska som modersmål.

Är det bra eller dåligt att vara flerspråkig? Färska storskaliga studier och metaanalyser har visat att det senaste decenniets idéer om att tvåspråkighet skulle innebära allmänkognitiva fördelar genom förhöjda exekutiva funktioner (som simultanförmåga, minne, fokusering), eller skydda mot demensutveckling, har visat sig vara högst tvivelaktiga. Hos två- eller flerspråkiga är det regel, snarare än undantag, att det finns en obalans mellan språken; man känner sig tryggare och säkrare på det ena. Det dominanta språket kan helt naturligt växla flera gånger under livet, beroende av vilka miljöer man befinner sig i.

Forskning visar entydigt på vikten av modersmålsundervisning. Även om det bara rör sig om 1–2 timmar i veckan är det ett tydligt budskap från samhället och vuxenvärlden om att elevens modersmål är lika värdefullt som andra språk och andra elevers modersmål. Abrahamsson understryker också vikten av modersmålsstöd i andra ämnen – som matematik. Matematiklektionen ska vara ett tillfälle att lära matematik, inte en ganska kass språklektion. Att förbjuda och/eller nedvärdera minoritetsspråk i skola och samhälle, innebär att befolkningsgrupper hålls nere kunskapsmässigt.

Förutom forskning och undervisning ingår det i professorns arbetsuppgifter att besvara allmänhetens frågor. Trots att det sedan länge är väl belagt att tvåspråkighet inte innebär någon nackdel, händer det alltjämt att beskäftiga BVC-sköterskor avråder från att "förvirra" barnet med mer än ett språk. Abrahamsson får också brev från föräldrar; det kan vara någon med spanskt ursprung som är gift med en tysktalande partner, man talar engelska sinsemellan och undrar hur man ska prata med barnet. Han brukar svara att vill man att barnet bara ska kunna svenska, kan man naturligtvis försöka traggla sig fram på det språket hemma. För att prata hjärtligt med sitt barn bör man dock använda det språk som ligger en själv närmast. Barn väljer



snabbt att fokusera på det språk som är gängse i samhälle och kamratkrets. De kan mycket väl vägra prata förälderns språk, trots att de behärskar och förstår det.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att två- och flerspråkighet inte innebär några nackdelar för ett barns utveckling och studieresultat. Å andra sidan tycks det inte heller finnas några allmänkognitiva eller medicinska argument för flerspråkighet. Fördelarna ligger snarare på det rent språkliga planet – för individen och samhället.

Text och foto:
Anna Hillerberg
Specialist i psykiatri och rättspsykiatri
Stockholm

Faktaruta Niclas Abrahamsson

Fil dr i tvåspråkighet, 2001, docent i tvåspråkighet 2006, Stockholms universitet.

Professor i svenska som andraspråk vid Stockholms universitet sedan 2010.

Föreståndare för Centrum för tvåspråkighetsforskning, Stockholms universitet.

Ny adress till SPF

Svenska Psykiatriska Föreningen
Box 53246
400 16 Göteborg

E-post: kanslisten@svenskspsykiatri.se
www.svenskspsykiatri.se

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

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.svenskspsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:
www.srp.se

Utmärkelse för
pedagogiska
insatser för psykiatrin till
Raffaella Björcks minne



Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse har beslutat instifta:

Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatrin till Raffaella Björcks minne.

Priset kommer att delas ut i samband med Svenska Psykiatrikongressen 2024.

Vill du nominera någon till priset?

Skicka Ditt förslag och motivering per e-post till Svensk Psykiatri: raffaellapriset@svenskpsykiatri.se senast den 31/12 2023.

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

**Styrelsen
Svenska Psykiatriska Föreningen**

Forskningsanslag ur Fredrik och Ingrid Thurings Stiftelse

Stiftelsen som administreras av SEB har till ändamål att dela ut anslag en gång om året till medicinsk forskning. Styrelsen har beslutat begränsa ändamålet till att avse psykiatrisk forskning, både med inriktning på barn och ungdomar och avseende vuxna. Klinisk forskning ges prioritet.

Stiftelsen delar ut cirka 4 miljoner kronor årligen. Anslagen ligger i storleksordningen 50 – 300 000 kronor.

Ansökan sker elektroniskt via

thuringsstiftelse.com.

Ansökningsperioden är öppen mellan 15 september och 15 oktober.

Hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen

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

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

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

Till hedersledamot kan även icke läkare väljas".

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

ANNONS

ANNONS



Inbjudan att skicka in kongressbidrag (call for abstracts)

Vi planerar redan nu för Svenska Psykiatrikongressen 2024 som kommer att gå av stapeln den 13–15 mars på Münchenbryggeriet i Stockholm.

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

Vi förväntar oss att många tar chansen att bidra till att 2024 års kongress blir den bästa hittills! Ditt abstract skickas till

abstracts@svenskpsykiatri.se. Mall för abstract finner du på www.svenskpsykiatri.se.

Sista datum för inlämnande är den **2 oktober 2023**.

Företag/landsting som önskar ställa ut på SPK 2024 – ta kontakt med **Stina Djurberg**, stina.djurberg@buf.se, senast den **2 oktober 2023**.

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

Styrelsen Svenska Psykiatriska Föreningen

ANNONS

Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott

Utbildningsutskottet hoppas att alla medlemmar haft en trevlig sommar med tillfälle för återhämtning. Själv har jag under sommaren deltagit i European Federation for Psychiatric Trainees (EFPT) inspirerande årliga forum som i år hölls i natursköna Zürich. EFPT är en europeisk organisation som samlar nationella ST-läkarföreningar. Deras mål är att skapa konsensus och arbeta för en högkvalitativ ST-utbildning inom psykiatri oavsett utbildningsland. De har 37 medlemsländer inklusive Sverige som där representeras av STP. Det var intressant att höra hur andra länder genomför sin ST-utbildning där det i vissa fall finns en hel del olikheter men i andra länder mycket likheter med utbildningsupplägget i Sverige. Jag kan konstatera efter mötet att den svenska ST-utbildningen håller hög nivå men att vi som många andra har utmaningar med arbetsmiljö och brist på specialister, vilket kan påverka handledning. Är man intresserad av att få veta mer om EFPT är ett tips att besöka deras hemsida: efpt.en. Där har man även möjlighet att "testa" hur ens egen ST-utbildning mäter sig med EU-rekommendationer.

Det märks nu att allt har startat upp igen efter semesterperioden och vi i utbildningsutskottet ser fram emot att fortsätta bevaka utbildningsfrågor på alla nivåer: grundutbildning, allmän-, bas- och specialisttjänstgöring och den viktiga frågan om goda möjligheter till vidareutbildning också för specialister.

Matilda Naesström
Facklig sekreterare SPF
Ordförande UU



Matilda Naesström
Facklig sekreterare
Ordförande i utbildningsutskottet

Ta del av våra remissvar!

SPF, SFBUP och SRPF får varje år ett stort antal remisser, föredrag desvis 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





SPF:s kongressarrangemang

SPF har under flera år arrangerat kongressresor för sina medlemmar. Nu ändrar vi koncept och kommer inte längre att erbjuda paketlösningar med resa och hotell. Istället kommer styrelseledamöter att finnas på plats på flera kongresser varje år, där vi kommer att bjuda in våra medlemmar till social samvaro och aktiviteter.

En av de kongresser som står på programmet det närmaste året är **Nordiska Psykiatrikongressen, NCP, i Riga den 6–7 juni 2024**. Vi hoppas få träffa dig där!

Håll utkik i kommande nummer av Svensk Psykiatri, på vår hemsida och i vår Facebookgrupp för mer information!

Styrelsen SPF



Experters tips förvärrar stressen och gör oss oroliga

Vårt behov av semester från diverse självutnämnda experter och förståsigpåare som uppmanar oss hur att tänka och vara under semestern, tror jag är stort. Särskilt lyfter dessa allt som är lockande men farligt, och som man bör skydda sig mot. Det kan gälla allt från att undvika att överföra sin jobbstress till hängmattan till tio-stegsprogrammet i hur man behandlar hunden som fått sig ett getingstick, eller tanken att sommaren är den värsta årstiden för kroppsmisshälsa. Vad man än har att hantera: Fråga experten!

De hot och risker som enligt alarmisten hör sommar, sol och bad till borde väl engagera någon folkvald att utreda huruvida semestern alltid är en så lyckad idé. Den verkar ju inte helt utan stress, press och oro, symtom man förknippar med psykisk ohälsa.

Men hur kan man veta att allt man varnas för ens existerar? Mycket kan ju vara påhittat, uttryck för en självbespeglande expertaktivitet utan egentlig efterfrågan.

Flera av tipsen handlar om hur man bäst ska minska kroppens stressnivåer på semestern. Man får lära sig att upplevelsen av att kunna påverka sin situation också underlättar möjligheten till återhämtning. Budskapet är att ta kommando över sin semester så att övergången mellan jobb och semester blir så stress- och smärtfri som möjligt. Och då i regi av olika experter vars hjälp och stöd alltså inte alltid lyckas stilla den stress och oro de har som ambition att lindra. Alarmistisk retorik har överhuvudtaget ingen mildrande effekt. Det är en riktig energitjuv som gör oss ännu mer stressade.

Problemet är kanske därför inte själva stressen utan att vi börjar oro oss över en massa olika faror. Vi börjar grubbla och fundera på om vi själva kommer klara av allt experterna stressar på oss: "Är jag tillräckligt förberedd?"; "Tänk om hon tröttnar på mig när vi umgås under en så lång tid?"; "Tänk om det blir en dålig utflykt?". Tänk om? Tänk om? Och så vidare. Så någon sommartorka på allt att oro sig för under semestern behöver man i alla fall inte oro sig över.

Att de expertfaror vi uppmanas att tänka på kan ge upphov till ett slags pretraumatiskt stressyndrom är inte heller därför något att förvånas över. Dock lite stressigt, kan tyckas. Så det gäller att hålla emot.

Till dig som är kvar i hängmattan: Dröj kvar en stund och släpp tanken på att din vila måste ackompanjeras av guidade andningsövningar i mindfulness-appen. Människan har sedan begynnelsen andats utan både experthjälp och tekniska hjälpmedel.

Är det inte fantastiskt att vi först blir hjälpta med att dra igång vårt fara/hot-system som medför oro och kroppsligt och själsligt obehag för att därefter återigen ta till oss nya tips som går ut på att lyssna på avslappningsövningar i syfte att mildra obehagskänslorna. Hur stressigt kan det bli?!

Kanske har vi behov att slippa invaderas av diverse hälsoexperters knep, tips, råd och varningssignaler om hur man ska tänka, känna och njuta under sin privata sommarledighet.

Just under semestern visar sig behovet av att släppa taget som störst. Så låt oss åtminstone för en stund få vara "nöjda med allt som livet ger". Fyra till fem veckor om året.

Hur slipper man då invaderas av allt det med "god avsikt" stressframkallande hälsoexperttänket?

Det finns väl inget enkelt svar. Men ett sätt är väl att släppa kontrollen och låta sommaren sjunka in och bli upptäcktsresan, utan yttre påverkan. Är vi nu lediga så bör vi väl också se till att koppla bort för att kunna koppla av från de hot och risker allsköns experter flåsar oss i nacken med. Klarar vi inte det är risken stor att farorna förstoras i sommartorkan. Ja, även torkan är ju ett hot. Vi blir upptagna av experternas råd och stöd som lockar oss att googlesöka vidare om faror och hot som verkar finnas lite överallt. Som om vi vore kvar på savannen. Likt urmänniskan reagerade på faran (tigern i horisonten) reagerar vi på moderna faror som bråk i sommarstugan, fästing- och mygginvasioner, stress och fylla m.m. Glömde jag den efterlängtnade värmen som nu, med klimatförändringarna, också blivit ett hot. Håll dig inne!

Så lite distans till all oro för allt lockande men farligt som man bör skydda sig mot är nog klokt. En svalskande likgiltighet. Inte alls i styrning av vad man tänker och känner, utan mer bort från det och allmänexperter som förstorar faror de själva tycks ha svårt att sluta älta. Lite sommartorka där vore nog önskvärt.

Thomas Silfving
Psykolog och författare



Foto: PopTika /Shutterstock

Slå vakt om diagnostiken! Eller Vems är diagnosen?

En av sjukvårdens kärnuppgifter är diagnostik, dvs att sammanställa och sammanfatta de problem en patient presenterar till en välgrundad arbetshypotes. En noggrann, ofta tidsödande, diagnostik i början kan spara in mycket arbete under en kanske mångårig behandlingskontakt. Av hävd är det läkare, dvs de med längst utbildning och störst kunskap om människokroppen, som ställer medicinska diagnoser vilket är rimligt. Kropp och själ är i princip samma sak – åtminstone har man sedan antiken förstått att de samverkar, på gott och (kanske ibland) ont.

När vi försöker komma fram till en diagnos är det mycket som ska vägas in – patientens berättelse och beteende, iakttagelser från patientens omgivning, ibland labvärden, resultat av somatisk undersökning och ibland bilddiagnostik. All data som vi på detta sätt samlar in ska sedan silas genom vår kunskap (det vi lärt oss genom studier, kurser, handledning och kanske forskning) och vår erfarenhet (en del av kompetensen som inte helt kan ersättas av något annat och till vilken det inte finns någon genväg). I bästa fall och efter differentialdiagnostiska överväganden – där självklart även somatisk sjukdom ingår – kan vi så

småningom komma fram till en rimlig arbetshypotes, och utifrån den hitta sätt att hjälpa patienten att hantera sin situation. Även när det gäller val av behandling är läkarens biologiska kunskap oersättlig – ska man behandla med farmaka och i så fall vilka, eller är annan behandling ett förstahandsval?

