

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#3

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - September 2025

TEMA

TYSTNAD



'Tystnaden' av Johann Heinrich Füssli

ANSVARIG UTGIVARE:
Maria Larsson



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN



HUVUDREDAKTÖR:
Tove Gunnarsson

Innehållsförteckning:

Alltid i Svensk Psykiatri:

- 4 Redaktionsruta
- 4 Redaktionell ledare
Tove Gunnarsson
- 6 SPF styrelseruta, ledare
Jonas Eberhard
- 7 SFBUP styrelseruta, ledare
Carl-Magnus Forslund
- 8 SRPF styrelseruta, ledare
Hedvig Krona
- 21 Kommande temanummer
- 22 Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott
Matilda Naesström
- 65 Bokrecension: På tå. Hjälp din tonårsdotter att navigera i det sociala livet – och hitta sig själv
Kerstin Höfler
- 66 Bokrecension: Störst, bäst och skörast. En bok om narcissism
Björn Wrangsjö
- 68 Bokrecension: Beteendeanalys. Grunden i kbt
Björn Wrangsjö
- 69 Bokrecension: Flodhästens erinran
Daniel Frydman
- 70 Bokrecension: Bi- och pansexualitet. Dåtid, nutid, framtid
Tove Mogren
- 71 Bokrecension: Motiverande samtal vid autism och adhd
Björn Wrangsjö
- 72 Bokrecension: Sex, dejting och adhd. En handbok
Daniel Frydman
- 73 Kalendarium

Tema:

- 10 Psykiaterns tystnad. Hur undvika den för psykiatripatienten så skadliga ovissheten
Gustaf Almenberg
- 12Psykoanalysens tystnad
Daniel Frydman
- 13 Den tysta patienten
Alessandra Hedlund
- 14 Tystnad som maktmedel i psykiatridebatten. Varför är det så svårt att besvara vissa motargument
Imri Demisai
- 15 Tystnad
Lioudmila Mendoza

Tema:

- 16 Tystnad
Sigmund Soback
- 17 Den tysta timmen
Alessandra Hedlund
- 18 Tystnad, vapenskrammel eller samtal?
Jerker Hanson
- 19 Brev till redaktören
Göran Bolin
- 19 Livsfarlig tystnad
Tove Gunnarsson
- 20 Tystnadens uttryck. Tankar om kommunikationens betydelse i psykiatrisk bedömning av patienter med intellektuell funktionsnedsättning
Adrian Fird

Övrigt:

- 24 Dags att nominera till Utmärkelse för pedagogiska Insatser för psykiatrin till Raffaella Björcks minne
Styrelsen SPF
- 24 Dags att nominera Hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen, **Styrelsen SPF**
- 34 Inbjudan till STP-konferensen 21-23 januari 2026, Stockholm
- 36 Inbjudan att skicka in kongressbidrag för SPK 2026
Styrelsen SPF
- 37 Fortsatt fortbildning. Missa inte filmerna från SPK!
Tove Gunnarsson
- 38 Världskongressen i psykiatri 2026 närmar sig – planeringen intensifieras
Jonas Eberhard
- 40 Vägen från patientmöte till diagnos
Mats Adler
- 43 Gemensamt initiativ till nordiska nätverksmöten
Föreningen för konsultationspsykiatri
- 44 Sverige värdland för Nordic Congress of Psychiatry 2027
Maria Larsson
- 45 Lunchwebbinarium: Kognitiv funktion vid olika psykiatriska tillstånd – spelar det någon roll?
Nätverket för kognitiv psykiatri
- 46 SFBUP-kongressen, 18-19 september i Stockholm
Styrelsen för SFBUP
- 57 Välkommen till SSBS Höstmöte 2025
Styrelsens för SSBS
- 74 Dags att ansöka om Cullbergstipendiet

Psykiatrins historia:

- 31 Efterlysning. SPF söker sin historia
Malin Appelqvist, Tove Gunnarsson, Jonas Eberhard

Rapporter från möten:

- 50 Att hantera det otäcka. Rapport från Masterclass Psychiatry i Luleå
Ursula Werneke
- 52 Virtuellt verklighet i fokus på internationell konferens i Helsingborg
David Ivarsson
- 54 Rapport från ESCAP:s 21:a kongress i Strasbourg
Carl-Magnus Forslund, Jonas Nilsson
- 58 Masterclass - Bridging Phenomenology to Pharmacology in Psychosis
Anniella Isgren
- 59 Stärkt Partnerskap gör gemensam sak i Almedalen och på Regeringskansliet
Maria Larsson
- 60 Mellan människa och maskin - rapport från APA 2025 om AI, psykedelika och framtidens terapi
Jonas Eberhard
- 64 EFPT Forum 2025 i Maastricht
Martin Glans, Maria Gustavsson, Benjamin Raki, Bo Sundberg, Linda Ranneberg, Daniel Hedqvist

Psykiatriska nyheter:

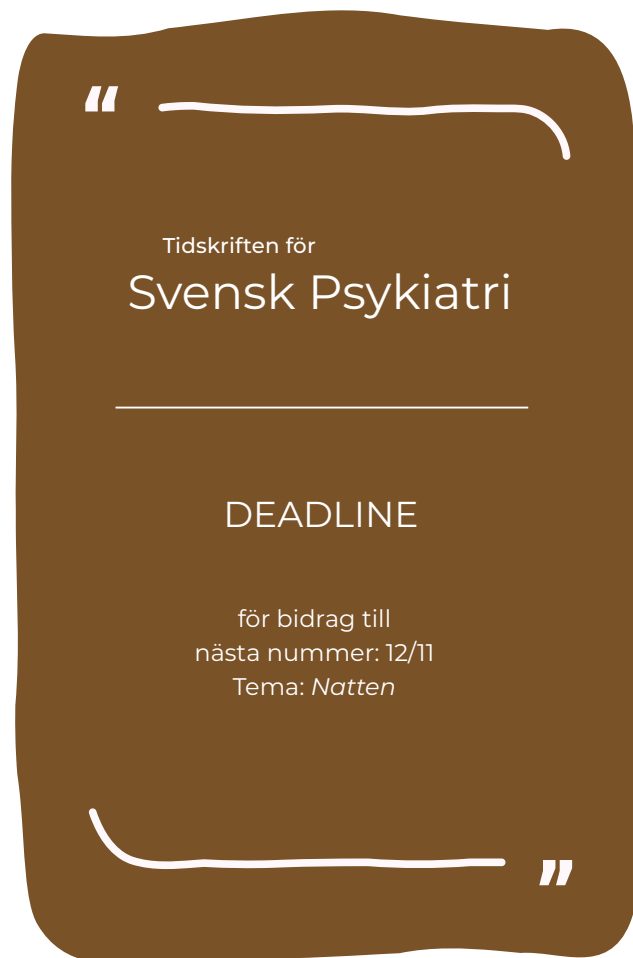
- 25 Nordic Journal of Psychiatry - den nordiska psykiatrins vetenskapliga tidskrift
Steinn Steingrímsson, Jonas Eberhard
- 26 KvIPS - Kvalitetsarbete i psykiatri Sverige. Nationellt utvecklingsteam för barn- och ungdomspsykiatri har startats
Kerstin Höfler
- 27 COMFOR - dags för omgång två av interdisciplinära forskarskolan i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatri
Peter Andiné, Anja Fernqvist
- 28 Psykisk ohälsa och kriminalitet
Cecilia Mattisson
- 30 Fler skall göra randutbildning på vårdcentral under sin ST?
Karl Lundblad

Debatt:

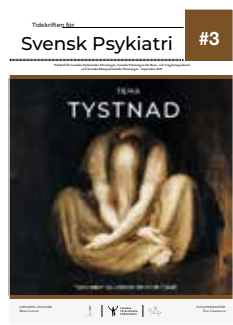
- 32 Psykiaterns framtida utmaning - att behärska immunologisk behandling
Susanne Bejerot



Foto: Shutterstock/melitas



Tidskriften för Svensk Psykiatri



Tystnaden på landet och i stan...

... det finns en skillnad som jag inte kan förklara. Jag bor i en närförort till Stockholm, ett tyst och stillsamt område. Stadens brus hörs inte. Ibland, på natten, kan jag inte ens höra ett knyst, även om jag lyssnar aktivt. Men på sommarstället på Öland eller i den västerbottniska fjällvärlden, dit vi brukar åka i juni, är det annorlunda. Där finns en annan sorts tystnad. Tystare. Vad är det jag hör som jag inte hör, här hemma i stan?

Denna fundering får tjäna som introduktion till det aktuella temat som är Tystnad. De elva bidragen på temat har dock andra infallsvinklar. Du hittar dem på sid 10–20, och i de tre ledarna kan du läsa ännu fler reflektioner om tystnad.

Nästa nummer...

... har temat *Natten*.

Vad kan det handla om?

Sömn, såklart.

För lite sömn eller för mycket sömn

Vargtimmen

Drömmar och mardrömmar

Gå i sömnen

Natten som något att längta till eller frukta.

Natten kan också vara arbete, nattjourer.

Som vanligt kommer du säkert på fler idéer – så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

PS Skarp deadline till nästa nummer är den 12 november och författarinstruktioner hittar du på sidan 21.

SVENSK PSYKIATRI

Tidskrift för

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

ANSVARIG UTGIVARE

Maria Larsson

HUVUDREDAKTÖR

Tove Gunnarsson

redaktoren@svenskpsykiatri.se

REDAKTÖRER

Hanna Edberg

hannamariaedberg@gmail.com

Daniel Frydman

daniel.frydman@icloud.com

Alessandra Hedlund

alessandra.hedlund@regionstockholm.se

Kerstin Höfler

kerstin.m.hoefer@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

WikiCommons Public Domain

INTERNET

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se



NYTT LÄKEMEDEL

För vuxna med
långvarig insomni

Återhämtande sömn

med QUVIVIQ™ 50 mg¹⁻³

Aktiva dagar

Verkningsmekanism via orexinsystemet

QUVIVIQ verkar genom att tillfälligt blockera orexin, vilket **reducerar de överaktiva vakenhetssignalerna** och möjliggör återhämtande sömn utan att förändra de naturliga sömnstadierna^{1,4-6}

I kliniska studier på upp till 12 månader påvisades:¹⁻³



Förbättrad
sömn



Förbättrad
funktion dagtid



Ej fysiskt beroende
eller missbruk

Referenser:

1. QUVIVIQ™ Idorsia Pharmaceuticals LTD, produktresumé. 2. Mignot E, et al. Lancet Neurol. 2022; 21(2): 125–139. 3. Kunz D, et al. CNS Drugs. 2023; 37(1): 93–106. 4. Nofzinger E, et al. Am J Psychiatry. 2004; 161: 2126–2129. 5. Roch C, et al. Psychopharmacology. 2021; 238(10): 2693–2708. 6. Saper C, et al. Nature. 2005; 437(7063): 1257–1263.

QUVIVIQ™ (daridorexant) 25 mg och 50 mg filmdragerade tabletter. Orexinreceptorantagonist, ATC-kod N05CJ03. Rx, EF. **Indikation:** avsett för vuxna med insomni sedan minst 3 månader där symtomen har en betydande påverkan på funktionsnivån dagtid. **Dosering:** till vuxna 50 mg en gång per kväll, inom 30 minuter före sänggåendet. **Kontraindikationer:** överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne, vid narkolepsi eller vid samtidig användning med starka CYP3A4-hämmare. **Varningar och försiktighet:** patienter uppmanas att avstå från att utföra potentiellt farliga aktiviteter, framföra fordon eller använda tunga maskiner om de inte känner sig fullt alerta. Försiktighet skall iaktas för patienter som uppvisar symtom på depression samt vid svår KOL. Rekommenderas inte vid kraftigt nedsatt leverfunktion. **Graviditet:** det finns inga data från användning hos gravida kvinnor och skall därför bara användas under graviditet om det är absolut nödvändigt. **Biverkningar:** de vanligaste rapporterade biverkningarna är huvudvärk, sömnhet, yrsel, illamående och trötthet.

▽ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning och innebär bland annat att utvecklingen vad gäller biverkningar kontrolleras särskilt noggrant.

För ytterligare information www.fass.se. Datum för senaste översyn av produktresumén är 11/2024.

Kontakt: Idorsia Pharmaceuticals Nordics AB; medinfo.se@idorsia.com; tel: 0201 605 601

Tystnaden och det vita bruset

Det talas ofta om vikten av tystnad. Men vad är det vi söker – stillhet eller avstängning? Inom psykiatrin möter vi båda. Och kanske är det inte tystnaden i sig vi behöver, utan det mjuka grundbrus som rymmer både närvaro och liv.

Det slog mig nyligen under en resa till Sydeuropa. Vi promenerade nerför en slingrande stig i skuggan av en bergvägg, med cikadornas ständiga surr som ljudmatta. Inte tyst – men heller inte störande. Tvärtom, det fanns något oerhört lugnande i det där vita bruset. Som om ljuden bar upp dagen och gjorde plats för tankar, vila och riktning.

Kanske är det en del av hemligheten bakom det välbefinnande många upplever kring Medelhavet. En miljö där stillheten inte är total – men där något i rytmen, ljuden och livet omkring skapar en trygg grundton.

Det är också något jag tänkt på i psykiatrin. Vi arbetar i fält där mycket är rörligt, komplext, ibland kaotiskt. Men kanske är det just därför vi behöver det där bakgrundsbruset – strukturer som håller, gemenskaper som bär, arbetsmiljöer där det finns utrymme för både koncentration och samtal.

Det finns en tystnad som oroar. Den som infinner sig när något borde sägas men ingen säger det. När initiativ stannar av, engagemang tonas ner, och systemet tystnar – inte av lugn, utan av överbelastning eller vanmakt.

Men det finns också en annan sorts tystnad. En som inte är tom, utan fylld. Ett slags stilla bakgrundsljud som rymmer liv, rörelse och vila på samma gång.

Forskning visar att vissa personer med ADHD koncentrerar sig bättre med vitt brus i bakgrunden – ljud som skapar just den sorts inramning som hjärnan annars kanske saknar. Det blir lättare att fokusera när något håller rummet. Inte tystnaden i sig, utan rytmen, den stabila närvaron.

Kan psykiatrin vara det där vita bruset för människor i kaos? Ett system som inte pressar på med höga krav, men heller inte försvinner. Som ligger där som ett stöd – diskret, men tillgängligt. För att kunna vara det behöver vi själva ha sådana miljöer. Arbetsplatser där vi kan andas. Kollegiala samtal som inte alltid behöver ha en agenda. Tid att lyssna, utan att klicka. Och ett klimat där vi kan säga till när något inte fungerar – men också dela det som faktiskt går bra.

Det talas ibland om att sjukvården tystnar. Men kanske är det också så att vi håller på att lära oss lyssna på nya sätt. På nyanser. På signaler. På stillhet. Kanske är det inte farligt att det är lite tyst – så länge det finns ett grundbrus av närvaro, tillit och gemensamt ansvar.

Som ordförande i Svenska Psykiatriska Föreningen möter jag hela tiden den där dubbelheten: en frustration över bristande resurser, men också ett starkt engagemang, idéer och vilja att skapa något bättre. Det finns redan många som arbetar som just det där vita bruset för sina patienter: inte spektakulärt, men stabilt. Inte högljutt, men med stor verkan.

Det är lätt att bli upptagen av det som är akut, mätbart, högljutt. Men mycket av det viktigaste i psykiatrin sker i det lågmälda. Det



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

JONAS EBERHARD

Ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen



SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

ORDFÖRANDE: Jonas Eberhard
(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

VICE ORDFÖRANDE:
Mats Adler
(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

SEKRETERARE/ INTERNATIONELL 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: Johan Nilsson
(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

ADJUNGERAD/ORDFÖRANDE EMERITA: Maria Larsson
(maria@svenskpsykiatri.se)

ADJUNGERAD/WEBMASTER: Karl Lundblad
(webmaster@svenskpsykiatri.se)

KANSLI: Svenska Psykiatriska Föreningen
Box 53246, 400 16 Göteborg
(kanslisten@svenskpsykiatri.se)

Hemsida: www.svenskpsykiatri.se

handlar om att skapa trygghet, tillit och kontinuitet – inte minst i en värld som ofta skiftar snabbt.

Tystnaden i sig är varken god eller ond. Den kan vara en varningssignal – men också ett läkande mellanrum. Det viktiga är vad som bär den. Vad som finns bakom den. Och att vi inte glömmar att lyssna – både på det som sägs och det som sker i det tysta.

Kanske är det här en av psykiatrins största styrkor: att vi vågar lyssna, också när det är tyst. Att vi lär oss höra det som inte ryms i en diagnoskod, men som ändå är avgörande. Det är där vetenskap och humanism möts – i den tystnad som inte sluter sig, utan öppnar.

Jonas Eberhard

Ordförande SPF

Att lyssna bortom tystnaden

Sommaren lider mot sitt slut och en intensiv höst väntar för SFBUP, höstinternat men framförallt årets kongress – en viktig mötesplats för fördjupning, reflektion och gemensam utveckling. Årets tema, *Diagnostik i utveckling*, belyser en av våra mest centrala uppgifter som yrkesverksamma: att förstå barnet bakom symtomen.

Diagnostik är mer än en uppsättning kriterier och checklistor. Det är en process där vi behöver tolka berättelser, observationer och mönster – ibland tydliga, ibland fragmentariska. Alltsammans i en komplex kontext. I centrum står barnet, men barnets röst är inte alltid den som hörs mest eller först. Den kan vara lågmäld, osäker – eller helt tyst.

Tystnad är inte ovanlig i våra samtalsrum. Den kan bottna i rädsla, skam, bristande tillit eller språkliga hinder. Ibland är den ett skydd, ibland ett uttryck för att barnet inte vet hur eller om det ens är meningsfullt att försöka förmedla något. Att möta tystnad kräver tid, tålmod och lyhördhet – resurser som inte alltid finns i en pressad vardag. Kanske är det just dessa berättelser, de som inte omedelbart förmedlas, som är viktigast att lyssna till, ge tid till.

Patientens tystnad finns också på andra nivåer. I våra remisser, i samverkansmöten och i vårdsystemets strukturer är det ofta andra röster som dominerar. Föräldrar, skolpersonal och andra vuxna formulerar behov, farhågor och förväntningar. Ibland blir dessa berättelser så starka att barnets egen röst tystnar. Det kan ske omedvetet och med goda avsikter – men riskerar ändå att påverka vår bedömning och förståelse.

En annan utmaning ligger i att det diagnostiska språkbruket blivit alltmer allmänt, vilket påverkar hur symtom förstås, beskrivs och tolkas – inte minst i dialogen med vårdnadshavare och andra professionella. Ibland används detta språk kanske "strategiskt" av vuxenvärlden – för att få stöd, resurser eller bekräftelse. Föräldrar och skola är ofta väl insatta i diagnoskriterier och kan anpassa sina berättelser därefter. Det är i sig inte konstigt, men det kan leda till att fokus flyttas från barnets faktiska behov till en mer generell problemformulering. Barnet riskerar då att bli bärare av en berättelse som inte helt är dess egen.

Samtidigt vet vi att vissa röster hörs oftare än andra. Familjer med goda språkliga och sociala resurser har ofta lättare att uttrycka sig tydligt och även kräva insatser. De som inte har samma förutsättningar riskerar att hamna i bakgrunden, vilket rapporter från Socialstyrelsen indikerar. Det väcker frågor kring jämlikhet och tillgänglighet – men också kring hur vi fördelar våra resurser och vår uppmärksamhet.

Vi behöver därför vara medvetna om hur våra rutiner, formulär och arbetssätt påverkar vilka röster som lyfts fram – och vilka



CARL-MAGNUS FORSLUND

Ordförande Svenska Föreningen för
barn- och ungdomspsykiatri



SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

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

VICE ORDFÖRANDE: Jonas Nilsson
(jonas.nilsson@sfbup.se)

FACKLIG SEKRETERARE:

Amelie Kjellstenius
(amelie.kjellstenius@vgregion.se)

KASSÖR: Cecilia Månsson (kassor@skane.se)

VETENSKAPLIG SEKRETERARE:

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

ST-REPRESENTANT:

Linda Jarawka-Ranneberg
(linda.jarawka-ranneberg@regionhalland.se)

LEDAMOT: Beata Bäckström
(beata.backstrom@skane.se)

LEDAMOT: Tove Friskopp (tove.friskopp@sfbup.se)

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

LEDAMOT: Pär Höglund (par.hoglund@regionstockholm.se)

LEDAMOT: Helena Strömbergsson
(helenastrombergsson@akademiska.se)

LEDAMOT: Hilke Wulfers-Sievers
(hilke.wulfers-sievers@regionvastmanland.se)

SFBUP:s hemsida: www.sfbup.se

som osynliggörs. Fokus bör ligga på att aktivt skapa utrymme för barnets perspektiv. Att lyssna på barnet innebär mer än att ställa frågor – det kräver strukturer, bemötande och arbetsmiljöer som möjliggör verklig delaktighet.

Vår uppgift är inte bara att förstå det som sägs, utan också det som inte sägs. Det handlar om att utveckla vår förmåga att lyssna, tolka och anpassa – för att bättre fånga upp de barn och familjer som annars riskerar att gå oss förbi.

Vi hoppas att årets kongress blir en plats för fördjupad kunskap, kollegiala samtal och gemensam reflektion kring hur vi kan utveckla vår diagnostik – och göra den mer lyhörd för alla barns röster. Vi ses i Stockholm i september!

Carl-Magnus Forslund

Ordförande SFBUP

Ett vakuum uppstår runt en människa

Stigmatisering av psykisk sjukdom har pågått i årtusenden och drabbar rättspsykiatriska patienter svårt. Som vårdgivare inom rättspsykiatri möter vi skam och lidande men också frågeställningar kring hur det är att möta en person som till följd av svår psykisk sjukdom begått brott.

I många fall utgör intagningsavdelningen platsen för det första mötet mellan en nydömd rättspsykiatrisk patient och dennes kommande vård. De allra flesta har tidigare haft kontakt med vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri men skillnaderna är stora, kontrasterna skarpa. Det ligger nära till hands att jämföra vårdtider, från dygn och veckor till rättspsykiatriens årlånga vårdprocesser. Vad är det som skiljer patienterna åt? Diagnoserna är ju desamma som i annan frivillig psykiatri och för många är behovet av stöd och anpassning lika omfattande.

Psykiatriska tillstånd har genom årtusenden behäftats med stigma. Från religiösa förklaringsmodeller om gudomliga straff till humoralpatologi och karaktärsneuroser återkommer det alltid till den drabbades egen skuld. De senaste årtiondena har en humanism och öppenhet kring psykisk ohälsa öppnat upp en samhällelig diskussion kring hur vi alla mår, egentligen. Allt fler såväl vuxna som barn söker vård för sin hälsa och det är inte längre alls lika vanligt att ett lidande sker i ensamhet. En stor skillnad finns dock för de patienter som varit inom rättspsykiatrisk vård där skam och tystnad fortsatt råder.

För många år sedan arbetade jag ett pass som AT-läkare på en ortopedakut. En man hade tidigare under dagen sökt för ont i sin axel efter en cykelolycka men då han även hade kontakt med den rättspsykiatriska öppenvården vågade primärjouren inte göra en första bedömning utan väntade in mig, som ju tidigare vikerierat på en rättspsykiatrisk klinik. Patienten blev undersökt med lugnande besked och återvände hem nöjd. Händelsen fick mig att fundera på hur bemötandet egentligen blir när man känner sig orolig eller rädd för en patient. Liknande händelser återkom förstås även för mina övriga psykiatripatienter, särskilt för dem som drabbats av psykosjukdom.

När jag inlett en vårdrelation med en patient på den rättspsykiatriska avdelningen frågar jag om det finns familj eller anhöriga som patienten vill ska vara delaktiga i deras vård. Det är mycket begärt att en psykiskt sviktande patient ska kunna förmedla vårdprocess och förväntningar, återge innehållet i läkarsamtalen eller ha koll på datum för vårdplansmöten eller förvaltningsrättsförhandlingar. I många fall tillåts jag skapa kontakt och det har blivit många och långa samtal. Det är främst mammor som finns kvar allra längst i patienternas liv, som står ut och håller i trots återkommande psykiska försämringar med stort lidande som följd. För de allra flesta som bevitnat sin sons eller dotters tilltagande sjuklighet har den rättspsykiatriska vården en viktig och hållande funktion. Medicineringen dämpar symtombilden, vilket möjliggör att relationerna med familjen åter kan byggas upp. Tak över huvudet och näringsriktiga måltider skapar stabilitet för återhämtning, personal finns tillgänglig för stöd och samtal. Mellan raderna lyssnar jag



HEDVIG KRONA

Vice ordförande Svenska Rättspsykiatriska Föreningen



SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

ORDFÖRANDE: Peter Andiné
(ordforanden@srpf.se)

VICE ORDFÖRANDE/VETENSKAPLIG SEKRETERARE:
Hedvig Krona
(vetenskapligsekreteraren@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: Sara Ahlin
(strepresentanten@srpf.se)

ÖVRIGA LEDAMÖTER: Fredrik Åberg, Kristina Sygel, Erik Nilzén, Fia Klötz Logan

HEMSIDEANSVARIG: Daniel Krona
(webmaster@srpf.se)

Hemsida: www.srpf.se

efter anhörigas förhållningssätt till den psykiska sjukdomen men också de brott som patienterna dömts för. Hur ska man gå till väga för att införliva ett i många fall våldsam beteende med den person som man hållit kär? Anhöriga beskriver en återkommande förtvivlan och ensamhet i sin situation, tystnaden kring den sjuka och våldsamma familjemedlemmen är kompakt.

I somras hittade jag en bok på rean som jag vill tipsa om, *Monsters* av Claire Dederer (2024). Författaren är filmkritiker och inleder boken med funderingar kring hur man kan uppskatta konst, film och musik av upphovspersoner som på det privata planet begått moraliskt förkastliga handlingar. Senare utvecklar hon sina tankar till att omfatta även mer vardagliga händelser med fokus på de egna valen i livet. Jag uppfattar att Dederers argumentation och filosofi går att överbrygga till mina egna tankar kring hur mina patienter uppfattas av sina familjemedlemmar, men förstås också av oss som arbetar inom sjukvården. För den som vill närma sig dessa frågeställningar, men ur ett kulturellt perspektiv, vill jag rekommendera Dederers bok

Hedvig Krona
Vice ordförande SRPF



Över 54 000 medarbetare med ett gemensamt mål:

**Att förbättra hälsan och livet
för både människor och djur**



Foto: Peopleimages/Shutterstock

*Hur kan man
då minska patientens
påtvingade ovisshet?*

Psykiaterns tystnad

Hur undvika den för psykiatripatienten så skadliga ovissheten

Påtvingad ovisshet lär vara den svåraste av alla känslor att bära, därför att den inte går att vänja sig vid och även är svår att utarbeta alternativ till. Det ligger i sakens natur. På det viset liknar påtvingad ovisshet ångest.

Påtvingad ovisshet är inte heller något man enkelt löser genom tålamod, därför att ovisshet är starkt stressframkallande och därigenom påverkas också hela kroppen, vilket undergräver hela patientens stabilitet. Nog borde det väl vara självklart att psykiatriens patienter inte ska utsättas för sådant?

Ovisshet om framtiden leder i sig till ökad stress även hos en patient! I all synnerhet hos någon som till exempel just genomlevt veckor av extrem stress och genom inläggning ibland avskärmats i 3–4 veckor för att minska överstimulering av intryck... Symptomen på stress kan dessutom delvis överlappa

symptomen på den sjukdom patienten behandlas för och kan därigenom påverka själva diagnosen i en olycklig rundgång.

