

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#4

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - December 2016

TEMA

KÖN



ERICA ANDERSON

Professor of Clinical Psychology at John F. Kennedy University
Allt för Sverige, 2016



Ansvarig utgivare:
Hans-Peter Mofors



Huvudredaktör:
Tove Gunnarsson

sfbup

Innehållsförteckning:

Alltid i Svensk Psykiatri:

- 3** Redaktionsruta
- 3** Redaktionell ledare, *Tove Gunnarsson*
- 4** SPF styrelseruta, ledare. *Hans-Peter Mofors*
- 5** SFBUP styrelseruta, ledare. *Sara Lundqvist*
- 6** SRPF styrelseruta, ledare. *Per-Axel Karlsson*
- 7** Kommande temanummer
- 24** Bokrecension: I mitt namn - en bok om att vara trans *Björn Wrangsjö*
- 31** Senaste nytt från SPF Utbildningsutskott *Alessandra Hedlund*
- 39** Professorsruta: Kön, Spridda minnen, *Ulf Rydberg*
- 54** 10 frågor till Erica Anderson, *Stina Djurberg*
- 88** Bokrecension: Alkohol, droger och hjärnan. Tro och vetande utifrån modern neurovetenskap *Björn Wrangsjö*
- 90** Bokrecension: Neurofarmakologi för psykologer, psykoterapeuter och beteendevetare *Björn Wrangsjö*
- 91** Bokrecension: Vad ska man tro? Om konspirationsteorier och pseudovetenskap *Thomas Silfving*
- 92** Bokrecension: Hjärnstark. Hur motion och träning stärker din hjärna, *Thomas Silfving*
- 94** Bokrecension: Compassion: medkänsla med sig själv och andra, *Leena Maria Johansson*
- 95** Kalendarium

Aktuell information:

- 16** Det är dags att föreslå hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen
- 30** SPF:s Kliniska Riktlinjer ECT uppmärksammade utomlands! *Dan Gothefors*
- 32** Dagordning och kallelse till SPF:s årsmöte
- 42** Svenska Psykiatrikongressen 2017 - här presenteras det preliminära programmet
- 49** Så minns vi Gunnar Skoog - förebild och inspiratör *Erik Brenner, m fl*
- 50** Dags att ansöka om "Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne"
- 70** Depressionen firar aldrig jul, Psykiatrifonden *Maria Larsson, Lena Flyckt, Martin Schalling*

Tema

- 8** Könhetens skönhet, *Hanna Edberg*
- 10** Trans och identitet, några reflektioner *Björn Wrangsjö*
- 12** What makes a wo/man a wo/man, Intervju med Cecilia Dhejne, *Daniel Frydman*
- 14** Suicidalitetens könsparadox. Ett neurobiologiskt perspektiv, *Jan Beskow*
- 18** Kroppen som vattendelare, *Daniel Frydman*
- 20** Könsdysfori hos barn och ungdomar, *Louise Frisén*
- 22** Ett strandhugg, Gerda Wegener, Arken och "den danska flickan", *Cecilia Mattisson*

Tema

- 24** I mitt namn - en bok om att vara trans, *Björn Wrangsjö*
- 26** Könsskillnader vid psykiatriska diagnoser *Louise Frisén*
- 28** Två kön och många organ - men bara en arvsmassa *Urban Friberg*
- 33** Are you marriage material? *Per Gustafsson*
- 34** Manlig depression, stress och suicid i förändringstider *Wolfgang Rutz*
- 37** Gotlandsstudien, *Wolfgang Rutz*
- 39** Kön, Spridda minnen, *Ulf Rydberg*
- 54** 10 frågor till Erica Anderson, *Stina Djurberg*

Debatt, diskussion, annat:

- 62** Intervju med Dan Gothefors, ny hedersledamot i SPF *Tove Gunnarsson*
- 81** Hur påverkar Försäkringskassans beslut svårt sjuka patienter? *Kerstin Konneback, Guillermo de Freytas Rodriguez, Mats Sjövall, Julianna Varga, Åse Zethelius*
- 83** Somatisk hälsa vid allvarlig psykisk sjukdom - ett nytt brittiskt handlingsprogram *Jarl Torgerson*
- 85** Stoppa all barnaga nu!, *Sofia Johnson Frankenberg*
- 86** Psykiatrins patienter - andra klassens medborgare? *Sara Lundqvist*

Psykiatriska nyheter

- 75** Stora skillnader. Nationell kartläggning av psykiatrisk heldygnsvård, *Henrik Lind*
- 76** Ny viktig information angående specialistutbildningen i rättspsykiatri, *Sara Bromander*
- 77** Bättre läkarbemanning i psykiatri - oberoende av hyrläkare. Hur går det?, *Martin Röddholm*
- 80** Omgång 2 av Hälsocoachutbildning startar februari 2017. Anmäl er! *Dan Gothefors*

Rapporter från möten och resor

- 40** Hur mår den svenska ST-utbildningen? Referat från Framtidens specialistläkare 2016 *Alessandra Hedlund*
- 52** Brott under sömnen - dålig ursäkt eller verklighet? *Hanna Edberg*
- 56** UEMS-möte i Wien, Oktober 2016, *Olle Hollertz*
- 60** European Psychiatric Association - EPA Summer school, september 2016. Ett minnesvärt möte med Europa *Emilia Olson*
- 64** Niznij Novgorod - tre seniora psykiatriker i österled *Jerker Hanson, Per Nettelbladt, Henrik Nybäck*
- 66** Arbete för psykologisk hjälp till gravida tonåringar i Nairobi, *Karin Emilsson*
- 68** Zimlat for life, *Birgitta Ljungqvist*
- 72** Om barnaga: Fallet Tanzania *Sofia Johnson Frankenberg*
- 73** Upplevelser utifrån uppsatsskrivning på en psykiatrisk klinik i Nairobi, *Josefin Lydén*



Svensk Psykiatri

Tidskrift för

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

Ansvarig utgivare

Hans-Peter Mofors

Huvudredaktör

Tove Gunnarsson
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Redaktörer

Hanna Edberg
(hanna.edberg@sl.se)

Daniel Frydman
(daniel.frydman@icloud.com)

Per Gustafsson
(per.a.gustafsson@liu.se)

Björn Wrangsjö
(bjorn.wrangsjo@gmail.com)

Teknisk redaktör

Stina Djurberg
stina.djurberg@buf.se

Foto/grafisk design

Carol Schultheis
carol.schultheis@buf.se
(där inget annat anges)

Omslagsbild

Privat

Internet

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se



Könsdysfori och könsskillnader...

... manliga depressioner och danska flickor, bananflugor och
parfyer, intervjuer och vetenskap. Bidragen på temat Kön
spänner onekligen över mycket.

Det blev återigen ett tjockt nummer den här gången, tangerat
rekord i antal sidor. Förutom ovanligt många temabidrag
finns här debatt, information, recensioner, mötesrapporter
och några skildringar från Östafrika.

Och sist men inte minst:

**Programmet till Svenska Psykiatrikongressen 15-17 mars
2017.**

Missa inte heller informationen om vår Skrivartävling på
sidan 95 och om Cullbergstipendiet på allra sista sidan!