I de flesta fall underlättas bedömning och diagnostik betydligt av att man är två professionella som samtidigt samtalar med och bedömer patienten. Läkarens bästa partner är en psykolog, eftersom psykologer är specialkunniga när det gäller kogni-



tiva funktioner. Kognitiva funktioner är en väsentlig faktor att väga in i bedömningen när det gäller alla patienter – dels påverkar kognitiva funktioner hur patienten påverkas av och presenterar sina symtom, dels påverkar psykisk sjukdom den kognitiva funktionen, åtminstone tillfälligt. Personer med svag teoretisk begåvning är med all sannolikhet överrepresenterade bland psykiatriens patienter, varför en klinisk kognitiv bedömning – inklusive skolanamnes – alltid bör ingå i diagnostiken. Patientens kognitiva funktion påverkar, förutom diagnostiken, också val av behandling och förväntad compliance. En annan fördel med att vara två är förstås att fyra ögon ser mer än två, och att man kan turas om med att samtala respektive observera. Ensamarbete förekommer alldeles för ofta i psykiatri, och är överskattat som metod.

Professionell bedömning och diagnostik enligt ovanstående kan aldrig ersättas av frågeformulär, utan många gånger är användandet av sådana enbart en onödig tidsförlust, ibland också vilseledande. Vår bedömning innebär inte att enbart ta reda på vad patienten svarar på våra frågor, utan ännu viktigare är **hur** hon svarar eller berättar, och möjligheten att ställa följdfrågor. Vissa frågeformulär/intervjuformulär innehåller så många onödiga frågor att de kan liknas vid att ta ett stort batteri av labprover, oavsett patientens symtom, "så att man inte missar något". Detta brukar man avrådas ifrån – behovet av prover ska styras av den kliniska bedömningen, och så behöver vi tänka också när det gäller psykiatrisk diagnostik.

Även när det gäller tester av olika slag behöver vi vara försiktiga i våra tolkningar – den enda diagnos där testning behövs (men ändå inte alltid är möjlig) är intellektuell funktionsnedsättning. Inga andra diagnostiska tester finns, men en klok psykolog kan ändå avgöra när tester kan användas för att samla in information som stöd i den gemensamma bedömningen.

Frågeformulär och algoritmer kan aldrig ersätta det kliniska förnuftet, men ibland förleds man att tro att vi professionella visar högst kompetens om vi tänker "som en AI" – dvs algoritmstyrt och stuprörsbetonat. Där finns inget utrymme för utvecklingar, nyfikenhet och inkännande, eller för mellanlägen och gråzoner. Där finns inte både/och, utan antingen/eller. Där "fastställs" diagnoser – trots att vi i psykiatri vet att våra diagnoser vilar på osäkra grunder och därför kan ändras.

En fråga man kan ställa sig är vems diagnosen är – är det patientens, eller läkarens? Det är vanligt att man betraktar diagnoser som något som tillhör patienten, kanske därför att de är etiketter på något som vi tror finns därinne. Men egentligen är väl de psykiatriska diagnoserna diagnostikernas – de är våra arbetshypoteser, eller vårdens benämningar på symptomkonstel-

lationer. Diagnoserna finns för att vi inom vården ska kunna kommunicera på ett enkelt sätt med varandra. De har också i många fall ett värde för patienten genom att han/hon enkelt kan kommunicera med sjukvården, och ibland med andra med liknande symtombild. De psykiatriska diagnoserna är däremot sällan eller aldrig någon förklaring till patientens symtom – diagnosen ställs utifrån symtomen ("symptoms and signs"), men symtomen finns där inte på grund av att man "har" en viss sjukdom.

Det jag vill säga med detta är att vi psykiatrer behöver värna om vår diagnostiska kompetens, och inte överlåta den viktiga diagnostiken till andra yrkesgrupper – men absolut med fördel samarbeta med framför allt psykologer! Vi ska inte heller förlita oss på frågeformulär och intervjumanualer – de är ofta onödiga och ibland kontraproduktiva men kan möjligen vara komplement. Vi får inte låta algoritmer, frågeformulär och tester ta över så att vi glömmer bort (eller nedvärderar) konsten att ta en bra anamnes, ett samtal som är givande för både doktorn och patienten. Till slut är det vår kliniska kompetens – den som vi använder i mötet med patienten men inte när vi går igenom svaren på ett frågeformulär – som ska vara avgörande, och den behöver vi odla, framhålla och vara stolta över. Vi behöver också värna om det diagnostiska arbetet så att vi får tillräckligt utrymme för det i verksamheten.

Lena Nylander
Psykiater, med dr
Lund

Svenska Psykiatriska Föreningens kunskapstest lanseras våren 2024

Under en längre tid har diskussioner förts såväl i ST-läkarföreningen som i SPF kring komplettering med kunskapstest eller examination till den nuvarande mångfald av fortbildningsaktiviteter som erbjuds under ST-tjänstgöring och (förvisso i mindre utsträckning) för specialister. Det saknas möjlighet att på ett formaliserat vis pröva hur uppdaterad du som kliniker är kring riktlinjer, aktuell juridik, farmakologi inom fältet vuxenpsykiatri, och det saknas också diagnostiska prov för ST-läkare under olika delar av sin utbildning.

Kunskapstest existerar på flera platser internationellt, t.ex. i Storbritannien, och det går även en stark trend inom andra medicinska specialiteter med införande av examinationer. Inom vissa specialiteter tar man del av europeiska test, som t.ex. inom anes-tesi- och intensivvård. Allt fler specialiteter har beslutat införa nationella kunskapstest av typen flervalsfrågor – för att nämna några exempel internmedicin, neurologi, gynekologi och obstetrik. Ett gemensamt europeiskt test inom psykiatri existerar ej i dagens läge, och sannolikt kommer lokala variationer kring juridik och handläggningar kvarstå.

En "Specialistexamen" ägde rum under 90-talet i Svenska Psykiatriska Föreningens regi. Detta var då en skriftlig examen kombinerad med muntlig examination, samt inskickade videoupspelningar av konsultation (!). Ett ambitiöst projekt, som tyvärr fick relativt få skrivande. Projektet lades ner på grund av den stora arbetsinsats som krävdes, höga omkostnader och bristande intresse. Sedan dess har inget kunskapstest för ST-läkare och specialister förekommit i psykiatri.

Nu har SPF beslutat utforma ett kunskapstest som spänner över hela det vuxenpsykiatriska fältet, motsvarande studiemål för vad som förväntas av en specialist i psykiatri. Nivån skall alltså vara målen och kompetensen för en nybliven specialist i vuxenpsykiatri, och inte en fasansfull kuggfråge-bonanza baserad på esoteriska forskningsstudier (som man skulle kunna frukta).

Det grundläggande syftet med kunskapstestet är inte en examination, och det finns ju inte heller förutsättningar i Sverige för att ett sådant test skulle bli obligatoriskt eller en förutsättning t.ex. för specialistexamen. Kunskapstestet är därför snarare att se som ett fortbildningsverktyg och självtest för specialister och ST-läkare i olika delar av karriären för att belysa styrkor och svagheter, för att bättre kunna utforma sin individuella fortbildningsplan, men också en möjlighet att ta del av aktuell klinisk kunskap och juridik.

Skrivningstillfälle för kunskapstestet kommer erbjudas två gånger under 2024: vid STP-konferensen januari 2024 (Stockholm) och vid Svenska Psykiatrikongressen mars 2024 (Stockholm). Skrivningstiden kommer vara två timmar, fysiskt i en skrivningssal, med medhåll dator/läsplatta/telefon. Testet består av cirka 100 flervalsfrågor av typen "Single best answer",

med fyra svarsalternativ, brett inom hela ämnesområdet vuxenpsykiatri.

Det individuella testresultatet kommer ej att vara offentligt eller publiceras, men gruppdata kommer insamlas för att kunna värdera frågornas validitet och svårighetsgrad. Ett separat seminarium kommer erbjudas i anslutning till skrivningstillfället med genomgång av svåra frågor och svar, samt offentliggörande av eventuella strukna frågor.

Tanken är att den skrivande, på eget initiativ, kommer att kunna begära ut ett intyg/diplom om genomfört kunskapstest.

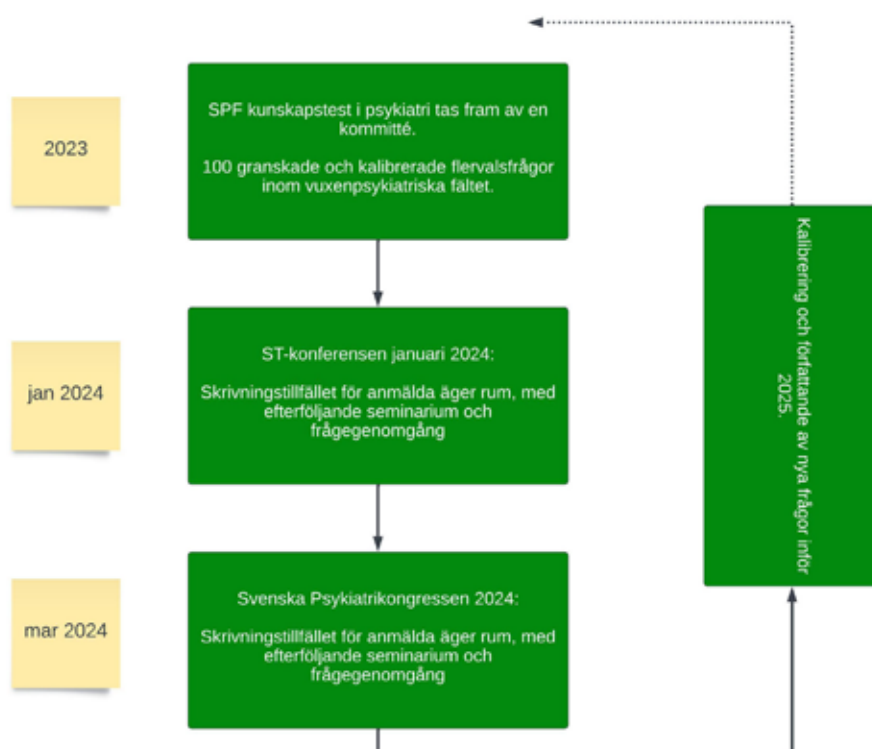
Kunskapstestet kommer vara kostnadsfritt under 2024, som utgör en pilot, men vid kommande skrivningar därefter kommer en kostnad behöva tas ut för att täcka utgifterna kopplade till plattform, lokal och utformning av frågor. Man kommer behöva vara anmäld innan skrivningstillfället.

Som kollegium hoppas vi att så många som möjligt tar chansen att pröva detta nya verktyg att tillskansa sig ny kunskap, men också blottlägga eventuella kunskapsluckor, som vi såklart alla bär på.

Varmt välkommen att delta!

Frågor? Kontakta kunskapstest@svenskpsykiatri.se

Karl Lundblad
Specialistläkare
Styrelsen SPF



STP-konferensen 2024 24 - 26 januari, Yasuragi Stockholm

Datum för 2024 års konferens är klart
och planering för program är i full gång.

Program och anmälan kommer att finnas
tillgängliga via vår hemsida under
hösten!

**Platserna släpps i början av november
- följ oss i sociala medier för dag & tid!**



Mer info: stpsykiatri.se

 @stpsyk

 @STP - ST-läkare i Psykiatri

Svenska Sällskapet för Bipolär Sjukdom fyller 20 år!

SSBS grundades 2003 av en grupp läkare med ett brinnande engagemang för bipolär sjukdom i syfte att sprida kunskaper och förbättra vården för våra patienter i hela landet. Mycket har hänt sedan dess och det finns många anledningar att fira – och det vill vi göra tillsammans!

Varmt välkommen att fira in vårt jubelår med ett jubileumshöstmöte med ett mer späckat och spännande program än någonsin. På talarlistan finns bland annat en triss i professorer - Professor Lars Kessing från Köpenhamns Universitet, Professor Lennart Wetterberg och föreningens hedersmedlem Professor Mikael Landén! Uppskattade återkommande inslag som Braining och Kultur till kaffet finns naturligtvis kvar i programmet.



Nytt för i år är att vi ses på Historiska museet i vackra och traditionsrika lokaler – en lämplig miljö för att fira en stolt historia och se fram emot en ljus framtid tillsammans!

Väl mött i höstluset hälsar styrelsen!

Programmet är preliminärt och punkter och tider kan komma att ändras. Mötet äger rum på Historiska museet i Stockholm.

SSBS höstmöte riktar sig till personer med yrkesmässigt intresse för bipolär sjukdom. Möte inklusive middag kostar 900 kr för medlemmar, 1700 kr för övriga. Anmälan görs senast den 27 oktober till Kristina Lindwall Sundel på kls@medicalresource.se.

SSBS är en subsektion till Svenska Psykiatriska Föreningen. Information om hur du blir medlem hittar du på hemsidan www.svenskpsykiatri.se. Medlemskap i SSBS kostar 350 kr per år.