Efter en LPT-baserad tvångsintagning på psykiatrisk klinik under 3–4 veckor vore det märkligt om en individ, medvetet eller omedvetet, inte skulle känna stor ovisshet om sin egen framtid och därmed även en ångestväckande ottrygghet. Kanske har man för första gången i sitt liv genomlevt en manisk episod med allt vad detta innebär av extrem och psykiskt smärtsam överbelastning av hjärnan. Kanske är det första gången man får höra att man just har haft ett utbrott av bipolär sjukdom. Kanske har ens grundläggande identitet kommit i gungning och man frågar sig om man nu är bipolär, inte att man har en bipolär sjukdom, som obehandlad leder till ett smärtsamt liv. Vad är det för en framtid man nu kommer vara tvungen att hantera? Och framför allt: hur kommer nu ens liv att förändras, vad kommer nu hända en själv och ens närstående, som i sin

tur är skakade av den nya situationen – både individen och hela kontexten är med andra ord i gungning. Av patienten upplevd medicinsk otydlighet leder till existentiell ovisshet, som påverkar det medicinska förloppet i klart negativ riktning. I värsta fall i en negativ patogen och iatrogen spiral.

Hur kan man då minska patientens påtvingade ovisshet? Finns det i de flesta fall några andra alternativ än att på ett respektfullt, pedagogiskt och *inkluderande* vis delge patienten, i så positiva och konstruktiva ordalag som möjligt, den kunskap och information som läkarna har om dels sjukdomen och dels det löpande utredningsläget? Detta dessutom i närapå realtid? Skulle inte detta ge patienten ett mera meningsskapande narrativ att förhålla sig till, som i sig vore stressreducerande? Eller faller professionen alltför lätt för frestelsen att bara passivt invänta ett vetenskapligt och juridiskt invändningsfritt resultat på alla prover och tester, som om inte väntetiden med all sin ovisshet utsatte patienten för en extrem psykisk, fysisk och patogen stress *ovanpå* själva sjukdomsutbrottets trauma.

Ett konkret exempel på hur man bättre kunde beakta patientens utsatthet för stress vore att man alltid – och det med *delaktighet* för patienten – började förbereda en behandlingsplan redan dag 2, så att den fanns där klar redan den dag patienten lämnar sjukhusets relativa trygghet. I själva utarbetandet av behandlingsplanen finns ju dels ett i sig värdefullt forum för pedagogik – ett tillfälle för patienten att i dialogform lära sig om diagnosen och hur eventuella alternativ till diagnosen kan uteslutas eller inte. Men dels också ett tillfälle för vården och patienten att bli bättre på att se patienten som en hel människa med individuella särdrag och en individuell kontext, inte bara som en bio-kemisk varelse.

En rätt utformad behandlingsplan kan också lägga en grund till en viss salutogen optimism/hoppfullhet om det framtida livet, som patienten kanske har svårt att ensam känna. Inte minst därför är det bara destruktivt att behandlingsplanen kanske kommer först en månad efter utskrivningen eller ännu senare.

Den byråkratiska risken är naturligtvis att man får ändra i behandlingsplanen då och då under sjukhusvistelsens gång, men den kostnaden för "onödigt" arbete behöver byråkratin och politikerna tveklöst ta och behöver inte bli så stor med hjälp av AI och vanliga förbättringsprocesser. Detta därför att det mycket värre alternativet är att patienten ovanpå sin kris, sjukdom och medicinbiverkningar dessutom ska behöva bära en stressframkallande och patogen ovisshet. En ovisshet som inte bara är ytterst plågsam, utan också direkt motarbetar den behandling och läkningsprocess som sjukvården har till uppgift att garantera den drabbade individen och hans närstående och som sjukvården dessutom lägger ner sina resurser på att

försöka åstadkomma. Detta motarbetande är ju också det ett slöseri med resurser! Och inte är det väl heller förenligt med läkarnas hippokratiska ed eller ens med ett rimligt professionellt hanterande?

I princip står valet också mellan en produktionsorienterad eller en patientorienterad organisationskultur. Vilket väljer man – i handling?

Att *öka stressen* hos en patient som just skrivits ut från en psykiatrisk klinik borde väl ändå vara oacceptabelt självmotsägande?

Gustaf Almenberg

Författare

Dalby

gustaf.almenberg@gmail.com



Referens

Holley, D et al. : Temporal Dynamics of Uncertainty Cause Anxiety and Avoidance. (2024) Computational Psychiatry, 8(1), pp. 85–91. DOI <https://doi.org/10.5334/cpsy.105>

Psykoanalysens tystnad

När jag var ansvarig för undervisningen av AT-läkare så hände det en gång att ett pass ställdes in, föreläsaren hade lämnat återbud. Jag tänkte stillsamt att de unga kollegorna skulle bli glada av att få en fri eftermiddag. I stället bad de om att vi skulle ägna tiden åt något annat, somliga hade ju åkt ganska långt för att delta. Mycket trevligt. Någon undrade om jag kunde berätta om psykoanalys. Frågan var oväntad, att det skulle finnas intresse för den metoden var inte självklart, samtidens modell av behandlingar är ju korta avgränsade behandlingar för definierade diagnoser.

Det krävdes en diskussion om just det, om vilket målet för behandlingar skall vara. Sjukvårdens mål skiljer sig från psykoanalysens idé där behandlingen på intet sätt är inriktad på specifika symtom eller diagnoser utan snarare går ut på att att ge patienten utrymme att hitta sitt eget sätt att ge akt på och tänka om det egna förhållningssättet till tillvaron i stort. Om den självreflekterande förmågan ökar, så upplevs det inte sällan som att ångest och oro lindras och att patienten kan göra mer övervägda livsval. Helt enkelt mår bättre.

Det spontana seminarium som nu påbörjats, ställde mig ändå inför en stor utmaning. Hur beskriver man, "stående på ett ben" och dessutom oförberedd, vad psykoanalys är? Jag beskrev lite grovt behandlingsupplägget – mötesfrekvens (ofta fyra gånger per vecka), varför patienten ligger ner och varför analytiker och patient inte ser på varandra (undandröja blickkontakt och annat som kan styra vart tankarna går, ge en större möjlighet till tankefrihet). Jag beskrev också den så kallade psykoanalytiska grundregeln – att patienten utan värdering ska tala allt hen tänker på och det som faller den in, oberoende av om det uppfattas som meningsfullt eller meningslöst, viktigt eller oviktigt, pinsamt eller ej. Samma grundregel gäller för psykoanalytikern, och här tillämpas den på själva lyssnandet, alltså att med jämnt svävande uppmärksamhet och *utan värdering* lyssna på allt som patienten säger tills man har något att komma med.

En av seminariedeltagarna hade som kommentar att det lät som något så tråkigt och enahanda att han trodde han skulle somna om han skulle bli tvungen att ägna sig åt nånting sånt. Denna fantastiska kommentar gav upphov till vidare diskussion i gruppen och gjorde det möjligt att fördjupa beskrivningen av delar av det som jag som psykoanalytiker faktiskt gjorde när jag lyssnade på patienten. Eftersom det för det första är svårt för en människa att ocensurerat tala och följa sina infall, ett sätt att kommunicera med andra som är så långt ifrån social kommunikation som man kan komma, så kommer i stort sett alla ha problem med tillvägagångssättet. Själva det fria associerandet kan innebära att jag börjar tala och kommer en bit in i en mening och där kommer att tänka på någonting och då börjar en ny mening utan att avsluta den första, och så vidare. Inte sällan



Foto: Vladimir Gjorgiev/Shutterstock

kommer den som talar så småningom knyta an till någon av de påbörjade meningarna, nu högst troligt med en delvis annan innebörd, eftersom de följande infallen visade sig ha något gemensamt, ofta oklart, som en känsla. Som analytiker gäller det att hänga med i den här processen. Den jämnt svävande uppmärksamheten ska följa med i patientens tal, det är ibland ett spontant tankeflöde där tankarna hoppar från tuva till tuva på ett relativt obehindrat sätt men ibland uppstår annan, mer tvungen stämning där en tvekan eller till och med en ovilja att tala vidare ersätter det mer obehindrade tankeflödet. I dessa situationer händer något med talet och berättandet, det blir som ett slags sammanbrott i tankekedjan. Den sortens avbrott i patientens inre process kan vara det som gör att analytikern påpekar något, och säger någonting om det han hört. Det kan vara en undran om ett ordval, en fråga om tvekan eller i vissa fall en försöksvis tolkning som patienten kan besvara med nya tankar, en till kedja av tankar.

Den person som tidigare sagt att han skulle somna av uttråkad kommenterade nu att en sådan timme skulle göra honom helt utmattad av allt som man aktivt måste scanna av med sitt lyssnande.

Daniel Frydman
Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm



Foto: Bricolage/Shutterstock

*Den tysta patienten
hade gjort ett allvarligt
suicidförsök.*

Den tysta patienten

”Om han inte pratar med dig, kommer han inte att prata med mig heller” konstaterade överläkaren, lugnt och sakligt, utan någon som helst uppgivenhet i tonen. Där stod jag i hennes dörr och hade precis rapporterat förmiddagens konsultationer, en efter en. Jag var ny och mån om att göra ett bra jobb. Den tysta patienten visste jag inte hur jag skulle hantera. Hur ska jag kunna göra en bedömning, om han inte ger någon som helst kontakt? Var detta för svårt för en oerfaren underläkare?

Den tysta patienten hade gjort ett allvarligt suicidförsök. Han låg på intensiven, skulle klara sig bra rent kroppsligt. Och psykiskt då? Han svarade inte. Bara stirrade i taket, som om han inte hörde, som om jag inte fanns. Såg han arg ut? Jag minns min känsla av otillräcklighet – men också hur snabbt överläkarens ord hade svept bort den.

Självklart hade hon helt rätt. Han ville inte prata just nu. Han skulle inte prata just nu. Det spelade ingen roll vem som frågade vad. Nytt försök imorgon. Behövs ett vårdintyg?

Nästa dag kom det några ord. Några få, sammanbitna ord, titandes bort, men några ord sade han. Vårdintyg blev det också, och inläggning på psykiatrisk avdelning. Var det som överlä-

karen sa? ”Han vet att om han berättar så blir han inlagd och det vill han inte.”

Så småningom kunde den tysta patienten prata, mer och mer. Sakta vecklades ut en berättelse av ett förfärligt dåligt mående under lång tid. En skrämmande värld. Det var ett mirakel att han överlevt suicidförsöket. Men han hade svårt att betrakta det som ett mirakel. Den skrämmande världen var kvar.

Senare kunde han även ge ord åt sin tystnad. Den enkla förklaringen var att han inte hade några ord just då. Han skämdes över suicidförsöket, han ville verkligen dö och ångrade bittert att han överlevt. Han var arg på sig själv, på oss, på alla. Inget han kunde formulera just då, inte ens för sig själv, ännu mindre för oss.

Vad är speciellt med den här tysta patienten, av de många jag träffat? Att han lärde mig två saker. Dels att ge tysta patienter tid, i stället för att tjata eller tillkalla överläkaren. Dels att tänka högt för att lugna oerfarna underläkare. Tid och tankar, det var inte svårare än så.

Alessandra Hedlund
Psykiater
Stockholm

Tystnad som maktmedel i psykiatridebatten

Varför är det så svårt att besvara vissa motargument?

Tystnaden är rymden i varje handling
Dag Hammarskjöld

Respekt och kärlek till kunskapen

För att kunna förstå något väsentligt bör all kunskap ses med respekt och kärlek, inte minst de motargument som läsarna presenterar. Hur ska vi kunna få nya insikter om vi inte bryr oss om att förstå nya tankesätt? Man kan inte vara en vetenskapsman i livets tjänst om man inte visar genuin respekt för det okända. För att kunna föreställa oss någonting behöver vi stanna upp, och vänta in den nya insikten i en tystnad utan önsknings- och intentioner, utan rädsla för det som kan komma fram. Vi vet ju att ny kunskap kan vända upp och ner på vår värld flera gånger om.

Vad händer med oss psykiatriker när vi gång på gång får höra att psykiatrin befinner sig ungefär på den nivå där övriga medicinska discipliner var för 100 år sedan (1), och att biologiska psykiatriska behandlingar kan göra större skada än nytta (2)? Vad gör man i en sådan situation? Är då förnekande och tillbakadragande ett sätt att göra livet mindre obehagligt? Är det frågan om ett tyst motstånd som ett sätt att negligera den som tänker annorlunda, och utöva omnipotent kontroll? Man kan känna sig "hög" när man lyckas genomdriva sin vilja. Goda vänner stödjer en, och då är man inte så benägen att visa hänsyn för andras åsikter. De obesvarade frågorna kvarstår dock. Kan man förklara ett psykiskt problem genom beskrivning av besvären? Hur kan man komma fram till en "ABC" om handläggning av psykiska problem utan kännedom om de verkliga orsakssambanden?

Öppen dialog är mycket bättre än tystnad

"Skall nu *han* försöka lära mig!" – Varför inte? Det finns ingen av vilken du inte kan lära (3). Att hålla på och sortera symtom i "tillstånd" och "besvär" är en villfarelse. Det finns ingen annan evidens än det som uppenbarar sig för oss, det som genast inses i mötet med patienten. Var och en måste komma fram till det själv. Den insikten går ej att generalisera. När man förstår vad det är frågan om, gör man inte samma misstag igen. Man slutar tro att patienten mår bättre av att vi redogör för hur synapserna ser ut och hur "gasen och bromsen" i det autonoma systemet fungerar (4). Patienten har ingen nytta av att veta hur upplevd stress leder till sympatikusaktivering. Det är som att förklara för någon hur tandvärk uppstår, medan människan väntar otåligt på lämplig åtgärd. Det är uppkomstmekanismerna som skall vara i fokus i första linjens psykiatri så att vi ska kunna göra en adekvat, psykopedagogisk intervention som går ut på att återskapa berättelsen och återställa ordningen.



Illustration: Vanessa Stavenow

Att se varje människa i ett familjesystemiskt sammanhang borde vara det enda meningsfulla. Den lärdomen går lättare in i kognitionscentrum. Finns det någon beteendeanalys värd namnet, utan att man först har en aning om hur bindnings-samvetet fungerar? Nej, det finns inte. Vad innebär det? Jo, det innebär att när man går emot sin egen familj så går man också emot sig själv, man gör fel livsval och blir ängslig och deprimerad. Är det någonting att hålla tyst om?

Imri Demisai

Psykiater

Actavita Rehab Dialog

Göteborg

imri.demisai@gmail.com

Referenser

1. Paris, J. The intelligent clinician's guide to the DSM-5. Oxford University Press 2013
2. Breggin, R. P. Att sluta med psykofarmaka. Handbok för forskrivare, behandlare, patienter och deras anhöriga. Karneval Förlag 2018
3. Hammarskjöld, D. Vägmarken. Albert Bonniers Förlag, 1963
4. Nordenstam, Ch. Bengtsson, J. Domargård, K. Hagskog Engel, K. ABC om handläggning av psykiska besvär, Läkartidningen: 2+25; 122: 24103



Tystnad

Tankarna mognar som höstens frukt.
 Känslorna svalnar som kvällen 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.

Att kunna tänka i tysthet, att kunna bara vara, är så
 viktigt för vår existens. Då kan vi träffa vårt verkliga
 jag!

Lioudmila Mendoza
 Psykiater
 Södertälje

Tystnad

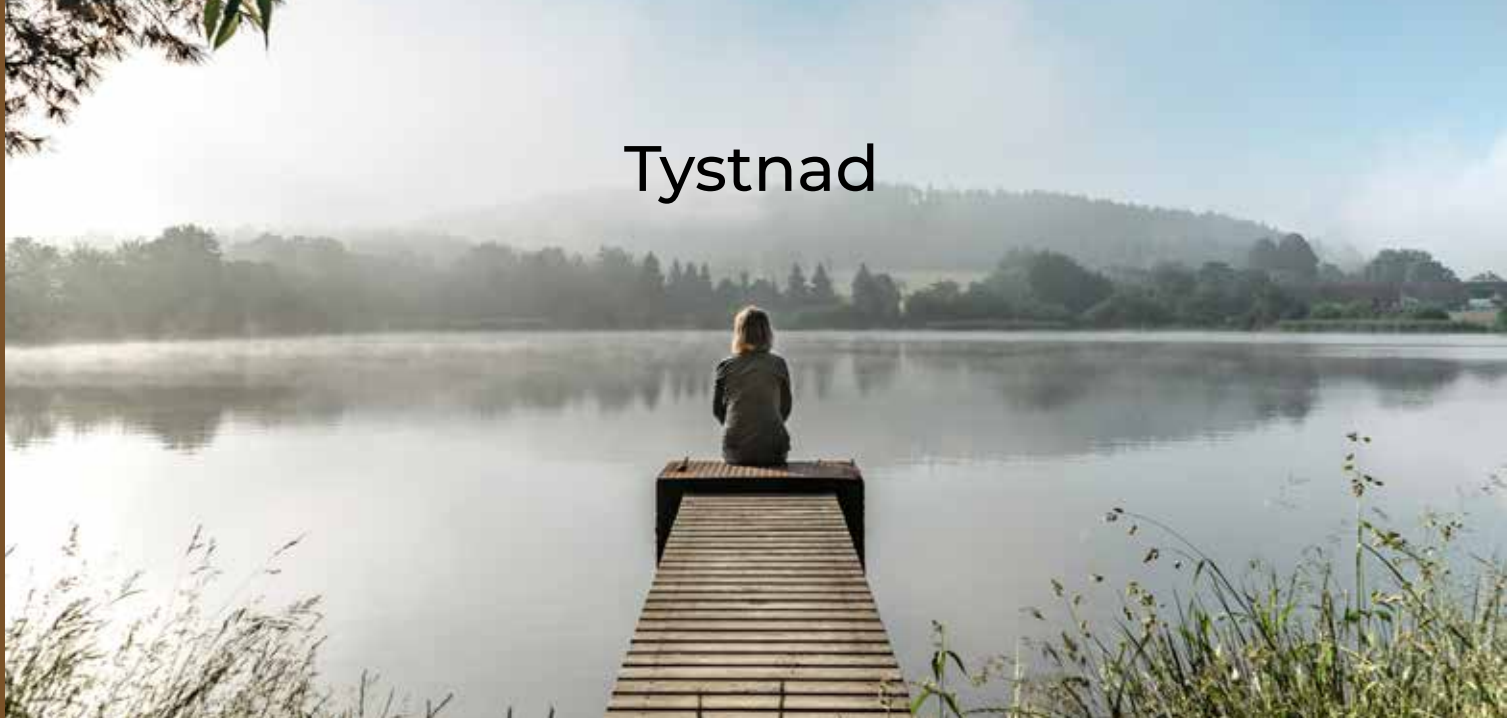


Foto: Eva Pruchova/Shutterstock

Tystnaden var öronbedövande. Tystnaden dånade i öronen. Tala är silver, tiga är guld. Bättre att tiga och ses som en dåre än att öppna munnen och ta bort allt tvivel Klyschor, klichéer, men också visdomsord om tystnadens kraftfullhet.

I vår tid när det verkar som att den som skriker högst har rätt och den som är tyst har fel, kan det vara värt att reflektera över tystnaden och dess makt och inverkan på människor.

Vi har kanske alla befunnit oss i sammanhang där vi har sett tystnadens kraftfullhet. Den tysta personen i sällskapet på vilken det projiceras allt möjligt. "Han/hon har förstått och vet allt." "Han/hon har inte förstått någonting och vet ingenting." Åsikter och ställningstaganden klistras på den tyste, positiva och negativa.

Detta är ju någonting som utnyttjas i den psykoanalytisk-dynamiska psykoterapi. Tekniken med terapeutens tystnad är ofta förhånad i litteratur, film och skådespel men då skildras tystnaden oftast som passiv. Terapeuten verkar ganska ointresserad och oengagerad. Självklart finns det sådana terapeuter även i realiteten, men de är ofta inte särskilt framgångsrika och deras patienter är inte så nöjda. Denna passiva tystnad skiljer sig från den aktiva tystnaden, där terapeuten genom sitt humande (även det ofta förhånat) och enstaka kommentarer visar sin empati och sitt deltagande i den terapeutiska processen. Den "tysta" terapeuten kan ge enstaka tolkningar av det som klienten/patienten säger, där dock timingen är avgörande om klienten/patienten kan ta till sig dem. En 45 minuters terapi-session, där terapeuten inte säger mycket, förutom kanske en vältimad tolkning, har ofta mycket större effekt än en session där terapeuten pratar på och försöker få klienten/patienten att "förstå" och "inse" eller med olika tricks och övningar ändra på ett sätt att tänka eller bete sig. Tystnaden gör det även möjligt att lyssna och höra vad klienten/patienten säger och menar. Lyssna efter lidandet. Först när detta är identifierat kan det åtgärdas. Om klienten/patienten översköjs av terapeutens hypoteser och antaganden och det inte finns någon möjlighet att vila i empatisk tystnad så riskerar resultatet att utebli, eller i värsta fall bli det motsatta. Lidandet ökar.

Tystnaden ger utrymme för reflektion och att knyta an till vår inre röst, våra värderingar och intentioner.

Redan den persiske poeten Rumi sade på 1200-talet att "tystnad ger svaret" och att "tystnaden är roten till allt". Dalai Lama har sagt att "ibland måste du förstå att tystnad är det bästa svaret. Det kan faktiskt vara ett av de mest meningsfulla svaren som du någonsin kan ge till någon utan att faktiskt använda några ord".

En nutida författare uttrycker det vackert i sin senaste bok "En tystnad lika gränslös som tiden. Den tystnad ur vilken allting springer, allt gott och allt ont (Amor Towles, *Ett bord för två*).

I tillvaron utanför terapirummet verkar den rogivande, produktiva tystnaden ha blivit allt mindre. På sociala medier dånar det ständigt. Väldigt många anser att de måste göra sig hörda i alla möjliga ämnen och sammanhang. De citerade visdomsorden gör sig påminda. Litteraturen och världshistorien är fylld av visdomsord som prisar tystnaden. Alla är dock inte lika positiva. Elie Wiesel sade att han "har svurit att aldrig bli tyst närhelst och varhelst människor tvingas utstå lidande och förödmjukelse... Tystnad uppmuntrar förövaren, aldrig offret".

Martin Luther King Jr. sade "I slutändan kommer vi inte att minnas våra fienders ord, utan våra vänners tystnad".

Avslutningen måste dock förstås bli Hamlets slutreplik, "Resten är tystnad".

Sigmund Soback

*Pensionerad barn- och ungdomspsykiater
Leg. psykoterapeut*



Foto: KieferPix/Shutterstock

Den tysta timmen

Den egentligen tystgående fläkten skär i nattens ljudlöshet. Vanligtvis har jag inte svårt att somna men nu är det varmt, och framför allt, ett svårt beslut hänger i luften. Det hänger på mig. Ska jag? Bör jag? Det känns inte helt rätt i magen, tyvärr. Å andra sidan känner jag inte att jag har något val. Otryggheten gör mig till en person som jag inte vill vara. Fragment av tankar och minnen snurrar, hävdar sitt utrymme i natten.

Den fuktiga värmen blandar sig med en klibbig oro. "Tänk om" är inte likt mig, egentligen. Men som psykiater har man lärt sig att känna igen det vid minsta lilla. När kan man dra ett streck för vem man är? Hur gör man när det finns ett före och ett efter? Att vara psykiater och att vara människa, de två delarna ligger så väldigt nära varandra, ibland omöjligt att skilja mellan var den ena slutar och den andra tar vid.

Tankarna vandrar iväg, gamla och nya minnen blandas med fantasier. Jag är för trött för att dikta ihop framtida scenarier, så jag följer med strömmen som dyker upp. Den består av människor; patienter, kollegor, underläkare, studenter; det enda som spelar roll är att de är människor. De vänliga har gett mig styrka, lärt mig saker, berikat mig. Oväntade möten som jag kommer att ta med mig livet ut. Mindre vänliga figurer dyker upp också, jag ser dem inte lika klart men jag minns deras ord. De tror att de känner mig, det gör de inte. Fokuserar på de godas ord i stället, de bringar lugn i den tysta natten. Fläktens friska luft.

Tänk att glädje och sorg kan vara så sammanflätade. Ett minne som inte går att suddas bort, det är starkt då jag var sårad och

sårbar. En tacksam kollega, hens vänliga ord och en kram – fick mig att gå sönder inombords. Bara det äkta gör ont. Det syntes inte på mig, inte den gången heller. En annan bild dyker upp. En sprillans ny, oskyldig tekopp, det kokande vattnet fick porslinet att delas i två bitar med en dov smäll. En osynlig spricka. Tänk om utsidan kunde skvallra om insidan. Men det fungerar helt enkelt inte så. Vid det här laget vet jag att detta både är min styrka och mitt hinder i livet.

Var är den personen som jag är i mina minnen? Jag vet att jag är en och samma, ändå saknar jag henne. Något har förändrats – min inställning? Har jag tagit saker på för stort allvar? Eller har jag helt enkelt mognat? Det låter lite pinsamt sent när man närmar sig halvsekel, men kanske kräver vissa insikter lite mer tid, helt enkelt. Jag vet att jag har gjort skillnad för många människor, om jag bara kunde vila i det. Men där finns ingen vila, snarare ett rus av adrenalin som lämnar mig nöjd men utmattad efteråt.

Jag vaknar till morgonens ljus. Beslutet hänger kvar, lika knepigt. Det hänger på ingen annan än mig, men jag kommer inte att lösa allt nu. Jag har redan ändrat mig fram och tillbaka några gånger. Jag brukar vara beslutsam, tydligen inte nu dock, det betyder väl någonting. Även i ovisshet kan man välja att gå vidare. Ännu är jag samma person som förr. Jag har bara lämnat en bit av mitt hjärta någon annanstans. Desto fler bitar har jag kvar.

Alessandra Hedlund

*Psykiater
Stockholm*

Tystnad, vapenskrammel eller samtal?



Kaliningrad maj 2007. Författaren, professor Vassily Yastrebov från Moskva och Olle Hollertz.
I bakgrunden Königsbergska katedralen från 1380.

För inte så länge sedan skrev flera av oss i denna tidskrift om hur vi gillade att arbeta med utbildningsprojekt där borta. Nu är vi tysta. Mailar inte mycket med kollegorna, FSB kollar nog. Nu är det militärer som yttrar sig om Ryssland och vårt förhållande till detta land. Det är tyst både mellan psykiaterkollegor som känner varandra och mellan våra föreningar. Är det bra? Jag är tveksam. Olle Hollertz och jag brukar diskutera "vad bör göras?" men vi har inget bra förslag.

Dagens hotbilder sätter vårt försvar i fokus, men vad vet vi om dagens ryska samhälle, behov och (o-)möjligheter? Hur skall detta samhälle kunna utvecklas i rimlig riktning utan kontakter med professionella i andra länder? Det vi höll på med för 20 år sedan gav oss också mycket tillbaka – kontakt med andra kulturer och människor, ny syn på våra egna verksamheter.

I Kaliningrad hade vi t ex flera seminarier med drygt 100 deltagare och med fokus på utveckling av psykiatrisk vård, stigma och värderingar. Det var föreläsningar och livliga diskussioner i grupp och referat i media. Jag saknar detta!

Blir det enklare om/när det blir fred i Ukraina? Hävs sanktionerna då? Får vi en annan syn på Putins Ryssland? Skall vi prata vänligt igen "men ha en stor käpp väl synlig"?

The rest is silence är Hamlets sista ord. Horatio lägger till *Now cracks a noble heart*. Det är inget roligt slut med tystnad men väl bättre än vapenskrammel...

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

Brev till redaktören

Tack för en alltid mycket läsvärd och intressant tidskrift, med utomordentlig layout som grädde på moset! Svensk Psykiatri präglas av en kultur av öppenhet, respekt och nyfikenhet och skapar ett konstruktivt klimat som motverkar de tendenser till ökad tystnad som de flesta av oss nog upplever i vår vardag.

Professionellt har tidigare konflikter av förgörande karaktär mellan olika skolor inneburit att man ofta hellre arbetat på i det tysta än riskerat onödiga, och destruktiva konflikter. Men detta har också genom åren försvårat konstruktiva samarbeten med syfte att utveckla allt bättre och alltmer individuellt anpassade behandlingsmetoder.

Många av oss upplever också en ökande tystnad i arbetsorganisationen där beslut uppifrån skall implementeras i sjukvården utan reellt inflytande från de som ansvarar för kvalitet och kvantitet i vårdarbetet, det vill säga vårdpersonal av alla kategorier. I linjen är lojalitet till överordnad chef högst prioriterat och även konstruktiva förslag från golvet kan uppfattas som hotfulla, eftersom allt då inte betraktas som redan fullkomligt. *Den spik som sticker upp träffas av hammaren*, som japanerna säger. En allt viktigare motkraft blir det fackliga arbetet som behöver utvecklas och höras ännu mer.