Nästa nummer

Enligt FN:s flyktingorgan UNHCR har 65,3 miljoner människor
världen över tvingats bort från sina hem. 21,3 miljoner av
dem är flyktingar, varav över hälften är under 18 år. 162 877
människor sökte asyl i Sverige under 2015. Nästan alla har
varit med om traumatiska händelser som krig, tortyr och
flykt under farliga betingelser. Många lider av psykisk ohälsa
i form av ångest, depression och PTSD. Vilka utmaningar
ställer detta psykiatri inför? Hur möter vi dessa människors
behov av psykiatriska insatser? Vi fokuserar på dessa frågor i
vårt nästa tema som är **På flykt**.

Men temat kan som vanligt tolkas på flera sätt och vi är
naturligtvis öppna för andra infallsvinklar.

Redaktionen hoppas att stundande helger ska ge er alla
möjlighet till vila och avkoppling och tid för författande.

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Nya satsningar

Mörkret har lagt sig och ännu ett arbetsår börjar närma sig sitt slut. Inför ett nytt år återstår reflektion kring det gångna. Vår förening har i likhet med tidigare år varit aktiv på en mängd områden.

Stor del av föreningens arbete märks i form av vår gemensamma kongress, och inte minst i form av denna fina tidskrift, som i sin nuvarande form fyllde tio år i år.

Men föreningen gör så mycket mer. I linje med vår vision "Helhetssyn och samverkan" arbetar vi konstant med att bidra till psykiatriens utveckling. Vi har en lång tradition av samverkan med en mängd aktörer. Men inget är så bra att det inte kan bli bättre.

I år har vi inlett en satsning med fortbildning för specialister. Temat diagnostik har intresserat mängder av kollegor, vilket är glädjande. Nästa år planerar vi att utvidga fortbildningen med utbildningsdagar i farmakologi och psykoterapi. Föreningen uppfattar att fortbildningsinsatser för specialister är eftersatt, och vill med detta bidra till en förbättring.

Kongresser är ett viktigt forum för kunskapsutbyte och förmedling. Tidigare har läkemedelsindustrin varit en viktig aktör, men är nu borta sedan flera år. Många kollegor kommer sällan eller aldrig iväg på konferens längre. SPF vill bidra till att fylla detta hålrum. Från och med nästa år kommer vi arrangera konferensresor, till en början inom Europa. Tanken är att ordna med de flesta arrangemang, och även seminarier för uppföljning och reflektion. Mer information i nästkommande nummer.

Vi ser även ett behov av ökad samverkan mellan föreningen och akademien. Ett arbete har påbörjats för att skapa ett nätverk, vilket ska bidra till kontaktutbyte bland forskare, men också för att bidra till spridning av forskningsresultat och överföra teori till praktik.

Föreningen satsar på att bli mer proaktiv i den mediala debatten. Under hösten fick vi in en debattartikel i Svenska Dagbladet med förslag på insatser för att förbättra psykiatrisk heldygnsvård. Responsen på artikeln blev glädjande positiv, med efterföljande förfrågningar från bland annat Justitieombudsmannen.

Föreningens ekonomi är god. Detta ger utrymme för att inrätta stipendier. Vi börjar i det lilla med ett skribentstipendium



SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

Ordförande: Hans-Peter Mofors

(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Vice ordförande: Ullakarin Nyberg

(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Sekreterare: Michael Ioannou

(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Skattmästare: Christina Ysander

(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

Vetenskaplig sekreterare: Tuula Wallsten

(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Facklig sekreterare: Alessandra Hedlund

(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Redaktör Svensk Psykiatri: Tove Gunnarsson

(redaktoren@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Michael John

(john@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Cecilia Mattisson

(mattisson@svenskpsykiatri.se)

ST-representant: Hanna Spangenberg

(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

Kansli: Svenska Psykiatriska Föreningen

851 71 Sundsvall

kanslisten@svenskpsykiatri.se

Hemsida: www.svenskpsykiatri.se

i form av en artikelskrivartävling, med temat "Etikett i mötet med den psykiatriska patienten", se separat notis. Under nästkommande verksamhetsår planeras fler stipendier.

Arbetet med hemsidan pågår för fullt. Vi hoppas snart sjösätta en ny och modern hemsida, med tillhörande ny föreningslogga och ny grafisk design. Den som väntar på något gott...

Med bara några veckor kvar till jul vill jag tillönska dig en trevlig läsning och förstås en avkopplande ledighet!

Hans-Peter Mofors
Ordförande i SPF

Kraft att leva...

Sfbups ordförande Lars Joelsson har varit sjuk under hösten och har bätt mig att skriva några ord här på ledarsidan i hans ställe.

Utöver de barn och unga som jag träffar dagligen på jobbet träffar jag en hel del barn även då jag inte jobbar. Jag är nämligen småbarnsförälder, en intensiv period i livet då det är extra allt av allt. Men denna livsuppgift skänker då och då riktigt stor tacksamhet. När jag får följa med ett-åringens traskande hem från dagis måste jag sänka mitt eget tempo och följa med i upptäckandet av världen. Hur allting är spännande och nytt, hur barnets uppmärksamhet kan skifta så snabbt, från att vara hjärtslitande ledsen över att inte själv få dra vagnen till att plötsligt totalt fokusera på den lilla gråsuggan som precis klarade sig från att bli överkörd. Ibland önskar jag att jag också lättare kunde släppa misstag och besvikelser för att bara helt uppta mig av något av alla de små och stora under som finns runt om kring mig.

Sfbup går under våren in i ett nytt och utmanande projekt tillsammans med Svenska Psykiatriska Föreningen och Löf (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag) för att förbättra suicidprevention och förebygga upprepade suicidförsök. Projektet kallas Säker Suicidprevention.

Död genom självmord berör många människor i vårt land, både direkt och indirekt. Orsaken till att ungdomar tar sitt liv är komplex. Det saknas tydliga samband mellan enskilda faktorer och suicidala handlingar. Däremot vet vi att tidigare suicidförsök och psykisk ohälsa är de enskilt viktigaste riskfaktorerna för fullbordat suicid. Det finns alltså starka skäl att arbeta intensivt för att de som överlever ett suicidförsök inte ska upprepa försöket. Projektet går ut på att skapa förutsättningar för kliniker att bedriva suicidprevention genom ett strukturerat arbetssätt och drivs enligt den så kallade Säker-modellen vars grundidé är en icke-normerande självvärdering, följd av extern granskning, som mynnar ut i en överenskommelse om förbättringsåtgärder och uppföljning. Det är frivilligt och kostnadsfritt för de kliniker som deltar i granskningen. Det ska bli roligt att starta upp detta otroligt viktiga arbete tillsammans med SPF och Löf.

När vi som professionella drabbas av att någon av våra patienter avlider i suicid är detta det mest sorgliga som kan hända. Det är svårt att acceptera och lätt att fastna i vad som kunde gjorts annorlunda. Utifrån att vi jobbar med barn och ungdomar kan man inte låta bli att tänka på vem den personen kunde blivit och allt gott som den hade kunnat få vara med om, om vi hade kunnat hjälpa till att stå ut fast livet just då var så svårt.



SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

Ordförande: Lars Joelsson (lars.joelsson@vgregion.se)

Vice ordförande: Sara Lundqvist

(sara.lundqvist@vgregion.se)

Facklig sekreterare: Beata Bäckström

(beata.backstrom@skane.se)

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

Vetenskaplig sekreterare: Maria Unenge

Hallerbäck (Maria.Unenge.Hallerback@liv.se)

Utbildningsansvarig: Gunnel Svedmyr

(gunnel.svedmyr@akademiska.se)

Medlemsansvarig: Cecilia Gordan

Ledamot: Shiler Hussami (shiler.hussami@nll.se)

Ledamot: Håkan Jarbin (hakan.jarbin@regionhalland.se)

ST-representant: Susanne Buchmayer

(susanne.buchmayer@primabarn.se)

SFBUP:s hemsida: www.svenskabupforeningen.se

Webmaster: Stina Djurberg

(stina.djurberg@buf.se)



I helgen var jag och lyssnade på Laleh på Scandinavium i Göteborg. Jag älskar verkligen Laleh. Hennes texter glittrar av naivitet och egensinne, spänner sig mellan stora existentiella frågor, sorg och ensamhet men landar nästan alltid i en enorm inneboende livskraft, en kraft att vilja leva och finnas till. Jag hoppas att vi i vårt arbete kan hjälpa barn, ungdomar och föräldrar att använda sig av den kraften som de besitter, för även om den ibland gömmer sig i skuggorna så finns den där och kan skapa så mycket fantastiskt liv.

Sara Lundqvist
Vice ordförande SFBUP

Kompetensutveckling och medial uppmärksamhet

Nästan lika tätt som snöflingor i november har domar med överlämnande till rättspsykiatrisk vård i Stockholmsregionen fallit. Hade vi inte haft fullt hus redan vid vår klinik i Öjebyn hade jag gärna tackat och tagit emot några Stockholmsspatienter med inkomstförstärkning till vårt nordligaste landsting. Nu går istället budet till andra rättspsykiatriska kliniker.

Förutom detta har det varit ganska lugnt inom den svenska rättspsykiatriska sfären. I Skåne pågår tyvärr ett mindre så kallat drev och media har begärt utdrag av rättspsykiatriska klinikers avvikelserregister för att söka efter ärenden att skriva om. Jag vet inte hur det gått men jag ser att detta riskerar hämma avvikelserapportering och minska förutsättningarna för riskförebyggande arbete det sätt det var tänkt, nämligen genom tidig rapportering. Inte all mediauppmärksamhet är av godo.

När är media av godo?

Det som tilldragit sig extra stort intresse under hösten är seminariet om sexsomi den 25 november. Sällan har så många - över 100 - anmält sig och det blir intressant att höra debatten. Även här har media reagerat och bland annat redovisat i reportage i radio om fenomenet. Kanske är det tack vare media som vi fått så många deltagare.

Den kliniska vardagen fortsätter ändå obevekligt och jag räknar med att åka runt i länet på sedvanligt öppenvårdsbesök till jul. Det ska bli roligt fast det blir många mil i bil. Det är därför inte helt ekonomiskt... Men jag hoppas att det är en investering i samarbetet med patienterna.

Apropå investering:

Tog nyligen del av de ekonomiska rapporterna som visar att psykiatriens andel i sjukvårdsbudgeten stadigt minskar - landsomfattande. Vad beror det på? Vad blir konsekvenserna? Är vi beredda att jobba lika hårt eller ska vi minska ambitionerna?

Eller ska vi jobba hårdare eller sätta mer gränser, prioritera bättre, återremittera fler?

Jag vill önska alla som ägnar sina liv åt att ge psykiatrisk vård en god jul och kommande budgetökning!

Kompetensutveckling

Vi behöver tänka på att behålla kompetensen och det som nu visar sig är fortfarande brist på sjuksköterskor och faktiskt allt större brist på baspersonalen skötare.

Jag vill uppmuntra alla specialister att göra sin egen kompetensplan. Titta på din egen kompetens och välj något du behöver utveckla! Av total yrkestid är det rimligt att avsätta tre veckor per år på detta, förslagsvis:



SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

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

Vice ordförande: Kristina Sygel

Sekreterare: Hanna Edberg

(sekreteraren@srpf.se)

Kassör: Kosilla Pillay (kassoren@srpf.se)

Vetenskaplig sekreterare: Katarina Howner

(vetenskapligsekreterare@srpf.se)

Facklig sekreterare: Erik Dahlman

(facklige.sekreteraren@srpf.se)

Ledamot och Kriminalvårdsrepresentant:

Lars-Håkan Nilsson

ST-frågor: Hanna Edberg

Ledamöter: Sara Bromander, Harald Nilsson,

Margareta Lagerkvist

Hemsida: www.srpf.se

Webmaster: Stina Djurberg (webmaster@srpf.se)

1 vecka Allmän del

1 vecka Specialiseringsdel

1 vecka Nätverksdel

Internationella konferenser och internationell utbildning är viktigt framförallt om man ägnar sig åt en «liten» specialitet. Naturligtvis är Svenska Psykiatrikongressen ett måste.

Så här gör man en del av utbildningen till en intern kvalitetshöjning:

Håll en presentation per kvartal.

Håll en fallkonferens varje halvår - kan röra sig om dilemman och diagnostik och behandlingsplan.

Ordna ett kliniskt möte varje halvår.

Ordna en halvdag för kliniken varje år som uppdatering i ett särskilt ämne.

Handledarutbildning och handledning av en egen adept.

Kan våld och brott förebyggas?

Svenska Dagbladet skrev nyligen om att läkemedelsbehandling minskade brott. Mest minskade brotten om antipsykotiska läkemedel givits men även antidepressiva och centralstimulantia hade en viss effekt. Det låter som en trolig effekt men hur undersökningen har gått till är svårare att förstå och när det måste göras jämförelser blir det än svårare. Hur väljer man kontrollgrupp och hur följer man deras resultat? Spännande och angeläget att fortsätta följa upp denna investering i samhället!

Per-Axel Karlsson
Ordförande SRPF

SVENSK PSYKIATRI

TEMANUMMER UNDER 2016

Skriv i Svensk Psykiatri

NUMMER 1 2017

Tema: På flykt
Deadline 8 februari
Utkommer vecka 10

NUMMER 2 2017

Tema: Personligt ansvar
Deadline 17 maj
Utkommer vecka 23

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

Maila till redaktoren@svenskpsykiatri.se

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

Författarinstruktioner för Svensk Psykiatri

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

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

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

Filformat: Skicka texten som bilaga i e-brev, helst i Word-format.

Porträttfoton och andra foton: Vi vill gärna ha foto på våra författare. Det är bra om ni skickar med foto (dock inte inbäddade i artikeln utan som bilaga), i så hög upplösning som möjligt, redan när ni skickar in er artikel. Om Du har andra foton som Du tycker är relevanta för Din artikel så skicka gärna med dem. Uppge alltid namn på fotograf.

Figurer: Vi publicerar endast diagram eller andra figurer som är väsentliga för resonemanget i Din artikel och som skickas som bilaga.