SSBS SVENSKA
SÄLLSKAPET FÖR
BIPOLÄR SJUKDOM

Höstmötet 2023 -*Det ska vi fira!*

- 08:45-09:15 **Kaffe och smörgås**
- 09:15-09:30 **Inledning**
SSBS ordförande och styrelse
- 09:30-10:00 **20 år med SSBS – Var var vi? Var är vi? Vart är vi på väg?**
Samtal mellan nuvarande och tidigare ordförande
- 10:00-11:00 **“Let’s celebrate...Early intervention in bipolar disorder”**
Lars Vedel Kessing, överläkare och professor i psykiatri vid Psykiatriskt Center Köpenhamn och Köpenhamns Universitet
- 11:00-11:15 **Braining**
Åsa Anger, överläkare och doktorand vid Psykiatri Sydväst
- 11:15-12:00 **Professorns guldorn**
Professor Lennart Wetterberg berättar om framsteg och glädjeämnen under sitt arbete i psykiatrins tjänst.
- 12:00-13:00 **Lunch**
- 13:00-13:30 **Kultur till kaffet**
- 13:30-14:00 **Ketamin – en revolution för bipolär depression!?**
Pouya Mohaved Rad, överläkare vid Lunds Universitetssjukhus
- 14:00-14:30 **Bättre och bättre dag för dag!**
Isak Sundberg, Cullbergstipendiat 2023, berättar om intryck från vistelsen i Toronto.
- 14:30-15:00 **Kaffe**
- 15:00-15:30 **En pristagares bekännelser**
Professor Mikael Landén, mottagare av 2022 års jubileumspris från Svenska Sällskapet för Medicinsk Forskning, berättar hur han firat och vad han gjort med pengarna.
- 15:30-16:00 **Så blir du världens bästa doktor!**
Medlemmar i föreningen Balans delar med sig av sina erfarenheter.
- 16:00-16:15 **Information från Bipolär**
- 16:15-16:45 **Upp och ner: En överlevnadshandbok för bipolär sjukdom.**
Henrik Wahlström och Katrin Skogberg Wirén berättar om sin bok.
- 16:45-17:00 **Sammanfattning, avslut**
- 17:30- **Fördrink med guldkant, mingel, middag, musik**

Fortsatt fortbildning

Miss inte filmerna från SPK!

Svenska Psykiatrikongressen är det största nationella fortbildningstillfället för psykiatrer men det tar inte slut där!
Över hälften av föredragen på SPK 2023 filmades och kan ses på <https://www.svenskapsykiatrikongressen.se/spk-2023-filmer>

Där hittar du även ett stort antal filmade föredrag från kongresserna 2017–2022.

Så ta till vara denna möjlighet till förkovran! Varför inte använda filmerna som fortbildningsmaterial på din arbetsplats?! Titta på dem tillsammans, kanske med en avslutande diskussion?!

Tove Gunnarsson
SPF:s styrelse



ANNONS

10 frågor

Berätta litet om din bakgrund!

Jag föddes i San Francisco men växte sedan upp i Island. Under mina medicinstudier i Island började jag forska inom thoraxkirurgi och var en termin i Lund. Detta var min första vistelse i Sverige – första steget inför flytten till Göteborg för min ST-tjänst i psykiatri 2011. På senare år har jag på kvällstid gjort en kandidatexamen i ekonomisk historia som jag blev färdig med 2021 – ämnet var psykiatrins tillväxt runt 1900.

Varför blev du psykiater?

När jag närmade mig slutet av medicinstudierna upptäckte jag att det fanns en möjlighet att som läkare arbeta inom ett fält där medicin, filosofi, sociologi, antropologi, historia och flera ämnen förenades i direkt kontakt med människan. Därför blev jag psykiater. Att kunna ägna livet åt att fördjupa min förståelse för människan är en enastående förmån.

Var och med vad arbetar du idag?

Jag arbetar på Sahlgrenska Universitetssjukhuset samt vid Göteborgs universitet. Jag är studierektor för en underbar grupp ST-läkare på kliniken Affektiva, kursansvarig för psykiatrikursen, lärare på kurs i handledning för ST-läkare, handleder ett härligt gäng doktorander samt träffar patienter i slutenvården.

Vad gör du när Du INTE arbetar?

Läser, spelar gitarr och är med familjen. Sedan går jag gärna på intressanta konserter när det finns möjlighet. I somras såg jag den enastående gitarristen John McLaughlin spela med sitt indiska fusionsband Shakti i konserthuset i Hamburg vilket var helt underbart.

Vilka sorts böcker tycker du om att läsa?

Science fiction-genren är stor favorit de senaste åren. Samtidigt läser jag fackliga texter inom flera områden. Jag tycker om att ha typ fem till sex böcker i gång och om någon är orörd under några månader läggs den tillbaka i hyllan.

Vad finns alltid i ditt kylskåp?

Någon variant av tabascosås – men utanför kylskåpet är det viktigaste att ha högkvalitetskaffeböner.

Har du några personliga förebilder?

Ingen specifik men det finns många personer som jag har sett upp till och som har varit stödjande och inspirerande genom åren.

STEINN STEINGRIMSSON;

Vetenskaplig sekreterare
Svenska Psykiatriska Föreningen

Vad är ditt bästa resp. värsta minne från en kongress/kongressresa?

Det bästa minnet är en föreläsning av Kenneth Kendler 2012 om psykiatrisk diagnostik och etiologi på den Nordiska Psykiatrikongressen i Tromsø. Där skulle jag säga att mitt tankesätt om psykiatri förändrades på ett mycket positivt sätt.

Kan inte peka på något dåligt kongressminne även om det ibland finns vissa föreläsare som är mindre inspirerande.

Hur kom det sig att du började engagera dig i SPF?

Jag har deltagit på kongressen flera gånger genom åren och känner många som engagerat sig i föreningen och när jag fick förfrågan om att bli vetenskaplig sekreterare blev jag hedrad och ville genast vara med. Sedan några år är jag kassör i Svensk Förening för Filosofi och Psykiatri (SFFP) som har varit en givande upplevelse och det känns som att det är naturligt att utveckla mitt engagemang i SPF i nuläget.

Hur hoppas du att psykiatrin ser ut om 10 år?

Min förhoppning är att de ständiga krisartade uttalandena börjar avta och folk arbetar med psykiatrin som en del av samhällsstrukturerna på ett rationellt sätt. Jag tror mycket på att digitalisering kommer leda till mer automatiska processer som kan underlätta att "lätta/enkla" problem kan hanteras med små insatser så det finns bättre möjligheter att prioritera "svåra/komplexa" problem som kräver mer omfattande omhändertagande.

Stina Djurberg

Redaktionen Svensk Psykiatri

Foto: Hanne Krage Carlsen



Till minne

Jan-Otto Ottosson

Professor emeritus Jan-Otto Ottosson, Göteborg, har avlidit 97 år gammal. Närmast sörjande är barn och deras familjer.

Jan-Otto var professor och överläkare vid Psykiatriska kliniken på Umeå lasarett 1961–1970 och kallades sedan till en professur i Göteborg där han blev kvar till sin pensionering 1991.



Han var under många år den ledande psykiatern i landet som alla lyssnade på när det gällde de viktiga frågorna inom psykiatri. Han skrev ensam en stor lärobok i psykiatri som kom i många upplagor under åren 1983–2009. Han hade många uppdrag bl.a. som ordförande i Svenska Psykiatriska Föreningen, Läkarsällskapets Etiska Delegation och som huvudsekreterare i den viktiga Prioriteringsutredningen som 1995 lade fast de principer som skall styra vården i Sverige: människovärdesprincipen, behov/solidaritet (störst behov – högsta prioritet) och kostnadseffektivitet. Han var också i många år redaktör för den ansedda internationella vetenskapliga tidskriften *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Under tiden i Umeå handledde han en rad kollegor till disputation som sedan blev chefer för stora psykiatriska kliniker i landet. Flera blev också professorer vid olika universitet i landet.

Jag minns honom själv med stor respekt och värme. Jag gick psykiatrikursen som kandidat hos honom på Psykiatriska kliniken i Umeå 1966 och gick sedan kursen i ögonsjukdomar på sjukhuset. En dag när jag var på ögonklinikens mottagning kom sjuksköterskan där och sa att professor Ottosson var i telefon och ville tala med mig. Han sa att det inträffat en *force majeure* på kliniken och undrade om jag ville vikariera som underläkare hos honom. Han hade talat med ögonprofessorn och det skulle gå bra att kombinera studierna med arbetet på kliniken! Jag kunde inte annat än tacka ja och sedan blev jag kvar på psykiatriska kliniken i Umeå. (Den *force majeure* som inträffat fick jag långt senare veta handlade om att en av underläkarna blivit allvarligt sjuk.)

Typiskt för Jan-Otto var att han, när det kommit in en ny patient på avdelningen och det skulle hållas överläkarsamtal, satte sig ned och läste hela journalen före mötet med patienten. Man kunde få vänta i 10–20–30 minuter innan han läst färdigt. Han tog patienten på största allvar.

Vi är många som minns Jan-Otto som den kloke, eftertänksamme och vidsynte läkaren och akademikern som månade lika mycket om den biologiska som den psykosociala psykiatri.

Lars Jacobsson
Professor emeritus
Umeå
Foto: Nina Ottosson

Wolfgang Rutz

Wolfgang Rutz, professor i socialpsykiatri vid universitetet i Coburg, Tyskland, har avlidit 80 år gammal. Han sörjs närmast av hustrun Ellenor och barnen Christian, Fredrik, Alexandra, Helena och Oscar.



Wolfgang föddes i Hamburg i Tyskland och fick sin läkarutbildning i Tyskland. Han kom till Sverige 1970 och efter en kort sejour på neurokirurgiska kliniken vid Akademiska sjukhuset i Uppsala ägnade han sig åt psykiatri. Han verkade som chefläkare för psykiatri på Gotland 1976–1998. Där kom han i kontakt med den svenska PTD-kommittén som utbildade svenska allmänläkare i depression och depressionsbehandling. På Gotland initierades utbildning av samtliga allmänläkare och resultaten utvärderades och presenterades i Wolfgangs avhandling 1992. Den så kallade Gotlandsmodellen kom att bli en central beståndsdel av nationella suicidpreventionsprogram världen över.

Wolfgang utsågs till "Regional advisor for mental health" för Europa vid WHO:s Köpenhamnkontor 1998. I den rollen kom han att spela en viktig roll i utvecklingen av psykiatri i WHO:s Europaregion. Han initierade många utbildningsinsatser och tog initiativ för att förändra den traditionella mentalsjukhusbaserade psykiatri i de forna Sovjetländerna. Han var ansvarig för "Mental Health Declaration and Action plan for Europe" som antogs vid ett ministermöte 2005. Under de spända dagarna vid Estlands frigörelse gick han också frihetsvakt vid det estniska parlamentet.

Wolfgang var en sann europé med vida humanistiska intressen. I Sverige verkade han bl.a. som vice ordförande i Svenska Psykiatriska Föreningen och som ordförande i Svensk Förening för Biologisk Psykiatri. Vi minns hans outtröttliga entusiasm och sociala förmåga som ledde till att han utvecklade ett stort nätverk av kollegor runt om i världen. Vi minns också hans engagemang för mental hälsa i ett samhällsperspektiv, mänskliga rättigheter och existentiella frågor i psykiatri och saknar hans resliga gestalt.

Lars Jacobsson
Professor emeritus, Umeå
Jerker Hanson
Docent, Stockholm
Anne-Liis och Lars von Knorring
Professorer emeriti, Uppsala
Foto: Jerker Hanson



Nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention

I tre års tid har Folkhälsomyndigheten tillsammans med Socialstyrelsen och 24 andra myndigheter, utifrån ett regeringsuppdrag, arbetat med att ta fram ett underlag till en nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention. Uppdraget slutredovisades den 1 september och samma dag presenterades förslaget på ett seminarium där undertecknade fanns bland åhörarna.

Den föreslagna strategin heter "Det handlar om livet" och har **fyra övergripande mål**:

- En förbättrad psykisk hälsa i hela befolkningen
- Färre liv förlorade i suicid
- Minskad ojämlikhet i psykisk hälsa
- Minskade negativa konsekvenser på grund av psykiatriska tillstånd

Därutöver finns **sju delmål** som tillsammans och enskilt ska bidra till de övergripande målen:

1. Psykisk hälsa ses som en resurs för individen och samhället
2. Ökade investeringar i barn och unga för en god psykisk hälsa genom hela livet
3. Ett inkluderande och hållbart arbetsliv som främjar psykisk hälsa
4. Ett inkluderande samhälle med delaktiga invånare
5. Vård och omsorg som möter individens behov
6. Stärkt suicidpreventivt arbete
7. Stärkt kunskapsutveckling inom området psykisk hälsa och suicidprevention

Inom varje delmål finns sedan **insatsområden** med prioriteringar som olika offentliga och privata aktörer samt civilsamhället kan arbeta utifrån.

Regeringen har nu att ta ställning till förslaget och fatta beslut.

Det återstår sedan att ta formulera en plan med konkreta åtgärder.

Sammanfattningsvis tyckte vi att det var en välskriven lista med de bästa av intentioner och ett imponerande antal samarbetande myndigheter. Men för att denna strategi ska leda till positiv förändring krävs konkreta åtaganden och resurstillskott. Några sådana har medverkande myndigheter ännu ej meddelat.

Tove Gunnarsson
Maria Larsson
Karl Lundblad
Styrelsen SPF

Mer information finns på www.folkhalsomyndigheten.se/nationellstrategi

ANNONS

Svensk Förening för Äldrepsykiatri inbjuder till årsmötessymposium kring modern behandling och diagnostik av demenssjukdom

De neurokognitiva sjukdomarna intar en särställning inom äldrepsykiatri, då de är folksjukdomar hos äldre personer. Tidigare har de ofta felbedömts som en del av normalt åldrande, men forskningen har nu lärt oss om differentieringen och om vad som utgör det normala åldrandet. Kognitiva nedsättningar är vanliga även vid andra psykiska och somatiska sjukdomar och vid svår somatisk sjukdom. Därför är kunskap om demenssjukdomar differentialdiagnostiskt viktig.