Tidskriftens temaupplägg är tankestimulerande och engagerande.

Tack igen!



Göran Bolin
Timanställd pensionär
BUP och Psyk Sundsvall
Foto: Privat



Livsfarlig tystnad

Sju av tio som tar sitt liv är män och suicid är den vanligaste dödsorsaken bland män i åldersgruppen 15–44 år. Många män har dock än idag svårt att berätta för någon att de inte mår bra och de söker inte heller hjälp.

I boken *Den livsfarliga tystnaden och männen som vågar bryta den*, skriven av psykologen och tidigare journalisten Anna Lagerblad samt psykiatern och suicidforskaren Ullakarin Nyberg (Natur & Kultur 2025), intervjuas tolv män som dolt sitt lidande. Här beskrivs även hur tystnaden kan brytas, hur varningstecken kan upptäckas och hur stöd kan ges.

En recension hade onekligen passat perfekt i detta nummer med temat Tystnad, men boken kommer ut samma dag som tidskriften ska skickas till tryckeriet.

Denna lilla text ska således ses som förhandsinformation och lästips, en recension kommer i nästa nummer.

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Tystnadens uttryck

Tankar om kommunikationens betydelse i psykiatrisk bedömning av patienter med intellektuell funktionsnedsättning

Även om talet är det vanligaste sättet att kommunicera på, är kommunikation mycket mer än så. Tystnaden är således inte frånvaro av kommunikation utan snarare en utmaning – särskilt i mötet med personer med intellektuell funktionsnedsättning (IF). Där den verbala förmågan är begränsad, får andra kommunikationssätt en avgörande roll. Tystnad riskerar fortfarande, till och med inom specialiserad vård (psykiatri, habilitering), att leda till att patienterna bedöms som "för svåra" för att kunna få hjälp.

I det kliniska arbetet möter vi patienter med IF som har begränsad verbal förmåga eller är helt ickeverbala. Vid psykiatrisk bedömning blir det fokus allt för ofta på patientens begränsade verbala förmåga och hur detta försvårar eller omöjliggör en regelrätt psykiatrisk bedömning. Det är lätt att bli frustrerad över att det snabbaste sättet att kommunicera inte kan användas, istället för att "lyssna" till det som kommuniceras genom kroppsspråk, mimik och inte minst beteende.

Som exempel är så kallade "Behavioural equivalents" mycket viktiga i sammanhanget. De är viktiga att känna till både för diagnostik och behandling. Istället för att leta efter "klassiska" symtom för schizofreni, bipolär sjukdom etc., observeras "problemskapande beteenden" (Bakken, 2021). Dessa kunskaper räcker dock inte utan lyhördhet, tålmod, god kännedom om individens kommunikationsmönster och inte minst tid. I en alltmer pressad psykiatri har produktionskrav bland annat lett till att vi har tappat ett av de viktigaste verktygen vi har att tillgå, nämligen den kliniska observationen. Det handlar inte om att "få patienten att prata" så fort som det bara går – utan om att förstå vad tystnaden vill säga.

Således riskerar tystnaden, i psykiatriska bedömningar, att bli ett hinder. Diagnostiska instrument och samtalsmodeller förutsätter ofta verbal förmåga. Detta kan leda till feltolkningar, framför allt hos personer med samtidig autism, sensoriska svårigheter eller traumatiska erfarenheter. Tystnad kan också vara ett aktivt uttryck för motstånd – ett sätt att behålla kontroll i en kontext där individen ofta är utsatt.

För att förbättra vården behöver vi flytta fokus från det som saknas till det som finns. Att arbeta med alternativa och kompletterande kommunikationssätt (AKK), samverka med närstående och kontinuerligt utvärdera hur vi tolkar patientens signaler, är avgörande. Kommunikation är en ömsesidig process – inte en individuell prestation.

Som specialister i psykiatri har vi ett ansvar att bredda vårt lyssnande. Vi måste fråga oss själva: Hör vi det som inte sägs? Förstår vi varför någon är tyst? Och inte minst, vem bär det yttersta ansvaret för ett bra möte?

Att möta personer med IF kräver inte bara kunskap om diagnoser, utan också en vilja att förstå det mänskliga bortom orden.



Adrian Frid

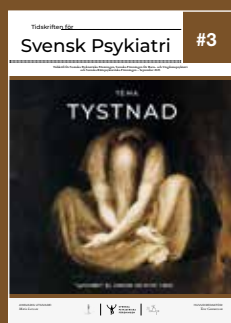
Psykiater

Vuxenhabilitering i VGR



Referens

Trine Lise Bakken (2021) Behavioural equivalents of schizophrenia in people with intellectual disability and autism spectrum disorder. A selective review, *International Journal of Developmental Disabilities*, 67:5, 310-317.



Tidskriften för SVENSK PSYKIATRI



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 max 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

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **12/11**

Tema: *Natten*

UTGIVNING 2025

Tema: *Natten*

Deadline:
12 november

Utkommer:
Vecka 49

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

Maila till redaktoren@svenskpsykiatri.se

Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott

Utbildningsutskottet ser fram emot att få starta upp arbetet igen efter sommaruppehållet och hoppas att alla ni viktiga handledare och utbildare har fått samla energi för hösten. Vi kommer fortsatt att under hösten bevaka utbildningen och särskilt hur det går med införandet av de nya reformerna som Entrustable Professional Activities (EPA) i grundutbildningen och basjänstgöring (BT).

Arbetet med införandet av EPA inom grundutbildningen har fortsatt, och vi följer noga hur implementeringen fungerar i praktiken. Diskussionerna kring både EPA och BT har kretsat kring hur vi säkrar hög kvalitet i psykiatriska placeringar och hur de ökade kraven på handledning och dokumentation ska hanteras på ett hållbart sätt. För att införandet ska bli lyckat behövs en nationell samsyn, med tydliga och inte orimliga dokumentationskrav samt att det behövs en kultur inom den kliniska verkligheten där handledning värderas lika högt som produktion.

Undertecknad ser också fram emot att under hösten få arbeta med utbildningsfrågor i ett internationellt sammanhang där SPF:s styrelse bl.a. planerar ett studiebesök till det inom psykiatriutbildning välrenommerade Maudsley Psychiatry i London. Förhoppningarna är att få hämta inspiration framför allt kring fortbildning för specialister utanför våra egna nationella ramar.

Jag ser också mycket fram emot att under hösten få medverka i European Psychiatric Associations utbildningsutskott. Det är en möjlighet för svensk psykiatri att bidra till en europeisk utbildningsagenda där modern neurovetenskap och humanistiska värden går hand i hand. Att motverka stigma, att höja utbildnings-



Matilda Naesström

*Facklig sekreterare
Ordförande i utbildningsutskottet*

standarden och att bygga en gemensam psykiatrisk identitet över nationsgränserna.

Vi står mitt i en spännande tid – och ser fram emot att tillsammans med er alla som är engagerade i psykiatriutbildning få forma framtidens psykiatri!

Matilda Naesström

*Facklig sekreterare SPF
Ordförande UU*

PINEALIN[®] – FÖR EN KORTARE SÖMNRUTIN^{1*}

Nu finns
Pinealin[®]
tillgängligt



FLEST STYRKOR TILL LÄGST PRIS⁴

Det är vanligt att barn med ADHD upplever sömnsvärigheter och ett motstånd mot att lägga sig.² Problem med sömnen kan leda till konflikter vid sänggåendet eller svårigheter att komma igång på morgonen.³ Melatonin ökar benägenheten till sömn och kan vara en hjälp vid insomning.¹ Pinealin är indicerat för insomni hos barn och ungdomar 6–17 år med ADHD där sömnhygienåtgärder har varit otillräckliga.¹

Pinealin behöver förskrivas och är inte utbytbar på apotek.

Barnet på bilden är inte en riktig patient.

* Genomsnittlig aktigrafisk uppskattning av tid till insomning visade en förbättring på $26,9 \pm 47,8$ minuter med melatonin till skillnad från placebo där insomningstiden försköts med $10,5 \pm 37,4$ minuter ($p < 0,0001$). 48,8 % av barnen som fick melatonin visade en förbättring av tid till insomning >30 minuter jämfört med 12,8 % med placebo ($p = 0,001$). **Referenser:** 1. Produktresumé Pinealin 2023-11-17. 2. Läkemedelsverket: Sömnstörningar hos barn - Bakgrundsdokumentation 2:2015 (s.49). 3. 1177.se/sjukdomar--besvar/hjarna-och-nerver/neuropsykiatriska-funktionsnedsattningar/adhd/ 4. www.tlv.se Priser inom subvention september 2025. Prisjämförelse baseras på AUP per tablett, 100-pack 2–5 mg: Pinealin (2,81 kr), Artonin (3,17 kr), Melatan (3,45 kr), Mellozzan (5,73 kr), Melatonin OPQ Labs (5,81 kr), Melatonin AGB (5,90 kr). Pinealin är inte utbytbar mot de läkemedel som ingår i jämförelsen. Parallellimport är ej inkluderat. Subventionerat pris gäller endast indikationen insomni hos barn och ungdomar 6–17 år med ADHD.

Pinealin (melatonin) 0,5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg tabletter. Rx (F) Subventioneras endast för insomni hos barn och ungdomar 6–17 år med ADHD där sömnhygienåtgärder har varit otillräckliga. Sömnmedel och lugnande medel. **Indikationer:** Korttidsbehandling av jetlag hos vuxna. Insomni hos barn och ungdomar 6–17 år med ADHD där sömnhygienåtgärder har varit otillräckliga. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. **Varningar och försiktighet:** Melatonin kan orsaka däsighet. Melatonin-tabletter ska därför användas med försiktighet om det är sannolikt att effekterna av däsighet medför säkerhetsrisker. **Äldre:** Exponeringsnivån av melatonin efter oral administrering till unga och måttligt äldre vuxna är jämförbar. Oklart om väsentligt äldre personer är särskilt känsliga för exogen melatonin. Försiktighet bör iakttagas vid behandling av denna ålderskategori och individuell dosering rekommenderas. **Immunologiska sjukdomar:** Enstaka fallrapporter beskriver försämring av autoimmun sjukdom hos patienter som tar melatonin. Melatonin-tabletter rekommenderas inte till patienter med autoimmuna sjukdomar. **Epilepsi:** Melatonin har rapporterats att både öka, minska och att inte ha någon effekt på anfallsfrekvens. Viss försiktighet bör iakttagas vid användning hos personer med epilepsi. **Nedsatt glukostolerans/diabetes:** Begränsade data tyder på att melatonin som intas i nära anslutning till kolhydratrika måltider kan försämma blodglukoskontrollen under flera timmar. Melatonin-tabletter ska tas minst 2 timmar före och minst 2 timmar efter en måltid, helst minst 3 timmar efter en måltid hos personer med signifikant nedsatt glukostolerans eller diabetes. **Graviditet och amning:** Rekommenderas ej under graviditet eller till kvinnor i fertil ålder som inte använder preventivmedel. Rekommenderas inte till ammande kvinnor.

Datum för översyn av produktresumén: 2023-11-17. **För ytterligare information och priser se:** www.fass.se

Ytterligare upplysningar om detta läkemedel kan erhållas från AGB-Pharma. Rev. 06/2025

AGB-Pharma AB / Medicon Village / 223 81 Lund / 046-805 52 / info@agb-pharma.com

SE-MEL-AGB 0118 09/2025

www.agb-pharma.com



Utmärkelse för
pedagogiska
insatser för psykiatri till
**Raffaella Björcks
minne**

Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse har beslutat instifta:

Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne.

Priset kommer att delas ut i samband med Svenska Psykiatrikongressen 2026.

Vill du nominera någon till priset?

Skicka Ditt förslag och motivering per e-post till Svensk Psykiatri:
raffaellapriset@svenskpsykiatri.se senast den 31/12 2025.

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

**Styrelsen
Svenska Psykiatriska Föreningen**

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.



Nordic Journal of Psychiatry – den nordiska psykiatrins vetenskapliga tidskrift

Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) bedriver flera viktiga internationella samarbeten, varav ett centralt och långvarigt samarbete är med de övriga nordiska psykiatriska föreningarna. En konkret och viktig frukt av detta samarbete är *Nordic Journal of Psychiatry* – en vetenskaplig tidskrift som speglar den bredd, kvalitet och nordiska förankring som kännetecknar psykiatrin i våra länder.

Tidskriften utkommer med åtta nummer per år och publicerar originalartiklar, översikter, fallstudier och andra vetenskapligt granskade texter inom klinisk psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri, psykiatrisk forskning och angränsande områden. Artiklarna representerar såväl grundforskning som kliniska tillämpningar, och ofta med en tydlig nordisk kontext.

Som medlem i Svenska Psykiatriska Föreningen har du fri tillgång till det senaste innehållet i tidskriften, inklusive arkiverade nummer. Instruktioner om hur du får tillgång till artiklarna hittar du här:

<https://www.svenskpsykiatri.se/tidsskriften/nordic-journal-of-psychiatry/>

I årets sjätte utgåva finns en mängd intressanta bidrag som speglar både den vetenskapliga bredden och det kliniska djupet i dagens psykiatri. Några exempel ur innehållet:

- **Internet-delivered acceptance and commitment therapy for COVID-19 related health anxiety** – Ditte Hoffmann Frydendal, Katrine Ingeman, Per Klausen Fink, Kaare Bro Wellnitz & Lisbeth Frostholt
En öppen prövning av internetförmedlad KBT (ACT) för hälsoångest relaterad till covid-19.
- **Association between complexity and adherence to psychotherapy in outpatients awaiting psychotherapy for mood and personality disorders** – Oliver Rumle Hovmand, Nina Reinholdt, Anne Bryde, Kraka Bjørnholm, Dorrit Dilling-Hansen & Sidse Arnfred
En studie av faktorer som kan påverka följsamhet till psykoterapi hos patienter inom öppenvården.
- **A mixed method study on suicidal behavior among people with bipolar disorder in Rwanda** – Maja Bendtsen,

Nelly Umulisa Rurangwa, Caroline Juhl Arnbjerg, Emmanuel Musoni-Rwililiza, Laura Glahder Lindberg, Kate Andreasson Aamund, Per Kallestrup & Jessica Carlsson
En prevalensstudie av självmordsbeteende hos personer med bipolär sjukdom i Rwanda.

- **Psychometric properties of the Adult Anxiety Scale in a Swedish community sample** – Maria Hedqvist, Sofia Vadlin, Cecilia Åslund, Susan H. Spence, Cecilia A. Essau & Susanne Olofsdotter
En psykometrisk validering av ett ångestskattningsinstrument i en svensk normalpopulation.
- **Electroconvulsive therapy in erotomanic delusion: a path to belief updating** – Isabelle Montet, Alessia Longo & Hugo Bottemanne
Ett fallbeskrivning där ECT visade god effekt vid behandlingen av erotomana vanföreställningar.

Vi uppmuntrar alla medlemmar att ta del av det aktuella numret och att läsa de artiklar som väcker nyfikenhet eller berör det egna kliniska arbetet eller forskningsintresset.

Tidskriften utgör ett värdefullt forum för kunskapsutbyte inom den nordiska psykiatrin, och vi vill också varmt uppmana våra medlemmar att själva överväga att bidra med egna manuskript. Det kan röra sig om originalforskning, fallrapporter, metodutveckling eller andra vetenskapliga bidrag.

Författarinstruktioner och information om hur man skickar in artiklar finns på tidskriftens webbplats: <https://www.tandfonline.com/toc/ipsc20/current>

Steinn Steingrimsson

Överläkare, docent och universitetslektor vid Sahlgrenska Akademien & vetenskaplig sekreterare för Svenska Psykiatriska Föreningen

Jonas Eberhard

Överläkare, docent och universitetslektor vid Lunds universitet & ordförande för Svenska Psykiatriska Föreningen samt redaktör för Nordic Journal of Psychiatry



KvIPS – Kvalitetsarbete i psykiatri Sverige

Nationellt utvecklingsteam för barn- och ungdomspsykiatri har startats

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att utveckla den specialiserade psykiatriska vården. Vården behöver bli mer jämlik och kvaliteten höjas genom att det säkerställs att den baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet. Ett led i genomförandet av uppdraget är att bilda och driva ett nationellt utvecklingsteam. Hösten 2025 och våren 2026 pågår en pilotverksamhet med möten mellan olika professioner i barn- och ungdomspsykiatri i Dalarna, Halland, Skåne, Stockholm, Södermanland och Västra Götaland.

Socialstyrelsen leder arbetet med den systematiska verksamhetsutvecklingen som innebär självskattningar och kollegiala dialoger mellan medarbetarna från de olika mottagningarna. Även patienter och anhöriga kommer att delta i vissa delar av mötena. Syftet är att lyfta utvecklingsområden och i dialog hitta lösningar som bland annat bygger på erfarenheter från de andra mottagningarna som ingår i pilotprojektet.

Socialstyrelsen bidrar med kvalitetsparametrar som ligger till grund för självskattning och dialoger. Det är genom självskattningen som utvecklingsområden identifieras, dialogerna är således ingen revision utan bygger på det som respektive mottagning själv identifierat att de behöver utveckla och få stöd i. Efter mötena på de olika enheterna sammanställer utvecklingsteamet på Socialstyrelsen rapporter där både styrkor och rekommendationer för vidare utvecklingsarbete lyfts fram. Stöd vid implementeringen av förändringarna erbjuds också. Pilotprojektens samtliga rapporter kommer att sammanställas till en allmän årsrapport för informations- och erfarenhetsspridning. Genom det som framkommer identifieras fokusområden som kan lyftas vid årliga nationella konferenser.

KvIPS är inspirerat av modeller för systematiskt förändringsarbete inom psykiatri i Norge och Storbritannien bland annat.



Foto: vetre/Shutterstock

Socialstyrelsen kommer inom ramen för uppdraget också att arbeta med produktions- och kapacitetsstyrning PKS, kartlägga dokumentationskrav och ge stöd till effektivisering av administration samt utveckla och ge prioritetsstöd.

För mer information se: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/psykisk-ohalsa/psykisk-halsahos-barn-och-unga/nationellt-utvecklingsteam-for-barn-och-ungdomspsykiatri/>

Kerstin Höfler
Barnpsykiater
Helsingborg



COMPFOR

Dags för omgång två av interdisciplinära forskarskolan i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatri

Sedan Bergwallkommissionens betänkande år 2015 har regeringen vid flera tillfällen satsat på kvalitet och evidens för metoder och behandlingar för en förbättrad svensk tvångsvård – något som står i viss kontrast till mediabiliden av en politik präglad av hårdare tag. COMPFOR är den ena av två forskarskolor som beviljats medel av Venskapsrådet med målet att stärka forskningskompetensen inom svensk tvångsvård.

Första terminen av forskarskolan COMPFOR genomfördes med deltagande doktorander och postdoks från discipliner knutna till svensk psykiatri och rättspsykiatri. Deltagarna har träffats under en inledande kick-off och kursmöte, digitala workshops samt under ett Writing Retreat på Falkenbergs havsbad i samarbete med enheten för akademiskt språk vid Göteborgs universitet. Aktiviteterna har fått genomgående positiv kritik från forskarstudenterna. Vi ser nu fram emot att välkomna ansökningar till nästa årskurs av forskarskolan!

Skolan innehåller fem kurser, digitala workshops och Writing Retreats över fyra terminer. Samtliga aktiviteter inklusive resor och boende är kostnadsfria tack vare anslaget från Venskapsrådet. Doktorander kan söka antingen hela skolan (15 hp) eller enstaka kurser. Ansökningsperioden är 1–21 oktober

2025. Besök vår hemsida www.gu.se/celam/compfor för mer information.

För COMPFOR:s styrgrupp,

Peter Andiné, projektledare

Professor i rättspsykiatri

Göteborgs universitet, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Rättsmedicinalverket

Anja Fernqvist, koordinator

Doktorand, överläkare

Göteborgs universitet, Rättsmedicinalverket

Foto: Jenny Mattsson

Övriga i styrgruppen är:

Anne Crocker, Université de Montréal

Mia Ericson, Göteborgs universitet

Anneli Goulding, Göteborgs universitet

Malin Hildebrand Karlén, Göteborgs universitet

Björn Hofvander, Lunds universitet

Anders Håkansson, Lunds universitet

Steinn Steingrímsson, Göteborgs universitet

Märta Wallinius, Lunds universitet



Psykisk ohälsa och kriminalitet

Foto: hxdbyzy/Shutterstock

Kriminaliteten i Sverige har ökat när det gäller vissa brott som skjutningar och sprängningar. I många fall har gärningspersonerna som utfört dåden varit mycket unga.

Vissa psykiatriska diagnoser som antisocial personlighetsstörning och psykopati kan vara förknippade med kriminellt beteende. Även depression och bipolär sjukdom kan öka risken. Individer med bipolär sjukdom kan vid maniska episoder vara impulsiva vilket ökar risken för kriminella handlingar. Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (som ADHD), drogberoende, depression och psykosdiagnos kan också öka risken. Vissa psykiatriska diagnoser som autism och intellektuell funktionsnedsättning kan dock leda till lägre risk för brottslighet.

Rebecca Siponen vid Örebro universitet presenterade 2024 sin avhandling **The role of psychiatric diagnoses among youth offenders. An investigation of crime and later adverse outcomes.**

I avhandlingen framkom att neuropsykiatriska diagnoser, drogberoende och depression var riskfaktorer för kriminalitet hos ungdomar. Sambanden var starkast hos de unga individer som hade flera olika psykiatriska diagnoser.

Siponens avhandling bestod av tre studier.

Den **första studien** undersökte associationen mellan psykiatriska diagnoser och risk för att få en juridisk dom i brottmål. Titeln var *Psychiatric diagnoses and criminal convictions in youth: A population-based study of comorbidities of diagnoses*. Siponen och medförfattare undersökte en stor kohort av svenskar (1 411

538) födda mellan 1985 och 1998. Av dessa visade sig 17 % ha en psykiatrisk diagnos och i sin tur var 20 % av dessa individer dömda för en kriminell handling.

Alla psykiatriska diagnoser utom ID (intellectual disability) och ASD (autismspektrumstörning) ökade risken för kriminella handlingar. SUD (substance use disorder), ADHD och PTSD var associerade med en ökad risk för att vara dömd för kriminella handlingar. Forskarna analyserade också komorbiditeten hos individerna i kohorten och fann att mer än en psykiatrisk diagnos ökar risken för att begå brott. De flesta individer med en psykiatrisk diagnos har ofta någon form av komorbid diagnos. Ett viktigt fynd var att just komorbiditet med externaliserande diagnoser ökade risken för kriminella handlingar. Externaliserande diagnoser kännetecknas av normbrytande handlingar och aggression mot andra.

Forskarna analyserade också skillnader mellan könen och fann att kvinnor som diagnosticerats med SUD, ADHD, depression, ID och ASD hade högre risk än män för att bli dömda för kriminalitet.

Siponen framhöll att komorbida externaliserande diagnoser starkt ökade risken för att bli dömd för en kriminell handling. Unga individer diagnosticerade med SUD och ADHD var de som mest frekvent var dömda för brott.

I den andra artikeln i Siponens avhandling *A population-based study of unintentional injury and premature death among non-imprisoned and imprisoned youth offenders* beskrevs en studie av en



stor svensk population på alla 1 839 711 individer födda i Sverige åren 1978–1999. I kohorten befanns 208 873 personer vara dömda för brott vid 15–20 års ålder. De som fått fängelsedomar hade högre risk för skador, olycksfall och för tidig död, jämfört med unga som inte var dömda för brott. Genomsnittsåldern för olycksfall eller skada var 21,09 år och genomsnittsålder för död var 22,98 år. Den vanligaste dödsorsaken var självmord.

Hos de unga som dömts till fängelse så ökade risken för skador och olycksfall om deras föräldrar hade psykisk sjuklighet och kriminalitet. Barnpsykiatrisk sjuklighet och psykisk sjukdom hos föräldrarna ökade också risken för tidig död hos unga kriminella.

Siponen fann att risken för någon form av skada var 2,3 gånger större hos gruppen unga fängelsedömda i jämförelse med icke-dömda ungdomar. Liknande resultat uppvisades för prematur dödlighet, där de som var dömda till fängelse hade 10 gånger större risk att dö före 35 års ålder jämfört med icke dömda ungdomar.

Siponen et al, tar upp det biopsykosociala perspektivet och menar att gener och miljön kan tillsammans samverka för att skapa impulsiva, antisociala och kriminella tendenser. Enligt författarna så tyder tidigare forskning på att individer som begår allvarliga brott har mer antisocial och mer riskbenägen livsstil som ökar risken för skador, olycksfall och tidig död.

I den tredje artikeln i avhandlingen beskrevs faktorer som påverkar återfall i brottslighet där "viktigmisering" (som närmast kan förklaras som mobbning) framkom som en viktig faktor för recidiv i brottslighet.

Annan forskning inom området

Från Storbritannien finns också en artikel som handlar om tidig död vid kriminalitet och som beskriver att män med kriminalitet dog genomsnittligt vid 49,8 års ålder. Ofta var det allvarliga somatiska sjukdomar som ledde till dödsfallen.

I en annan artikel ifrån Storbritannien av Skinner och Farrington, där man undersökt tre generationer (Longitudinal Cambridge Study in delinquent development) med förekomst av kriminalitet så presenterades också liknande fynd dvs att män som dömts för brott dog tidigare än män utan kriminalitet. I artikeln framkom att dömda män fortsätter att ha dålig hälsa jämfört med icke dömda män i den tredje generationen. I artikeln nämndes att det finns en teori om att individer med låg självkontroll är mer brottsbenägna. I undersökningen fann man att speciellt män hade högre incidens av psykisk sjukdom, medan kvinnor hade lägre incidens av både fysisk, psykisk sjukdom, självskada och sjukhusinläggningar jämfört med kvinnor som inte hade någon kriminalitet.

Brottsförebyggande rådet (BRÅ) har skrivit en rapport 2020 där man beskriver diagnostiserad psykisk ohälsa vid dödligt våld som ägt rum i Sverige under perioden juni 2005–2017. I rapporten redovisades att 4 av 10 gärningsmän hade haft kontakt med psykiatri innan brottet begicks och var sjätte person hade sjukhusvårdats i psykiatri. De kvinnliga gärningspersonerna var få, endast 8 % i materialet. I rapporten tas upp att det var speciellt vanligt att gärningspersonerna hade haft tidigare kontakt med psykiatri när dödligt våld riktats mot någon i familjen. De vanligaste psykiatriska diagnoserna var beroendetillstånd och personlighetssyndrom.

Avslutningsvis erinrar jag mig en episod när jag tjänstgjorde en tid på en rättspsykiatrisk avdelning, där en gärningsman som begått ett mord i sin familj varnade mig för att halka, det var isigt och halt och jag skulle gå ut. Var det början till manipulation eller omtanke? Jag har ingen aning.

Det var en liten kort betraktelse av allvarliga problem som rör många. Avslutningsvis betonades i BRÅ-rapporten att **de absolut flesta individer med psykisk sjukdom inte begår brott** och är helt ofarliga.

Cecilia Mattisson

Pensionerad psykiater, docent

Referenser:

The role of psychiatric diagnoses among youth offenders: An investigation of crime and later adverse outcomes. Rebecca Siponen, avhandling, 2024.

A population-based study of unintentional injury and premature death among non-imprisoned and imprisoned youth offenders. Rebecca Siponen et al.

Health of convicted persons in the third generation of the longitudinal Cambridge Study. GCM Skinner, DP Farrington. International journal of forensic mental health medicine. Volume 67, issue 8, 2021.

Criminal careers and early death: Relationships in the Cambridge Study in delinquent development. The British journal of criminology, volume 62, issue 4, July 2022, 840–856. Guy Skinner, David Farrington, Patrick Jolliffe.

Brå 2020:7.



Fler skall göra randutbildning på vårdcentral under sin ST?