Författaruppgifter: Ange korrekta och utförliga författarpresentationer både i e-brevet och i artikeln. Namn, titel och arbetsplats.

Postadress: Svensk Psykiatri, c/o Djurberg, Skogsrydsvägen 60, 506 49 Borås

Skriv till oss
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **08/02**
Tema: **På flykt**



Könhetens skönhet

God afton, kära vänner.
Mitt namn är Kön.

Vem jag är? Ni känner enkelt igen mig på mitt utseende, min charm och mina färger. Jag är lika häftigt karmosinröd som bombastiskt stålgrå, jag är ståtlig, helt enkelt uppseendeväckande. Min textur minner till sin konsistens, doft och smak om manchester, silke och påfågelfjäder, med inslag av körsbär och kubansk cigarr. Jag går som en röd tråd genom livsvillkoret och jag skulle gärna säga att jag är Er allra starkaste identitetsmarkör. När jag ifrågasätts blir det ramaskri. Jag tenderar att cementeras.

Jag är urgammal, ja, jag tror minsann att jag har funnits lika länge som mänskligheten; kanske längre ändå. Jag föredrar att se på mig själv som ett avgörande begrepp. Jämför mig gärna med andra storheter som Existens, Avstånd och Tid. Och Steve Jobs.

Ni tycker att jag skroderar..?

Bah! Min blotta närvaro kan påverka alltifrån huruvida barn föds till Dess chans till överlevnad. Jag sätter mig till doms över rättigheter och skyldigheter.

Till min karaktär är jag mest att likna vid en oädel metall. Grundstrukturen är fast, men under vissa betingelser har jag ett föränderligt drag och om man verkligen ger sig på mig med stora krafter så kan jag helt byta natur.

Ibland hävdar Ni att jag inte behövs. Att jag är ett påhitt, en konstruktion utan inre stadga. I själva verket strider ni FÖR mig, inte mot. Jag är stolt över att som innehållslöst påhitt orsaka sådan otyglad vrede som i striden mellan normkritiska sexismmotståndare och konservativa könsfascister.

Min existens bevisas inte minst av hur jag tämjer Er genom mina olika roller. Det är här jag verkligen EXCELLERAR. Säg, hur många roller har Tiden, till exempel? Före, Efter, och kanske Nu, om man skall vara generös. Tss! Om mina olika roller skrivs det böcker, arrangeras möten och konferenser, hålls tal och föredrag, det demonstreras, propageras, missioneras..!

En del skulle kalla mig självupptagen. Och ja, jag må erkänna att det roar mig något oerhört att se Er sladda omkring bland begreppen som spillkråkor på spegelblank is. Hohoho.

Person 1 hos Er säger: "För att vi skall kunna arbeta vidare mot ett jämställt samhälle får det inte råda någon osäkerhet kring definitionerna!"

Person 2 nickar förnumstigt och proklamerar: "Hon, han, hen. Inte man utan en. Vad är ditt genus, ditt gender? Förklädd biologism, sexism! Jämställdhetsintegration, horisontell och vertikal segregation. Glastak och särartsfeminism. Strategiska genusbehov. Matriarkat, patriarkat, kvotering! Kön. Kön? Sex! Härskartekniker!!"

Jag vill inte vara sådan, men nog skulle SAOL kunna skapa en helt ny utgåva bara med anledning av mig? Det gör mig mycket mallig.

Men nu är vi här, bara Ni och mina olika jag, tillsammans. Oss emellan skall jag berätta min allra största hemlighet.

*Ni dryftar, så ofta, min enkla existens
Och kräver, ge oss som bevis därpå
kvittens*

*Jag svarar: jag finns! Otvetydigt är det så
Det är Er evinnerliga fråga svaret på
Men lyss! Tyd ej min förekomst som
negation*

*Av Naturens grundsats: Jag drivs av
variation!*

Hanna Edberg
Specialist i psykiatri och rättspsykiatri

ANNONS

Trans och identitet, några reflektioner

Att känna sig hemma i sig själv

Begreppet identitet har många facetter. Tillskriven identitet handlar om hur andra definierar mig, egoidentiteten handlar om hur jag definierar mig själv. I samhällen med annan struktur än den västerländska, till exempel vissa klansamhällen, är jag-egoidentiteten inte så starkt utvecklad utan den primära gruppidentiteten har större betydelse för vem jag upplever mig vara. Identiteten kanske kan beskrivas som en metaaspekt av mina självbilder. När någon relaterar till mig på ett sätt som får mig att känna igen mig, detta är jag, så bekräftas och stärks identiteten. Identiteten har en aspekt som inte bara handlar om vad jag känner mig som utan också handlar om förankringen och hållfastheten i denna inre föreställning.

Att utforska och välja väg

Jim Marcia betonar att identitetsutvecklingen i tonåren avspeglas dels i förmågan att skaffa sig nya erfarenheter (exploration) dels i engagemang (commitment). Han urskilde fyra olika förlopp vad gällde identitetsutveckling baserad just på dessa förmågor. *Fullbordad identitet*: en fungerande, unik sammanhållenhets baserad på ordentligt utforskande och levande engagemang. *Forcerad, tilldelad identitet*: engagemang utan ordentligt utforskande. T.ex. övertagen identitet vad gäller yrke, livssyn, intresse, ideologi. *Moratorium*: aktivt utforskande, utan fast engagemang. *Identitetsförvirring*: varken utforskande eller engagemang, har upplevelser men gör inte erfarenheter.

Erik Homburger Erikson betonar fyra faktorer i identitetsutveckling. Accepterandet av sin kropp, bekräftelse av auktoriteter, kontinuitet i självbilder bakåt i tiden (samma jag/mig) och en känsla av att veta vad man håller på med. Samtliga dessa aspekter kan vara komplicerade och konfliktfyllda för tonåringar i dagens samhälle. Identiteten formas ju i samspel med andra och bekräftas och upprätthålls i detta samspel. Samhällets värderingar beträffande vad som är friskt/sjukt, viktigt/oviktigt, normalt/avvikande är avgörande liksom hur samhället rättfärdigar sina värderingar. I det västerländska postmoderna samhället har spännvidden i vad som är "acceptabelt" i vid mening ökat i många avseenden t.ex. vad gäller sexualitet och kön.

Sexuell läggning och könsidentitet

Att komma ut med en identitet som gay, lesbisk eller bisexuell är lättare nu i dag i vårt land än förr även om det fortfarande finns en homofob fraktion i samhället. Att komma ut som transperson kan vara mer plågsamt och konfliktfyllt. Utgångspunkten är då att ha en könsidentitet som inte stämmer med det vid födelsen registrerade könet. Transpersoner har sin egna – mer eller mindre statistiskt vanliga, men så vitt man kan bedöma, biologiskt normala kombination av sexuell läggning och könsidentitet, det vill säga vara hetero-, homo-, bi- eller asexuell i kombination med en könsidentitet som manlig, kvinnlig, varierande, båda delarna, ingendera eller något annat kön eller flera.