Med kolinesterashämmarnas ankomst på 1990-talet blev kliniska demensutredningar efterfrågade av patienter som önskade behandling. Under många år har det funnits ett begränsat antal demensläkemedel på marknaden, medan en livaktig forskning av sjuksköterskor och paramedicinare har belyst icke-farmakologiska aspekter av demenssjukdomar. Samtidigt har grundforskningen – där flera svenska forskargrupper har gjort betydande insatser – utvecklat nya metoder för diagnostik och behandling av demenssjukdomar. Detta gäller i allra högsta grad de nya läkemedlen mot Alzheimers sjukdom och tidig diagnostik av Alzheimers sjukdom.

Vi står nu inför möjligheten att inom kort få flera nya demensläkemedel med sjukdomsmodifierande eller bromsande effekter. Mycket talar för att sådana nya demensläkemedel kommer att godkännas i Sverige trots höga kostnader. Detta kommer att medföra utmaningar avseende tidig diagnostik av Alzheimers sjukdom och omfattande kontroller under behandlingstiden.

Vilka patientgrupper kan ha nytta av de nya demensläkemedlen? Hur skall vi omfördela begränsade resurser för en klok och säker användning? Kostnaderna för de nya läkemedlen är höga, men det är också vården och omsorgen av otillräckligt behandlad demenssjukdom. Demenssjukdomar utgör en stor del av den totala sjukdomsbördan av psykiatriska sjukdomar, och behöver prioriteras.

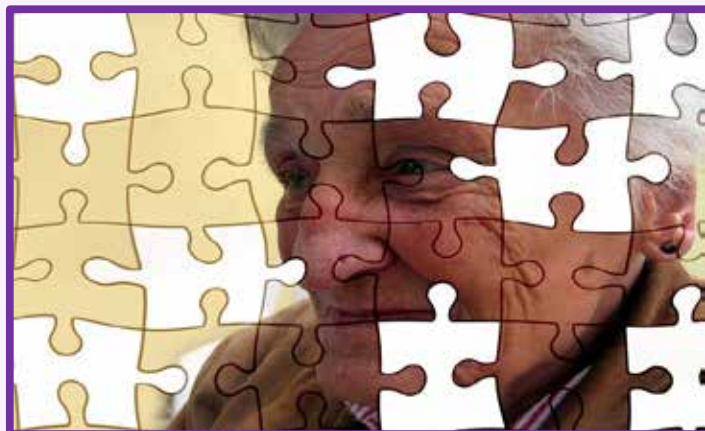
I år kommer årsmötessymposiet för Svensk Förening för Äldrepsykiatri (SFÄP) handla om modern behandling och diagnostik av demenssjukdom. Mötet äger rum den 20 oktober på Nobel Forum i Stockholm.
Välkomna!

Karin Sparring Björkstén
Stockholm

Mikael Ludvigsson
Linköping

Robert Sigström
Göteborg

Svensk förening för Äldrepsykiatri (SFÄP) - Årsmöte



Inbjudan till Nationellt symposium vid Nobel Forum: Modern behandling och diagnostik av demenssjukdom

- Datum:** Fredagen den 20 oktober 2023
- Tid:** - Kl. 9.30-10.30 ÅRSMÖTE för medlemmar i Svensk Förening för Äldrepsykiatri.
- Registrering, mingel med kaffe och smörgås från kl 10.30. Programmet startar sedan kl 11.00. Vg se nästa sida för hela programmet för dagen.
- Plats:** Nobel Forum, Nobels väg 1, Karolinska Institutet, Solna
- Målgrupp:** Läkare med intresse för äldrepsykiatri inkl. demenssjukdomar. Övriga i mån av utrymme.
- Arrangör:** Svensk förening för Äldrepsykiatri
- Anmälan:** Senast fredag den 6 oktober 2023. Anmälan görs på anmälningslänk från föreningens hemsida: www.aldrepsykiatri.se
- Avgift:** Avgiftsfritt deltagande. 
- Bekräftelse:** Du får en bekräftelse via e-post efter din anmälan. Saknar du bekräftelsen, så kontrollera din skräppost .
- Program för dagen:** Vg se nästa sida för hela programmet.
- Vid frågor:** Välkommen att maila admin@aldrepsykiatri.se.

Program för dagen, Nobel Forum den 20e oktober: Modern behandling och diagnostik av demenssjukdom

Tid	Innehåll i programmet	Föreläsare
09.30-10.30	Årsmöte för medlemmar i Svensk Förening för Äldrepsykiatri	
10.30-11.00	Registrering, mingel med kaffe och smörgås	
11.00-11.20	Välkomna till Stockholm Moderator: Karin Sparring Björkstén	Sarantos Stasinakis & Karin Sparring Björkstén
11.20-12.00	Kolinesterashämmares hälsoeffekter förutom de kognitiva: kardiovaskulära och psykiatriska	Maria Eriksdotter, professor Karolinska Institutet
12.00-13.15	Lunch på egen hand Moderator: Jorun Edgren	
13.15-13.55	Nya behandlingar: bromsande immunterapi vid Alzheimers sjukdom Moderator: Hernán Aguilar Palomino	Jan Marcusson, professor emeritus Linköpings Universitet
14.00-14.40	Andra aspekter av behandling vid demenssjukdom: läkemedel, omvårdnad	Dorota Religa, professor Karolinska Institutet
14.40-15.10	Kaffepaus och mingel Moderator: Mikael Ludvigsson	
15.10-15.50	Modern diagnostik Alzheimers sjukdom, blodmarkörer och mer likvärdiga demensutredningar i Sverige och världen	Oskar Hansson, professor Lunds Universitet
15.50-16.00	Aktiv paus under ledning av styrelsen i SFÄP	
16.00-16.30	Diskussionsstund: Modern behandling och diagnostik av demenssjukdom.	Diskussion under ledning av styrelsen i SFÄP och professor Dorota Religa
16.30-16.35	Slutord av styrelsen för SFÄP	



Med förhoppning om önskningar som slår in

Den 29 maj överlämnade styrelsen via undertecknad och vice ordförande Jonas Eberhard SPF:s önskelista till socialutskottet. Tack för inkomna synpunkter under våren! Vi kommer under hösten också träffa socialministern för överlämning av densamma. Förhoppningsvis kommer våra önskningar inte stanna där utan få gehör och bidra till bästa utveckling av svensk psykiatri för att förebygga psykisk ohälsa, suicid och minska lidande av psykisk sjukdom.

Den första önskan är högaktuell kopplad till att den nationella strategin för psykisk hälsa presenterades den 1 september på Folkhälsomyndigheten. Om en handlingsplan för psykisk hälsa blir "rätt" utformad kan den införliva våra övriga önskningar plus fler därtill.

Önskelistan finns för kännedom även på hemsidan www.svenskpsykiatri.se. Sprid gärna i ditt nätverk för mer gehör.

SPF:s psykiatriska önskelista till socialutskottet

- **Handlingsplan för psykisk hälsa**

Vi önskar en handlingsplan för psykisk hälsa med konkreta och utvärderingsbara mål på basen av vetenskap och beprövad erfarenhet samt med resurser för att genomföra den.

År 2020 fick Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten (tillsammans med 24 andra myndigheter) i regeringsuppdrag att utarbeta en nationell strategi som kommer att vara klar hösten 2023. Vårt önskemål är att en handlingsplan tas fram som anknyts till denna strategi.

Vi önskar vidare att handlingsplanen synkroniseras med SKR:s positionspaper för ökad synergi och tydlighet kring gemensamma mål.

Vi önskar långsiktighet av beslut kring resurser både gällande prevention och behandling samt en smidig och tydlig organisation som genomför årliga utvärderingar och eventuella revideringar av handlingsplanen vid behov.

Vårt önskemål är att få se en handlingsplan och organisation för att följa och revidera den vid behov vara klar senast hösten 2024.

- **Resurser för en kunskapsstyrd vård**

Vi önskar att man i hela Sverige implementerar de redan utvecklade och fungerande metoder som finns för vägen in till psykiatrisk vård så att den enskilda individen hamnar på rätt vårdnivå (för vuxna primärvård, internetpsykiatri, specialistpsykiatri inkluderat vid behov akutpsykiatri och slutenvård).

Vi önskar resurser för att bedriva vård enligt vårdprogram, riktlinjer och nationella programområden kring psykisk hälsa.

Vi önskar utveckling av stärkta klinikanpassade kvalitetsregistreringar av vård anpassade till rådande datasystem för att kunna följa och bidra till jämlik vård i landet för alla psykiatriska tillstånd.

Vi önskar se en vändning av trenden att psykiatriska tillstånd får en minskad del av sjukvårdsbudgeten, trots att behoven ökat, så att resurser till vårdpersonal, insatser och vårdplatser finns.

- **Suicidprevention på vetenskaplig grund**

Vi önskar resurser för att genomföra vårdnära insatser som vi redan idag vet kan förebygga suicid, som uppföljning en



Foto: Ninni Andersson/Regeringskansliet

vecka efter suicidförsök, uppföljning ett år efter suicidförsök, behandling av sjukdomstillstånd kopplat till suicidförsök.

Vi önskar att man utvecklar en nationell hjälplinje anknuten till Region/SOS alarm/1177 där psykiatriskt utbildad personal bidrar till triage till rätt instans: akutpsykiatri, specialistpsykiatri, internetpsykiatri, primärvård, ideella hjälporganisationer inkluderat stöddlinjer från civilsamhället, socialtjänst och eventuellt kyrka.

- **Fortsatt forskning och kunskapsutveckling**

Vi önskar fortsatt statliga stöd som motsvarar sjukdoms-
bördan och anslag som motsvarar vad som satsas på andra
stora sjukdomsområden för förbättring och utveckling av
metoder för att förebygga och behandla psykisk ohälsa.

- **Samsjuklighetsutredningen realiserar och förbättrad
vård av de svårast sjuka**

Vi önskar att man beslutar om att Samsjuklighetsutredningens
huvuddrag godkänns.

För att Samsjuklighetsutredningens förslag ska kunna
genomföras önskar vi en realistisk tidsplan för skatteväx-
ling, fördjupat arbete med anpassade lagförändringar samt
tillskott med resursförstärkningar, inkluderat utbildning av
personal.

Vi önskar förbättrade rehabiliteringsinsatser och samverkan
med kommuner för de svårast sjuka där redan fungerande

samverkansformer implementeras och insatser gällande
rehabilitering och stöd underlättas utan köer.

Vi önskar översyn av resursfördelning för att undvika un-
danträngningseffekter av de svårast sjuka.

- **Resurser för att minska hot och våld i psykiatrin**

Vi önskar se en utveckling där hot och våld i psykiatrin
vare sig är något som vårdpersonal ska räkna med ingår i
arbetsvardagen eller att patienter ska behöva bevittna eller
utsättas för själva.

Vi önskar resurser för att utbilda all personal i vetenskapliga
metoder för att förebygga hot och våld i psykiatrin. Vi öns-
kar också tillräckliga resurser i form av personal för att skapa
en trygg vårdmiljö både för patient och personal.

- **Vi vill hjälpa till**

Vi önskar att ni hör av er om det är någonting vi kan bidra
med.

Maria Larsson
Ordförande SPF

Save the date!

SFBUP-kongressen på Södra Teatern i Stockholm den 18–19 april 2024

Planeringen pågår för fullt, det blir ett högaktuellt och spännande program på temat "***Den komplexa patienten***".

Bland föreläsarna finns **Gabrielle A. Carlson**, professor på Stony Brook University i New York och tidigare president för AACAP.

Anmälan öppnar under hösten och preliminärt program kommer inom kort, håll er uppdaterade på SFBUP:s hemsida.

Vi ses i Stockholm i vår!

Styrelsen i SFBUP



STP representerade Sverige på konferens i Schweiz



Den 4–8 juli deltog fem läkare från STP:s styrelse i EFPT:s årliga konferens som i år ägde rum i Zürich. EFPT (European Federation of Psychiatric Trainees) är en organisation som samlar europeiska föreningar för ST-läkare i de psykiatriska specialiteterna. De svenska deltagarna representerade vuxen- samt barn- och ungdomspsykiatri.

Under den första dagen fick varje land presentera styrkor och förbättringsområden för landets ST-utbildning. Upplägget där 34 länder fick hålla en presentation förde tankarna till Eurovision Song Contest. Vi blev överraskade av ojämlikheterna mellan de olika länderna. Exempelvis får våra kollegor i Ukraina betala för att arbeta som ST-läkare i psykiatri och de rumänska läkarnas lön är så låg att de behöver två jobb för att gå runt ekonomiskt.

EFPT strävar mot att utjämna skillnader mellan de olika länderna och höja den generella kvaliteten på ST-utbildningarna. Sverige ligger bra till i många avseenden men kan definitivt bli bättre på andra. Exempelvis har man i en rad länder egen psykoterapi under sin ST, ett inslag som har försvunnit på många platser i Sverige. En deltagare uttryckte det som att man "inte kan förstå andra om man inte förstår sig själv".