SPF:s bevakning av delprojekt inom regeringsuppdrag God och nära vård - Specialiseringstjänstgöring inom primärvården

Från originalutskicket, Socialstyrelsens text:

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att genomföra insatser för att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård. Ett av de övergripande målen är att patienten ska få en god, nära och samordnad vård där primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården. Som en del i det arbetet har detta delprojekt undersökt om det finns möjlighet för andra läkarspecialiteter, än allmänmedicin, att utföra en del av sin specialiseringstjänstgöring (ST) inom primärvården. Syftet är att skapa förutsättningar hos nyutbildade specialistläkare inom olika specialiteter att få större erfarenhet och kunskap om primärvårdens uppdrag och förutsättningar. Dessutom öka möjligheten för förbättrad samverkan mellan professionerna för ett personcentrerat omhändertagande av patienterna.

Alltså sammanfattat: Utredningen tycker att sjukhusspecialiteternas ST-läkare borde vara en del av sin ST på vårdcentralerna.

Tidigt i utredningen väckte detta skräck att Socialstyrelsen nu skulle göra det obligatoriskt med randutbildning på vårdcentral, vilket vore en stor förändring för ST-läkare inom exempelvis ortopedi eller internmedicin. För psykiatri och geriatrik, som på många sätt är mer närliggande specialiteter, skulle detta inte vara en dramatisk förändring sannolikt.

Idag är det relativt frekvent förekommande att ST-läkare i vuxenpsykiatri gör sin medicin-randutbildning inom primärvården, även om det kanske är "jämnt skägg" med tjänstgöring inom internmedicin/geriatrik. Möjligen finns här regionala skillnader, och min bedömning bygger främst på erfarenheter från Stockholm.

I varje fall vore det en tråkig utveckling med obligat primärvårdstjänstgöring för de ST i vuxenpsykiatri som har ett mer slutenvårds- eller akutpsykiatriskfokus där kanske tjänstgöring på medicinklinik/akutklinik på sjukhus är mer relevant för fortsatt värv.

Resultatet av diskussionerna kokade i varje fall ner i en skrift från Socialstyrelsen som betonar att: "Det är lämpligt att ST-läkare inom psykiatri, geriatrik eller internmedicin gör en sidotjänstgöring inom primärvården som del av sin ST under 4–12 v, och under senare delen av ST". Denna rekommendation är ej bindande.

SPF:s hållning i frågan var följande:

- I grunden positiv till Socialstyrelsens förslag om sidotjänstgöring i primärvården. De framför att det är relevant även för andra sjukhusspecialiteter. Det ska dock inte vara obligatoriskt utan utformat utifrån en flexibilitet för individen så att det är valfritt men att man "bör" genomföra sidotjänstgöringen.
- Det kan finnas en risk med att föreslå när sidotjänstgöringen ska genomföras då det kan försvåra upplägg av övrig tjänstgöring.
- 12 veckor är en relativt kort placering. Deltidsupplägg kan vara en möjlighet.
- Kostnader/lön för sidotjänstgöringen för sändande psykiatrisk klinik kan öka vid flertalet kortare sidoutbildningar på annan klinik. Enligt en förekommande modell betalar de lön för ST-läkaren under de första 12 veckornas placering. Tillföra stimulansmedel och täcka lön?

Karl Lundblad
Studierektor
Stockholm

Socialstyrelsens förslag om sidotjänstgöring i primärvården
Det är lämpligt att:

- ST-läkare i geriatrik, internmedicin och psykiatri genomför sidotjänstgöring i primärvården under sin ST.
- Sidotjänstgöringen ingår i senare delen av dessa läkares ST både för dem som har genomfört allmäntjänstgöring (AT) och för dem som har genomfört bastjänstgöring (BT).
- Tidsramen är flexibel från 4 veckor till 12 veckor utifrån ST-läkarens tidigare yrkeserfarenhet, önskemål och behov. Den kan även vara längre för att uppnå delmål i ST-läkarens målbeskrivning.
- Sidotjänstgöringens innehåll är tydligt utformat i en individuell utbildningsplan för att uppfylla kompetenskraven i delmål under tjänstgöringen.

Rapporten i sin helhet inkl. länkar till checklistor:
<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/utbildning/sidotjanstgoring-i-primarvarden-for-st-lakare/>

Efterlysning

SPF söker sin historia



Svenska Psykiatriska Föreningen bildades den 26 augusti 1905. Bakgrunden är inte helt tydlig, men en anledning lär ha varit att man ville driva på utvecklingen av sjuksjukvården i Sverige utifrån hur vi låg till internationellt avseende den allmänna humaniseringen och mera frihetsprinciper.

Drivande för föreningens grundande var bland andra överläkarna Teodor Nerander i Lund (se foto, medicinhistoriska-syd)), Frey Svensson i Uppsala, Axel Envall i Kristinehamn och Thure Björck i Vadstena, således en stor del av den drygt dussinstora överläkarkåren i Sverige vid denna tid. Medlemsantalet ökade med åren och i nedan nämnda bok finns en bild över flertalet överläkare och sysselmän från svenska hospital år 1907.

I samband med 75-årsjubileet 1980 skrevs en minnesskrift *Svenska psykiatriska föreningen – en återblick*. I den inledande historiska överblicken, skriven av Gerdt Wretmark, beskrivs ett rikt historiskt material i form av sparade mötesprotokoll och alla ut- och ingående skrivelser mellan åren 1905 och 1933 som då fanns bevarade inbundna. Dessvärre verkar det som om dessa historiska dokument från SPF:s grundande och framåt har försvunnit genom åren. De går inte att återfinna och det finns inte heller några kopior bevarade på Kungliga Biblioteket i Stockholm, som annars har mycket bevarat. Materialet bör vara rikt på information om utvecklingen av svensk psykiatri och vår specialistförening. Flera artiklar från 1900-talets första decennier hänvisar till information just från SPF:s mötesprotokoll och föreläsningar som nedtecknats i årsberättelser från föreningen.

För oss intresserade av psykiatrins historia och för alla er andra, önskar vi försöka återfinna detta så rika material för framtida bevarande i föreningen. Vi söker även senare material, allt från föreningens grundande fram till tidigt 2000-tal är av intresse. Det kan vara handlingar direkt kopplade till föreningens arbete men även andra dokument som rör den svenska psykiatrins historia. Vi vill dessutom gärna ha exemplar av vår tidskrifts

föregångare, *Svensk Psykiatri – Svenska Psykiatriska Föreningens förhandlingar* i A5-format, som gavs ut fram till 2006.

Vi vill i ett första skede inventera vad som kan tänkas finnas runtom i landet. Nästa steg blir sedan att samla in materialet för förvaring i ett arkiv i Stockholm, kompletterat med ett digitalt arkiv.

Vi inser att en del av er kanske gärna behåller de dokument ni har i er ägo. I sådana fall är vi tacksamma om vi får låna dem för inskanning/kopiering.

Ni som har något liggandes hemma eller har kännedom om en samling – ta kontakt med någon av undertecknade på nedanstående mejladresser så kan vi påbörja arbetet med att sammanställa vår historia!

Tack på förhand!

Malin Appelqvist

Överläkare psykiatriska kliniken Kristianstad
Med.dr. psykiatrihistoria och forskare vid Lunds universitet
Malin.Appelquist@skane.se

Tove Gunnarsson

Redaktör Svensk Psykiatri
Redaktoren@svenskpsykiatri.se

Jonas Eberhard

Ordförande SPF
ordforanden@svenskpsykiatri.se

För vidare läsning om föreningens grundande, se artikel av Henrik Nybäck på sidan 36 i *Svensk Psykiatri* nr 3/2024



Psykiaterns framtida utmaning – att behärska immunologisk behandling

Det var många av oss underläkare som en gång tyckte att fysiologi var lite väl krångligt och vi hade inte kirurgens händer, men vi var bra på att lyssna, möta människan och vara genuint intresserade av deras upplevelser, känslor och tankar och nyfikna på vad som låg bakom. Vi utbildade oss till psykiatriker och psykoterapeuter och räddade liv, inte minst med hjälp av serotoninupptagshämmande och dopaminblockerande läkemedel. Vi fick patienter på fötter med hjälp av centralstimulantia och vi trodde inte längre att autism och schizofreni berodde på kylskåpskalla mödrar eller svåra hemförhållanden. Vi diagnostiserade och behandlade, och de som inte förbättrades förvisades inte sällan till kategorin "personlighetsstörda".

Ett halvt sekel med dopaminblockad

Allt hade kunnat fortsätta så här i ytterligare 50 år med ett tydligt styrkeförhållande, eller som det också kan uttryckas, "en trygg allians" mellan professionen och patienten, om det inte hade varit så att PANDAS och PANS kom in på arenan (1). Här mötte vi pålästa föräldrar som utmanade oss på obrutna marker där vi saknade erfarenhet och kompetens. Vi såg bara svårt sjuka barn och förtvivlade och besvärliga föräldrar. Barnets symtom gick inte att prata bort eller behandlas med piller ur den vanliga arsenalen. Erfarenheten talade i stället för att det var antibiotika, NSAID, kortison och i undantagsfall intravenöst immunoglobulin och immunmodulerande läkemedel som kunde göra verklig skillnad. Inga av dessa läkemedel känns trygga att hantera för en psykiater.

Vägen från PANDAS till psykosjukdom

Att acceptera att en psykiatrisk symtombild faktiskt beror på något som hänt eller händer i hjärnan är märkligt nog inte helt självklart för alla inom vårt skrå, och när det anses som självklart vidgar det sig sällan bortom monoaminhypoteser om felreglerade serotonin-, glutamat- eller dopaminsystem. Men med den galopperande kunskapsutvecklingen inom fältet neuroimmunologi (2) kommer vi att få acceptera att inte bara PANS och PANDAS har immunologiska bakgrundsmechanismer utan sannolikt också samtliga svåra psykiatriska sjukdomar som schizofreni, schizoaftaktiv sjukdom, tvångssyndrom, autism, bipolär sjukdom och svåra depressionstillstånd. En fallrapport i The New Yorker beskriver en kvinna med 20 års anamnes på schizofreni som tillfrisknar efter att ha behandlats med rituximab och cytotostatika för ett lymfom (3). Det är rituximab, ett immunmodulerande läkemedel som används flitigt vid multi-pel skleros och reumatiska sjukdomar utöver lymfom, som vi

för närvarande testar som tilläggsbehandling till antipsykotika i en dubbelblindad placebokontrollerad studie för vuxna personer med schizofreni eller schizoaftaktiv sjukdom (RCT-Rits) (4). Nästa höst kan vi rapportera om det var effektivt eller inte. Utifrån vår pilotstudie har vi stora förhoppningar (5,6).

I skolbänken igen

Framtidens psykiatriker, om de fortsättningsvis ska vara relevanta, bör sätta sig på skolbänken och plugga immunologi och lära sig hantera läkemedel långt bortom dagens komfortzon. De måste bygga samarbeten med immunologer och reumatologer, och de behöver tränas i att göra lumbalpunktioner och bedöma neurological soft signs. Neurologerna kommer inte ha tid att göra detta åt oss.

Scenariot kan upplevas som ett hot, men kanske också som en välsignelse för den medicinska professionen och för våra patienter. Om vi ska kunna rekrytera ST-läkare till att bli psykiatriker i framtiden måste vi visa dem att det finns en framtid och ge dem mod att ta plats. Vi är utbildade för att uträtta mer än följa vårdprocesskartor, bocka av formulär och förskriva "adhd-mediciner" så låt oss få förutsättningar att bevisa det.

Susanne Bejerot

Sponsor för behandlingsstudien RCT-Rits, professor emerita, specialistläkare

Region Örebro län

susanne.bejerot@oru.se

Foto: Håkan Risberg



Förkortningar

PANS = Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome

PANDAS = Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infection



Referenser

- 1) Bejerot S, Bruno K, Gerland G, et al. Misstänk PANDAS hos barn med akuta neuropsykiatriska symptom. Infektion bakom sjukdomen – långvarig antibiotikabehandling bör övervägas. Läkartidningen. 2013;110(41):1803-6.
- 2) Kawiková I, Špička V, Lai JCK, et al. Extracellular vesicles as precision therapeutics for psychiatric conditions: targeting interactions among neuronal, glial, and immune networks. Front Immunol. 2025;16:1454306.
- 3) Aviv R. "Second Life" The New Yorker, 28 juli 2025.
- 4) Bejerot S, Eklund D, Hesser H, et al. Study protocol for a randomized controlled trial with rituximab for psychotic disorder in adults (RCT-Rits). BMC Psychiatry. 2023 Oct 23;23(1):771. doi: 10.1186/s12888-023-05250-5.
- 5) Bejerot S, Sigrá Stein S, Welin E, et al. Rituximab as an adjunctive treatment for schizophrenia spectrum disorder or obsessive-compulsive disorder: Two open-label pilot studies on treatment-resistant patients. J Psychiatr Res. 2023 Feb;158:319-329. doi: 10.1016/j.jpsychires.2022.12.003.
- 6) Thunberg P, Fresnais D, Hamilton P, Bejerot S, Humble MB. Immunomodulatory treatment may change functional and structural brain imaging in severe mental disorders. Brain Behav Immun Health. 2024 Sep 16;41:100864. doi: 10.1016/j.bbih.2024.

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. Tiltänkta sökanden är dels registrerade doktorander relativt nära sin disputation med genomförd halvtidskontroll/mittseminarium, dels disputerade forskare där det har gått högst 5 år efter disputation vid ansökningstillfället.

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.

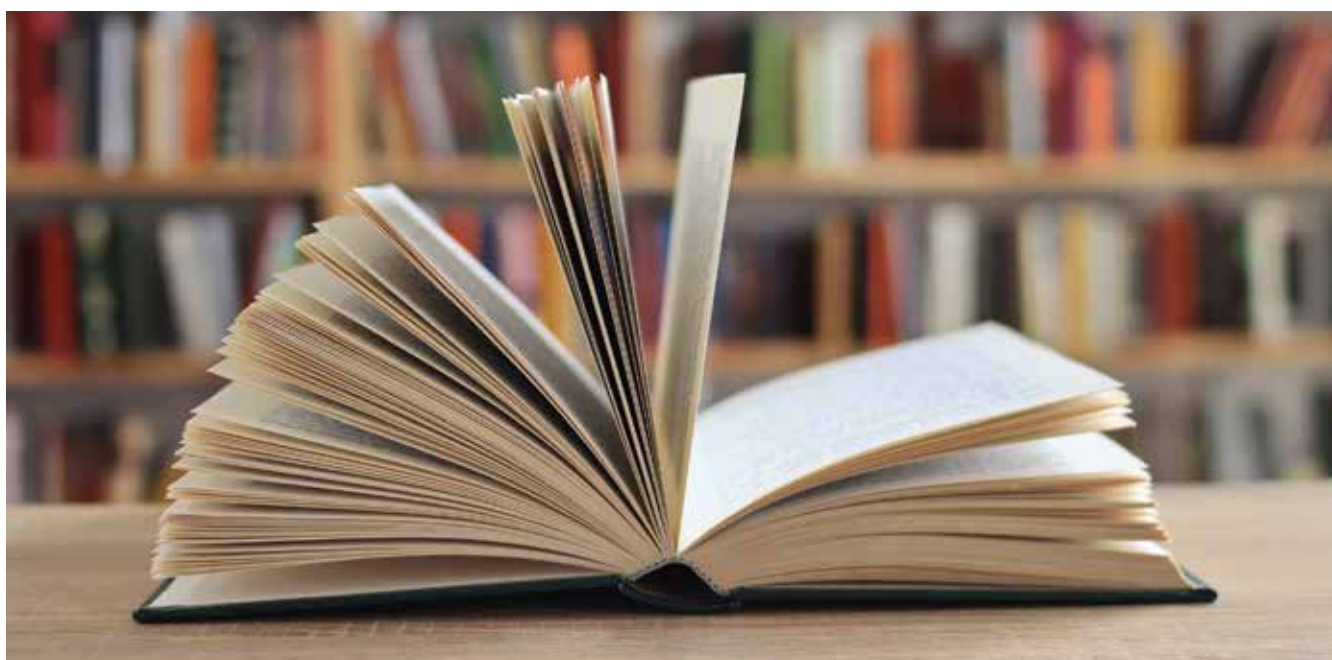


Foto: Jure Divich/Shutterstock

STP-konferensen 2026

21-23 januari Djurönäset Stockholm

Program och anmälan
kommer under hösten

Keynote speaker
Markus Heilig



stpsykiatri.se



@stpsyk



@STP - ST-läkare i Psykiatri

KOSTNADSFRITT
SEMINARIUM

VÄLKOMMEN TILL EN HELDAG OM

ADHD

- HJÄRTAT,
- LÄKEMEDELSINTERAKTIONER &
- SJÄLVMEDICINERING



GÖTEBORG

4nov
09.00-16.30
Radisson Blu Scandinavia



STOCKHOLM

5nov
09.00-16.30
Radisson Blu Royal Viking



Moderator:
Ann-Marie Skarstan

ÖL, VO vuxenpsykiatri
Malmö & Trelleborg

FÖRELÄSNINGAR



**CS och
hjärtpåverkan
hos både barn
och vuxna**

Tord Juhlin

ÖL, Kardiologkliniken
SUS, Lund

Ida Jeremiasen

Barnkardiolog, ÖL
Barnhjärtcentrum, Lund



**Substance
misuse from a
neurobiological
perspective**

Jesper Andreasen

Docent, Institutet för
läkemedelsdesign och
farmakologi,
Köpenhamns Universitet



**Polypharmacy
and drug
interactions in
ADHD treatment**

Chiel Ebbelaar

Utrecht, The Netherlands



**Kliniska råd från
beroendepsykiatri
till neuro-psykiatriska
team (vuxen & barn)**

Sahar Janfada-Baloo

ÖL, Specialistläkare Psykiatri &
Beroendemedicin, VO
Vuxenpsykiatri, Lund

Seminarier är kostnadsfritt och vänder sig till dig som arbetar inom barn- och ungdomsneuropsykiatri, vuxenpsykiatri, beroendevård eller angränsande specialiteter.



**Skanna QR-koden för att
komma till registreringssidan.**



MEDICE
THE HEALTH FAMILY



Foto: Halit Sadik/Shutterstock

Inbjudan att skicka in kongressbidrag till Svenska Psykiatrikongressen 2026

Call for abstracts - muntliga presentationer och posters

Planeringen inför Svenska Psykiatrikongressen 2026 är i full gång! Kongressen äger rum den 11–13 mars på Münchenbryggeriet i Stockholm, och nu öppnar vi möjligheten att skicka in abstracts till programmet.

Du är varmt välkommen att skicka in ett bidrag – det kan handla om:

- Ny forskning
- Samverkansprojekt
- Metodutveckling
- Debattinlägg
- Kulturinslag
- ...eller annat innehåll med relevans för psykiatri.

Alla typer av bidrag kan presenteras **antingen som muntligt föredrag eller som poster**. I din anmälan anger du vilken presentationsform du föredrar, men kongresskommittén förbehåller sig rätten att besluta om det slutliga formatet utifrån programmets helhet och utrymme.

 Mer information och instruktioner för abstractinlämning finns här:
https://mkon.nu/svenska_psykiatrikongressen/abstractinlamning

 Sista datum för inlämning är den 1 oktober 2025.

Vi ser fram emot många spännande och inspirerande bidrag – tillsammans skapar vi en stark och aktuell kongress 2026!

Styrelsen
Svenska Psykiatriska Föreningen



Fortsatt fortbildning

Missa inte filmerna från SPK!

Svenska Psykiatrikongressen är det största nationella fortbildningstillfället för psykiatrer men det tar inte slut där! Nästan alla föredragen på SPK 2025 filmades och kan ses på www.svenskapsykiatrikongressen.se/

Där hittar du även ett stort antal filmade föredrag från kongresserna 2017–2024.

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

Världskongressen i psykiatri 2026

närmar sig – planeringen intensifieras

För första gången står Sverige värd för psykiatrins största internationella mötesplats. I september 2026 samlas tusentals kollegor från hela världen på Stockholmsmässan – och planeringen är i full gång.

Förberedelserna inför Världskongressen i psykiatri, WCP 2026, som äger rum i Stockholm den 23–26 september 2026, går nu in i en mer aktiv fas. Som tidigare nämnts är detta första gången i historien som Sverige står värd för detta globala evenemang – en unik möjlighet att lyfta fram svensk psykiatri och våra bidrag till den internationella kunskapsutvecklingen.

Ett tema i tiden

Temat för kongressen är nu fastställt:

Guided by Compassion, Grounded in Science: Psychiatry for Our Time

Det sätter tonen för en psykiatri där empati och vetenskap går hand i hand – och syftar till att fånga den psykiatri vi vill representera – med vård och forskning som vilar på vetenskaplig grund, men leds av humanism och engagemang.

Programarbetet leds av **World Psychiatric Association (WPA)** i nära samarbete med **Svenska Psykiatriska Föreningen**. Ambitionen är ett program med både djup och bredd – från neurovetenskap till etik, från global psykisk hälsa till framtidens vårdmodeller.

Förutom traditionella plenarföreläsningar och symposier brukar kongressprogrammet innehålla originalsessioner som t.ex. **interaktiv teater om ämnen med psykiatrisk koppling**, **WPA-quiz** med psykiatrikunskap i fokus, samt **filmvisningar kopplade till konferensens teman eller det aktuella vårdlandet**. Vi hoppas kunna presentera svensk prägel i Stockholm 2026.

Din medverkan behövs

Svensk psykiatri har mycket att bidra med – och vi vill gärna att **du som medlem** är med och formar kongressen. I slutet av året öppnar möjligheten att:

- Skicka in abstracts
- Föreslå plenarföreläsare
- Bidra med idéer till originalsessioner
- Tipsa om eller hjälpa till att kontakta sponsorer

Vi söker även engagemang kring aktiviteter utanför själva konferensprogrammet. Har du förslag på studiebesök eller vill hjälpa till med gästfrihet och värdskap?

Vi välkomnar särskilt:

- Idéer till studiebesök (kliniker, sjukhus, forskning) – gärna den 23 september innan invigningen
- Frivilliga som lokala värdar, guider eller kontaktpersoner
- Sociala aktiviteter för våra internationella gäster – allt från stadsvandringar till middagar eller museibesök

Var med och visa upp Sverige

Att stå värd för WCP 2026 är inte bara ett hedersuppdrag – det är ett tillfälle att visa upp vår kompetens, vår öppenhet och vår nyfikenhet inför framtiden. Vi hoppas att många vill engagera sig, stort som smått.

Kongressen hålls på Stockholmsmässan i Älvsjö – lättillgängligt, modernt och byggt för möten i världsklass.

Mer information kommer löpande via Svensk Psykiatri, föreningens webbplats och WPA:s kanaler.

Skriv in datumen 23–26 september 2026 i kalendern – och bli en del av ett historiskt ögonblick för svensk psykiatri!

Jonas Eberhard
Ordförande, Svenska Psykiatriska Föreningen





Abilify Maintena® finns med
ett utökat doseringsintervall¹

 **VARANNAN MÅNAD**
Abilify Maintena® 960 mg
(aripirazol)

Abilify Maintena® 960 mg *varannan månad* för underhållsbehandling av schizofreni*¹

*Abilify Maintena 960 mg är avsett för underhållsbehandling av schizofreni hos vuxna patienter som stabiliserats med aripirazol.

Abilify Maintena® (aripirazol) pulver och vätska till injektionsvätska, depotsuspension, 400 mg samt depotsuspension i förfylld spruta, 400 mg, 720 mg och 960 mg. Övriga neuroleptika. ATC-kod N05AX12

Indikation: Underhållsbehandling av schizofreni hos vuxna patienter som stabiliserats med oralt aripirazol för Abilify Maintena 400 mg, och underhållsbehandling av schizofreni hos vuxna patienter som stabiliserats med aripirazol för Abilify Maintena 720 mg och 960 mg.

Dosering: För patienter som aldrig har tagit aripirazol ska man fastställa att patienten tolererar oralt aripirazol före insättning. Doseringen av Abilify Maintena 400 mg är en injektion en gång per månad (tidigast 26 dagar efter senaste dos) och för Abilify Maintena 720 mg och 960 mg är doseringen en injektion varannan månad (56 dagar efter senaste dos och upp till två veckor före eller två veckor efter den planerade tvåmånadersdosen). För initiering av behandling se www.fass.se.

Varningar och försiktigheter: Patienter med risk för eller anamnes på något av följande bör följas extra noga vid behandling med aripirazol: suicidalitet, kardiovaskulära sjukdomstillstånd, krampanfall, hyperglykemier eller diabetes mellitus, QT-förlängning och aspirationspneumoni. Patienter bör följas noggrant tills kliniskt tillstånd förbättrats vid antipsykotisk behandling. Om tecken eller symtom på tardiv dyskinesi, impulskontrollstörningar eller fallolyckor uppträder hos en patient som behandlas med aripirazol ska dosreduktion eller utsättning av aripirazol övervägas. Abilify Maintena ska inte användas för att behandla patienter som är akut agiterade eller i ett svårt psykotiskt tillstånd när omedelbar symptomkontroll krävs. Vid malignt neuroleptikasyndrom ska aripirazol sättas ut. Vid samtidig användning av starka CYP2D6- eller CYP3A4-hämmare bör dosen av aripirazol sänkas. Samtidig användning av Abilify Maintena och starka CYP2D6 och starka CYP3A4-hämmare ska undvikas. Hos patienter med långsam CYP2D6-metabolisering kan samtidig användning av potenta hämmare av CYP3A4 leda till högre koncentrationer av aripirazol i plasma jämfört med snabba CYP2D6-metaboliserare. Samtidig användning av CYP3A4-inducerare och Abilify Maintena ska undvikas. Aripirazol är inte indicerat för behandling av patienter med demensrelaterad psykos. Patienter kan uppleva tilltagande drifter och impulsiva eller tvångsmässiga beteenden under behandling med aripirazol. Säkerhet och effekt vid behandling av patienter över 65 år har inte fastställts. Abilify Maintena ska inte användas under graviditet såvida det inte är absolut nödvändigt. Patienter som redan genomgår behandling eller som har fått behandling under de senaste 34 veckorna ska inte amma.

Övrig information: Abilify Maintena 400 mg, 720 mg och 960 mg är receptbelagda och ingår i läkemedelsförmånen. För fullständig information och pris, se www.fass.se.
Texten är baserad på produktresumé från mars 2024 för Abilify Maintena 400 mg och från juni 2024 för Abilify Maintena 720 mg och 960 mg.
(SE-AM-2400007 v 1.0 / SE-ASMT-0053)

1. Abilify Maintena® produktresumé

Vägen från patientmöte till diagnos

Att översätta informationen från patientmötet till välgrundade diagnostiska beslut är en av psykiatrins största utmaningar. Eftersom det i psykiatrin inte finns specifika tester som entydigt fastställer diagnoser blir bedömningen starkt beroende av vilken information som framkommer i patientmötet och hur den förstås och tolkas av klinikern.

I denna artikel presenteras ett förslag till metod som bygger på ICD-11, en semistrukturerad intervjumodell och patientmedverkan. Syftet är att systematiskt omvandla deskriptiv kartläggning till evidensbaserad diagnostik. En sådan modell kan minska den osäkerhet som är ofrånkomlig i symtombaserad diagnostik och bidra till ökad kvalitet i både behandling och forskning.

Deskription och diagnos

Inom psykiatrin används både deskription och diagnos, men de representerar olika steg och nivåer av tolkning i den diagnostiska processen (1).

Deskription innebär en systematisk beskrivning av observerbara fenomen och patientens rapporterade upplevelser – som symptom, beteenden och funktionsnivå – utan att förklara orsaker eller kategorisera tillståndet (2).

Den mest relevanta informationen kan sammanfattas i en så kallad "deskriptiv formulering" så att andra kan förstå vad som framkommit och som kan vara ett underlag för vidare bedömning.

Diagnostik innebär att sätta in den deskriptiva informationen i ett system som identifierar återkommande mönster av psykiskt lidande och funktionsnedsättning. Diagnoser förenklar komplex klinisk information till modeller som kan vägleda behandling, förutse förlopp, underlätta kommunikation och vara underlag för forskning (1).