Komplex identitetsutveckling

Själva basen för transidentiteten, att inte känna sig alls bekväm i sin biologiska kropp, det vill säga att inte kunna acceptera den, utgör en påfrestning med ställningstagande till eventuell könsbekräftande behandling: att lämna den utseendemässiga, funktionella och hormonella kroppen för hoppet om en ny kropp med bättre passform med självupplevelsen. Upplevelsen av kroppen och kroppsliga erfarenheter kan till en början te sig motsägelsefulla vilket också kan komplicera utforskandet till exempel vad gäller kroppskontakt med andra.

Identiteten kan aldrig enbart komplikationsfritt "ägas" av individen då den formas i skärningspunkten mellan individ och samhälle. För att få sin identitet stabil och bärig behövs någon form av bekräftelse från personer i omgivningen vars omdöme och åsikter upplevs som respekterade. Någon behöver accepteras som en auktoritet. Frågan om vem som är auktoritet för en själv äger dock individen själv. Vems blick låter jag äga giltighet för hur jag ska se mig. Emottagandet och bemötandet av den transperson som kommer ut får största betydelse.

Vad innebär kontinuitet i självbilder bakåt i tiden? Det betyder att man upplever sig själv som "den samma" när man ser bakåt och minns sig själv i olika åldrar. Är det "mig själv" jag anar och känner igen, samma upplevande jag som naturligtvis i många avseenden har måst förändras vad gäller egenskaper, värderingar osv i takt med mognad



Foto: Shutterstock/Lukatme

och nya erfarenheter, men vars subjektiva kärna ändå är igenkännbar. Här kan kanske transpersoner i takt med ökande upplevelse av annorlundaskap få svårigheter med att "få ihop" sina explicita och implicita självbilder till en tillräckligt bärande "ryggrad" i sin identitet.

Att veta vad man håller på med? Hur många vet det på ett djupare plan kan man förstås fråga sig. Man kan prova att vända på frågeställningen. En stabil identitet kanske framför allt innebär att man inte känner sig alltför drabbad av osäkerhet om vad man håller på med. Men för att få en känsla av att veta vad man håller på med är det nödvändigt att skaffa sig erfarenhet. För en ung människa som upplever sig leva i en kropp som "inte stämmer" blir det svårt att skaffa sig de för identitetsutveckling nödvändiga erfarenheterna både kroppsligt och socialt. Vägen mot en stabil identitet blir mer vanskelig och tar längre tid att tillryggalägga. Det tål att påpekas att en stabil identitet inte nödvändigtvis innebär att man är en "bra människa" utan måste kopplas till de värderingar och det samhälle och subkultur man lever i.

Ytterligare differentiering

Det tidigare i stor utsträckning dolda "landskap" som

lyfts fram av HBTQ-personer ställer också personer utanför dessa kretsar inför uppgiften att införliva dessa nya aspekter av mänsklighet i sin föreställningsvärld beträffande "hur man kan vara", att expandera vad som är annorlunda men varken onormalt eller sjukt. Visserligen har transpersoner uppenbarligen alltid funnits men kanske mest "underjordiskt" eller i gråzoner. För majoriteten i samhället kanske de inte har funnits alls.

Under min uppväxttid "fanns" de inte i min erfarenhetsvärld, nu finns de. Vem vet vad som kommer att "finnas" i mina barnbarns vuxenvärld av ytterligare avgörande olikhet mellan människor som inte "finns" nu?

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

What makes a wo/man a wo/man?

Intervju med Cecilia Dhejne

Cis? Trans? Binär? Icke-binär? Han? Hon? Hen? Den? Vederbörande? Människan? Vem definierar en persons identitet? Vem tilldelar någon dess könstillhörighet? Tilldelas könstillhörigheten överhuvudtaget?

Frågan om det finns en samstämmighet mellan hur du upplever ditt kön, vilken kropp du har och hur du läses av andra, kommer påverka om det finns en könskongruens eller könsinkongruens.

Skiljer bilderna sig åt, uppstår en könsinkongruens. Alla som upplever könsinkongruens kommer inte lida på samma sätt. Man måste inte ha ett lidande, somliga hanterar den här sortens upplevelse på ett för personen smidigt sätt. Men om man har ett lidande så kommer symtomet kallas könsdysfori och om lidandet är så stort att man känner att man behöver göra något för att anpassa kroppen, då kan man uppfylla kriterierna för en diagnos.

Söker man hjälp för att ändra kön, vänder man sig till en psykiatrisk klinik eller sin vårdcentral och hänvisas till enheter för könsidentitetsutredning. I Stockholm förestår Cecilia Dhejne på Anova Karolinska Universitetssjukhuset en sådan mottagning. Hon möter ett livsproblem där omvärlden ofta inte förstår upplevelsen som patienterna har.

”Om man inte är trans, kan man inte riktigt förstå vad det handlar om. Lika lite som man till fullo kan förstå hur det är att t.ex. höra röster”.

Cecilia har jobbat med frågan sedan slutet av 1990-talet och har under åren tillsammans med sina medarbetare byggt upp en samlad förståelse för hur det är att vara trans. Hon vet att det för många är svårt att sätta sig in i vad det kan innebära, något som blir konkret och tydligt när hon talar om könsbeträffande operationer. Det kan vara svårt för den som inte har en transsexuell erfarenhet att förstå poängen med att göra om sin penis till en slida. Hon berättar att hon ibland när hon föreläst noterar hur enstaka åhörare korsar benen och ser direkt stressade ut av att höra om detta.

Förut hette det ”könsbyte” men det kallas nu alltså ”könsbeträffande behandling”. Bytet av benämningen har att göra med själva frågan om trans. Som vanligt är terminologin viktig. För den som inte upplever sig som det kön hen definierats som, kommer det inte handla om att byta kön. Istället kommer den behandling patienten kan

genomgå att bekräfta den identitet patienten har.

Går det att veta vad som påverkar en persons könsidentitet? Cecilia Dhejne har noterat att själva frågan kan uppfattas som provokativ. Det finns invändningar som handlar om att ett resonemang om eventuella orsaker eller förklaringar till varför någon har en transupplevelse kan användas på fel sätt. Man tänker då att det är farligt att söka efter förklaringar för att man i ett annat samhälle med den här tanken skulle kunna förebygga homosexualitet eller trans. Den andra upprördheten handlar om att man inte ens ska fundera över varför någon är könskongruent eller icke könskongruent.

Det har funnits många försök till förklaringar av transsexualitet. Precis som vid många andra tillstånd, har föräldrarna och uppfostran varit i skottgluggen, antingen man sett frånvarande pappor och överengagerade mammor eller tvärtom.

Det har också funnits biologiska spår, dels har man tittat på gennivå och dels gjort undersökningar av hjärnfunktion. Man tittar dels på kärnors storlek och dels på könsfunktioner i hjärnan. På gruppnivå finns det könsskillnader i funktioner som spatial och verbal funktion som på gruppnivå skiljer sig åt mellan män och kvinnor. Det finns några kärnor i hypotalamus som är olikstora – på gruppnivå. ”Då finner man sammanfattningsvis i nästan alla studier, att om det vore jag och jag säger att jag känner mig som en kille, då ser min hjärna mer ut som en killes hjärna, men inte fullt ut”, säger Cecilia.