Utöver föreläsningar bjöd konferensen också på posterpresentationer med oss som både deltagare och åskådare, samt ett studie-

besök till ett privat psykiatriskt sjukhus i Alperna. Under konferensens internationella kväll fick vi ta del av de olika ländernas kultur. Den svenska delegationen höll fanan högt och bjöd på Abba, polkagrisar och punsch.

För EFPT fortsätter arbetet under det kommande året i form av bland annat en vetenskaplig tidskrift, digitala föreläsningar och arbetsgrupper som bidrar till ökad fortbildning inom exempelvis ledarskap, farmakologi och barn- och ungdomspsykiatri. EFPT har även ett utbytesprogram som möjliggör utbyten för kortare studiebesök i olika europeiska länder.

Amy Bruta

Barn- och ungdomspsykiater, BUP Stockholm

Maria Gustavsson

ST-läkare, VUP Gotland

Daniel Hedqvist

Vuxenpsykiater, VUP Skellefteå

Alberto Perdomo Pérez

ST-läkare BUP Skåne

Eric Tapia

ST-läkare, VUP Västerås

Foto: Thomas Bremnes

Comeback med brett utbud

Rapport från årets APA-kongress

Vid årets stora APA-kongress i San Francisco gjorde APA verkligen en comeback efter pandemiårens mer begränsade former av möten. Utbudet var som vi brukar känna igen APA, dvs brett, stort och omfattande med flera tusentals besökare från hela världen. Styrelsen var på plats med tre representanter – Steinn Steingrímsson, Daniel Hedqvist och Martin Hultén – och vi berättar här mer om våra upplevelser av kongressen.

Martin Hultén:

I egenskap av SPF:s ordförande hade jag blivit personligen inbjuden till årets APA-kongress och således förgylldes hela kongressveckan av olika trevliga VIP-möten med APA:s styrelse och andra länders inbjudna "presidenter". Detta sätt att bjuda in flertalet nationers psykiatripresidenter var ett nytt grepp från APA som framöver önskar öka det globala psykiatriska samarbetet och stärka nätverket av psykiatrföreningar över nationsgränser. De vill även öka utbudet av internationella inslag och föreläsningar på själva APA-kongressen. I efterförloppet har jag redan haft flera kontakter, bland annat med Kanadas ordförande angående utformning av nytt sjukhus för rättspsykiatriska patienter och gällande nästa möte i New York finns nu stående inbjudan att föreläsa om ECT, kvalitetsregister och patientsäkerhetsarbete.

Särskilt intressant från programmet var bland annat föredrag och debatt om eutanasi vid psykiatriska tillstånd. Det blev en grundlig genomgång av läkaretiken och med varnande exempel från Kanada där det sedan ett tag varit tillåtet med dödshjälp vid svårare psykiatriska tillstånd men där en farlig indikationsglidning redan skett. Det blev skrämmande tydligt att det är en mycket vanskelig och svårnavigerad väg att ta ur etiskt, moraliskt perspektiv.

Även givande att ta del av den vårdkris som nu drabbar flera stater i USA, inte minst i New York där det råder sjuksköterskebrist och de som jobbar kvar blir allt oftare utbrända. I mångt och mycket liknande vår egen vårdkris och de gick igenom olika personalprojekt för att behålla sin personal och öka meningsfullhet och välbefinnande på jobbet. Det var allt ifrån övergripande insatser till personálnära, som t.ex. "take ten minutes" för att fokusera på återkommande återhämtning under arbetspassen.

Vidare slående hur allt större plats som gavs inslag om AI och virtual reality-stöttad diagnostik och behandling, samt förstås om hur den psykiska hälsan påverkas av klimatförändringarna. Psykiatri är på många sätt den specialitet som kanske tydligast speglar aktuella förändringar i samhället.

Steinn Steingrímsson:

Flertalet föreläsningar var av stort intresse och inte minst alla inslag om digitalisering. Datorspel utvecklat inom Minecraft för sömnstörning, digitala patienter för att lära ut psykiskt status med



Steinn (vänster) och Martin (höger) på kongressens balkong med San Franciscos Museum of Modern Art i bakgrunden. Foto: Gunnar Moustgaard.

mera. Även om det finns mycket att utveckla är det ingen tvekan om att chatbotar och andra former av AI kommer bli del av vardagen inom kommande år. Sedan presenterades en del intressanta sätt att bedriva kliniska studier utan fysiska besök som visserligen var en nödvändighet under pandemin men som visat sig kanske vara ett sätt att öka deltagande i studier. Sammantaget en inspirerande kongress där flertal positiva förslag presenterades.

Daniel Hedqvist:

APA bjöd som alltid på en oerhört stor mängd föreläsningar om det mesta inom psykiatri, allt från prekliniska ämnen till husdjurs användning i psykiatri. Högpunkten för mig var Stephen Stahls föreläsning om MAO-hämmare, där huvudbudskapet var att preparaten är underanvända och därtill också lättare att använda än många tror.

Något som för min del blev tydligt var den polarisering som finns i USA. Många föreläsningar berörde ämnen som är aktuella i landet, exempelvis abort, rasism och cannabis, men det var inte alltid kopplingen till psykiatri var så tydlig. Utanför kongressen hölls antipsykiatriska demonstrationer, vilket vi inte är så vana vid i Sverige.

Intressant var också att få se vilka läkemedel som lanseras i USA och som kanske dyker upp här hemma framöver.

Martin Hultén

Ordförande emeritus SPF

Chefläkare Psykiatri Skåne

Steinn Steingrímsson

Vetenskaplig sekreterare SPF, kassör SFFP

Docent och överläkare i psykiatri

Psykiatri Affektiva, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Daniel Hedqvist

Styrelsen SPF

Chefsöverläkare Psykiatriska kliniken, Skellefteå lasarett



Psykiatrisk vidareutveckling i midnattssol

SPF:s styrelses juniinternat

Som led i att styrelsen vill ta del av hela landets psykiatri lades detta internat i Skellefteå. En stad som präglas av nybyggaranda kopplat till att en stor litiumbatteriindustri förlagts i staden. Mötet ägde rum dels på Skellefteå lasarett, dels i det nybyggda Kulturhusets hotell helt i trä. En byggnad som bidragit till att Skellefteå 2022 av den amerikanska nyhetstidningen TIME listats som en av världens 50 bästa platser. En utnämning som förpliktigar!

Mötet innehöll som vanligt ett aktivt utbyte för bästa utveckling av svensk psykiatri kring olika områden och inleddes med ett studiebesök på den psykiatriska kliniken.

Akutpsykiatri med perspektiv

Det har ibland framförts synpunkter på att många av de frågeställningar som lyfts i svensk psykiatri utgår från storstadsperspektivet vilket egentligen bara representerar cirka halva delen av landets psykiatri. Inspirerade att lyfta frågeställningar i psykiatrin även i mindre städer var det därför extra intressant att ta del av verksamhetschef Fredrik Renbergs redogörelse för Skellefteås psykiatriska klinik. Han berättade om en psykiatrisk klinik med ett stort upptagningsområde som sträcker sig från kusten i öst till norska gränsen. Utifrån det beskrev han hur olika former av lösningar behövt komma till stånd för att kunna bedriva trygg och säker vård. Särskilt utmanande i mycket glesbefolkade delar där olika kreativa lösningar, även innefattande civilsamhället, bidragit. Ett

spännande perspektiv var när frågan huruvida Psykiatrisk Akut Mobilitet, PAM, finns i Skellefteås psykiatri kom upp. Fredrik visade pedagogiskt på en karta att om en patient ska hämtas i Tärnaby till slutenvården i Skellefteå är avståndet lika långt som från Stockholm till Borås, vilket förstås leder till att man behöver hitta andra lösningar. På det sättet lyfte han också betydelsen av att man behöver ha med sig olika perspektiv när man planerar vård i större respektive mindre städer och inte utgå ifrån att samma lösningar passar överallt. På samma tema uttryckte han en önskan om att underlätta mer för digitala lösningar vilket är av särskild vikt i glesbygdsområden.

En klinik utan problem att rekrytera

Fredrik berättade också att Skellefteås psykiatriska klinik inte längre har problem att rekrytera ST-läkare till psykiatri. Han trodde att det delvis berodde på att man aktivt arbetat för ett klimat där alla ska vara delaktiga i olika former av förbättringsarbete. Samtidigt beskrev han hur viktigt det är med en tydlig ledning kring godkännande av vilket förbättringsarbete som ska genomföras samt regelbundna avstämningar om hur det går och bidrag med hjälp för genomförandet vid behov. Tillsammans med korta beslutsvägar tror han att det bidragit till ett positivt utvecklingsklimat på kliniken i stort som gjort det lättare att rekrytera. Vidare berättade han att kliniken i flera år legat högt i AT-rankning och troligen har även utbildningsklimatet för AT-läkare bidragit till att flera läkare ändrat intresseområde och valt psykiatri som specialinriktning.

En stad som växer men inte resurserna

Fredrik beskrev också en glädje över den tillväxt som sker i Skellefteå. Emellertid är det ett stort problem att trots att man beräknar få en ökad population med cirka 20 % drar man ned resurser till psykiatrisk vård. En matematik som ganska enkelt inte går ihop, rimligen behöver beslutsfattare gå tillbaka till ritbordet och tänka om. Inte minst då många inflyttade är yngre där psykisk ohälsa ofta är det område där många behöver mer vård.

Remissernas och kliniska riktlinjernas betydelse

Förutom inspiration från psykiatri i Skellefteå fylldes dagarna även av andra diskussioner.

Vi hade en grundlig diskussion om hur vi bäst jobbar med remisserna för att våra svar ska få mest betydelse i påverkan av beslut. Vidare diskuterade styrelsen olika sätt att försöka komma in tidigare i utredningsprocessen för att få större möjlighet till påverkan av slutresultatet.

Under mötet lyftes även läget kring arbetet med olika kliniska riktlinjer, både de som är "i pipeline" och de som är på väg att slutföras. Bland annat diskuterades möjligheterna till någon form av riktlinjer kring diagnostik men inget beslut fattades. Vidare lyftes läget av det precis påbörjade arbetet med att uppdatera de kliniska riktlinjerna kring suicidprevention och om psykosjukdom, där arbetet för båda precis påbörjats. Till stor glädje framkom också att det ser ut som att de farmakologiska riktlinjerna och de uppdaterade kring bipolär sjukdom kommer att vara klara till SPK 2024. Spännande att då troligen få ta del av presentationer kring dessa.

Den internationella sekreterarens roll

I och med att årsmötet beslöt att en i styrelsen också ska ha en internationell sekreterarroll som tillägg till övrig roll (vice ordförande Jonas Eberhard har sedermera utsetts), diskuterades också dennes roll. I samband med denna diskussion lyftes även mer generellt hur SPF kan bidra till psykiatri utanför Sverige och hur vi kan inspireras av psykiatri från andra delar av världen. Styrelsen landade i att det är klokt att tänka strategiskt både gällande vilka konferenser vi ska delta i och eventuella särskilt intressanta platser att göra studiebesök på. Vår internationella sekreterare får en central roll i att hålla i trådarna.

Svensk Psykiatri och våra övriga tidskrifter

Under mötet diskuterade vi också hur vi kan utveckla länken mellan Svensk Psykiatri och övriga tidskrifter som vi via NPA är delaktiga i: "The Nordic Psychiatrist" och "The Nordic Journal of Psychiatry". Olika sätt att synliggöra tidskrifterna diskuterades och utvecklingen av dessa samarbeten kommer att ledas av redaktör Tove Gunnarsson i samråd med vetenskaplig sekreterare Steinn Steingrímsson.

Kunskapsprov och mer under SPK 2024

Många andra områden diskuterades och berördes under de intensiva dagarna men då en central uppgift för SPF är att genomföra Svenska Psykiatrikongressen varje år så väljer jag att avsluta med att berätta lite om arbetet med detsamma under internatet. Olika spännande förslag på teman och programpunkter kom upp och i samband med internatet öppnades också möjligheterna att skicka in abstracts till nästa års kongress, en möjlighet som öppen till den 2 oktober, så passa på att skicka in ditt bidrag. En nyhet värd att särskilt lyfta, som du inte får missa, är det Kunskapsprov för ST-läkare och specialister, med begränsat platsantal, som kommer att äga rum för första gången på STP-konferensen och SPK 2024. Se separat artikel för mer information.

I korthet var mötet på många sätt mycket inspirerande och givande. Alla utom styrelsens ST-läkarrepresentant, Daniel Hedqvist som är verksam i Skellefteå, lämnade "Guldstaden" fyllda av ljuset från mötet samt midnattssolen och för vissa av oss med ett vackert minne av en smak av surströmming vid havet.

Maria Larsson
Ordförande
Foto: Tarmo Kariis



Rapport från UEMS-möte i Oslo juni 2023

Årets första möte med UEMS Psychiatry gick av stapeln i ett hett Oslo, temperaturen snuddade 30 grader. Det var excellent arrangerat av Morten fra Oslo och Morten fra Bergen.

Första dagen var det **information om psykiatrins organisation** i Norge och hur utbildningen till specialister är organiserad. Som förväntat så var det mesta bekant för en delegat från grannlandet i öster. Två anmärkningsvärda uppgifter kan vara värda att nämna. Med reservation för att jag missförstått, nämndes att på några psykiatriska kliniker i Norge hade det inrättats avdelningar där de inlagda kunde välja bort behandling med psykofarmaka. Detta hade införts efter påtryckning från patientföreningar.

När de **neuropsykiatriska diagnoserna** kom upp till diskussion visade det sig att det är stora skillnader mellan olika länder i Europa. Holland och Sverige utmärker sig genom att patienterna på en allmänpsykiatrisk mottagning till 25–30 % utgörs av individer med diagnoserna adhd eller autismspektrumstörning.