I korthet: deskription beskriver den enskilda patienten; en diagnos ska fånga generella mönster.

Därför behövs gemensamma validerade diagnoser

För att en diagnos ska fungera som en användbar modell (vara "valid") krävs att det mönster som den avser att beskriva får stöd i empirisk forskning (3). Diagnoser utan vetenskaplig evidens har en osäker validitet och riskerar därmed att inte kunna bidra till god patientbehandling och kunskapsutveckling. De kan till och med vara skadliga för patienter, medföra resursslöseri och föra forskningen på villospår.

Utan ett gemensamt system av definierade diagnoser riskerar varje patient att bli "sin egen diagnos", eller att olika utövare har skilda uppfattningar om vad som bör räknas som en diagnos.

Steget från deskription till diagnos

I dagens psykiatri förekommer främst tre systematiserade modeller för att transformera deskriptiv information till diagnoser (4):

1. **Kategoriella modeller** – patienten klassificeras till att antingen tillhöra eller inte tillhöra en diagnostisk kategori.

a. *Kriteriebaserade kategoriella modeller* delar upp en diagnos i delkomponenter som tillsammans bildar en kriterielista där patienten måste uppvisa ett visst minsta antal för att diagnosen ska ställas.

b) *Prototypala kategoriella modeller* utgår från en typisk form av diagnosen som beskrivs i en text ("typbeskrivning"). Patientens kliniska bild jämförs med prototypen och likheten graderas ("prototypmatchning") (5). Om likheten är tillräckligt stor kan diagnosen ställas.

2. **Dimensionella modeller** – psykiska besvär ses som gradvis ökande längs kontinuerliga dimensioner, utan skarpa gränser (6).

Utgångspunkter för den diagnostiska processen

1. Gemensamma begrepp och definitioner

ICD-11 är idag det mest ändamålsenliga och enda internationellt fastställda systemet för psykiatriska begrepp och definitioner. Det är fritt tillgängligt online och innehåller korta diagnosbeskrivningar (descriptions) och listor över deras centrala kännetecken (essential features) (7).

ICD-11 ger också information om debutålder, förlopp, könsskillnader och kulturella faktorer, vilket möjliggör en nyanserad och kontextanpassad diagnostik.

2. Intervjumetod

En helt ostrukturerad intervju riskerar att missa viktiga informationsområden, medan helstrukturerade intervjuformulär gör diagnostiken stelbent och begränsande. En friare semistrukturerad intervju erbjuder en balans: vissa områden kartläggs alltid, men intervjuaren kan styra och fördjupa samtalet utifrån situationen (8,9).

En semistrukturerad intervju börjar med öppna frågor, så att diagnostiska möjligheter inte utesluts från början. Vartefter kan frågor gradvis göras mer slutna för sådana problem som är vanliga inom varje delområde eller när patienten signalerar problem.

3. Vad ska kartläggas?

För att kunna vara underlag för diagnostik måste den semistrukturerade intervjun innefatta kartläggning av de centrala informationsområden som alla symtombaserade psykiatriska diagnossystem bygger på.

- *Lidande och funktion.* En psykiatrisk diagnos förutsätter störningar i tankar, känslor eller beteende som leder till lidande och/eller nedsatt funktionsförmåga (10). Detta gäller i princip för alla psykiatriska diagnoser.
- *Debutålder.* Olika diagnoser har olika karakteristiska debutåldrar. Patientens upplevda debutålder kan dock vara en försämring av ett tidigare lindrigare tillstånd. En utvecklings-

namnes och aktiva frågor om symtom och funktion under tonår/tidig vuxenålder ger oftast en tydligare bild av när och hur debuten skett.

- **Stressorer** (exempelvis trauma, psykosociala påfrestningar, substansbruk eller somatisk sjukdom) förutsätts för vissa diagnoser, medan de inte är en nödvändig förutsättning för andra diagnoser.
- **Förlopp**. Några diagnoser kännetecknas av hastig debut, medan de flesta utvecklas gradvis. På längre sikt kan förloppet vara antingen episodiskt eller kontinuerligt.
- **Symtom under besvärperioder**. Valida diagnoser kännetecknas av att vissa symtom eller beteenden förekommer under perioder med besvär. Det är bra att komplettera med helstrukturerade screeningfrågor för sådana tillstånd som lätt förbises vid en semistrukturerad intervju, till exempel gällande substansbruk, tidigare manier/hypomanier samt interpersonella relationer och självfunktioner.
- **Psykiskt status**. Informationsinsamlingen ska innefatta observation och en systematisk beskrivning av en persons aktuella psykiska tillstånd, bland annat stämningsläge, tankeinnehåll, perception, beteende och kognitiv nivå/funktion.

En översiktlig kartläggning av dessa informationsområden ger en effektiv och tidsbesparande överblick över diagnostiska alternativ.

Utöver kärnområdena är det viktigt att även beakta ärftlighet och tidigare behandlingsrespons, som kan ge värdefull vägledning trots att de inte ingår i formella diagnosdefinitioner. Sociala förhållanden samt patientens egna tankar och önskemål bör också vägas in, för att skapa en mer heltäckande förståelse och individanpassad handläggning.

4. Patientmedverkan

Det är värdefullt att stämma av en preliminär deskriptiv formulering med patienten för att säkerställa att man förstått patienten rätt. En gemensam förståelse stärker relationen mellan kliniker och patient samt ökar sannolikheten för att patienten genomför en behandling och får god effekt av den (11–13).

5. Transformation från deskription till diagnos

Klinikern kommer under den diagnostiska intervjun att koppla patientens symtom, berättelse och beteenden till tidigare erfarenheter och inre föreställningar om olika tillstånd – en process som kallas mönsterigenkänning (14,15). Under samtalets gång prövas och förfinas denna process i takt med att ny information tillkommer, vilket kan resultera i en eller flera diagnostiska hypoteser.

För att undvika att den diagnostiska bedömningen enbart grundas på intuition, personliga erfarenheter eller på diagnostiska system som kan variera mellan utövare, bör de diagnosalternativ som klinikern slutligen överväger prövas systematiskt mot överenskomna definitioner (16).

Diagnostik i praktiken

Teoriunderlaget och de metoder som presenteras här kan vid första anblick verka komplicerade. I praktiken påminner processen dock mycket om vanlig klinisk diagnostik, men med tillägg som ökar stringensen.

En semistrukturerad intervju gör det möjligt att både fånga individspecifik information, täcka de centrala informationsområdena och utveckla preliminära diagnoshypoteser. Om man sammanfattar det som framkommit för patienten kan eventuella missförstånd redas ut, vilket i sin tur kan leda till modifierade hypoteser.

Om den slutliga deskriptiva formuleringen i hög grad överensstämmer med beskrivningar i ICD-11 och innefattar de centrala kännetecknen kan diagnosen ställas. Vid måttlig överensstämmelse kan en fördjupad utredning behövas, exempelvis genom närståendeintervju, strukturerade intervjuformulär eller en längre tids observation. Om överensstämmelsen däremot är liten bör alternativa diagnoser övervägas.

Diagnos	Debutålder	Stressorer	Förlopp	Typiska symtom
ADHD	Före 12 års ålder	Ej nödvändigt	Kroniskt, ofta livslångt; varierande svårighetsgrad	Uppmärksamhetsproblem, hyperaktivitet, impulsivitet
Autism	Tydligast under barndom och tidiga skolår	Ej nödvändigt	Kroniskt, ofta livslångt; varierande svårighetsgrad	Svårt med socialt samspel, repetitiva beteenden, specialintressen, avvikande känslighet för sinnesintryck, avvikande ögonkontakt
Bipolär sjukdom	Vanligen tonår – tidig vuxenålder	Ej nödvändigt	Episodiskt: skov av mani/hypomani och depression	Mani: förhöjt stämningsläge, minskat sömnbehov, ökad aktivitet och självkänsla, snabba tankar. Depression: se nedan
Depression	Efter puberteten, hela vuxenåldern	Ej nödvändigt	Episodiskt, typiskt 3–4 mån., remission oftast inom 1 år	Nedstämdhet, anhedoni, energibrist, skuld/värdelöshetskänslor, störd sömn/apetit
Paniksyndrom	Vanligen tonår – ung vuxen	Ej nödvändigt	Plötsliga attacker, kan övergå i ihållande ångest	Återkommande attacker med tex. yrsel, hjärtklappning, dödsräck, darrning, svettning
PTSD	När som helst efter trauma	Trauma krävs	Kroniskt eller fluktuerande, kan bli långvarigt	Flashbacks, undvikande, hyperarousal, mardrömmar
Anpassningsstörning	När som helst, inom 1 mån efter stressor	Stressor krävs	Upphör inom 6 mån om stressor försvunnit	Nedstämdhet, oro, anpassningssvårigheter i vardagen, upptagenhet med stressorn
Personlighetsyndrom	Tonår/ung vuxen	Ej nödvändigt	Ihållande, minst flera år, varierande svårighetsgrad	Interpersonella svårigheter och problematisk självfunktion med tex. emotionell instabilitet, distansering, tvångsmässighet, dissocialitet
Schizofreni	Vanligen sena tonår – tidig vuxenålder	Ej nödvändigt	Långdraget, varierande svårighetsgrad, kan gå i funktionell remission	Vanföreställningar, hallucinationer, desorganiserat tal/beteende, negativa symtom, kognitiv nedsättning, tankestörningar
Substansyndrom	Tonår och senare	Substansintag	Episodiskt eller kroniskt	Sociala problem, olika kroppsliga och psykiska symtom, intoxikation, abstinens, beroende

Fig. 1 Exempel på hur diagnoser "pusslas ihop" av deskriptiv information

Om det, även efter en fördjupad utredning, inte går att uppnå tillräcklig överensstämmelse med någon specifik diagnos, kan en UNS-diagnos (utan närmare specifikation) vara den mest lämpliga benämningen.

Diagnoser är alltid beroende av den information som framkommit. Därför bör uppföljning ses som en del i den diagnostiska processen. Ett förväntat förlopp eller behandlingssvar kan ses som ett stöd för den diagnos som ställts. Om förloppet avviker från det förväntade, nya symtom tillkommer eller ny information framkommer kan diagnosen behöva omprövas.

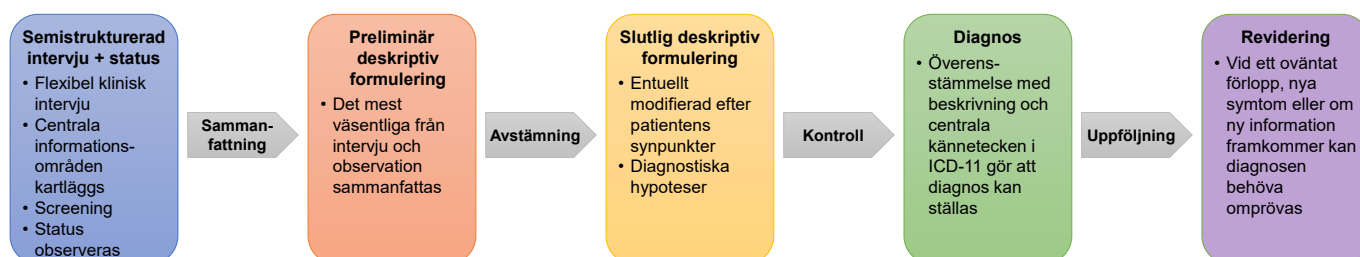


Fig. 2. Sammanfattning av den diagnostiska process som föreslås.

Mats Adler

Psykiater och medicine doktor samt vice ordförande i SPF
Huvudansvarig för utvecklingen av SPF:s riktlinjer
för psykiatrisk diagnostik

Referenser

1. Fellowes S. In Defence of Psychiatric Diagnoses: Palgrave Macmillan; 2025.
2. Stanghellini G. The meanings of psychopathology. Current opinion in psychiatry 2009; 22(6): 559–64.
3. Adler M, Bengtsson J, Rück C. Låt inte ovaliderade diagnoser få fäste innan evidens finns. Läkartidningen 2024; 9–10.
4. Jablensky A. Categories, dimensions and prototypes: critical issues for psychiatric classification. Psychopathology 2005; 38(4): 201–5.
5. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA) 2012; 11(1): 16–21.
6. Kotov R, Krueger RF, Watson D, et al. The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. Journal of abnormal psychology 2017; 126(4): 454–77.
7. WHO. ICD-11 Browser: Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. 2024. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#334423054>.
8. Jansson L, Nordgaard J. The Psychiatric Interview for Differential Diagnosis. Switzerland: Springer International Publishing; 2016.
9. Adler M. Handbok i Klinisk Psykiatrisk Diagnostik. Stockholm: Psykiatriutveckling Sverige; 2019.
10. WHO. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. 2024. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263>.
11. Woolley SB, Fredman L, Goethe JW, Lincoln AK, Heeren T. Hospital Patients' Perceptions During Treatment and Early Discontinuation of Serotonin Selective Reuptake Inhibitor Antidepressants. Journal of Clinical Psychopharmacology 2010; 30(6).
12. Clever SL, Ford DE, Rubenstein LV, et al. Primary care patients' involvement in decision-making is associated with improvement in depression. Medical care 2006; 44(5): 398–405.
13. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. PloS one 2014; 9(4): e94207.
14. Yazdani S, Hosseinzadeh M, Hosseini F. Models of clinical reasoning with a focus on general practice: A critical review. Journal of advances in medical education & professionalism 2017; 5(4): 177–84.
15. Kind A. Psychiatric Diagnostic Reasoning. Philosophy Compass 2025; 20(4): e70032.
16. Croskerry P. A universal model of diagnostic reasoning. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges 2009; 84(8): 1022–8.

Gemensamt initiativ till nordiska nätverksmöten

Dag 1: Konsultations-liaisonpsykiatri

Dag 2: Funktionella neurologiska symtom

 **Tisdag 11/11, kl. 09:00–16:30 – Konsultations-liaisonpsykiatri**
 **Onsdag 12/11, kl. 08:30–15:00 – Funktionella neurologiska symtom**
 **Karolinska Universitetssjukhuset, Solna, Rolf Luft Centrum L1:00, Anna Steckséns gata 53**

Programöversikt

Dag 1 – Konsultations-liaisonpsykiatri

- Konsultations-liaisonpsykiatri – Var står vi idag?
Fältet ur våra perspektiv, beroende, barn-och vuxenpsykiatri - Axplock från våra verksamheter
- Workshops inom fältet
- Internationella föreläsare:
- Psykologisk stress hos föräldrar till barn på NEO.
Prof Richard Shaw (UK)
- Consultation-liaison psychiatry.
Prof Michael Sharpe (UK)

Dag 2 – Funktionella neurologiska symtom

- Internationella föreläsare:
- Psykolog Helen Helgeland (Norge)
- Psykolog Leo Russell (UK)
- Workshops inom fältet
- Samverkan
- Paneldiskussion och avslut

Praktisk information

 **Deltagaravgift: 900 kr**
 **Anmälan:**
<https://forms.office.com/e/37sPTgPdSE>
- Sista anmälningdag: 31/10
- Anmälan är bindande

 **Obs! Mindre ändringar i program och avgift kan förekomma.**

Kontakt

- **Mircea Oprica, ME Neurologi, Karolinska**
 mircea.oprica@regionstockholm.se
- **Lovisa Järnmark, Konsultenheten Psykiatri Sydväst, SLSO**
 lovisa.jarnmark@regionstockholm.se

Arrangörer
Konferensen arrangeras i samarbete mellan SLSO, ME
Neurologi Karolinska Universitetssjukhuset m.fl.





Foto: gary 718/Shutterstock

I NPA ingår som bekant förutom de nordiska även de tre baltiska länderna. Programmet för NCP kommer i sin helhet utvecklas tillsammans med de övriga medlemsländerna.

Sverige värdland för Nordic Congress of Psychiatry 2027

Förutom att Sverige i september 2026 kommer vara värdland för World Congress of Psychiatry (WCP) kommer vi även 2027 vara huvudvärdar för den internationella kongressen Nordic Congress of Psychiatry (NCP). Universitetshuset i Uppsala är bokat för det mångfacetterade vetenskapliga programmet och slottet för middagen efter första kongressdagen. NCP kommer äga rum när våren är som vackrast och vi ser fram emot att många internationella och nationella deltagare möter upp i ett grönskande Uppsala den 13–14 maj 2027.

Nordic Psychiatric Association (NPA) anordnar tillsammans denna kongress vart tredje år och medlemsländerna turas om att vara värdland. Senast Sverige stod som värd var 2009. I NPA ingår som bekant förutom de nordiska även de tre baltiska länderna. Programmet för NCP kommer i sin helhet utvecklas tillsammans med de övriga medlemsländerna. En lokal programkommitté har emellertid också redan börjat planera för innehåll där mer infor-

mation kommer fortlöpande, om tema och möjligheter att bidra till programmet.

Förutom själva programmet ser vi särskilt mycket fram emot möjligheten att fortsätta stärka internationella samarbeten. Vi hoppas möta dig, förutom på SPK de närmaste åren, även på dessa två internationella kongresser som verkligen sätter Sverige på den psykiatriska världskartan.

Maria Larsson
Ordförande emerita
Svenska Psykiatriska Föreningen



Med stöd från Svenska Psykiatriska Föreningen

Lunchwebbinarium:

Kognitiv funktion vid olika psykiatriska tillstånd – spelar det någon roll?

Datum: Tisdag den 21 oktober 2025
Tid: 12:00–12:45
Plats: Online (Teams-länk skickas efter anmälan)
Kostnad: Gratis

Välkommen till ett kostnadsfritt lunchwebbinarium där vi riktar ljuset mot kognitiv funktion – en ofta förbisedd men central del inom psykiatrisk vård och behandling.

Under webinariet får du lära dig mer om:

- Hur kognitiva nedsättningar visar sig vid olika psykiatriska tillstånd
- Varför kognition är avgörande för funktion och återhämtning
- Hur man kan upptäcka, bedöma och hantera kognitiva svårigheter i kliniken

Föreläsare: Timea Sparding, legitimerad psykolog

Timea har lång erfarenhet av kliniskt arbete och forskning inom psykiatri, med särskilt fokus på kognitiv funktion vid psykisk ohälsa.

För vem: För läkare som är intresserade av kognition och hur denna påverkar och påverkas av olika psykiatriska tillstånd eller har ett allmänt intresse för sambandet mellan hjärna och psykisk hälsa.

Anmäl dig genom att skicka mejl till adrian.frid@vgregion.se

OBS! Sista anmälningssdag är den 16 okt 2025.

Ta med dig lunchen – vi bjuder på kunskap, forskning och praktiska insikter.

Varmt välkommen!

Vill du också vara med i nätverket? Skicka mejl till adrian.frid@vgregion.se. Det är kostnadsfritt. Välkommen!

Med vänliga hälsningar,

Nätverket för kognitiv psykiatri

SFL
KONGRESSEN
SÖDRA TEATERN STHLM
18-19 SEPT 2025



Diagnostik i utveckling

Med bl.a. **prof.** Jeffrey R. Strawn,
Sven Bölte, Mia Ramklint, Eva Henje, Niklas
Långström, Eva Tideman, Sebastian Lund-
ström, Manne Sjöstrand, Roland Paulsen...

Välkommen till en interaktiv utbildningsdag i SFBUPs regi med korta föreläsningar där vi huvudsakligen diskuterar svårdiagnostiserade fall under ledning av;

Håkan Jarbin, Mia Ramklint och Peik Gustafsson.

PROGRAM

250917 - start 08.30, slut 16.30

Kristallen

08.30-09.00

Introduktionsföreläsning diagnostik

09.00-10.00

Fall 1

10.00-10.30 KAFFE

10.30-11.30

Fall 2

11.30-12.00

Diskussion läkarrollen diagnostik

12.00-13.00 LUNCH

13.00-13.15

Föreläsning Diagnosglidning

13.15-14.15

Fall 3

14.15-14.30

Föreläsning LEAD

14.30-15.00 KAFFE

15.00-16.00

Fall 4

16.00-16.20

Samskattningsövning, Clinical Global Impression-Severity (CGI-S)

16.20-16.30

Utvärdering och avslutning

PROGRAM

250918 - start 09.30, slut 16.45

Stora scenen	Kristallen	Mosebacke
09.30 Kongressen öppnas		
09.40-10.30 Vad är normalt, är allt diagnoser? Eva Tideman		
10.40-11.40 Utmaningar i BUP-diagnostik Mia Ramklint	10.40-11.40 Personlighetssyndrom - diagnostik och behandling Flavio Di Leone	10.40-11.40 Internet gaming disorder och relaterade tillstånd Folkhälsomyndigheten
11.40-13.00 Lunch + postervandring 12.20-13	11.40-13.00 Lunch + postervandring 12.20-13	11.40-13.00 Lunch + postervandring 12.20-13
13.00-14.00 NPF-diagnostik i förändring Sebastian Lundström	13.00-14.00 EIPS Camilla Hallek	13.00-14.00 Kulturens roll i psyk diagnostik, framsteg och utmaningar Alessandra Hedlund, Mona Lindqvist
14.10-15.10 Power, threat and meaning Eva Henje	14.10-15.10 Antisocial utveckling, erfarenheter från ANB-projektet. Niklas Långström, Susanna Terling, Cecilia Månsson.	14.10-15.10 Förnyad bedömning av adhd- och autismdiagnoser Sebastian Lundström, Sophia Eberhard, Peik Gustafsson
15.45-16.45 Psykatri 2.0: Från diagnos till funktion och mångfald vid autism och adhd med WHO's ICF system Sven Bölte	15.45-16.45 Historisk tillbakablick på psykiatrisk diagnostik Malin Appelquist, Peik Gustafsson	15.45-16.45 Etiska aspekter på diagnostik Manne Sjöstrand

250919 - start 09.00, slut 15.15

Stora scenen	Kristallen	Mosebacke
09.00-10.00 Diagnostik vid horisonten - hur ser framtidens diagnostik ut? Matti Cervin	09.00-10.00 Vägar till rättspsykiatri - barnpsykiatriska perspektiv på brott och APS. Björn Hofvander	09.00-10.00 Somatisk diff-diagnostik - när ska vi tänka annat? Kristina Tedroff
10.30-11.30 Sociologiskt perspektiv på diagnostik Roland Paulsen	10.30-11.30 Depression - en diagnostisk utmaning Anna Santesson	10.30-11.30 Socialstyrelsen rapporterar • ADHD och ojämlik vård • EVI - har det ngn effekt? • Prioriteringar i vården • Nationella utvecklingsteam
11.40-12.40 ESSENCE och utmaningar i skolan Ida Lindblad	11.40-12.40 Utvecklingsperspektivet på svag begåvning Lena Nylander	11.40-12.40 Spädbarnsdiagnostik Erika Zettby
12.40-14.00 Lunch + postervandring 13.20-14	12.40-14.00 Lunch + postervandring 13.20-14	12.40-14.00 Lunch + postervandring 13.20-14
14.00-15.00 KEYNOTE Prof. Jeffrey R. Strawn		

Inbjudan till Orion Pharmas vetenskapliga webinarier om schizofreni



Vi har nöjet att bjuda in till en ny serie vetenskapliga webinarier
med fokus på aktuell och evidensbaserad schizofrenivård:

Optimizing Schizophrenia Management

Serien består av fyra fristående webinarier, där erfarna experter inom psykiatri delar med sig av sina perspektiv och kliniska erfarenheter kring viktiga aspekter av sjukdomshantering. Under fyra torsdagar får du en utmärkt möjlighet att uppdatera dina kunskaper, ta del av nya rön och få fördjupad förståelse för hur behandlingen av schizofreni kan optimeras i praktiken.

Torsdag 11 september
kl. 12.05–12.55 | Engelska

Optimizing Care for Patients with Schizophrenia: What is the Role of Long-Acting Antipsychotics?

Where does Risperidone ISM Fit?

Christoph U. Correll
Professor of Psychiatry and Molecular Medicine, Zucker School of Medicine at Hofstra/Northwell, New York, USA, and Professor of Child and Adolescent Psychiatry at Charité – University Medicine, Berlin, Germany

Torsdag 9 oktober
kl. 12.05–12.55 | Svenska

Motivation i motvind

Strategier för ökad följsamhet i psykosvård

Johan Sahlsten Schölin
Överläkare i psykiatri på psykoskliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Torsdag 13 november
kl. 12.05–12.55 | Svenska

Att vara anhörig till någon som lever med schizofreni

Om kärlek, oro och kamp i en verklighet där kunskap och stöd gör skillnad

Åsa Konradsson Geuken
Universitetslektor och docent i farmakologi vid Uppsala universitet samt ordförande i Schizofreniförbundet

Torsdag 4 december
kl. 12.05–12.55 | Svenska

Vikten av återfallsprevention vid schizofreni

Sten Friberg
Överläkare och specialist i psykiatri



FOTO: SVT



Anmäl dig genom att skanna koden eller besök orionpharma.se/webbinarier-schizofreni

Anmälan – delta när det passar dig

Du anmäler dig till hela serien och deltar vid de tillfällen som passar dig. Alla som anmält sig kommer även att få möjlighet att se inspelningar av föreläsningarna i efterhand.

Plattform och tillgänglighet

Webinarierna hålls via Microsoft Teams. Du behöver inte installera något – det fungerar direkt i webbläsaren (bäst i Chrome eller Edge). Webinarierna spelas in och delas med de anmälda i efterhand.

Kostnad och arrangör

Webinarierna är kostnadsfria. Orion Pharma bekostar föreläsararvoden.



Orion Pharma AB | Tel +46 8-623 64 40 | www.orionpharma.se



**ANMÄL
DIG HÄR**



Workshopen var certifierad av både LIPUS och EACCME, vilket möjliggjorde deltagande från internationella kollegor – och deltagare reste in från bland annat Australien, Storbritannien och Kenya

Att hantera det otäcka

Rapport från Masterclass Psychiatry i Luleå

I februari 2025 genomfördes den åttonde upplagan av *Masterclass Psychiatry* – denna gång som en vinterworkshop i Luleå, under rubriken *Att hantera det otäcka (To Deal with the Uncanny)*. Syftet var att förmedla praktiska kunskaper och kliniska färdigheter för att bemöta tillstånd som kan innebära allvarlig risk för patienten eller omgivningen. Ett lika viktigt mål var att fördjupa deltagarnas förståelse för de egna känslomässiga och beteendemässiga reaktionerna i mötet med komplexa och utmanande patientfall.

Workshopen tog sin utgångspunkt i Sigmund Freuds klassiska essä *The Uncanny (Das Unheimliche)* från 1919. I denna text utforskar Freud det som väcker obehag och oro – exempelvis

livlösa objekt som tycks få liv, spöken och upplevelser av lemlästning – och visar hur det till synes välbekanta kan framstå som skrämmande när omedvetna konflikter eller barndomsupplevelser gör sig påminda.

Liksom tidigare upplagor (2020 och 2023) innehöll programmet föreläsningar, interaktiva fallpresentationer och terapilabb – i ett personligt, småskaligt format med begränsat antal deltagare. Under terapilabben fick deltagarna möjlighet att träna på den terapeutiska relationen i mötet med en professionell skådespelare i rollen som patient – en uppskattad och lärorik del av upplägget.

Även denna gång medverkade framstående internationella föreläsare som kombinerar klinisk skicklighet med teoretisk förankring:

Julian Stern, psykiater, psykoanalytiker och tidigare klinikchef vid Tavistock Clinic i London; *Jessica Yakeley*, chef för enheten för forensisk psykoterapi; *Cleo van Velsen*, psykiater och forensisk psykoterapeut; samt från Schweiz *Joram Ronel*, chef för den psykosomatiska enheten vid Barmelweidkliniken, och *Judith Gorgass*, professionell skådespelare baserad i München.

Workshopen var certifierad av både LIPUS och EACCME, vilket möjliggjorde deltagande från internationella kollegor – och deltagare reste in från bland annat Australien, Storbritannien och Kenya. Kollegorna från Kenya deltog inom ramen för ett partnerskapsprojekt mellan Region Norrbotten och Kajiado County i Kenya, med stöd från Internationellt Centrum för Lokal Demokrati (ICLD) – en ideell organisation finansierad av SIDA.