Ångrarna är få

Det har funnits en föreställning om att många personer som genomgår behandling sedan kommer att ha ångrat sig. Det verkar inte stämma. Cecilia Dhejne är doktorand och i hennes avhandlingsarbete ingår en registerstudie av de könskorrigeringar som gjorts under perioden 1960-2010. I den gruppen är det bara 2 % som ansökt om att få ändra tillbaka sitt juridiska kön. Föreställningen har ändå hängt kvar bland kolleger. Cecilia tänker att det kan bero på att de flesta psykiatrer bara träffar enstaka patienter ur den här gruppen, och träffar de patienter som mår psykiskt dåligt. Med det utsnittet ur gruppen är det lätt hänt att psykiatern då tänker att behandlingen inte är till nytta. De flesta patienterna mår ändå så mycket bättre och söker därför inte allmänpsykiatrisk vård.

Man kan också se att de flesta som ångrat sig gjorde sina utredningar före 1990, vilket betyder att det möjligen blivit



Foto: Claire Taylor

färre ångerfall genom åren. Antingen har vården blivit bättre på att bevilja rätt personer, eller så har det blivit lättare att vara trans i samhället.

Att ångra sig är dessutom inte samma sak som att ångra själva könsbytet. För somliga personer handlar ångrandet snarare om att omständigheterna gjort att det inte fungerar. En person kan vara trans men t.ex. hamnat i en församling som erbjuder något gott men där man inte tolererar att någon är trans. Då går behovet av att vara i ett sammanhang för enskilda personer före behovet av att definiera(s) som trans.

Komplikationer av forskningen

För hela den period Dhejne studerat, har hon funnit att transpersoner har en överdödlighet i rökrelaterad sjuklighet och cancer som börjar synas ca 10 år efter könsbytet. Incidenten skiljer sig inte från den som patienter med bipolär sjukdom och schizofreni har.

Utvecklingen av självmord hos patienterna i gruppen har ett annat mönster. Här ser man en överdödlighet för de patienter som genomgick könsbyte under halva perioden, den första. Under den senare perioden syns inte någon sådan stegring av självmordsincidensen. Det är en lovande avvikelse, kanske har något förändrats som gör risken för självmord mindre. Eftersom det för vissa av patienterna ännu inte gått tio år sedan könskorrigeringen, kommer en ny kontroll göras när tiden är mogen.

Risken för att slutenvårdas för psykiatrisk sjukdom är

trefaldigad i denna grupp. Det håller i sig för hela perioden.

Den här studien har kommit att användas på olika ställen i världen. Den har använts för att neka folk vård, för att "de dör i alla fall". Cecilia får förtvivlade mejl från enskilda personer, från kolleger som ska vittna i rättslig instans. Studiens resultat har använts för att personer inte ska få genomgå en könsädrande behandling.

I Sverige har studien dock använts på ett annat sätt. Här har den åberopats för att peka på att den här gruppens risker motiverar till förstärkt vård. Som jämförelse vet vi att bipolära patienter har större kardiovaskulär sjuklighet och självmord, men det har inte lett till att någon säger att man ska sluta behandla gruppen.

Du hör ju aldrig uttalandet eftersom de ändå dör, finns ju ingen mening att behandla alls när det gäller övriga grupper med psykisk ohälsa.

Somligt pekar ändå på att transpersoner verkar ha det lättare i samhället nu än tidigare. Cecilia Dhejnes registerstudier pekar på att en lägre andel av personer utredda efter 1990 ångrar behandlingen. När det gäller suicidalitet syns också en tydlig förändring. Här syns ingen ökning hos de personer som utretts efter 1990.

Daniel Frydman
Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Suicidalitetens könsparadox

Ett neurobiologiskt perspektiv

Kvinnors suicidalitet är annorlunda än mäns. Globalt är antalet självmord per 100 000 dubbelt så vanligt hos män som hos kvinnor. Kvinnor söker oftare för psykiska besvär men gör trots det fler självmordsförsök och tänker oftare på självmord (WHO 2015, FORTE 2015).

Genom utbildning av allmänläkare om depression och suicidalitet lyckades Wolfgang Rutz med hjälp av Svenska kommittén för prevention och behandling av depression sänka självmordstalet på Gotland (Rutz oa 1992 a, Rutz 1992 b). En senare analys visade att det var kvinnornas suicidtal som sänktes, inte männens (Rutz oa 1995 och 1997). Psykologiska autopsier visade att männen sällan hade kontakt med hälso- och sjukvård men oftare med polis, missbruksvård, socialvård och skattemyndigheter. Männen visade också ett återkommande "pseudopsykopatiskt" beteende, som senare kom att sammanfattas i «Gotlandsskalan för manlig depression», se artikel av Wolfgang Rutz i detta nummer.

Varför är det så?

Det lägre självmordstalet hos kvinnor förklaras ofta med att kvinnor är mer relationstränade och har bättre kontakt med sin kropp. Deras tabuering av kropp och suicidalitet är också mindre. Allt detta gör att de lättare identifierar och talar om sina psykiska besvär och därför kommer till vård snabbare. För män är det svårare att acceptera att de skulle kunna ha en psykisk sjukdom och till och med vara på gränsen till att inte orka leva längre. De undertrycker därför gärna sina symtom, tycker inte de behöver någon hjälp (Fässberg 2015). De undertrycker också sina suicidala tankar och planer, som senare oväntat kan dyka upp vid en ny påfrestning ofta kombinerat med egenbehandling med alkohol, varefter en del av dem snabbt och effektivt dödar sig själva.

Nya perspektiv på detta område har nu kommit genom modern hjärnforskning. Utgångspunkten är kliniska studier som visar att olika former av barndomstrauman finns i bakgrunden till många psykiska störningar. När forskarna sammanfattar ett stort antal studier blir det allt tydligare att bristfällig anknytning och tidiga trauman kan resultera i livslånga hjärnförändringar, som i sin tur ger ökad risk för PTSD, ångest och depression samt suicidalitet som är olika utformad hos män och kvinnor (Teicher 2016).

Maltreatment och misshandel

Det handlar här om olika former av utifrån kommande "maltreatment", som är ett vidare begrepp än den svenska översättningen misshandel. Maltreatment innebär "att ständigt eller upprepat utsättas för händelser som innebär förlust av förtroende och tillit" medan svenskans misshandel ligger nära den juridiska termen "assault". Maltreatment innehåller aktiva former såsom fysisk misshandel, sexuellt utnyttjande och mobbning men också passiva former, som stämmer bättre med vårt begrepp vanvård eller negligering, engelskans "neglect". Andra termer utgår från vad som händer i den drabbades kropp såsom "tidig barndomsstress", Adverse Childhood Experience (ACE) och/eller "Early Stress Experience".

Neurobiologi

Identifiering av psykiska trauman samt tiden när de inträffade görs retrospektivt i 20-årsåldern bl.a. genom skalan Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure (MACE-skalan, Teicher & Parigger 2015). Med denna fångas åtta olika former av misshandel och vanvård av föräldrar och/eller kamrater samt två former av bevittnat familjevåld. Vid vilken ålder händelserna inträffade noteras liksom deras intensitet.