Dagen avslutades med en **rundtur på Ullevåls mentalsjukhus**. Vi fick en rundvisning och möttes av vänlig och engagerad personal. Planering pågår för att bygga nytt psykiatriskt sjukhus och jag uppmanade kollegorna att studera Sveriges nybyggen för att bli antingen inspirerade eller avskräckta, beroende på vilken inställning man har till terapeutiska hus.

UEMS-mötet ägde sedan rum i läkarnas hus, centralt i Oslo. Även om de flesta föredrar att träffas fysiskt är nog hybridmötet här för att stanna. Det gav denna gång en observatör från psykiatri i Ukraina möjlighet att delta.

Arbetet med ett **curriculum** för utbildning och träning av specialister inom psykiatri går vidare och diskussion förs angående former för examination.

Det äger också rum **diskussion i mindre arbetsgrupper** och min plats är i gruppen för kommunikation. Gruppen brottas med frågan hur UEMS Psychiatry ska nå ut med information och skapa delaktighet på nationell nivå. Vi enades om att det inte bara är viktigt att redovisa resultatet av det interna arbetet, utan också

försöka fånga upp intressanta framtidsfrågor. Kanske det skulle kunna finnas ett digitalt forum där nya hypoteser, problem och erfarenheter kunde diskuteras. Exempel på detta är skärmbroende, adhd som en systemsjukdom, mastcellsaktiveringssyndromets psykiska symtom, psykoterapiens plats i yrkesutövningen, vad är en terapeutisk byggnad, m.m.

När det gäller rapporter från samverkan med andra organisationer vill jag personligen lyfta arbetet inom den nyinrättade gränsöverskridande gruppen, på initiativ från UEMS centralt, **The Thematic Federation for Green and Sustainable Education**. Gruppen är nystartad och består av 14 läkare som är engagerade i "Climate Change and Health", från olika specialiteter, från olika länder i Europa, där Sydeuropa dominerar. Tyvärr är undertecknad den enda representanten från Norden. Kanske finns det ett ointresse bland läkare, visserligen högt utbildade, men mer reaktiva än proaktiva. Den slutsatsen drar jag efter att ha varit engagerad i Läkarförbundets Klimatgrupp och varit delaktig i att ta fram deras klimatpolicy. Passiviteten, ibland på gränsen till förnekande, var ibland förlamande och Klimatgruppen har stilla insomnat.

The Thematic Federation for Green and Sustainable Education har nu tagit fram förslag på ett gemensamt ställningstagande från UEMS som är ute på remiss. Likaså finns ett utkast när det gäller hur temat "Climate Change and Health" kan ingå som en obligatorisk del i all specialistutbildning, oavsett specialitet. Här intill kan den intresserade läsa en sammanfattning av gruppens förslag **"UEMS's Position Paper on Planetary Health"**.

För den som ytterligare vill reflektera över individens roll när det gäller vår tids ödesfråga rekommenderar jag läsning av James Lovelocks sista lilla skrift, utgiven 2021, "We Belong to Gaia", och vår australiensiska kollegas tankar som hittas här: https://www.theguardian.com/commentisfree/2023/jul/05/climate-crisis-grief-is-real-solastalgia-dying-planet?CMP=share_btn_link

Text och foto:
Olle Hollertz
UEMS-delegat

Planetary Health - Position Paper

for UEMS Thematic

Federation for Green and
Sustainable Medical Prac-
tice - a summary



Planetary health recognizes the interconnectedness between the health of human beings and the health of the natural systems on which we depend. It emphasizes the critical importance of maintaining a harmonious relationship between human civilization and the planet's ecosystems to ensure the well-being of both.

The concept of planetary health acknowledges that human activities such as pollution, deforestation, climate change, and biodiversity loss, have far reaching impacts on the environment and, in turn, on human health.

UEMS positions planetary health and climate change as the major health challenges in the 21st century. UEMS is committed to the

fight for achieving sustainable medical practices and supporting the enhancement of healthcare system resilience towards current and emerging challenges contributing in so to a more sustainable, healthy and well-being promoting future. For this purpose, urgent action from both health care professionals and policy makers is needed. Self understandably, this requires a collaborative effort being made from all engaged parties, health providers, and policy makers at a European and national level.

The UEMS requests the EU commissioners, members of the European parliament, and all European policy makers to promote health in all policies. Particularly, prevention of both mental and physical illness must be prioritized over commercial profits.



Samverkan på riktigt i Ing-Marie Wieselgrens anda Almedalen 2023

Vi lyfter ofta ordet samverkan som en lösning på komplexa problem men vad betyder det egentligen? Vem eller vilka ska göra det och när? Om man söker på ordet samverkan finns som betydelse bland annat *"ett gemensamt handlande"* eller att man *"tillsammans ska försöka uppnå ett gemensamt mål"*.

För att stärka just ett gemensamt handlande för att komma längre i utvecklingsarbetet för samma mål, grundades hösten 2022 ett nätverk för samverkan mellan professionsföreningarna. Det informella nätverket består av styrelserepresentanter från Fysioterapeuterna, Kuratorsföreningen, Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri, Svenska Psykologförbundet, Svenska Psykiatriska Föreningen och Sveriges Arbetsterapeuter.

Nätverket träffades första gången på Sveriges Kommuner och Regioner men har sedan dess haft de flesta möten i hybridform för att möjliggöra deltagande från de olika professionsföreningarnas styrelserepresentanter från hela landet. Olika ämnen där vi delar samma mål har diskuterats, där det finns möjlighet att samverka för att få en starkare gemensam röst. Ett mål som vi alla delar är att få till samverkan "på riktigt". Ett annat gemensamt mål vi hittat är att beslutsfattare tidigt ska vända sig till professionerna för input vid frågor som rör psykisk hälsa, tidigt i beslutsprocessen som helhet.

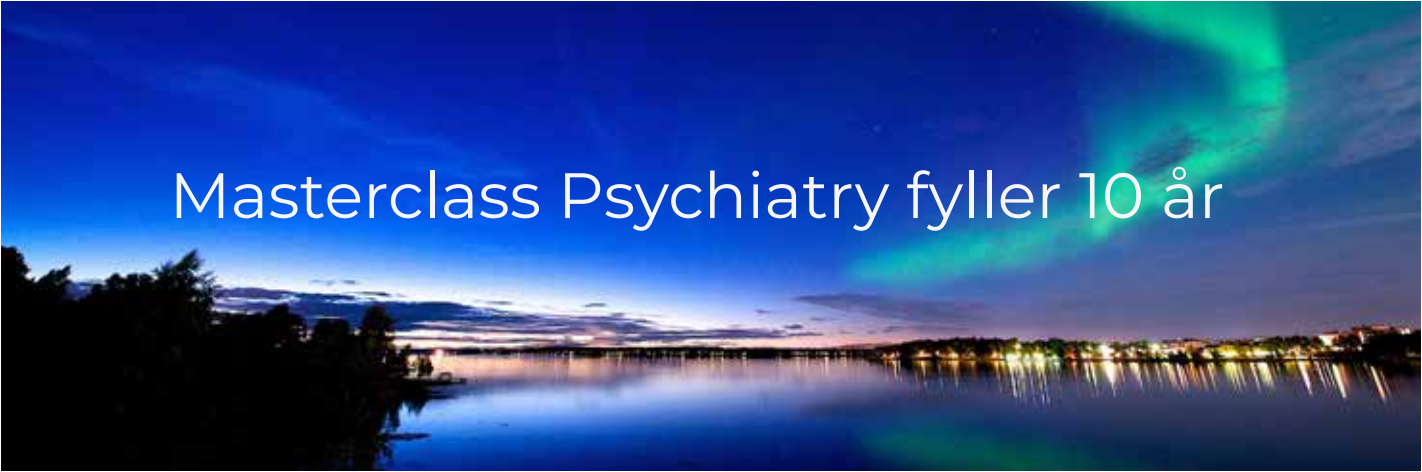
Ett tredje, som också gav upphov till en gemensam programpunkt i Almedalen under sommaren, är betydelsen av att nå långsiktighet vid satsningar för psykisk hälsa. I programpunkten *"Psykisk hälsa 2030 – Om patienten och professionen får bestämma"* deltog representanter från professionsföreningarna*. De olika föreningarna lyfte gemensamt en vision av hur vård skulle kunna vara 2030 om vi alla fick förutsättningar att bedriva vård på basen av vetenskap och beprövad erfarenhet utifrån våra professioner men också genom gemensamma lösningar. Ordförande för Attention, Anki Sandberg, modererade i egenskap av att vara representant för

NSPH och således också brukarna som i förlängningen är dem vi alla jobbar för. Vidare deltog riksdagspolitikerna Christian Carlsson (KD) och Anna Vikström (S) i diskussionen för att lyfta betydelsen av att politiker i beslutande nivå behöver samverka mellan de olika blocken för att vi ska kunna uppnå en förändring, samt även med profession och patientföreningar.

Programpunkten var inspirerande och gav mersmak. Det var tydligt att många åhörare uppskattade det samlade greppet. Mycket glädjande också att politikerna var mycket intresserade av att ta del av professionernas och patienternas synpunkter. Trots att utbytet och samverkan kring att lyfta behovet av långsiktiga satsningar för psykisk hälsa var inspirerande, var det nog för många av oss ett annorlunda Almedalen i år kopplat till tragedin från ifjol. Fler vakter syntes, färre dörrar vara öppna. Möjligen var det bara så att jag själv tidigare år inte tänkt på säkerhetsnivån. I alla fall hade jag en något mer melankolisk känsla på gatorna i Visby i sommarskrud detta år. Samtidigt som den programpunkt vi deltog i kändes extra fin kopplat till att kraftsamling för psykisk hälsa och gemensamt arbete var ett av de områden som Ing-Marie jobbade för och att det är tydligt att arbete för vidare utveckling fortsätter. Det var också mycket fint att delta vid invigningen av Ing-Marie Wieselgrens stiftelse där många talare bidrog till fortsatt inspiration till att fortsätta arbetet för psykiatrin, inte minst för en framtid där betydelsen av samverkan förhoppningsvis alltid förknippas med handling och arbete mot gemensamma mål och positiv utveckling.

Maria Larsson
Ordförande SPF
Fotograf Sanna Fransson

*Kuratorsföreningen och Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor hade förhinder



Masterclass Psychiatry fyller 10 år

Efter att covid-19-pandemin äntligen var över, gjorde Masterclass Psychiatry en comeback i juni med en ny djupgående och interaktiv workshop – *The psychodynamics of uncertainty*.

Ungefär 50 deltagare hade möjligheten att av våra internationella experter lära sig konsten att hantera osäkerhet, komplexa psykiatriska fall och vetenskapen bakom det hela.

Årets talare inkluderade dr **Julian Stern** och **Jessica Yakeley** från Tavistock Clinic London.

Julian diskuterade skam, skuld, tvångsmässighet och psykodynamiken i populism med praktiska fall exempel. Jessica diskuterade parafili och psykopatins rötter.

Joram Ronel från Technical University of Munich/Barmelweid Clinic i Schweiz höll tre terapilabbar där svåra fall utforskades med skådespelerskan Judith Gorgass.

Programmet avslutades med filosofiska betraktelser om livets oberäknelighet och medvetandets natur från ett kvantfysiskt perspektiv med professor **Jack Tuszyński** från University of Alberta, Kanada och Polytechnic University of Turin, Italien, som anslöt sig till konferensen på distans.

Konferensen erbjöd en spännande möjlighet att kombinera toppmodern medicinsk utbildning med en riktigt norrländsk sommarupplevelse i ett varmt och soligt Luleå.

Årets workshop var Masterclass Psychiatrys sjätte upplaga.

I februari 2014 inleddes Masterclass Psychiatry med ett tema om psykofarmakologi med professor **David Taylor**, författare till Maudsley Prescribing Guidelines, som huvudtalare. Därpå följande masterclass 2015 behandlade neuroutvecklingsstörningar, inlärningssvårigheter och psykos. Särskild gäst vid denna masterclass var professor **Ulrik Malt** från Oslo som varit expertvittne i rättegången mot Anders Behring Breivik.

I juni 2016 var Masterclass Psychiatry värd för European Association of Psychosomatic Medicines (EAPM) årliga konferens – **Transforming health with evidence and empathy**, som lockade drygt 450 deltagare från cirka 40 länder. Konferensen öppnades av sir **Simon Wessely** från Maudsley Hospital i London som då var president för Royal College of Psychiatry.

Februari 2018 hölls vår fjärde masterclass, dedikerad till transkulturell psykiatri med professor **Dinesh Bhugra** från Maudsley Hospital i London, tidigare president för World Psychiatric Association. Dinesh delade scenen med bland andra professor **Kamal-deep Bhui**, dåvarande redaktör för British Journal of Psychiatry. Kam diskuterade terrorism, extremism och religion i relation till psykisk hälsa.

2020 höll Masterclass Psychiatry sitt femte evenemang i februari, strax före covid-19-restriktionerna. Denna masterclass antog sin nuvarande form som en djupgående interaktiv fallbaserad workshop. Denna gång i avskild vintrig miljö vid kusten en bit från Luleå.

I januari 2023 höll Masterclass Psychiatry även en regional studiedag om affektiva störningar med professor **Allan Young** från Maudsley Hospital i London, docent **Jonas Eberhard** från Lunds universitet och med dr **Matilda Naesström** från Umeå universitet. Under denna dag presenterade även våra egna doktorander sin forskning med en unik möjlighet att få feedback från våra experttalare.