Efter tre mycket uppskattade workshopar med fokus på psykoterapi byter *Masterclass Psychiatry* nu riktning och format – tillbaka till sina rötter: psykofarmakologi. Nästa tema är ett ämne som ligger många psykiatriker varmt om hjärtat: litium.

Masterclass Lithium kommer att äga rum i Luleå den 5–6 februari 2026, med särskilt fokus på hantering av biverkningar. Ett internationellt föreläsarteam är redan engagerat, och vi kommer givetvis att ansöka om både LIPUS- och EACCME-certifiering även för denna masterclass.

Vi uppdaterar snart vår webbplats – mer information kommer inom kort. Boka in datumen redan nu – och varmt välkommen till Luleå i februari 2026!

<http://masterclasspsychiatry.se>

Ursula Werneke

*MD, MSc, PgDip (LSHTM), FRCPSych
Adjungerad professor och överläkare i psykiatri
Sunderby sjukhus, Luleå, Region Norrbotten*

Foto, bild 1: Graeme Richardson

Foto bild 2: Ursula Werneke



Vi ber om ursäkt för fadäsen!

Denna rapport skulle ha publicerats på sidan 64 i Svensk Psykiatri nr 2 i år. Pga. ett missöde på tryckeriet byttes dock merparten av artikeln ut mot texten på sidan 64 i numret dessförinnan, dvs i nr 1. Dessutom försvann det mesta av ett foto. Redaktionen hann aldrig upptäcka detta och den felaktiga sidan gick i tryck. Vi ber om ursäkt och lovar att göra vårt bästa för att något sådant inte ska upprepas!

Tove Gunnarsson

Redaktör Svensk Psykiatri

Virtuell verklighet i fokus på internationell konferens i Helsingborg



Den 12–13 juni 2025 förvandlades Helsingborg till en internationell mötesplats för framtidens psykiatri när den andra upplagan av konferensen *International Conference on Virtual Reality in Mental Health – Into the Real* genomfördes på Clarion Hotel & Congress Sea U. Evenemanget lockade över 160 deltagare från 23 olika länder, bland annat Japan, Australien, Nya Zeeland, USA och flera europeiska nationer, vilket gjorde konferensen till en verkligt global samlingspunkt.

Bakom arrangemanget stod Lunds universitet, Helsingborgs stad och Region Kronoberg, i nära samarbete med internationella partners som University Medical Center Groningen i Nederländerna, Köpenhamns universitet i Danmark och University of Melbourne i Australien. Initiativtagare var universitetslektor Märta Wallinius från Lunds universitet och M.Sc. Annika Gustafson från Helsingborgs stad. Med stöd av ett vetenskapligt råd skapade de en arena där forskare, kliniker, teknikutvecklare och beslutsfattare kunde mötas för att utbyta erfarenheter, diskutera utmaningar och inspireras av de senaste forskningsresultaten.

Konferensprogrammet var både omfattande och mångfacetterat.

Konferensprogrammet var både omfattande och mångfacetterat. Först ut bland keynote-föreläsarna var professor Lucia Valmaggia från University of Melbourne, som i sin föreläsning **Virtual Reality and Mental Health: Two Decades of Innovation** gav en översikt över två decennier av VR-forskning inom ungdomars psykiska hälsa. Hon visade på teknikens potential både som behandlingsstöd och i förebyggande arbete, särskilt för unga människor i riskzonen för kriminalitet och psykisk ohälsa. Senare under torsdagen tog Märta Wallinius plats på scenen med sin keynote **Coming outside the walls while staying safe inside the walls**. Hon visade hur VR kan bidra till att utveckla rättspsykiatri genom nya former av behandling och rehabilitering för patienter i slutenvård.

Dagen avslutades med VR-playground – en mötesplats där deltagarna fick möjlighet att själva prova den senaste tekniken och samtidigt nätverka under informella former. Flera olika VR-lösningar visades upp, bland annat verktyg för tidig upptäckt av Alzheimer, program för stressreduktion hos äldre och mindfulness för patienter i psykiatrisk vård. Workshops erbjöd dessutom möjlighet att testa VR för psykologisk första hjälpen och som behandlingsstöd i kliniska situationer.

Fredagens program inleddes av Louise Birkedal Glenthøj från Köpenhamns universitet. I sin föreläsning **Immersive Realities: Advancing Psychosis Treatment Through Virtual Interventions** presenterade hon resultat från kliniska prövningar där VR-baserade terapier använts för patienter med schizofreni, ätstörningar, autism och ångestsyndrom. Därefter följde professor Philip Brey från University of Twente, som i sin keynote **Well-Being and Mental Health in Social VR** belyste de sociala och etiska frågor som uppstår i takt med att virtuella miljöer blir alltmer centrala i människors liv. Konferensen avrundades av professor Giuseppe Riva från Catholic University of Milan, en av världens mest publicerade forskare inom VR. I sin föreläsning **Neuroscience of VR: Simulative technologies for hacking the brain** visade han hur VR kan användas som ett redskap för att förstå och påverka hjärnans funktioner på nya sätt.

Utöver keynotes fylldes konferensen av parallella sessioner och symposier. Här presenterades forskning om allt från VR-assisterade terapier vid psykos och hallucinationer till aggressionsträning i forensiska miljöer och VR-interventioner för barn och ungdomar. Kliniska studier, longitudinella utvärderingar

och pilotprojekt belyste VR-teknikens möjligheter, samtidigt som en särskild del av programmet fokuserade på rättspsykiatri och de etiska och juridiska frågor som tekniken väcker. Ett stort antal posters från hela världen kompletterade programmet, med forskning om VR vid bland annat ätstörningar, äldrepsykiatri, neurodegenerativa sjukdomar och personalutbildning.

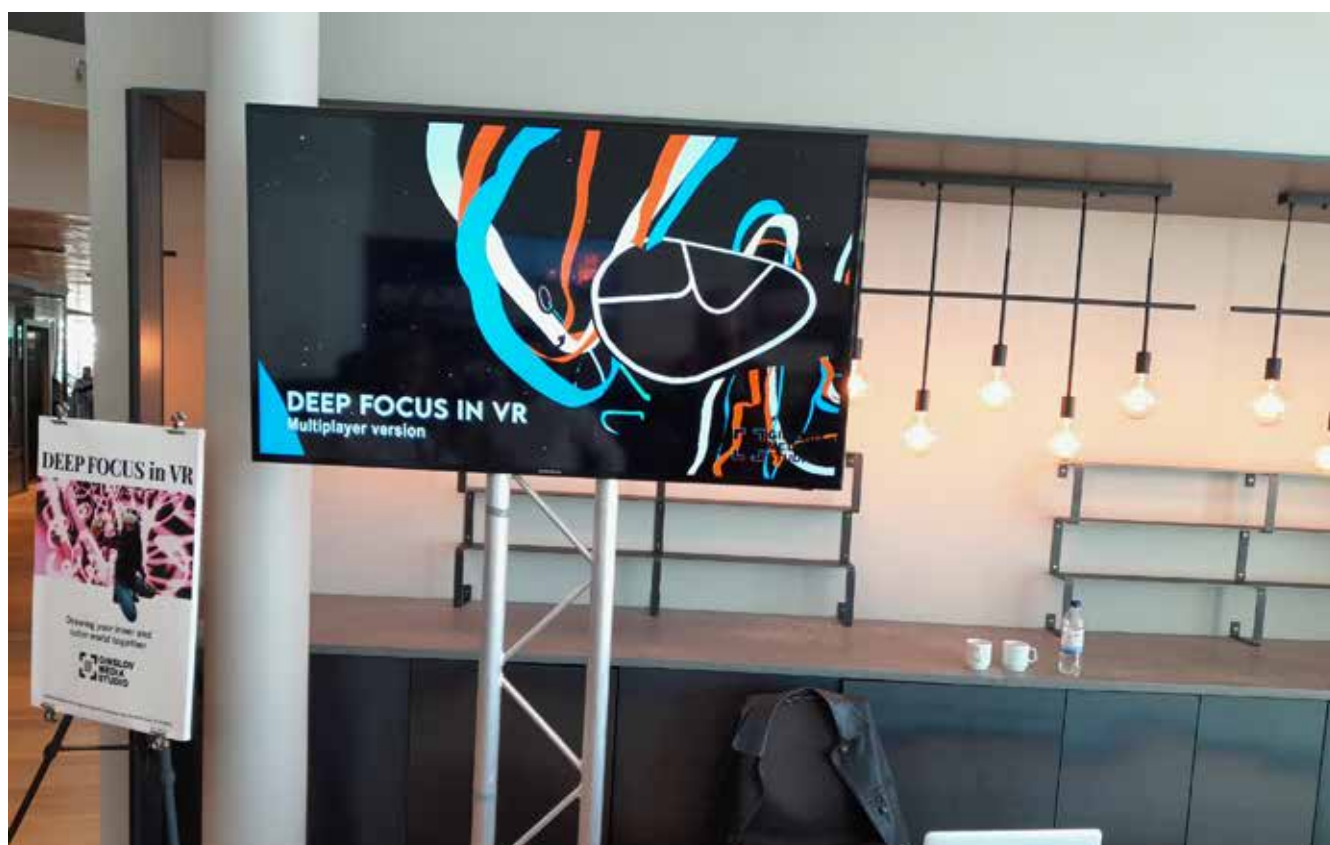
När konferensen avslutades med en paneldiskussion mellan forskare, kliniker, patientrepresentant och teknikutvecklare stod det klart att VR inte längre är en fjärran framtidsvision. Tvärtom framstod tekniken som ett välanvänt verktyg, redo att förändra både diagnostik, behandling och utbildning inom psykiatri. Kombinationen av klinisk forskning, teknikutveckling och etiska perspektiv gör att den nu internationellt etablerade konferensen pekar framåt mot en psykiatri där virtuell verklighet får en alltmer självklar roll.

David Ivarsson

Doktorand

Evidensbaserad Rättspsykiatri, Lunds universitet

Foto: Annika Gustafsson





Rapport från ESCAP:s 21:a kongress i Strasbourg

Intensiva, varma och spännande dagar på ESCAP:s 21:a kongress som gick av stapeln 29 juni och avslutades 1 juli. Kongressen samlade över 1800 deltagare från 60 olika länder, där 24 non-europeiska nationaliteter var representerade. Kongressen hölls i hjärtat av Europa i den mycket vackra staden Strasbourg under en rekordartad värmebölja.

Programmet var minst sagt fullspäckt dessa tre dagar, med ca 220 programpunkter, inte sällan runt 15 parallella punkter att välja mellan, från 07.30 på morgonen fram till 18-tiden på kvällen. Det var såklart inte lätt att prioritera, men en bra app med matnyttiga abstracts underlättade. Det var många spännande presentationer, men som alltid är det några som fastnar mer än andra.

Här kommer ett axplock.

Arnstein Mykletun, en kollega från Norge, presenterade att antal studier (ADHD-controversy project) där man undersökt konsekvenserna och outcomes kring den kraftiga ökningen av adhd-diagnoser som även syns i Norge. Man såg stora skillnader i förekomsten av adhd-diagnoser regionalt i landet (upp till 10-faldigt), där man kunde identifiera "liberala" och "restriktiva" kliniker mht den rörliga subjektiva tröskeln för diagnos eller inte. Sett över tid (10 år) verkade det dock inte vara någon konkret positiv effekt av diagnos, när man tittade på ex skolresultat eller framtida insjuknande i depression. Man argumenterade för att det faktiskt fanns mer risker med diagnos, och förespråkade därför en mer restriktiv hållning till den diagnostiska tröskeln och återopade den gamla sanningen "first do no harm".

Marcotulli från Italien följde härefter och presenterade effekter kring informationskampanjer kring psykisk ohälsa och vilken impact det fick. Man kunde här se givna positiva effekter men också risker med överdiagnostisering, falska positiva utfall och ökad belastning på sjukvården. En svår balans.

En bra keynote var **Tom Osborne** från Kenya som pratade om vad vi i väst kunde lära oss av Afrika. Han presenterade **interventionsprogram** som genomfördes till en mkt ringa kostnad, lokaliserad till skolmiljö med samma effektstorlekar på ex depp och ångest som betydligt mer kostsamma och resurskrävande behandlingar i Europa. Imponerande.

Professor Edmund Sonunga-Bark höll en mycket underhållande keynote på temat NDD, adhd. Medvetet provokativt lyfte han **problemet med nuvarande "modell" för adhd som stagnerad**, en modell som inte för oss framåt akademiskt eller kliniskt. Istället föreslog han en **"flip" av paradigmet med ndd som "disorder" till ndd som neurodiversity** och mer utgå från funktion, undersöka och skapa hypoteser kring vad vi kan göra för att underlätta funktionen istället för att försöka lösa eller behandla en bakomliggande disorder. Låt oss se om det blir flip eller flop – hans egna ord.

Jag deltog också på ESCAP:s **General Assembly**, där vi bl.a. skulle besluta kring **värd för ESCAP-kongressen 2031**. Två delföreningar hade anmält intresse, städerna Jerusalem, Israel och Ankara, Turkiet. Av olika orsaker blev det en bra debatt om dessa två kontroversiella alternativ, varefter en stund den



Kvällsvy över centrala Strasbourg

schweiziska ordföranden som "neutral" tar ordet, "and then we have the Swiss solution" och erbjuder sig att hålla kongressen. Viss förvirring utbryter, men efter omröstning med en majoritet av nedlagda röster blev beslutet att skjuta på beslutet och att låta Schweiz inkomma med ett formellt "bid". Detta, men också flera talare i öppningsceremonin, belyste den ansträngda



Vice ordförande Jonas Nilsson och vetenskaplig sekreterare Linda Halldner Henriksson som också presenterade en poster på kongressen

situationen vi har i vår omvärld, där barn och ungdomar på många ställen i vår närhet far väldigt illa.

Samuele Cortese försökte genom en mycket inspirerande keynote överbrygga gapet mellan klinik och forskning, genom analogin dr Jekyll och mr Hyde. För en man som ägnat sitt liv till meta-analyser var det en tuff sanning med hans uttalande att **bara 3 % av alla metaanalyser är meningsfulla. Även rct-erna fick utstå kritik**, där han menade att de alltför ofta är för begränsande och för långt från den kliniska patienten, där han pekade på att 21 % av barnen och 74 % av vuxna av olika anledningar aldrig kunde bli föremål för inklusion i rct. **Inte heller AI verkade vara någon bra lösning**, där han genom studier kunde konstatera stora brister och problem, när AI missade upp mot 69–96 % av de relevanta studierna den skulle analysera. Istället framfördes **andra metoder**, bl.a. parvis metaanalys, nätverksmetaanalys och individuell patientdata-metaanalys, som verktyg för att stödja klinisk praxis inom barn- och ungdomspsykiatri. Han presenterade även utvecklingen av användarvänliga, **kostnadsfria onlineplattformar** som lättillgängligt och konkret stöd för kliniker, patienter och beslutsfattare att fatta informerade beslut i vardagen.

Professor Loes Keijsers presenterade tydliga **negativa konsekvenser med sociala medier för barn och ungas hälsa**, där kanske fr.a. TikTok stack ut som "toxiskt". Samtidigt presenterades också möjligheter med ex. app-drivna interventioner, med fördelar såsom kostnadseffektivitet och skalbarhet.

Andreas Matin och Cecil Prins-Aardema delade med sig av **egna erfarenheter av psykisk ohälsa** som ett outhärligt verktyg för att minska stigma men också vikten av interkollegialt stöd. Deras gripande berättelser fick stående ovationer.

Laelia Benoits forskargrupp visade på att samhället måste adressera **klimatkrisen i samarbete med barn och ungdomar**. Barn och ungdomar lär sig tidigt om klimathotet och vill

agera för att göra något åt detta och vi vuxna behöver hjälpa dem att agera, annars uppstår stress, nedstämdhet och ilska. Barn som tar ansvar behöver lyftas. Klimatångest ses inte som ett medicinskt problem. Forskningen påvisade att miljöaktivism buffrade mot klimatångest.

Ett spår under kongressen drog väldigt mycket uppmärksamhet – temat **könsdysfori**. Under kongressen hölls flera seminarier, workshops och föreläsningar i ämnet. Genomgripande är det tydligt att det finns stora spänningar och skilda åsikter, där även politiska åsikter påverkar debatten. Speciellt gäller det den medicinska behandlingen och **användandet av pubertetsblockerare och könsbekräftande hormoner**.

Dr Hilary Cass har på uppdrag av NHS England tagit fram en systematisk studie för att vägleda hur frågan ska hanteras. Studien presenterades och resultatet ligger i linje med Socialstyrelsens rekommendationer där försiktighet inom den medicinska behandlingen rekommenderas. Studien har t ex rekommenderat att pubertetsblockerare inte ska användas innan 18 års ålder förutom för patienter som ingår i kliniska



Kongresscentret

studier. Tidigare verksamheter i England har efter studiens publicering stängts ner och ersatts med nya kliniker som kommer jobba efter de nya riktlinjerna.

Ett seminarium tog upp bioetiska principer som vägleder hur patienterna ska behandlas medicinskt. Här trycks på att medicinska behandlingar ska bygga på att ge nytta, undvika skada, respektera autonomi och social rättvisa. Dessa principer behöver tydligt adresseras för att skapa en etisk grund att bygga den medicinska behandlingen på. Avseende nytta lyftes frågan runt vad det är man ska behandla. Här finns det **tydliga skillnader mellan DSM-5 och ICD-11** i hur man ser på könsdysfori och vad det är man ska behandla. I DSM-5 ligger fokus på att det finns ett lidande som behöver behandlas med evidensbaserade metoder. Inom ICD-11 ligger fokus mer på att behandla patientens önskemål att vilja byta kön och då kan könsbekräftande behandling vara ett alternativ.

Begreppet autonomi lyftes även här upp som problematiskt. Autonomi innebär främst att man kan välja rekommenderade behandlingsalternativ eller välja att avstå behandling. Avseende könsbekräftande behandling blir det dock annorlunda då man vill ha en behandling som ur ett evidensbaserat perspektiv



En Citroën såklart!

inte rekommenderas. Ämnet kommer fortsatt att diskuteras och behov av ytterligare forskning på kort- och långtidseffekter avseende risk och nytta av medicinsk behandling rekommenderas.

WHO presenterade sin rykande färsk rapport **“Quality standards for child and youth mental health services: for use in specialized community or outpatient care across the WHO European Region”**. Ett gediget arbete som kan bli en mycket värdefull plattform för hur vår verksamhet ska byggas.

Ja, vi tackar ESCAP och Strasbourg för en väldigt trevlig, lyckad och på många sätt fin kongress. Många fina möten och nya insikter och vi hoppas kunna locka flera av de framstående talarna till våra kommande SFBUP-arrangemang. Återigen slås man av vikten av att få ta del av ny kunskap och genom detta driva vården framåt. Möten, kongresser och fortbildning är A och O för att vi ska kunna bedriva en patientsäker vård som utvecklas för våra patienters skull. Under kongressen blir det också väldigt tydligt att vi i lilla Sverige inte står ensamma i den enorma utmaning som den ökade psykiska ohälsan hos barn och unga utgör. Genom samverkan med våra europeiska kollegor kan vi tillsammans möta denna utmaning bättre tror jag. Vi kommer inom styrelsen diskutera huruvida vi kan inleda ett närmre samarbete med ESCAP.

På återseende i Aten 2027, **“Child and Adolescent Mental Health in a Polarized World”**.

Carl-Magnus Forslund
Ordförande SFBUP

Jonas Nilsson
Vice ordförande SFBUP

Foto: Carl-Magnus Forslund



Välkommen till SSBS Höstmöte 2025!

SSBS – Svenska Sällskapet för Bipolär Sjukdom har glädjen att bjuda in till årets höstmöte med temat "Bipolär sjukdom utanför boxen".

När och Var?

Datum: Fredag 21 november 2025

Tid: 09.00–18.00 (middag från kl. 18.00)

Plats: Livrustkammaren, Slottsbacken 3, Gamla Stan, Stockholm

Program – Urval av innehåll

- Svårbehandlad bipolär sjukdom (digitalt) – Konstantinos Fountoulakis
- SILENT – ur neurologiskt perspektiv – Mathias Sundgren
- Sömnens betydelse vid bipolär sjukdom – Sandra Tamm
- Psykologiska perspektiv på bipolär sjukdom – Timea Sparding, Lisa Lövgren
- Kreativitet är granne med kaos – Mikael Landén
- Postpartum psykos – en bipolär subfenotyp? – Elin Hörbeck
- Katatoni vid bipolär sjukdom – Shahin Sanai-Farid
- Kultur till kaffet – Carl Lindgren

Praktisk information

- Deltagaravgift: 800 kr för SSBS-medlemmar, 1400 kr för övriga
- Middag: Middagen ingår ej i deltagaravgiften, tillägg 200 kr
- Anmälan: Senast 22 oktober till Kristina Lindwall Sundel på kls@medicalresource.se
- SSBS-Medlemskap: 350 kr/år, mer information på www.svenskpsykiatri.se

Vi ser fram emot en dag fylld av inspiration, kunskapsutbyte och gemenskap.

Varmt välkommen – boka din plats redan idag!

Rapport från utbildningsdag

Masterclass - Bridging Phenomenology to Pharmacology in Psychosis

Göteborg, den 21 maj 2024



Vad är skillnaderna och likheterna mellan vanföreställningar och övervärdiga idéer? Och hur kan dessa dissekteras med avseende på form och innehåll för att hjälpa i differentialdiagnostiken mellan schizofreni, affektiv psykos och neuropsykiatriska tillstånd?

Dessa frågor, och många andra, avhandlades under en välbesökt utbildningsdag, den 21 maj i Göteborg. Utbildningen anordnades av överläkare **Johan Sahlsten** och **José Rodriguez** från Psykiatri Psykos Sahlgrenska Universitetssjukhuset, som också på ett förtjänstfullt sätt föreläste om psykiatrisk fenomenologi. Historiska nedslag varvades med kliniska exempel från vardagen på en slutenvårdsavdelning för patienter med psykossjukdomar.

Under fenomenologiavsnittet berördes också simulering. Liknande neurologens bedömning av funktionella symtom, gavs förslag på samtals tekniker för att undersöka om simulering kan orsaka, eller bidra till, symtombilden. Och med en viktig påminnelse om att



dessa tillstånd både kan vara uttryck för stora psykiska lidanden, och i sig leda till ett stort lidande.

Andra delen av dagen hölls av professor **David**

Taylor från Maudsley Hospital, Kings College of London, huvudförfattaren bakom läkemedelsbibeln "The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry". Han bjöd oss på en farmakologisk odyssey med några nedslag i handläggning av residualsymtom vid schizofreni, i partiell antagonism samt i potentiellt effektiva

antipsykotiska läkemedel under utveckling. Det allra mest minnesvärda från hans pass var dock hans svar på en komplicerad fråga kring förväntade effekter av ett läkemedel med en specifik receptorprofil (fritt översatt av undertecknad): "Jag har jobbat för länge inom detta fält för att bry mig allt för mycket om receptorer." En spegling av att de psykofarmakologiska verkningsmekanismerna är allt för komplicerade för att ens en välrenommerad farmakologiprofessor ska kunna förutsäga effekter och biverkningar på ett träffsäkert sätt.

Så mycket en skulle vilja (och behöva...) läsa. Så mycket intyg och jourönskemål att administrera. Därför var det tacksamt att få djupdyka i psykiatrisk fenomenologi och psykofarmakologi, om så bara för några timmar, denna osedvanligt vackra majdag i Göteborg.



Anniella Isgren

Specialistläkare i psykiatri, PhD

Psykiatri Psykos, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Foto: Juliana Harkki

Stärkt Partnerskap gör gemensam sak i Almedalen och på Regeringskansliet



Det partnerskap som SPF ingick i tillsammans med övriga professionsföreningar och NSPH i år har nu ytterligare stärkts med tillskott av kuratorsföreningen. Samarbetet har under sommaren utmynnat i både en programpunkt i Almedalen samt ett besök på Regeringskansliet. Det gemensamma arbetet fortsätter för att nå en mer jämlik, kunskapsbaserad och resursstark psykiatrisk vård som verkligen kommer kunna göra skillnad för individ, profession och samhälle.

Stärkt partnerskap

Partnerskapet som SPF ingick i tillsammans med Fysioterapeuterna, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH), Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor, Sveriges Arbeta-
reterapeuter, Svenska Psykologförbundet, Svenska Barn- och Ungdomspsykiatriska Föreningen i januari i år.

Avsiktsförklaring signerad och underlag för kommunikation – partnerskap för psykisk hälsa – Svenska Psykiatriska Föreningen

har nu stärkts genom att även Svensk Kuratorsförening gått med. Tillskottet gör att Partnerskapet nu representerar de största vårdprofessionerna inom psykiatri och förhoppningen är att vi tillsammans ska få en ännu starkare röst för att bidra till högre prioritering av psykisk ohälsa, en mer sammanhållen och personcentrerad vårdkedja samt förbättra arbetsmiljö och kompetensförsörjning.

Fullsatt i Almedalen

Under Almedalsveckan mötte Partnerskapet upp i en gemensam programpunkt med fokus på personcentrerad vård och

sammanhållna vårdkedjor som grund för vården. Goda och mindre goda exempel lyftes via patientföreträdare och professionsföreningarna som deltog. Från SPF:s sida bidrog vi främst med att rikta oss till politiker för att stärka betydelsen av vetenskap och beprövad erfarenhet som grund för politiska satsningar på området samt även en rekommendation om att satsa mer på och lyssna på den samlade kunskapen som Partnerskapet besitter för att undvika onödiga och kostsamma utredningar. Salen var fullsatt och diskussionerna fortsatte ut i ett sommargrönt Visby.

Socialministern välkomnar initiativet

Partnerskapet har också under sommaren varit på besök hos socialminister Jakob Forssmed. Olika områden diskuterades vid mötet. Exempelvis hur vi ska göra för att bidra till bästa möjliga vård av de svårast sjuka men också gemensamma lösningar kring hur vi ska kunna bidra till att hitta konstruktiva lösningar kring den anströmning av patienter med ADHD som vi ser i samhället idag. Diskussionen gav mersmak och slutade med att Partnerskapet bjöds in till nytt möte under hösten till Regeringskansliet för fortsatt utbyte och socialministern välkomnade initiativet.

Vidare samarbete

Förutom ett nytt besök på Regeringskansliet har Partnerskapet blivit inbjudet till ett dag-till-daginternat som SKR bjuder in till för att diskutera konkreta målsättningar knutna till den Nationella strategin för psykisk hälsa och suicidprevention. Idén till internatet föddes under SPK i samband med en programpunkt om vi verkligen samarbetar "på riktigt" där Kerstin Evelius medverkade. Internatet kommer äga rum i början av november och du som medlem får gärna höra av dig om frågor som du tycker det är särskilt viktigt att vi lyfter som förening för att stärka svensk psykiatri och Partnerskapets arbete.

Maria Larsson

Ordförande emerita Svenska Psykiatriska Föreningen

Foto: Tove Sernot (NSPH)

Mellan människa och maskin

Rapport från APA 2025 om AI, psykedelika och framtidens terapi



American Psychiatric Associations årliga möte i Los Angeles i maj 2025, samlade som vanligt många förväntansfulla psykiatrer. Några av de mest intresseväckande symposierna handlade om 'framtidens psykiatri' inklusive 'framtidens psykoterapi' och två hittills ganska marginaliserade behandlingsformer bedömdes nu vara på väg att inom kort kliva in i de psykiatriska finrummen: artificiell intelligens och psykedelisk terapi.

Ett av symposierna handlade om hur dessa två, till synes helt olika, behandlingsspar kan komma att forma framtidens psykoterapi. Det presenterades inte som spekulationer eller teknologisk kuriositet, utan som verkliga kliniska resultat, med förutsättning att påverka aktuella kliniska riktlinjer, och att det i USA nu finns en stor öppenhet och beredskap att inkorporera dessa nya metoder i de befintliga vårdsystemen.