Uppgifterna jämförs sedan med olika former av bildering, främst fMRI. Perioder av hög stressnivå ger inte bara psykologiska skador åtkomliga genom samtal utan också irreversibla hjärnförändringar: *Scars that won't heal* (Teicher 2012) och *The body keeps the score* (van der Kolk 2014). Hos en del personer kan dessa kompenseras genom hjärnans flexibilitet.

Skadorna uppkommer under särskilt känsliga perioder. För pojkar handlar det om passiva handlingar, negligering i tidig barndom upp till fyra års ålder och för flickorna om att från nio års ålder och under tonårstiden utsättas för aktiva handlingar såsom sexuellt utnyttjande. Att bedömningarna är retrospektiva medför givetvis vissa tolkningssvårigheter. Upplevelsen av ett trauma i tonåren kan t.ex. täcka över sådana upplevelser under de tidigaste barnåren. Även flickor har erfarenheter av negligering, vilket hos dem, men inte hos männen, är korrelerat till suicidförsök senare under livet (Ehnavall oa 2008).

Depression, ångest och PTSD

De neurobiologiska fynden talar för att psykiska trauman under barndomen ger livslånga förändringar i hjärnan (Teicher & Samson 2013). Dessa orsakar psykiska sjukdomar snarare än är konsekvenser av dem. De gör dessutom att sjukdomarna debuterar tidigare, får allvarigare symtom och reagerar sämre på behandling. Personer med dessa sjukdomar och förändringar har högre risk för suicid än personer med dessa sjukdomar men utan förändringar. Att differentiera sjukdomarna efter om sådana trauman finns eller inte finns ger därför större precision i diagnostik och behandling.

Reducerad hippocampusvolym har länge ansetts som karaktäristiskt för depression och PTSD, men bör således snarast tillskrivas förändringar som följd av tidiga barndomstrauman. Personer med sådana förändringar har också en reducerad volym i hjärnbalken, corpus callosum, samt ökad risk för autoimmuna, metaboliska och kardiovaskulära sjukdomar.

Vid PTSD samt svår ångest och panik finns en överreaktivitet hos amygdala samt en överaktivitet i insula som har med perception av somatiska stimuli att göra. Detta är kombinerat med en underaktivitet i prefrontala kortext och i främre gyrus cinguli, som svarar för förmågan att sätta ord på upplevelserna. Kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp i tonåren har också en minskad volym av hjärnbalken.

En god hjärnfunktion kräver ett fritt flöde av stimuli och responser mellan de två hjärnhalvorna. Hög nivå av stresshormoner hämmar myeliniseringen, vilket leder till en reducerad volym i hjärnbalken. Därmed hämmas strömmen av stimuli och responser. Detta kan bl.a. göra att personerna snabbt skiftar mellan logiskt rationell och starkt känslomässig kommunikation, karaktäristiskt för borderline personlighetsstörning. Reducerad volym i hjärnbalken finns hos pojkar med vanvård (negligering) i tidig barndom och hos flickor som utnyttjats sexuellt under tonåren.

Ett annat område av betydelse när det gäller självmord, dvs. att mörda sitt själv, är precuneus, som ligger mellan parietal- och occipitalloben (cuneus). I precuneus finns nervkärnor som utvecklar mentalisering, förmågan att kognitivt och emotionellt förstå sig på andra människor och därigenom också skapa bilder av sitt eget själv.

Sammanhängande förståelse

Män. De trauman som går djupast in hos pojkar är brister i tidig barndom vad gäller fysiskt och emotionellt omhändertagande, vanvård, neglekt. Dessa män har reducerad volym i såväl hippocampus som corpus callosum. De utvecklar ett mer distant och undvikande beteende, vilket kan fördjupas till klinisk depression. Liknande hjärnförändringar finns efter såväl tortyr som mobbning (Emdad 2011).

I tidig barndom lär människan sig att hantera sina affekter och att skapa en mjuk och differentierad anknytning som modell för senare relationer. När detta inte fungerar drar de sig istället tillbaka in i sin enslighet. Därmed skapas ett längre mentalt avstånd mellan den blivande mannen och andra människor, med lägre förmåga än normalt att läsa av mimik och kroppsspråk, förstå samspelet och anpassa sig flexibelt. Vid svåra påfrestningar reagerar de inte i första hand med utåtriktad ångest utan med djupa, svåråtkomliga depressioner. Signifikanta samband mellan undvikande copingstrategier och suicidalitet finns emellertid både hos patienter som gjort suicidförsök och hos deprimerade patienter utan suicidförsök, oberoende av andra sårbarhetsfaktorer (Ambrus 2016).

Kvinnor. Kvinnorna däremot rapporterar framför allt fysisk och psykisk misshandel vid nio till tolv års ålder. Traumatisering genom sexuellt utnyttjande samt bevitnande av våld mot syskon sträcker sig längre upp i tonåren.

Dessa påfrestningar ger upphov till starka reaktioner från den hotade kroppen (via insula) och massor av känslor (via hypothalamus). Dessa aktiverar försvarsmekanismer (via amygdala). Resultatet blir en kvarstående hyperreaktivitet i amygdala och en reducerad volym av hjärnbalken med försämrad kommunikation mellan höger och vänster hjärnhalva. Dessa kvinnor har även reducerad volym av hippocampus samt de som utnyttjats sexuellt även av corpus callosum. Sammantaget ger detta en ökad benägenhet för förhöjd aktiveringsnivå, ökade ångestupplevelser och därmed ökad önskan att tidigt söka hjälp för lindring och stöd jämfört med männen.

Män och kvinnor. Den djupt liggande depressionen hos män med drag av undvikande bidrar sannolikt till deras motvilja att acceptera tecken på psykisk störning och livströtthet. Dessa män är rimligen svårare att diagnosticera och behandla än kvinnor med en hyperreaktiv amygdala. De senare uppfattar också lättare kroppsliga symtom förmedlade av insula samt har en oförmåga att kontrollera sin ångest, genom förändringar som ger underaktivitet i prefrontala kortext och i främre gyrus cinguli. Däremot har de i övrigt både en god språkutveckling och nära kontakt med andra människor, vilket underlättar diagnostik och behandling.

Hjärnan har behov av att skapa gestalter, sammanhängande bilder och tankar som gör tillvaron begriplig. Förmår inte personen skapa trovärdiga problemlösningar, söker hen orsakerna på annat håll. Valet faller ofta på brister i den egna personligheten. Självbilden, som ju byggs upp av andras omdömen och baseras på mentaliseringsförmågan (precuneus) drabbas av kritisk granskning. Besvikelsen gör att självkänslan och självförtroendet sjunker. Självbeträkt bedöms svagt, odugligt och bara till besvär. I nära interaktion med upplevd ångest bildar detta samt känslor

av skuld och skam en destruktiv nedåtgående spiral. Skam är upplevelsen av andras ogillande, ett förstadium till ett smärtsamt uteslutande ur gruppgemenskapen (Eisenberger 2003). Flickor som varit utsatta för tidiga och under lång tid upprepade sexuella övergrepp berättar att de kan känna sig osäkra på om de ens är en människa (Wetterlöv 2015). Dissociationsfenomen är inte heller ovanliga. Likheter med den suicidala processen är tydliga.