Under dessa tio år har Masterclass Psychiatry varit värd för sex nationella och internationella evenemang med över 40 internationella talare samt lockat över 1000 deltagare. Alla evenemang har organiserats av Region Norrbotten i samarbete med internationella lärosäten. Alla evenemang har varit LIPUS-certifierade. Masterclass Psychiatry 2016 och 2018 var till och med EACCME-certifierade. Det genomsnittliga LIPUS-betyget för alla sex evenemang var 5,1/6. Evenemanget 2020 ackompanjerades av ett spektakulärt norrsken, evenemanget 2023 av magiska ljusa nätter.

Vi arbetar nu med nästa masterclass som kommer att hållas som en norrländsk vinterworkshop den 20–21 februari 2025. Det kommer att vara kallt, men ämnena kommer att vara heta. Notera redan nu dessa dagar i din kalender, följ oss på vår webbplats masterclasspsychiatry.se och registrera dig för vårt nyhetsbrev.

Välkommen till Luleå i februari 2025!

Ursula Werneke
Överläkare och docent i psykiatri
Sunderby sjukhus, Luleå



Evidensbaserad rättspsykiatri

Den 23 och 24 augusti 2023 anordnades en nationell rättspsykiatrisk konferens i Göteborg som del av forskningsprogrammet FORevidence, båda på temat "Evidensbaserad rättspsykiatri". Ambitionen var att med konferensen som språngbräda skapa förutsättningar för ett nationellt samarbete för utveckling av evidensbaserad vård inom de rättspsykiatriska verksamheterna i Sverige.

Intresset var stort och konferensen fullbokad med omkring 250 deltagare från hela landet. Föreläsarna var en blandning av kliniskt verksamma forskare med olika professioner inom det rättspsykiatriska fältet, klinikchefer, representanter från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Sveriges kommuner och regioner (SKR) samt för anhörig- och patientorganisationerna Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH) och Patienter i rättspsykiatri (PAR).

I ett huvudtal föreläste **Knut Sundell**, docent i psykologi och sakkunnig vid SBU, om sina erfarenheter av möjliga vägar från "emmenbaserad" till evidensbaserad praktik.

Programmet var fullmatat men varierat. Utöver mer traditionella föreläsningar bjöds på spoken-word-inspirerad presentation av omvårdnadsforskning, virtual reality-upplevelser och Sverigepremiär av kortfilmen "**Människan bakom**". Filmen är en del av FORevidence-programmet och syftar till att ge inblickar i rättspsykiatriska patienters resa före, under och efter rättspsykiatrisk vård till en bredare publik.

Efter ett antal engagerande föreläsningar och seminarier, och inte minst en välbesökt konferensmiddag, föreläste den andra huvudtalaren **Ulrica von Thiele Schwarz**, professor i psykologi vid Mälardalens universitet, om konsten att implementera nytt på sätt som gör nytta på riktigt.

Under konferensens avslutande **paneldebatt** var det tydligt att utmaningarna kan uppfattas som många men också i många fall gemensamma med angränsande verksamheter och samhällsaktörer. Från en engagerad publik lyftes både frågor om och förslag på hur kunskaper om evidensbaserad praktik kan utvecklas, spridas och implementeras.



Konferensen avslutades med att **Märta Wallinius**, docent i rättspsykiatri, forskningschef vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Växjö och programansvarig för FORevidence, tillsammans med **Peter Andiné**, professor i rättspsykiatri vid Göteborgs universitet och ordförande i konferensens organisationskommitté, bjöd in till **nästa nationella rättspsykiatriska konferens som planeras till augusti 2025**.

Inom FORevidence-projektet kommer erfarenheter från årets konferens att förvaltas i ett fortsatt arbete med att bidra till utveckling av evidensbaserad rättspsykiatri på nationell nivå.

Anja Fernqvist
Överläkare vid Rättsmedicinalverkets rättspsykiatriska utredningsenhet i Göteborg
Doktorand vid Centrum för etik, juridik och mental hälsa vid Göteborgs universitet
Medlem av konferensens organisationskommitté.
 Foto: Åse Holl.

Fotnot

Forskningsprogrammet FORevidence är finansierat av Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (FORTE) och genomförs av centrumbildningen CELAM vid Göteborgs universitet i samverkan med Lunds universitet, Linnéuniversitetet, Rättsme-



dicinalverket, de rättspsykiatriska verksamheterna vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg, Rättspsykiatriska regionkliniken i Växjö och Rättspsykiatri i Region Skåne.

Kortfilmen "Människan bakom" är skapad av FORevidence och produktionsbolaget ACME i samarbete med den Rättspsykiatriska kliniken i Växjö.

Highlights från 9th World Congress on ADHD

"Modernizing the concept of ADHD"

Psykiatern Hans Ackerot och barn- och ungdomspsykiatern Sara Sandgren deltog i denna kongress som ägde rum i Amsterdam den 18–21 maj i år. De delar här med sig av några höjdpunkter från kongressen samt personliga reflektioner över evenemanget.

ADHD hos vuxna

Kongressen ägde rum i soliga Amsterdam under fyra dagar. Mångsidiga föreläsningar, "grand rounds", kurser och livliga diskussioner, inklusive debatter om medicinering som förstahandsalternativ för små barn, engagerade åhörarna. En omfattande posterutställning fanns också.

Är ADHD en riskfaktor för demens och mild kognitiv svikt?

Edna Grünblatt, Panagiota Pagoni, Douglas Leffa och Zheng Chang
Forskning indikerar en koppling mellan ADHD och risken att utveckla demens. Alzheimers sjukdom är mindre ärftlig (0,7 %) än ADHD (5 %). Svenska registerstudier tyder på högre risk för alzheimer och mild kognitiv svikt hos individer med ADHD, särskilt om andra psykiatriska sjukdomar förekommer, samt för män. Risken minskar med mindre släktskap men är tydlig även bland mor-/farföräldrar, faster, far-/morbröder. Sambandet är tydligast vid tidigt debuterande demenssjukdom. En koppling mellan ADHD och demens verkar föreligga, men man vet inte hur den ser ut. Många med demens har ej utretts för ADHD. Behandlingsmetoder för en växande grupp med både ADHD och demens behövs.

Perspektiv på utvecklingen av forskningen inom ADHD-området

Stephen Becker, Luis Rohde och Emily Smirnoff
Sluggish cognitive tempo (SCT) eller cognitive disengagement syndrome (CDS) diskuterades. SCT likställs med CDS och ses hos 25–40 % av unga med ADHD och ca 40–50 % hos vuxna. Dessa individer presterar sämre och har lägre utbildningsgrad. Emotionell dysreglering (ED) verkar vara en kärnkomponent för ADHD snarare än associerat drag och ses hos 40–50 % av unga med ADHD. De har betydande funktionshinder kopplade till ED såsom utbrott, irritabilitet, ilska och låg stresstolerans. ED tycks öka med allvarlighetsgraden av ADHD.

Late onset ADHD är omdiskuterat. 1–2 % av vuxna drabbas. Ingen känd prediktor, men en hypotes är att strukturerad uppväxtmiljö kan ha skyddat från och dolt utmaningarna. Symptom fluktuerar, särskilt vid remission.

För mig är det oklart hur jag, i vardagen, ska ha nytta av begreppen SCT/CDS. När jag ser den typen av symptom tänker jag att man måste fundera över intellektuell funktionsnedsättning. ED känner jag igen från min kliniska erfarenhet. Spännande diskussion om late onset ADHD och dess förklaring. Patienterna finns ju.

Ökar centralstimulantia produktiviteten hos icke-ADHD-personer?

David Coghill

Det är inte helt ovanligt att personer utan ADHD ibland använder centralstimulantia för bättre prestation, t ex studenter. I en placebokontrollerad studie (RCT) med 40 deltagare, 18–35 år, utan ADHD, använde man, förutom placebo, metylfenidat, dexamfetamin och modafinil i normala vuxendoser. Resultatet visade att de som fick centralstimulantia arbetade mer intensivt men presterade betydligt sämre än placebogruppen. Ingen skillnad mellan preparaten. Studiens slutsats är att "smart drugs" inte gör personer utan ADHD smartare, tvärtom presterar de sämre!

Har centralstimulantia en skyddande effekt mot dödlighet associerad med ADHD?

Martin Gignac

I Quebec studerades 115 000 personer med ADHD från födseln till 25 års ålder/död. Resultaten visade att medicinerade individer hade lägre risk för trauma och dödsfall. Både centralstimulantia och annan farmaka mot ADHD gav skyddande effekter. Detta visar på vikten av medicinering och att långtidsbehandling är av betydelse.

Samband mellan emotionell dysreglering och brottslighet hos vuxna med ADHD

Ylva Ginsberg

Det finns en ökad risk för antisocial personlighetsstörning hos barn med ADHD. På anstalter är ADHD ca tio gånger vanligare. Forskningen visar på samband mellan emotionell dysreglering (ED) och ökad våldsbegär. En norsk studie visar att svårare hyperaktivitet, impulsivitet och ED var signifikant associerat med fler brottsdomar. Bättre behandling behövs. Är ED ett kärnsymtom?

Är det ADHD eller mild kognitiv svikt? En diagnostisk utmaning hos äldre

David Goodman

Utmaningar vid diagnostik av ADHD och mild kognitiv svikt hos äldre diskuterades. Äldre personer lider ofta av andra sjukdomar och medicinerar mot dessa, vilket gör diagnostiken komplex. Viktigt att få insikt i hur de fungerade vid 40–50 års ålder. Viktigt att även äldre med ADHD får rätt behandling. En risk är att ADHD-symptom tolkas som en del av demenssjukdomen!

Varför psykiatri ska bry sig om samtidiga somatiska sjukdomar och ADHD

Sören Dalsgaard

Här presenterades TIMESPAN, en multicenterstudie ledd av Henrik Larsson, som undersöker kopplingen mellan ADHD och kardiovaskulär sjukdom (CVD) på lång sikt och syftar till att bidra till rekommendationer för båda tillstånden. ADHD-patienter debuterar tidigare i CVD, behandlas oftare för hyperlipidemi i unga år och har betydligt kortare livslängd. Utöver genetiska samband mellan ADHD, diabetes typ 2 och obesitas, har vuxna

med ADHD ofta mer ohälsosamma vanor, röker, lider av sömnproblem samt lägre behandlingsföljksamhet. Därmed bör psykiatrien engagera sig i sambandet mellan somatiska sjukdomar och ADHD. Tidig identifiering av sådana komorbiditeter är viktigt för att optimera behandlingen och skydda patienten från allvarliga kardiovaskulära tillstånd.

Hans Ackerot
Medicinsk verksamhetutvecklare, överläkare, Förvaltningsledningen,
Psykiatrien Halland, Konsultläkare Skyddsvärnet i Göteborg
Konsultläkare Basta Väst
Foto: Privat



ADHD hos barn och ungdomar

Vid evenemang med ADHD-fokus är det vanligt att psykofarmakologi tar upp mycket utrymme, givet de effektiva medicinerna för patientgruppen och områdets kontinuerliga utveckling. Men denna kongress bjöd på en verklig bredd på det vetenskapliga utbudet.

Här följer några av mina "highlights".

Nya ADHD-behandlingar på framväxt

J. Newcorn

Under denna rubrik betonades att befintliga läkemedel är mycket effektiva men att det finns mer att önska sett till:

- Tidsaspekten (duration, tillslag mm)
- Behov av icke-stimulerande ADHD-mediciner med effekt likvärdig den för centralstimulantia
- Säkerhet och minskad risk för missbruk

Lovande försök och nya läkemedel presenterades, liksom icke-farmakologiska behandlingar som TV-spelet Endeavor Rx och trigeminusnervstimulering. Den senare metoden sker nattetid via en avtagbar lapp som fästs på barnets panna. Lappen kopplas till en apparat som sänder ut lågstimulerande pulsar till trigeminusnerven som är en viktig väg till kritiska områden i hjärnan associerade med uppmärksamhet, mående och självbehärskning.

Behöver vi modernisera ADHD-konceptet?

David Coghill

Behovet av att modernisera ADHD-konceptet togs upp. David Coghill talade om att utöka fokus från enbart symtom till att inkludera funktion, välbefinnande och livskvalitet. Martine Hoogman talade om ett sällan beforskat område: styrkor vid ADHD, såsom entusiasm, hyperfokus, flexibilitet och kreativitet (den mest självuppskattade styrkan) samt empati, humor och att vara social. Barbara Franke poängterade vikten av att inkludera biologi vid ADHD för att kunna skräddarsy behandling.

"Where is ADHD in the context of neurodiversity?"

Emelie Simonoffs

- I en presentation som behandlade begreppet neurodiversitet, eller neurologisk mångfald, belystes följande: variationer i genetik, hjärnstruktur och funktion som leder till skillnader i kognitivt processande och erfarenhet av miljön
- neurodivergenta personer har för- och nackdelar beroende på miljö
- berikande för kulturen

Ska läkemedelsbehandling ges till förskolebarn med ADHD?

E. Sonuga-Barke och G. Polanzky

En intressant debatt om ADHD-medicinering för förskolebarn ägde rum mellan E. Sonuga-Barke och G. Polanzky. Hjärnans utveckling och sårbarhet under dessa år kräver försiktighet och genomtänkta beslut, oavsett om man landar i att förskolebarn med ADHD ska få prova ADHD-medicin eller ej.