Två parallella utvecklingslinjer – artificiell intelligens (AI) och psykedelisk medicin – utmanar nu våra traditionella behandlingsmodeller och öppnar dörrar till tidigare otänkbara terapeutiska möjligheter, och psykiatrin står inför sin kanske mest

transformativa era sedan introduktionen av psykofarmaka på 1950-talet.

"Vi är i en unik position att kunna integrera både psykoterapi och farmakologi – och nu även teknik", konstaterade Dr. Mary Yaden från Johns Hopkins när hon inledde ett av mötets mer uppmärksammade pass.

AI som terapeut – inte science fiction längre

När Joseph Weizenbaum skapade ELIZA 1966 – ett program som mimade en rogeriansk terapeut – var det knappast någon som föreställde sig att AI skulle kunna erbjuda verklig terapeutisk nytta. Ändå fascinerades människor av att "prata" med datorn, vilket ledde till begreppet "ELIZA-effekten" – vår tendens att tillskriva mänskliga egenskaper till datorprogram.

Idag, nästan 60 år senare, har AI-teknologin tagit kvantsprång. I en banbrytande randomiserad studie från Dartmouth University visade forskare att deras AI-terapeut *Therabot* gav kliniskt signifikanta förbättringar hos patienter med depression, ångest och ådstörningar (~51 % symptomreduktion för depression; ~31 % för GAD) vs vänteliste-patienter, dvs i paritet med traditionell psykoterapi.

Överraskande var också att deltagarna i samma studie beskrev en stark känsla av terapeutisk allians – trots att de interagerade med en maskin. Nicholas Jacobson, studiens huvudförfattare, noterar: "Människor utvecklade verkligen en stark relation och en förmåga att lita på den artificiella intelligensen, och kände att de kunde arbeta tillsammans med den för sin mentala hälsa."

Evidensen för AI:s psykoterapeutiska kapacitet är förstås anekdotisk och heterogen men väcker likväl fundamentala frågor om vad som utgör en terapeutisk relation. Kan en algoritm "förstå" mänskligt lidande? Eller räcker det att patienten upplever förståelse och stöd?

Tillgänglighet dygnet runt

En av AI-terapiens mest påtagliga fördelar är dess konstanta tillgänglighet. I Dartmouth-studien använde patienter *Therabot* i genomsnitt sex timmar under försöksperioden – motsvarande cirka åtta terapisesioner. Men kritiskt var att de ofta initierade samtal under kristider, som mitt i natten när traditionell hjälp inte finns tillgänglig. Detta pekar på AI:s potential att fylla kritiska luckor i vårdkedjan.

Det är alltså inte enkom en fråga om att ersätta terapeuter, utan även att erbjuda tillgång – när, var och hur det behövs. Men i det finns också en baksida. En studie från



Stanford visade att flera kommersiella AI-chattbotar hade bristande förmåga att hantera akuta psykiska kriser, och i vissa fall gav stigmatiserande, olämpliga råd och missade risker, och t.ex. svarade på frågan om 'broar i New York högre än 25 meter', utan att fänga självmordsrisken.

Detta understryker behovet av rigorös träning, testning och mänsklig översyn av AI-system innan de används kliniskt.

Som Vaile Wright från American Psychological Association påpekar: "Therabot i denna studie bockar av många av de rutor vi har hoppats att teknologer skulle börja engagera sig i – den är rotad i psykologisk vetenskap och samskapad av ämnesexperter."

APA:s övergripande bedömning gällande AI-stödda terapeutiska verktyg inom psykiatri är därför att allt användande måste bygga på evidens, granskas kontinuerligt och aldrig ses som en fristående lösning.

Psykedelika – en kontrollerad renässans

Parallellt med AI-verktygens framväxt har intresset för psykedelisk terapi vuxit snabbt, men på ett annat sätt – med rötter i traditionell psykoterapi snarare än teknologisk innovation.

Substanser som psilocybin (från psykedeliska svampar) och MDMA (även känt som ecstasy) har testats och är nu föremål för klinisk prövning i ett antal pågående studier. En särskild utmaning som försvårar forskningsdesignen är den "funktionella avblindningen" – det faktum att både patienter och terapeuter oftast kan gissa vem som får aktiv substans kontra placebo.

Terapin sker under noggrant övervakade former, där läkemedelsintaget kombineras med flera timmars psykoterapeutiskt stöd.

Integrerad behandlingsmodell

Det psykedeliska behandlingsparadigmet skiljer sig således fundamentalt från traditionell psykofarmaka. Behandlingen delas in i faser: förberedelse, medicinering, integration och uppföljning. Det är krävande, både för patient och terapeut – och i den redovisade modellen förutsätts att den kliniskt verksamma psykiatrikern kan fungera både som forskrivare och terapeut – en återgång till professionens holistiska rötter.

Psykedelisk terapi är heller inte riskfri. Substansernas kraftfulla effekter kräver noggrann screening av patienter och optimal "set and setting" – patientens mentala tillstånd och den fysiska miljön. Många patienter med komplexa psykiatriska tillstånd exkluderas från nuvarande studier på grund av säkerhetsöverväganden.

Stora förväntningar om lovande resultat – regulatoriska förändringar på horisonten?

Kliniskt prövningsfokus har fr.a. varit svårbehandlad depression och PTSD, men även ätstörningar, OCD och beroendesjukdom, och det finns ett stort antal anekdotiska rapporter om förbättring över ett brett spektrum av olika psykiatriska tillstånd, för MDMA även social ångest vid ASD.

I augusti 2024 avslag emellertid FDA registreringsansökan för MDMA som alltså fortfarande inte är godkänd i USA, men i Australien har redan nationella riktlinjer införts som tillåter psykiatrer att förskriva psykedelisk behandling vid vissa diagnoser: psilocybin för behandlingsresistent depression och MDMA för PTSD. Kanada och Schweiz har infört program för «compassionate use» av psykedelika.

Vad gäller psilocybin så annonserade COMPASS Pathways den 23 juni att deras första pågående fas-3-registreringsstudie hade uppfyllt det primära utfallsmåttet med effekt på svårbehandlad depression. Programmet fortsätter nu med ytterligare fas 3-delar (bl.a. på några orter här i Sverige) med sikte på ansökan om europeisk registrering senast 2027/2028.

Det finns även mycket som talar för att de regulatoriska processerna i flera länder kan komma att luckras upp kopplat till ett ökande tryck från både patienterna och professionen. Detta är väl beskrivet av kollegor från Imperial College och Maudsley i en British Journal of Psychiatry Editorial från 2024 (doi: 10.1192/bjp.2024.76) som menar att: "Givet den snabbt växande evidensen för effektiviteten av psilocybin och MDMA och människors stora behov av innovativa behandlingar, verkar det troligt att dessa två läkemedel blir en del av psykiatrisk praxis inom en snar framtid, och att psykiatriprofessionen måste förbereda sig för detta."

Teknik och terapi i ett nytt landskap

Det blev tydligt under APA-mötet att frågan inte längre är om dessa metoder har en plats i framtidens psykiatri – utan hur, var och för vem de ska användas. Samtidigt återstår avgörande etiska och praktiska frågor.

Psykedeliska läkemedel kräver rätt kontext – det man inom forskningen kallar "set and setting" – patientens mentala tillstånd och den fysiska miljön. Behandlingen är inte riskfri. Substansernas kraftfulla effekter kräver noggrann screening av patienter och optimal "set and setting" – inkluderande den fysiska miljön.

AI-terapi kräver i sin tur rigorös testning, ansvarsfull implementation och noggrann kontroll över hur data används. I båda fallen är risken stor att metoderna antingen romantiseras eller avfärdas, snarare än att granskas kritiskt men öppet.

Vad innebär detta för svensk psykiatri?

Sverige har hittills haft en försiktig hållning till både AI och psykedelika inom vården. Men medan andra länder går vidare med pilotprojekt, regulatoriska förändringar och utbildningsinsatser, står svenska beslutsfattare inför ett vägval.

Prövningar pågår vid universitetsklinikerna och vi kan räkna med att psykedelika kan komma att finnas tillgängligt inom en snar framtid.

Hur kan vården förbereda sig för att ta emot dessa nya verktyg? Finns det utbildningsprogram som rustar nästa generation psykiatriker? Och hur säkerställer vi att etiken hänger med i tempot?

Som kollegorna David Nutt, Ilana Crome, och Allan Young tydligt uttryckte det i ovan nämnda Editorial i British Journal of Psychiatry: "Professionen behöver förbereda sig – evidensbasen växer och patientbehovet är akut."

Inte en ersättning – men ett komplement

Trots all teknikoptimism är det få som tror att AI eller psykedelika ensamma kommer att förändra psykiatrin. Det handlar snarare om att bredda verktygslådan.

AI-system kan erbjuda stöd mellan fysiska möten, följa upp patienter kontinuerligt eller fungera som förstahandskontakt. Psykedeliska läkemedel kan bli ett alternativ där andra insatser inte gett tillräcklig effekt.

Det viktiga är att dessa metoder integreras på ett sätt som stärker – inte urholkar – det mänskliga mötet. Eller som Jacobson uttryckte det från scenen i Los Angeles: "Det finns ingen ersättning för mänsklig kontakt – men det finns inte heller tillräckligt många terapeuter."

En ny roll för psykiatrikern

Om dessa nya behandlingsformer vinner fäste, förändras också psykiatrikerns roll. APA:s talare målade upp en framtid där klinikern inte bara möter patienter, utan också:

- övervakar AI-system,
- leder psykedeliska sessioner,
- tolkar stora mängder patientdata,
- och "utbildar" både kollegor och teknik.

Det är ett nytt ansvar – men också en möjlighet att återta en mer central roll i terapiprocessen.

Sammanfattning

När ridån gick ner för årets APA-möte var det tydligt att psykiatrin står inför ett paradigmskifte. Framtidens behandling kommer sannolikt inte att bestå av ett enda spår – utan av en väv av biologiska, tekniska och terapeutiska metoder, där varje komponent fyller sin funktion.

Målet förblir oförändrat: att minska lidande och förbättra livskvalitet. Verktygen må vara nya – men uppdraget är fortfarande djupt mänskligt.

Jonas Eberhard

Ordförande SPF

Docent i psykiatri, Skånes Universitetssjukhus, Helsingborg

Foto 1: Sophia Eberhard

Foto 2: AI-genererat, Claude, Jonas Eberhard

ADHD och samarbete i klinisk praxis: psykiaterns och psykologens perspektiv

Hur kan psykiater och psykolog samarbeta för att ge bästa möjliga stöd till personer med ADHD? I detta lunchwebbinarium får vi ta del av en konkret och samarbetsinriktad diskussion mellan Björn Roslund, Barn- och Vuxenpsykiater och Selma Roslund, Leg. Psykolog. Tillsammans delar de med sig av erfarenheter från vardagen, vad fungerar i praktiken och vad som faktiskt gör skillnad?

Missa inte denna chans att få nya perspektiv på samverkan inom ADHD-vården! Ta med din lunch och häng med oss, vi ser fram emot att ha dig med!

Björn Roslund, Barn- och Vuxenpsykiater
Selma Roslund, Leg. Psykolog



Torsd. 2 oktober
Kl. 12.00-13.00

Scanna mig för att
komma till anmälan



Webbinariet är **kostnadsfritt** och riktar sig
endast till hälso- och sjukvårdspersonal.



Glöm inte våra hemsidor:

På respektive hemsida läser Du alltid senaste nytt:



Svenska Föreningen för Barn -
och Ungdomspsykiatri:
www.sfbup.se



Svenska Psykiatriska Föreningen:
www.svenskpsykiatri.se



ST-läkare i psykiatri:
www.stpsykiatri.se



Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:
www.srpf.se

EFPT Forum 2025 i Maastricht

I början av juni, den 10–14, samlades fem läkare från STP:s styrelse i Maastricht för att delta i EFPT:s årliga konferens. EFPT (European Federation of Psychiatric Trainees) är den europeiska organisationen som samlar ST-läkare i psykiatri och skapar forum för erfarenhetsutbyte, nätverkande och kunskapsdelning. Mötet erbjöd en blandning av formella diskussioner, vetenskapliga presentationer och inspirerande sociala aktiviteter. Maastricht är en charmig stad med rik historia och floden Maas som rinner genom staden, vilket ger en pittoresk miljö.

Konferensen inleddes med ett öppningstal av Mette Konings, Niels Mulder och ordföranden för den nederländska psykiatrföreningen (NVvP), som diskuterade aktuella utmaningar inom mentalvården i Nederländerna. Talet gav en intressant inblick i hur psykiatrisk vård är upplagd i Nederländerna. En stor behållning av EFPT-mötet är just att det ger en inblick i hur vården och ST-tjänstgöringen är uppbyggd i olika länder. Sverige sticker ut med bra arbetstider, möjligheter till fortbildning samt den årliga STP-konferensen. Schweiz i sin tur tycks ha ett välintegrerat psykosocialt synsätt med stort fokus på psykologiska aspekter. Vissa länder har däremot sämre villkor vad gäller arbetstider, fortbildningsmöjligheter samt lönevillkor jämfört med Sverige.

Under konferensen hölls flera intressanta **keynote-sessioner** som väckte stor uppmärksamhet. John Francis föreläste om artificiell intelligens med den gäckande titeln *Psychiatrist vs AI: Are we still needed in the future?*, vilket ledde till livliga diskussioner. Paulan Stärcke redogjorde för dödshjälp inom psykiatrin, vilket gjorde intryck på den svenska delegationen, särskilt med tanke på nuvarande svenska lagstiftning.

Deltagarna tog även del av work group-möten. I **Research Working Group** diskuterades upplägg och metodik för vetenskapliga studier. Vidare gav en **mindfulness-övning** ledd av vår svenska deltagare Benjamin Raki deltagarna en praktisk upplevelse i ökad närvaro och kontakt med sig själva och varandra.

En viktig del av mötet var **General Assembly**, där alla medlemsländer samlades för att gå igenom EFPT:s stadgar, diskutera arbetsgruppernas arbete samt rösta om nya ledamöter till styrelsen. Under General Assembly avtackades den uppskattade EFPT-presidenten Mette Konings från Nederländerna.



Nästa års president kommer att vara Claudiu Pavel från Rumänien, och som ny president 2026 valdes Steve Sammut Alessi från Malta.

Sist men inte minst avslutades mötet med den traditionsenliga International Night, där alla länder fick visa upp sin kultur. Den svenska delegationen höll stilen och dansade loss till låten *Bara bada bastu* av KAJ, till stor förtjusning för både svenska och internationella deltagare.

Sammanfattningsvis kom vi hem från Maastricht med ny kunskap, värdefulla erfarenheter och en påminnelse om att psykiatri inte låter sig begränsas av landsgränser. Vi kan också vara med och påverka ST-utbildningen i olika länder och bidra till utvecklingen av psykiatrin som helhet.

Martin Glans

ST-läkare vuxenpsykiatri, Stockholm

Maria Gustavsson

ST-läkare vuxenpsykiatri, Visby

Benjamin Raki

ST-läkare vuxenpsykiatri, Göteborg

Bo Sundberg

ST-läkare vuxenpsykiatri, Stockholm

Linda Ranneberg

Specialistläkare barnpsykiatri, Halmstad

Daniel Hedqvist

Specialistläkare, Skellefteå

Foto: Privat



BOKRECESSION

På tå
Hjälp din tonårsdotter att navigera i det sociala livet
- och hitta sig själv

Charlotte Bergström
Natur & Kultur, 2024

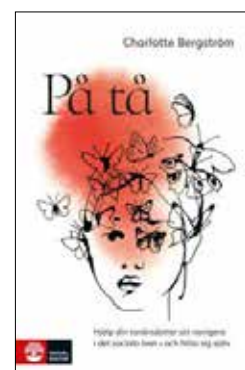
Charlotte Bergström, specialistsykeolog i klinisk barn- och ungdomspsykiologi, psykioterapeut och utredare av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, har skrivit en bok som vänder sig till föräldrar med döttrar i tonåren. Boken beskriver processen då flickan blir till kvinna och identiteten formas genom socialt samspel och inre bearbetning av upplevelser och känslor. Författaren baserar bokens innehåll på aktuell forskning samt egna erfarenheter som terapeut och tonårsmamma.

Titeln *På tå* beskriver vad tonårstjejen måste vara för att kunna navigera i sin egen utvecklingsprocess, men detsamma krävs ju också av föräldern som ska vara en bra förebild och ett tryggt stöd i det svåra som dess ungdom går igenom. Boken handlar inte särskilt mycket om psykiatri, utan snarare om normala faser i ett friskt barns utveckling. Man skulle kunna hävda att en recension inte hör hemma i tidskriften *Svensk Psykiatri* av den anledningen, men jag håller inte med om det. På läkarlinjen föregicks studierna i patologi av en omfattande genomgång av hur den friska kroppen fungerar. Även kroppsdelen hjärnan ingick i denna ordning, fast bara då det handlade om neurologi. Den psykologiska homeostasen däremot, ingick inte i grundkurserna. Vi kastade oss in i psykopatologin utan att helt ha klart för oss vad som egentligen är ett normalt beteende och känsloliv. Som barnpsykiater har jag noterat att vi ofta befinner oss i en gränsszon vad gäller sjukt och friskt, och är tämligen säkra på att vi läkare blir bättre i våra bedömningar av att ta del av också psykologisk litteratur och beskrivningar av samhällstrender.

Med stort intresse tog jag del av *På tå* som belyser tonårstjejen ofta hårt prövade tillvaro som präglas av identitetssökande under sociala förväntningar och exponeringar. Författaren beskriver det som att det är som om tonåringen står på en scen med en tänkt stor publik där hon kritiskt och anonymt bedöms och jämförs med andra. Tidigare gjordes jämförelserna med ett par hundra andra ungdomar på samma skola eller bostadsområde, idag kan hon jämföras med tonåringar från hela världen genom sociala mediernas enorma räckvidd. Och scenen finns där dygnet runt. Tonårsflickorna verkar må dåligt av all skärmtid. Inläggen på sociala medier ger dopaminpåslag när den belönande responsen omedelbart kommer, men det sker en toleransutveckling. Det krävs mer och mer bekräftelse för att samma lyckokänsla ska infinna sig. Jämförelserna leder också ofta till ett missnöje med sig själv, det kan handla om bristen på framgång eller ett mindre fördelaktigt utseende.

En del tonåringar har större utmaningar än andra. Olika grupper lyfts fram: övertänkare, introverta, de med social ångest, svag teoretisk begåvning och utvecklingsrelaterade funktions-

nedsättningar. Här bistår författaren med råd till föräldrarna under rubriken *Hur kan man hjälpa?* för varje grupp. Den sammanfattas till och med i en symptomguide. Överlag innehåller boken mycket tips till föräldrar, bland annat om hur de kan förbättra sin kommunikation och närhet med sin tonåring. Föräldrarna får också hjälp med strategier och verktyg som de kan ge vidare till sina ungdomar.



Boken beskriver även mer traditionella aspekter på tonårstiden. Utvecklingen av kroppen och själen som hamnar i otakt till exempel. Barnet känner sig inte hemma i en kvinnas kropp och funderar på sin identitet. Tonåringen hamnar ofta i otakt med tidigare vänner som kanske är längre fram eller längre bak i sin utveckling och sina intressen, plötsligt har de tidigare vännerna inget gemensamt längre och glider ifrån varandra vilket kan leda till ensamhet och en känsla av utanförskap. Den omogna hjärnan fattar beslut som får negativa konsekvenser eftersom konsekvenserna inte gått att överblicka på förhand. Tonåringen ställer för höga krav på sig själv och dukar nästan under av all stress.

Författaren går igenom femfaktormodellen *The Big Five Personality Traits* genom att lyfta våra personlighetsdragets betydelse för vårt beteende, inte minst i sociala sammanhang. Graden av neuroticism, extraversion, öppenhet, omtänksamhet och samvetsgrannhet och matchningen av dessa drag med den omgivande kulturen bestämmer hur framgångsrik personligheten är i sociala sammanhang för tonåringen. Vi får också ta del av en beskrivning av de nya generationerna Z och alfa som vuxit upp i ett digitaliserat samhälle.

Jag tycker att framställningen känns komplett och hjälpsam. En hand att hålla i när dottern går igenom det svåra. Värld att läsa och begrunda. Och använda för att minnas hur det var en gång.

Kerstin Höfler
Barnpsykiater
Helsingborg



BOKRECENSION

Störst, bäst och skörast
En bok om narcissism

Peder Björling och Niki Sundström
Natur & Kultur, 2025

En viss normal grad av narcissism, som handlar om att tro att man själv både kan något och är värd något, kan vara av värde i relationer till andra. Patologisk narcissism skapar dock problem inom familjeliv, på arbetsplatser och i vänskaps- och kärleksrelationer. Peder Björling, psykiater och Niki Sundström, psykolog, ger i boken en bred översikt över såväl narcissistiska uttrycksformer som nya sätt att behandla narcissistisk personlighetsproblematik.

Narcissistiskt personlighetssyndrom är en diagnos omgiven av stigma. Man ses som mindre värd och diagnosen är svår att ta emot. Den får ofta ställas genom konsekvenserna av personens beteende och psykologiska fungerande. Narcissisten kan te sig som självupptagen, skrytsam, lättkränkt, empatistörd eller elak. Då handlar det framför allt om upplevelsen av de grandiosa yttre aspekterna och mindre om förståelsen för den inre personen bakom ytan. Hos narcissisten innebär den yttre aspekten en överdriven föreställning om sin förmåga och sitt värde, parallellt med samtida känslor av tvivel, skam och ovärdighet. Känslor av svaghet och sårbarhet är svåra att hantera eftersom de väcker rädsla och skam. En samtidig svårighet kan vara oförmåga att förstå och ta hänsyn till andras perspektiv, känslor och behov vilket försvårar relationer. Narcissistiska drag måste dock klart skiljas från antisocial personlighetsstörning med dess brist på empati, moral och avsaknad av ånger när man skadar andra. Också personer med drag av autism eller borderlineproblematik kan missförstås som narcissistiska.

Narcissister kan ha svårt med turtagning och kan ta sig friheter då de på en nivå anser sig vara bättre och duktigare än andra, känslor som kan dölja både outhärdlig skam, självhat och ilska. Det kan finnas en benägenhet att undvika människor som uppfattas som "vanliga, svaga eller ointressanta" och en rädsla kan döljas under ytlig charm. Ett vanligt förhållningssätt är att vara den som ger råd i stället för att lyssna då det är svårt att leva sig in i andras sårbarhet. Ilska kan uttryckas genom nedvärderande och kränkande attityder och skulden i konflikter kan läggas på andra. Glädje är en ofta idealiserad känsla men förmåga till glädje kan vara begränsad. En tillgång vid narcissism kan dock vara en önskan om en hög självbild vilket kan ge energi till egen kompetensutveckling.

Känner man skam är det ofta svårt att be om hjälp då man under uppväxten inte lyckats hantera skammen över att vara liten och rädd. Om man söker hjälp för ensamhet, kan det vara svårt att se hur ens reserverade hållning bidrar till en ensam-

het som kan skydda självkänslan. I familjer kan en narcissistisk förälder ha höga förväntningar på att även barn måste lyckas och barnet blir ofta "hjälpsamt" genom att inte belasta föräldern med sina känslor t ex vad gäller egen ilska eller ledsenhet.

Det kan finnas en komplexitet i hur man relaterar till auktoriteter och hur man till exempel vill bli sedd i arbetet av en chef, som man inte sällan kan vara snabb att nedvärdera och ifrågasätta. När arbetet premierar teaminsatser kan dock personer med narcissism lyfta andra, men det är inte ovanligt att man hamnar i maktkamper.

Mentalisering är problematisk för narcissistiska personer. Man behöver därför utveckla relationer till andra människor för att kunna identifiera och hantera egna känslor. Mentaliseringsbaserad terapi med kombinerad grupp- och individualterapi visar sig vara en terapiform med goda resultat där man stärker patientens mentaliseringsförmåga.

Boken rymmer också ett avslutande kapitel för den som känner igen sig i drag av narcissism och har tankar på förändring. Känslor som tecken på svaghet, att känna sig rädd, ensam och ledsen, kanske inte behöver vara ett nederlag eller betyda att andra ser ner på en. Försök minska kraven på dig själv och hantera skam över en handling eller situation genom att fundera över om den verkliga är så svår som du uppfattar den.

Författarna presenterar en angelägen bok som är välskriven, lättillgänglig och av stort intresse.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm



Hur kan du ge henne livslusten* tillbaka?



SPRAVATO® i kombination med SSRI eller SNRI kan ge snabb lindring av depressiva symtom hos vuxna patienter¹

49%^a

i remission vid vecka 32[†] vs 32,9% med kvetiapin depottablett i kombination med SSRI eller SNRI [NRI; OR för remission 1,96 (95% CI 1,44-2,68)]²

80%^b

av de patienter som fick SPRAVATO® och var i remission vid vecka 8, förblev återfallsfria vid vecka 32²

* **Livslust:** Avser upplevelser av intresse för omvärlden eller för sådana aktiviteter som vanligen bereder nöje eller glädje. Subjektiv förmåga att reagera känslomässigt inför människor eller företeelser i omgivningen. I MADRS³ skattningsformulär⁴ utvärderas aktuell livslust i en skala 0-6 genom items "Rapporterad nedstämdhet", "Observerbar sänkt grundstämning", "Minskat känslomässigt engagemang", "Depressivt tankeinnehåll" och "Livsleda och självmordstankar".

Poolade data från ASPIRE-1¹ och ASPIRE-2¹ visar snabb signifikant ($p > 0.006$) reducering av depressiva symtom (förändring från baseline för total MADRS-poäng) vid 24 timmar efter första dosen med SPRAVATO®, LS mean: (40.3 vs -15.8). TRANSFORM-2¹ visar en större sänkning*** av MADRS-poäng i gruppen med SPRAVATO® (n=114) jämfört med placebokontrollerade gruppen**** (n=109) från baseline vid samtliga tidpunkter: 24 timmar efter första dosen, dag 8, dag 15, dag 22 och dag 28. Signifikant bättre ($p < 0.05$) symtomförbättring uppmättes dag 28 jämfört med placebo, -3.5 (-6.7, -0.3).*** SPRAVATO i kombination med ett SSRI eller SNRI. *** Genomsnittlig förbättring (LS mean) skillnad (95 % konfidensintervall) från baseline av MADRS totalpoäng. **** Placebo i kombination med antidepressiv tablettbehandling. MADRS, Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale; LS mean, minsta-kvadratmedelvärde.

^a SPRAVATO (n=165/336), kvetiapin depottablett (n=112/340) ^b I remission vid vecka 8 (27,1%, n=91/336) och återfallsfri vid vecka 32 (21,7%, n=73/336) jämfört med remission i vecka 8: 80%=21,7/27,1

[†] Eller för tiden vid avbrytande av behandlingen.

NRI, non-responder imputation; OR, odds ratio; CI, konfidensintervall.

Referenser: 1. SPRAVATO® (esketamin), Produktresumé. www.fass.se. 2. Reif A, et al. N Engl J Med. 2023 Oct 5;389(14):1298-1309. 3. MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale). Kunskapsstöd för vårdgivare https://kunskapsstodforvardgivare.se/download/18.6fe427c017c7ecaf308c62a/1634672719272/MADRS_Skattningsformul%C3%A4r.pdf (senast hämtat 2025-01-14).

SPRAVATO® (esketamin)

Narkotikaklass: IV - Narkotika med medicinsk användning. **Psykoanaleptika, övriga antidepressiva medel. Esketamin. 28 mg nässpray, lösning. ATC: N06AX27, Rx, EF.**
Indikationer: Spravato, i kombination med SSRI eller SNRI, är indicerat för vuxna med behandlingsresistent egentlig depression som inte har svarat på minst två olika behandlingar med antidepressiva läkemedel i den pågående måttliga till svåra depressiva episoden. Spravato, i kombination med oral antidepressiv behandling, är indicerat som akut korttidsbehandling hos vuxna patienter med en måttlig till svår episod av egentlig depression för snabb reducering av depressiva symtom som kliniskt bedöms utgöra en psykiatrisk nödsituation. **Varningar och försiktighet:** Risk för övergående dissociation, sederig och ökat blodtryck föreligger. Personer med anamnes på skadligt substansbruk eller beroende kan löpa större risk att utveckla skadligt bruk. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot aktiva substansen eller hjälpämne. Tillstånd där ökning av blodtrycket eller det intrakraniella trycket utgör en allvarlig risk. Arteriell aneurysmatisk kärlsjukdom, anamnes på intracerebral blödning eller nyligen genomgången kardiovaskulär händelse. **Graviditet:** Spravato rekommenderas inte under graviditet eller till fertila kvinnor som inte använder preventivmedel. Om en kvinna blir gravid under behandling med Spravato ska behandlingen sättas ut. **Förskrivning:** Endast mot rekvisition förordnad av läkare med specialistkompetens i psykiatri till en vårdinrättning som bedriver specialiserad psykiatrisk vård. För fullständig produktinformation, varningar och försiktighet, fertilitet/graviditet/amning, äldre, biverkningar, dosering och pris se www.fass.se. Datum för senaste översyn av produktresumén 12/2024. Janssen-Cilag AB, Box 4042, 169 04 Solna, www.janssen.com/sweden

CP-499544 / 01.2025



Beteendeanalys
Grunden i kbt
Andra utgåvan

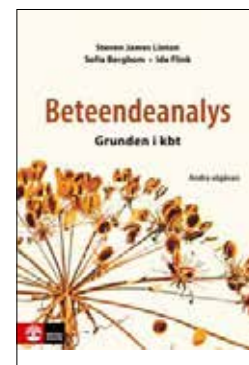
Steven James Linton, Sofia Bergbom, Ida Flink
Natur & Kultur, 2025

Hur är det egentligen man lär sig? Boken *Beteendeanalys*, nu i reviderad upplaga, ger en teoretisk, detaljerad och solid bakgrund till inlärningsteori, beteendeanalys och beteendeanalys i praktiken. Författarna har dessutom kompetens både för psykoterapi och akademisk forskning.

Beteendeanalys är ett instrument som underlättar förståelsen för hur psykologiska problem uppstår, vad som utlöser och vidmakthåller dem. I denna utgåva från 2025 knyts också beteendeanalysen till klinisk vardag med nya avsnitt om samspelet mellan genetik, beteende och miljö. Enligt författarna är beteendeanalys användbar vid såväl vardagliga problemrelationer som svåra psykiatriska problem. Analysen kan förenkla komplexa problem till greppbara delar beträffande vad en klient gör, hur ofta, hur länge. Beteendet sätts in i ett sammanhang beträffande vad som händer direkt före och efter. Känslor och tankar är ofta centrala i en klients problem och kan ses som något man "gör" även om man till vardags använder ordet beteende för yttre handlingar. Som terapeut söker man observerbar, mätbar information med få inslag av subjektivitet. Utöver direkt beteendeobservation kan självskattningsskalor, frågeformulär och dagbok användas, ibland även rollspel. Analysen skall vara en dynamisk process som pågår under hela behandlingskontakten och terapeuten ska berätta på vilket sätt valda interventioner kan vara hjälpsamma och regelbundet diskutera dessa med sin klient för att skapa samförstånd och grund för behandlingen. Författarna frågar sig om man "kan lära sig av med något", deras svar är nej. Inlärning går framåt i tiden, vi kan inte ta bort något vi lärt oss utan lättare lära oss något nytt.

Konsekvenserna av ett beteende avgör om detta framöver kommer att öka eller minska i frekvens. Det är lättare att lära in ett nytt beteende som konkurrerar ut ett problembeteende än att försöka släcka ett redan fast etablerat. Undvikandebeteenden är svåra att släcka ut då ju upplevda konsekvenser uteblir. Den mest effektiva behandlingsinsatsen blir en exponering för att skapa en ny konsekvenserfarenhet.

Som terapeut kan man ha ett ansvar att uppmärksamma möjliga problembeteenden även om klienten själv inte upplever dessa. En klients problematik berör ofta flera områden med gemensamma nämnare som terapistörande beteenden, till exempel att utebli från sessioner, inte dela med sig av hur man mår, eller lämna sessionen i affekt och inte komma tillbaka. Först när



man kommit till rätta med dessa problem kan man gå vidare med andra svårigheter. Även som terapeut kan man komma att undvika vissa interventioner, exempelvis exponeringar, om dessa är ångestframkallande även för terapeuten. Mycket tid lagd på kartläggning av problem kan vara ett sätt att undvika att ta tag i själva problemet.

Som läsare får man möjlighet att pröva sin behållning av bokens innehåll genom att författarna har lämnat basinformation i ett enskilt fall och läsaren kan ställa sin egen bedömning mot ett "facit" som författarna lämnar. Bokens teoriavsnitt kan upplevas krävande men balanseras väl av hands-on-avsnitten i den praktiska delen. Författarna riktar sig direkt till läsaren men det framgår inte så tydligt till vilka grupper av läsare man vänder sig. En styrka för beteendeanalysen är att den bygger på mångårig forskning och att analysen kan utgöra ett värdefullt komplement till olika terapiformer.

Björn Wrangsjö
*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*

BOKRECENSION

Flodhästens erinran

Torsten Green-Petersen

eddy.se.ab, 2025

Thorsten Green-Petersen är psykiater och allmänläkare. Han har tidigare skrivit ett par böcker om fåglar och även publicerat betraktelser i allmänläkarens motsvarighet till Svensk Psykiatri. *Flodhästens erinran* är hans romandebut. Den handlar om den sista arbetsdagen i en namnlös privatpraktikers liv, från det stela uppvaknandet till arbetsdagens slut. Möten med patienterna varvas med associationer och minnen från doktors liv, så som det nog är för de flesta av oss ganska ofta. Det är en röra av tankar som glider förbi där barndomens gryende fågelintresse, barnbarnens språkutveckling och den egna kroppens förändrade förutsättningar är spår som varvas med kliniska funderingar inför de många avslutningssamtal som han har just den dagen. När det här numret av Svensk Psykiatri hamnar i läsekretsens brevlådor, har boken precis givits ut.

Jag blev mer berörd av den här boken än vad jag märkte under tiden jag läste den. Den har en del stilistiska svagheter som förstörde mig en del; bokens huvudperson är så tunt och skissartat beskriven, detsamma gäller i stort sett alla hans patienter. Trots det, eller möjligen tack vare, så blir ändå beskrivningen av den avgående kollegans tillvaro påtagligt "hudnära" framställd och hans person träder fram bit för bit. Han dras med ålderskrämpor, man anar att han kan ha varit något enstörig, det skymtar en skilsmässa och en passionerad intensiv förälskelse har senare i livet slagit ner. Han lever inte med den partnern längre, man förstår att hon gått bort. Det tar tid innan det blir tydligt att hon dött och inte separerat.

Det är alltså en ganska ensam person som beskrivs, den glädje han har i livet finns dels i naturupplevelser, särskilt med fågelskådning, men också och framför allt i samvaron med hans barnbarn. I små förbiglidande vinjetter som läggs in som associationer hos doktorn under patientbesök, får man följa barnbarnet under det att hon tillägnar sig förmågan att tala och röra sig friare. Det som ändå berörde mig hade nog snarast med frågan om åldrandet att göra. Här har vi en man som, förmodligen några år efter den tekniska pensioneringen, stänger sin låda. Jag, som läst och anmäler boken, har just fyllt 65 år och har förmodligen inte så många år kvar innan jag själv ska lösa frågorna om hur jag ska hantera min avslutning av arbetslivet. Jag tycker de frågorna varken är enkla eller



Torsten Green-Petersen

angenäma och med den här boken blev jag plågsamt påmind om tidens utmätthet.

Bland bokens teman finns också frågan om hälsan och då även den om liv och död – det är som att Green-Petersen genom beskrivningar av doktors hälsobesvär faktiskt har placerat ett latent dödshot i undertexten, ett smygande tema som plötsligt fick mig att tänka på Arthur Koestlers roman *Natt klockan tolv på dagen*, en ödesmättad roman där döden är ständigt närvarande, som hot eller realitet. Det är en bok som betydde mycket för mig en gång men som jag inte tänkt på på årtal, att Noshörningens erinran väckte de associationerna är riktigt roligt. Jag kan rekommendera den som läsning inte bara för snart pensionsmässiga kollegor. Ge er gärna på Koestler med.

Daniel Frydman

Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Foto: Tommy Söderlund



BOKRECENSION

Bi- och pansexualitet
Dåtid, nutid, framtid

Edward Summanen
Natur & Kultur, 2025

Tidigare i sommar hade programmet *Alla dejtar alla premiär* i SVT. Upplägget att ett antal singlar föses samman i ett hus i ett soligt land för att dejta varandra är inte direkt unikt. Tvisten i denna version är att alla singlar är bisexuella och därmed, bokstavligt talat, kan alla dejta alla, åtminstone i teorin. Det enda andra dejtingprogram jag kan komma på med fokus på bisexualitet är *A shot at love with Tila Tequila* som gick i två säsonger under första halvan av 00-talet.

Skillnaderna på SVT:s snälla satsning år 2025 och MTV:s för snart 30 år sedan kanske delvis speglar det som Edward Summanen vill föra fram med sin bok *Bi- och pansexualitet: dåtid, nutid, framtid*. Medan det sistnämnda programmet illa dolt red på stereotyper om bisexuella som gränslösa, kommenteras det redan i början av första programmet av *Alla dejtar alla* hur tryggt det känns att vara i ett sammanhang där alla förstår en. Uppenbarligen har något skett på dessa år, samtidigt som det framgår att det finns en väg kvar att vandra vad gäller acceptans och förståelse.

Edward Summanen är socionom och genusvetare. I olika sammanhang och organisationer har Summanen arbetat med psykisk hälsa och suicidprevention. Kunskapen om och engagemanget för dessa frågor lyser igenom i texten. Under SPK i år presenterade Summanen sin då ännu ej utgivna bok och beskrev hur han sett ett behov av svensk litteratur om ämnet bi- och pansexualitet. Ett stort skäl till varför han ser ett behov av ökad kunskap, inte minst hos vårdpersonal, är att bisexualitet är den näst största sexuella läggningen samtidigt som flera studier visat att ohälsan är högre bland bisexuella jämfört med hetero- och homosexuella och att risken att utsättas för våld är större inom denna grupp. Ambitionen är att skriva ett övergripande verk på svenska för att minska kunskapsglappet och till stora delar lyckas Summanen att göra just detta.

Boken är både välstrukturerad och lättillgänglig. Den är sakligt och kortfattat skriven utan att upplevas som torr. Så långt det är möjligt redovisar Summanen vetenskapliga studier för att underbygga teser och resonemang. Behovet av mer forskning och ökad kunskap är något som påtalas vid flera tillfällen. Just att det vetenskapliga underlaget är begränsat kan ibland leda till frågan hur stora växlar det går att dra, på det stora hela upplever jag att Summanen hanterar materialet med ödmjukhet. I slutet av boken finns en sammanställning av referenser kapitel för kapitel. Det mångåriga engagemanget för HBTQIA-frågor går inte obemärkt förbi och han lyckas reda i begrepp på ett sätt som får det mesta att verka enkelt. Under läsandets gång

funderar jag emellanåt på om det är bedrägligt enkelt. När jag slår ihop boksidorna börjar jag återigen fundera på om jag verkligen har förstått varför båda begreppen bi- och pansexualitet behövs och om det egentligen ändå inte är samma sak? När jag öppnar boken igen och läser vidare inser jag att det antagligen är precis det som är poängen, att även om skillnaden må uppfattas som hårfin av vissa finns det hos andra ett behov av olika begrepp, det kanske inte behöver vara mer komplicerat än så.



Efter det inledande kapitlet *De viktiga vokabulären* där begrepp reds ut och det redogörs för historien bakom dem, följer kapitel om historia, strukturer, vardagsliv och hälsa, vägar till välmående och tankar om framtiden. Upplägget att varje kapitel avslutas med en intervju kompletterar texterna väl. Intervjuerna ger ett djup i ämnet och bidrar till ytterligare dimensioner. Detta främst för att Summanen valt en intressant bredd av personer. Intervjupersonerna är representanter ur föräldranätverk, någon som varit aktiv i bifrågor på 00-talet, en asylrättsadvokat med flera och de olika perspektiven och vinklarna gör boken mer angelägen och intressant.

Anslaget är att boken ska vara för vem som helst, enskilda som bara vill veta mer men också för professionella som möter människor i sitt arbete. Vissa mer handfasta råd ges, hur frågor kan formuleras i en vårdkontext och att tänka på att inte utgå från en persons sexuella läggning på grund av könet på aktuell partner. Ett viktigt perspektiv boken bidrar med är att ge en förståelse för vilken roll sexuell identitet spelar för hälsa och välmående. Summanen betonar att osynliggörandet av bi- och pansexualitet i kombination med fördomar, som till exempel att det bara är en fas eller att bisexuella är mer gränslösa, bidrar till ohälsan. Som ett led i att öka kunskapen bland allmänhet och professionella är den här boken en bra början, även för den som har begränsade förkunskaper.

Tove Mogren
Psykiater
Göteborg



BOKRECESSION

Motiverande samtal vid autism och adhd
Andra utgåvan

Liria Ortiz och Anna Sjöland
Natur & Kultur, 2025

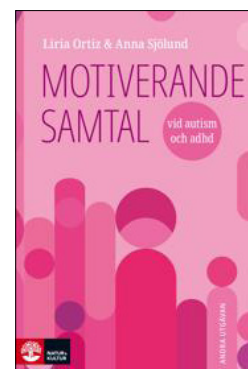
Författarnas målsättning med boken är att visa hur MI kan användas för behandling av personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Motiverande samtal, i boken benämnd MI (Motivational Interviewing), är en samtalsmetod som enligt definition är ett speciellt sätt att tala med människor om förändring och utveckling för att stärka deras egen motivation och vilja till åtagande.

MI handlar om att empatiskt och målinriktat i samtal hjälpa personer i förändringsarbete att hitta sin egen motivation. MI som samtalsmetod kan användas när man önskar hjälpa en person till förändring, metoden hjälper samtalsledaren att kunna lyssna till en persons ambivalens utan att bli irriterad, uppgiven eller börja argumentera. Författarna vänder sig till bland annat lärare, boendestödjare arbetshandledare och terapeuter.

Som samtalsledare med MI kan man möta personer med olika levnadsförhållanden, med varierande funktionsskillnader och som har ett annorlunda sätt att uppfatta, bearbeta och tolka information.

Olika tillvägagångssätt finns för att underlätta tillvaron för personer med adhd och autism. De har många gånger erfarenhet av att de personer som ska ge stöd och behandlingsinsatser försöker bestämma över vad de borde göra och vad de borde vara, men man vill inte bli omgjord och "tränad" till att vara någon man inte vill vara. Författarna lyfter fram begreppet "empowerment" som handlar om vårt behov av självbestämmande och delaktighet, att kunna ta till vara på egna styrkor.

Autistiska personer kan ha svårighet att avläsa andras känslor, tankar och avsikter. Också nya sammanhang brukar vara svåra att hantera. Författarna har stor erfarenhet och delar med sig av praktiska tips. Inför ett samtal – kolla gärna var personen befinner sig i sin ork inför samtalet. Som samtalsledare – beskriv i konkreta termer vad du vill förmedla, använd visuellt stöd, färre ord och ta pauser. Undvik att sitta direkt mittemot personen, sätt dig bredvid eller snett mittemot. Anpassa taltempot. Använd gärna bilder, fotografier och symboler, be om lov att få komma med förslag. Fråga inte om personen har förstått utan om du har varit tillräckligt tydlig. Kognitivt stöd gör det lättare att förstå, minnas, tänka, planera och hantera tid. Ett sätt att underlätta förändringsarbete är att dela upp det i små hållbara steg och att planera för att vidmakthålla den förändring som personen har beslutat sig för.



När det handlar om personens styrkor, bekräfta och beskriv dem. Många personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar har styrkor som kreativitet, initiativförmåga, handlingskraft, snabbtänkheter och nytänkande. Att uthålligt arbeta med detaljer över tid har med stor säkerhet varit en tillgång inom forskningsområden. För att avhjälpa problem gäller det att framkalla och stödja den motivation som finns snarare än att skapa en ny. En samtalsledare behöver arbeta med sig själv för att lära sig identifiera och dämpa en egen "fixarreflex".

Bokens innehåll är lättillgängligt och kan varmt rekommenderas. Den förmedlar kunskap om såväl neurofunktion som motivationsprocessers dynamik och är samtidigt rik på infallsvinklar och konstruktiva förslag. Kanske också personer med autism kan ha glädje av att få förtydligat för sig hur de uppfattas av de personer som ska vara dem till hjälp.

Björn Wrangsjö
*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*



BOKRECESSION

Sex, dejting och adhd
En handbok

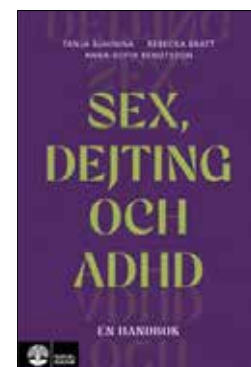
Tarja Suhinina, Rebecka Bratt och Anna-Sofia Bengtsson
Natur & Kultur, 2025

Det finns böcker som är svåra att genrebestämma. Bland sådana finns böcker med fokus på vissa typer av diagnoser eller funktionsavvikelser som samtidigt har för avsikt att fungera som avgränsade självhjälpböcker. Tvärsnittet mellan information om viss funktion och särskilda livsområden där man kan behöva beakta funktionssvårigheterna är ju i sig intressant. Det är inte alltid det "svänger" på rätt sätt.

Boken *Sex, dejting och adhd* är ett exempel på en sådan bok och på genrens komplikationer. Två av författarna är psykologer, den tredje arbetsterapeut, alla har arbetat med NPF-patienter, två av dem är också sexologer, två av dem har också ADHD. De har tagit till sin uppgift att beskriva funktionssvårigheterna vid ADHD, författarna går igenom de konventionella kriterierna och vad som kan leda till komplikationer, men också vad tillståndet kan bjuda på för goda sidor.

Många självhjälpböcker har grafiska inslag, som faktarutor och små pratbubblor där olika personers åsikter eller tankar står skrivna, allt tänkt för att underlätta läsningen. Denna bok är inget undantag, här finns faktarutor där det står om aspekter av diagnosen och tipsrutor hur man kan tänka inför att man ska dejta någon eller om man ska ha sex, och rutor med termer, som olika ord för könsorganen. Författarna diskuterar olika strategier för att reglera affekterna i samband med sexuella kontakter genom att antingen förstärka en stämning genom att till exempel vara mer flirtig, påstridig eller sänt, eller försvaga stämningen genom avvärjningsmanövrer som ska leda till att personen inte ska bli överväldigad av starka känslor som kan vara svårhanterliga. Bokens exempel är ibland synnerligen konkreta, som när det gäller frågan om ordning och reda, impulsivitet och uppmärksamhetsstörning. Det är rimligt att tillvaron för de flesta blir lättare när allt har sin egen plats och få saker ligger framme. Ett för boken typiskt förslag är då att inte ha sexleksaker på samma ställe som man förvarar andra saker, så man "slipper distraheras av ett sprucket mobilskal, en chokladkaka och två smutsiga strumpor".

Jag är säker på att författarna har de allra bästa avsikter med boken. De förefaller vilja avdramatisera själva frågan om neuropsykiatriska funktionsvårigheter och samtidigt avdramatisera frågan om var sexualiteten kommer in och hur det kan komplicera saker. Det handlar om en bok som dels är fakta-späckad om ADHD och sexualitet och samtidigt gör anspråk



på att kunna användas som ett stöd för personer med ADHD. Jag tänker att den skjuter långt bredvid målet. Trots att den är intressant så har jag svårt att se vem jag skulle kunna rekommendera den till, den är både för teoretisk och för förenklad på samma gång. Den målgrupp som boken enligt boktexten vänder sig till är personer med ADHD och deras partners. Möjligen är boken bättre lämpad för personer som arbetar med personer med ADHD och som inte har tänkt på att sexualiteten helt självklart kommer att påverkas av det sätt som personen fungerar på.

Daniel Frydman
Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Tidskriften för SVENSK PSYKIATRI



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: **12/11**

Tema: **Natten**

”

Kalendarium

SFBUP-kongressen, tema Diagnostik i utveckling
17–19 september 2025, Södra Teatern, Stockholm
<https://slf.se/sfbup/>

Borealis Psychedelic Science Summit
26–27 september 2025, Stockholm
<https://borealisummit.com/>

25th World Congress of Psychiatry
5–8 oktober 2025, Prag, Tjeckien
<https://2025.wcp-congress.com/>

38th ECNP Congress
11–14 oktober 2025, Amsterdam, Nederländerna
<https://www.ecnp.eu/congress2025/ECNP-congress>

STP-konferensen
21–23 januari, 2026, Djurönäset, Stockholm
<https://stpsykiatri.se/stp-konferensen/>

Svenska Psykiatrikongressen
11–13 mars 2026, Münchenbryggeriet, Stockholm
https://mkon.nu/svenska_psykiatrikongressen

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 rekestipendier 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. Rekestipendiet 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 2026. Stipendiernas namn tillkännages i mars.

Diskutera med kolleger och läs färskas tidskrifter för att se var det bedrivs spännande psykiatriskt arbete! Ta sedan kontakt med

den arbetsplats där du vill vistas. 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), Samuel Galindo och Petra Truedson (ST-läkare i psykiatri), Jörgen Vennsten (barn- och ungdomspsykiater), Pauliina Victorsson (psykiater) och Annika Schildt (Natur & Kultur).

nok.se/cullbergstipendiet

Lamotriginin Orion

Tabletter, 25, 50, 100 och 200 mg

✓ KOSTNADSBESPARANDE¹

Lågt pris ger låg behandlingskostnad för både patient och samhälle.

✓ BRETT SORTIMENT²

Finns i flera olika styrkor och förpackningsalternativ.

✓ GOD TILLGÄNGLIGHET³

God tillgänglighet ger hög leveranssäkerhet till landets apotek.



ETT
KLOKT
VAL!

Vid behandling av epilepsi och bipolär sjukdom

ORION
PHARMA

Orion Pharma AB | orionpharma.se

1. TLV prisdatabas, pris AUP 2019–01 till 2025–05 www.tlv.se

2. Fass sortimentsbredd (beredningsformer, styrkor och förpackningsalternativ) www.fass.se

3. Tamro AB leveranskapacitet 2021–01 till 2025–05 antal orderrader levererade till apotek inom 24 timmar, www.tamro.se (Data on File, tillhandahålls på förfrågan)

Lamotriginin Orion (lamotriginin) antiepileptika [Rx] F. **Indikation och subvention:** Epilepsi: Vuxna och ungdomar från 13 år och äldre, tilläggsbehandling eller monoterapi av partiella anfall och generaliserade anfall, inklusive tonisk-kloniska anfall. Anfall i samband med Lennox-Gastaut syndrom, som tilläggsbehandling men kan ges som initialt antiepileptikum vid start av behandling av Lennox-Gastaut syndrom. Barn och ungdomar från 2 till 12 år, tilläggsbehandling av partiella anfall och generaliserade anfall, inklusive tonisk-kloniska anfall och anfall i samband med Lennox-Gastaut syndrom. Monoterapi av typiska absenser. Bipolär sjukdom: Vuxna från 18 år och äldre, Prevention av depressiva episoder hos patienter med bipolär sjukdom, typ I, vilka upplever övervägande depressiva episoder. Lamotriginin är inte indicerat för akut behandling av maniska eller depressiva episoder. **Försiktighet och varningar:** Det finns rapporterat hudreaktioner som i allmänhet inträffat inom de första åtta veckorna efter behandlingsstart. Hudutslagen är ofta lindriga och övergående, men allvarliga hudreaktioner har rapporterats. Patienter ska informeras om tecken och symtom på hudreaktioner och övervakas med avseende på dessa. Risken för allvarliga hudutslag är högre hos barn än hos vuxna. Suicidtankar och självmordsbeteende har rapporterats hos patienter som behandlas med lamotriginin. Uppsök medicinsk rådgivning om tecken på suicidtankar och självmordsbeteende uppstår. Användning av hormonella antikonceptionsmedel minskar lamotriginnivåerna. Om behandling med Lamotriginin Orion bedöms vara nödvändig under graviditet rekommenderas lägsta möjliga terapeutiska dos. De potentiella fördelarna av amning ska vägas mot den eventuella risken för biverkningar hos barnet. Om en kvinna bestämmer sig för att amma samtidigt som hon behandlas med lamotriginin ska barnet kontrolleras med avseende på biverkningar såsom dåsighet, utslag och dålig viktökning. **Lamotriginin Orion:** Tabletter 25 mg, 50 mg, 100 mg och 200 mg. **Senaste översyn av produktresumé:** 2025-03-03. **För priser och ytterligare information se www.fass.se**

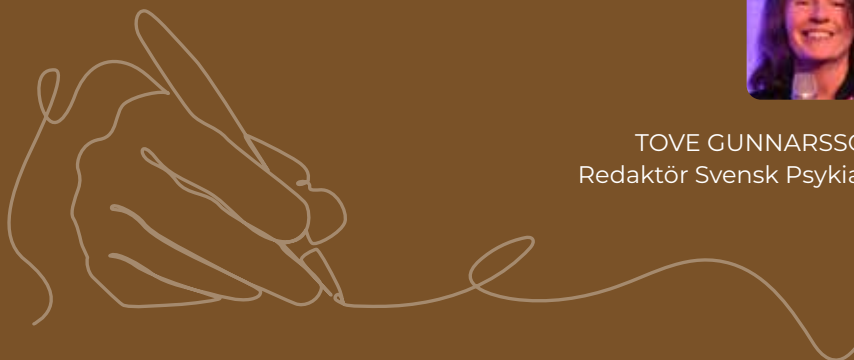
Ta del av våra remissvar!

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

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



TOVE GUNNARSSON
Redaktör Svensk Psykiatri





Aritonin är inte utbytbar på apotek, för att få Aritonin behöver det förskrivas.

ARITONIN (MELATONIN)

Delbara melatonintabletter med samma låga pris oavsett styrka¹

Aritonin är den enda melatonintabletten där alla styrkor är delbara i två lika stora doser. Delbarheten möjliggör både en flexibel dosering och kan dessutom vara ekonomiskt fördelaktigt, utöver det låga priset.

1. www.tlv.se, priser inom förmånen jan 2025. Prisjämförelse baseras på AUP per tablett i 100-pack för Aritonin 2-5 mg (2,81 kr), Melatonin AGB (5,90 kr), Melatan (3,45 kr), Melatonin OPQ Labs (5,07 kr), Mellozzan (5,73 kr). Parallellimport är ej inkluderat.

ARITONIN (MELATONIN) 2 mg, 3 mg, 4 mg: Rx, (F). 5 mg: (Rx), (F). filmdragerad tablett. ATC-kod: N05CH01. För insomni hos barn och ungdomar 6-17 år med ADHD där sömnhygienåtgärder har varit otillräckliga*. Korttidsbehandling av jetlag hos vuxna. Varningar & försiktighet: Kan orsaka dåsighet. Läkta försiktighet vid behandling av väsentligt äldre samt vid diabetes, nedsatt njurfunktion eller epilepsi. Rekommenderas ej vid autoimmun sjukdom, måttligt till gravt nedsatt leverfunktion, vid graviditet eller till kvinnor som försöker bli gravida eller som ammar. Aritonin subventioneras endast för insomni hos barn och ungdomar 6-17 år med ADHD, där sömnhygienåtgärder har varit otillräckliga. *Behandlingen ska initieras av läkare med erfarenhet av ADHD och/eller behandling av sömnstörningar hos barn. Datum för senaste översyn av SPC: 2022-12-23. För mer information och priser se fass.se. Orifarm Generics AB, www.orifarm.se



Orifarm Healthcare | Klara Södra Kyrkogata 1, 111 52 Stockholm | www.orifarm.com

Orifarm är ett familjeföretag som grundades i Danmark 1994. Koncernen är idag en driven aktör inom hälsovårdsbranschen med två affärsområden; parallellimporterade och generiska läkemedel. Orifarm ger dig läkemedel av hög kvalitet till konkurrenskraftiga priser.