Komorbidity vid ADHD

J. Ramos Quiroga

Komorbidity är mer regel än undantag vid ADHD, och många har fler än en komorbid diagnos. Ämnet var återkommande under kongressen. Här diskuterades olika ADHD-manifestationer genom livet och vikten av att redan i låg ålder sätta in ADHD-behandling för att förebygga komorbidity senare i livet. ADHD liknades vid botten av ett isberg, som en dold funktionsnedsättning, vilken yttrar sig genom tillstånd som exempelvis depression, ångest, personlighetsstörningar och drogberoende på "toppen av isberget".

Är depression en "röd flagg" för ADHD?

Anita Thapar

Depression är mer än fem gånger vanligare hos individer med ADHD och samsjukligheten ökar risken för stor psykosocial funktionsnedsättning, självmordstankar och ökad självmordsrisk. ADHD-medicinering minskar risken att utveckla depression. Enligt en metaanalys av Sandström et al 2021, presenterad i Asta Psychiatrica Scandinavia, är prevalensen av ADHD hög bland personer med depression, särskilt hos barn (28 %) och ungdomar (17 %). Överväg ADHD hos patienter med tidig och recidiverande depression, vid självskadebeteende och/eller uteblivet svar på antidepressiv medicinering.

Efter fyra inspirerande kongressdagar återvänder jag till den kliniska vardagen tacksam över att få jobba med "mina" fantastiska barn och ungdomar med ADHD och hoppas att det jag lärt mig ska komma dem till gagn.

Sara Sandgren

Barn- och ungdomspsykiatriker
BUP Örebro

Foto: Privat



Texterna är skrivna på uppdrag av Medice Nordic Sweden



Adolescent psychosis
Clinical and scientific perspectives

Ingrid Agartz och Runar E Smelror (red)

Elsevier Academic Press, 2023

Högspecialiserad enhet för vård och forskning kring ungdomspsykos behövs i Sverige – men för vilka åldrar?

En ny bok med titeln "Adolescent psychosis. Clinical and scientific perspectives" på 350 sidor med Ingrid Agartz och Runar E Smelror som redaktörer har 2023 givits ut av Elsevier Academic Press.

Boken med 29 författare från flera länder ger en översikt av klinik och forskningsresultat särskilt gällande ungdomspsykos. Sjukdomarna är till sin natur irrationella, med "positiva" symtom som vanföreställningar, hallucinationer och tankestörningar och "negativa" symtom som viljelöshet och brist på nyansering av känslouttryck.

Det första kapitlet sammanfattar den kliniska diagnostiken och fenomenologin vid tidiga psykosyndrom. Även om schizofreni är vanligast förekommande så behandlas också andra psykos, till exempel vid bipolär sjukdom. En datasökning som jag gjort i e-boken speglar innehållet: ordet *schizofreni* förekommer 1 014 gånger, *adolescens* 945, *debut* 586, *risk* 547, *bipolär sjukdom* 324, *behandling* 288, *genetik* 84, *familj* 70, *män* 52, *språket* 40 och *kvinnor* 36 gånger.

Med den trots allt begränsade kunskap som finns om schizofrenis orsaker kan man ändå dra vissa slutsatser:

1. Sjukdomsanlagen för schizofreni förekommer ungefär lika ofta i en latent form som i en kliniskt manifest form hos cirka hälften av enäggstvillingar.
2. Sjukdomen debuterar oftast mellan 15 och 30 års ålder.
3. Enzymdefekter i muterade kandidatgener är centrala forskningshypoteser.
4. Sjukdomsorsaken söks också bland annat i neurotoxiska substanser.
5. Utlösande faktorer i puberteten söks i stressutlösta förändringar av steroidmetabolismen, sömnstörningar och droger.
6. Förebyggande åtgärder. Prevention kan redan nu sättas in. Följande ledord i boken ger vägledning: *stress* omnämns 131 gånger, *cannabis* 86, *pubertet* 33, *sömnproblem* 27, *motivation* 17, *alkohol* 13 och *steroider* 6 gånger.

Två kapitel som beskriver hjärnabbildning visar på bristen på utvecklad kontakt mellan amygdala och hjärnans frontallob vilket kan förklara benägenhet för irrationella känslor. Instabiliteten i hormonella och sociala miljöer under ungdomsperioden kan leda till obalans mellan stimuli och återkoppling på många ställen längs hjärnans 176 000 km långa nätverk av

axoner. I början av en psykos kan allmängiltiga förändringar observeras, såsom sömnstörningar, ångest, socialt tillbakadragande och minskning av sociala kontakter. Christopher Gillberg skriver i boken om ESSENCE (Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations) som behandlar ofta förekommande samsjuklighet inom barnpsykiatri.

Jag skrev i somras i Läkartidningen att Sverige borde åtminstone inrätta EN högspecialiserad enhet för ungdomspsykos för åldrarna 15–30 år. Maria Hellman, överläkare vid Psykiatripartners i Östergötland, kommenterade: "Också behövt med en forskningsenhet gällande psykos som debuterar redan före 15 års ålder".

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har enligt Läkartidningen 2023 visat: "Många unga vuxna patienter tvingas göra en ofrivillig paus i behandlingen när det är dags att ta steget över till vuxenpsykiatri". Förutom att patienterna blir myndiga ska de själva navigera från en sjukvård till en annan då det inte sker en automatisk övergång mellan barn- och vuxenpsykiatri. Vårdnadshavare anger att de plötsligt blir bortkopplade från sitt barns vård och förlorar delaktighet, något vårdnadshavarna anser behövs då deras barn inte alltid klarar att föra sin egen talan även om de fyllt 18 år.

Intressant nog i detta sammanhang har regeringen i augusti 2023 beslutat att ge Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd, Specialpedagogiska skolmyndigheten, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering och Statens skolverk i uppdrag att ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga till och med 20 års ålder.

Den region som vill och kan starta en högspecialiserad enhet för ungdomspsykos och tidig bipolär sjukdom från 12 upp till 21 års ålder borde kunna få ta del av regeringens nya utredningsanslag på 20 miljoner 2023. Det finns behov av en specialenhet som integrerar klinisk utredning, behandling och forskning. Regeringen beräknar att mer resurser kommer att avsättas för uppdraget under åren 2024–2026 under förutsättning att riksdagen anvisar medel.

Lennart Wetterberg
Professor emeritus i psykiatri
Karolinska Institutet



Välkommen till AUTISMLAND
Leva med en annorlunda hjärna

Sophia Bergmann
Palmkrons förlag, 2023

Kollegan, vuxenpsykiatern Sophia Bergmann, har skrivit en bok om autism. Den bygger på aktuell kunskap i ämnet men också på hennes egna upplevelser som autist*. I boken varvas faktaavsnitt som bygger på diagnoskriterierna för tillståndet med hennes egen livsberättelse.

Hon skildrar sin uppväxt som präglades av känslan av att inte vara som andra, en oförstående omgivning, skam och dåligt psykiskt mående. Hon berättar också om hur hon sökte hjälp hos psykiatrikern redan som sextonåring, och att hon över åren fått såväl psykoterapi som farmakologisk behandling för många olika diagnoser som till exempel dystymi och misstänkt personlighetsstörning. Det var hon själv som började tänka att hon kanske hade autism, innan vården förstod det. Efter att ha läst Rudy Simones bok *Aspergirls* började hon förstå sig på sig själv och sina egna beteenden bättre. Hon skämdes över sin diagnos i början, och krävde att den inte skulle skrivas in i hennes vårdjournal.

Hennes resa mot acceptans av sin diagnos och sitt sätt att vara övergår i boken i en kamp mot Försäkringskassan som inte förstår hennes behov av sjukskrivning eftersom hon med sin diagnos är mindre stresståligen än andra och snabbare förbrukar sin energi. Hon är också kritisk mot sjukvårdssektorn som hon anser vara för svag i Sverige, och jämför med lagstiftningen i hemlandet Tyskland som hon anser bättre tillvarar patientens behov av integritetsskydd. Kvotering till tjänster av personer med autism och andra funktionsnedsättningar förespråkas och hon skriver om den diskriminering som ständigt sker av personer med osynliga handikapp.

Bergmann bjuder frikostigt på exempel på hur hon är och beter sig, som illustrerar diagnoskriterierna och som ger kött och blod åt de knappa och torftiga formuleringarna i DSM-5. Icke-autisterna kallar hon holister, och illustrerar skillnaden i hur man uppfattar sig själv och omgivningen inom respektive grupp. Autisten står nära tavlan och ser en massa detaljer utan sammanhang. Holisten däremot, står en bit ifrån tavlan och ser en helhet, vad tavlan föreställer, utan att kunna lägga märke till alla enskilda detaljer i bilden.

I boken vidgar hon perspektivet kring autism, och filosoferar om hur det hade varit om autisterna varit i majoritet och normerna utgick från deras sätt att vara. I "Autismland" skulle på-

litlighet, perfektion, rättvisa, sanning, kompetens och kunskap prioriteras framför känslor, relationer, flexibilitet, konformitet och social samvaro. Holisterna skulle få vara som de är, eftersom autisterna har en utpräglad rättvissekänsla. Ingen skulle vara funktionsnedsatt utifrån sin neuropsykiatriska profil.

Välkommen till Autismland är en i raden av de många böcker om autism som kommit ut de senaste åren. Behovet av litteratur som förklarar vad NPF-diagnoserna innebär är säkert stort, eftersom fler och fler personer erhåller dessa diagnoser, trots att man tror att dragen är konstanta i befolkningen över tid. Det som gör Bergmanns bok till ett välkommet tillskott är framförallt att hon på ett mycket initierat sätt berättar om autism utifrån sina egna upplevelser. Boken får därmed en trovärdighet och detaljrikedom som inte ses i böcker skrivna av psykiatriker eller psykologer som enbart beskriver hur deras patienter med autism beter sig eller vad de berättar. Hur de verkligen känner och ser på sig själva kommer sällan fram. Författarens autism anas i hur hon i många kapitel faller in i rättviseresonerandet, som nästan gränsar till aktivism. Detta gör boken lite spretig och svår att karaktärisera. Samtidigt är den väldigt charmig, redaktören har inte lyckats, eller inte velat, förändra författarens mycket personliga författarstil.

Som barnpsykiater möter jag många patienter som antingen har autism eller autistiska drag, och jag har bestämt mig för att lära mig så mycket jag bara kan om autism under mitt kvarvarande yrkesliv. Välkommen till Autismland har adderat några nya perspektiv. Framförallt tar jag med mig termen holister som på ett bra sätt illustrerar skillnaden i hur personer med respektive utan autism ser på sig själva och omgivningen.

*Författaren väljer att kalla sig själv och alla som har autism för autister i boken, trots att detta begrepp inte används inom psykiatrik. Uttrycket skulle kunna tolkas som att personer med diagnosen autism enbart är sin diagnos och inte har många andra personliga drag och egenskaper som formar deras personligheter.

Kerstin Höfler
*Barnpsykiater
Helsingborg*



En Pudel!

Det händer att saker blir fel och att saker förändras
Datum kan kastas omkring, konferenser ställs in och bokstäver byter plats

Det händer alla och det har säkert hänt i den här tidskriften



DEADLINE

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

Tema: **Systemet**



Kalendarium

23rd WPA World Congress of Psychiatry
28 september–1 oktober 2023, Wien, Österrike
<https://2023.wcp-congress.com/>

36th ECNP Congress
7–10 oktober 2023, Barcelona, Spanien
<https://www.ecnp.eu/Congress2023/ECNPcongress>

Svensk personlighetspsykiatrisk kongress
23–24 oktober 2023, Karolinska Institutet campus
Solna, Stockholm
<https://utbildning.ki.se/svensk-personlighetspsykiatrisk-kongress-2023>

STP-konferensen
24–26 januari 2024, Yasuragi, Stockholm
<https://stpsykiatri.se/stp-konferensen.html>

Svenska Psykiatrikongressen
13–15 mars 2024, Münchenbryggeriet, Stockholm
<https://www.svenskapsykiatrikongressen.se/>

32nd European Congress of Psychiatry
6–9 april 2024, Budapest, Ungern
<https://epa-congress.org/>

SFBUP-kongressen 2024, tema Den komplexa patienten
18–19 april 2024, Södra Teatern, Stockholm
<https://slf.se/sfbup/kongress/>

Fler kongresser och utbildningstillfällen hittar du på www.svenskpsykiatri.se, www.sfbup.se och www.srp.se



Varje gång du väljer förlaget Natur & Kultur är du med och bidrar till något större. Vi är en oberoende stiftelse som ska göra skillnad i samhället. Förutom att inspirera till läsande och lärande stärker vi röster i det demokratiska samtalet genom priser, stipendier och stöd.
Vi ger ordet till fler.

Cullbergstipendiet

Vill du bli inspirerad till nya arbetssätt genom att lära av kolleger utomlands? Ta chansen att resa ut i världen i Johan Cullbergs anda. Välkommen att ansöka om resestipendier för ST-läkare i psykiatri och psykiatrer 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 levnads-kostnader 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 60 000 kr kan sökas. På nok.se/cullbergstipendiet kan du läsa mer om stipendiet och hur du ansöker.

Ansökan

Ansökan ska vara stipendie-nämnden tillhanda senast den 1 februari 2024. Stipendiaternas 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. Det går givetvis bra att mejla även framstående personer om att få auskultera.

Vid frågor kontakta cullbergstipendiet@svenskpsykiatri.se

Stipendiekommitté

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

nok.se/cullbergstipendiet

ANNONS