Barn och ungdomar möter stora svårigheter, som ibland växer till psykiska trauman. Detta skapar en delpopulation människor med en varierande mängd hjärnförändringar med nedsatta funktioner. Under goda miljöbetingelser lyckas de flesta kompensera för dessa. Kommer nya svåra påfrestningar, som de inte lyckas hantera, utvecklar de kliniska tillstånd av PTSD, ångest och depression. En del av dessa utvecklar en färdig suicidplan som reservutgång. Relativt sett få av dessa utsätts för en ytterligare ofta banal påfrestning, vilket gör att krutdurken exploderar i en suicidhandling. Mer eller mindre slumpmässigt dör några av dessa i självmord.

Forskning och klinik

Detta understryker betydelsen av Teichers huvudbudskap att barndomstrauma ofta har stor betydelse för uppkomsten av psykisk sjukdom. PTSD, ångest och depression och sannolikt även andra psykiska sjukdomar bör därför subgrupperas efter om psykiska trauman under uppväxten förekommer eller ej.

Många av dessa fynd måste emellertid reproduceras och bli än mer detaljrika. Denna forskning ger också upphov till en stor mängd nya och alltmer precisa hypoteser, som behöver ytterligare beforskas. Dessa rön är också av stor klinisk betydelse. De stärker uppfattningen att ångest och depression kan ses som olika faser i samma grundläggande process. Samspelet mellan PTSD, ångest, depression och suicidalitet bör beaktas i diagnostik och behandling.

Nationell konferens

Den här diskussionen kommer att fortsätta på den 11:e Nationella konferensen om suicidprevention den 12 till 13 september i Göteborg. Vi kommer då att gå djupare in både på den suicidala könsparadoxen och bakomliggande förändringar i hjärnan. Vi kommer att uppmärksamma fler drag och detaljer i hjärnans struktur och funktion samt dess relevans för psykisk smärta och suicidalitet. Vi kommer också lyssna till suicidala personers erfarenheter samt genom Konrad Michel o a få en djupare kunskap om sådana berättelser och hur man övervinner suicidala människors svårigheter att berätta.

Jan Beskow

Professor, Suicidprevention i Väst, nu också programansvarig för den nationella konferensen i Göteborg september 2017

Referenser: svenskspsykiatri.se/tidskriften.html

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.

Kanske har du något att berätta?

Men tycker det känns övermäktigt att skriva en hel artikel?

Vi blir glada även för korta notiser!

Redaktionen

ANNONS

KROPPEN SOM VATTENDELARE

Balansen är spännande.

Justin Bieber tar ett skarpt grepp om sitt skrev, vrider upp bäckenet några grader innan han börjar en rörelse. Håller i hatten och könet. En riktig man.

Häromdagen läste jag att sångerskan Tove Lo, när hon sjungit i TV 4, tagit sig i skrevet och det blivit en sorts liten uppståndelse på grund av att hon varit osedlig vid en tidpunkt då barn kunde titta på TV. JB tolereras men för en ung kvinnlig musiker gäller tydligen andra regler.

Inte bara för unga kvinnliga musiker.

Jag gjorde min läkarutbildning i två etapper, efter preklin hade jag ett par års studieuppehåll. Jag hade en fåfäng dröm om något helt annat, jag ägnade åren åt att skriva dramatik och poesi men insåg turligt nog att jag var

en misslyckad konstnär som inte hade något annat val än att bli läkare. Jag är djupt tacksam för detta misslyckande.

Jag försörjde mig som undersköterska på intensiven på SÖS och genom att vikariera som lärare. I skolan var behörighet inte en fråga, läkarutbildningen var meriterande nog för vikariat, jag undervisade i naturämnen på högstadiet och gymnasiet.



Foto: Shutterstock/CREATISTA

Två händelser från katedern ska jag berätta om.

En klass var ovanligt gapig, kastade extra många suddgummin och uppblötta pappersbollar och annat på mig. Jag hade uppgiften att lära ut något om DNA. Jag övervägde att lämna klassrummet men tänkte att jag ju hade betalt och inte fick gå. Istället försökte jag likt Dimosthenes överrösta vågorna, dock utan stenar i munnen, och sa att jag skulle sitta kvar och läsa och att de kunde göra vad de ville.

Längst fram satt tre elever som sa "berätta för oss, vi vill faktiskt höra". Ganska lågstämd, började jag berätta för de tre tjejerna om DNA, kromosomer och celldelning. Det blev ett trevligt samtal med roliga frågor.

Ett tag in i lektionen var det något som kändes konstigt i rummet. Jag kunde inte sätta fingret på vad som felades förrän en av de mest bråkiga killarna från bakersta raden plötsligt avbröt mig genom att säga "Majjen, det där sista du sa fattade jag inte riktigt. Kan du förklara det igen?"

Den andra pedagogiska iakttagelsen bär på ett intressant meddelande till oss.

Som känt, är det vanligen så att pojkar och män i könsblandade grupper tar mer plats och hörs mer än flickor och kvinnor. Det är inte en regel men ofta praxis. Jag började aktivt notera för mig själv hur den här obalansen egentligen såg ut, om det nu fanns en obalans. Det gjorde det naturligtvis, i de allra flesta klasser var det en skarp övervikt av killar som svarade på frågor eller på andra sätt pratade.

Var det något att bry sig om? Förmodligen inte, oavsett vad en tillfällig vikarie sa eller gjorde skulle det ge samma effekt som att släppa en sten från en utkikspunkt i Grand Canyon. Det skulle inte ens höras när stenen nådde botten. OM jag agerade på resultatet av min lilla begränsade studie, skulle det vara för att jag ville se vad som hände.

Det hände verkligen något.

Jag började med att dela ut frågorna jämnt. Varannan fråga ställde jag till en kille som räckte upp handen, varannan gav jag till en tjej. Klassen hade en jämn fördelning och de var alla ganska ambitiösa och duktiga. Ganska snart började folket i klassen knorra: Varför låter du bara flickorna svara på frågor? När jag svarade att det inte stämde, utan att

pojkggruppen och flickgruppen fått exakt lika många frågor, trodde de mig inte.

En av flickorna räckte upp handen och sa att hon också tyckte jag varit orättvis mot killarna. Det kunde inte stämma att jag gett tjejerna och killarna lika många frågor, det kändes som att tjejerna fått prata mycket, mycket mer än så.

Det blev en intressant lektion. Lärdomen har följt mig, insikten om att fördelning är politik. Ett så enkelt ställningstagande som att på gruppnivå försöka etablera lika villkor, för alla inblandade, betraktas som en orättvis eller tendentiös handling. Ett så enkelt ställningstagande som Tove Los, där hon på individnivå ger sig samma rätt som män brukar ha, låter könet och begäret vara hennes eget och inte, utan medgivande, låter sig användas som föremål för någon annans begär, betraktas som en utlämnande och utelämnande handling.

De tre iakttagelserna förenas i frågor om kön och rättighet. Om en person har rätt till sin plats i ett sammanhang eller ej, kommer ha konsekvenser.

Tjejerna som begär att få den undervisning de är berättigade till, trots att rummet kokar över av oreda och tillsynes totalt ointresse, gör något mycket viktigt. De gör det för sig själva men effekten når även de andra i rummet.

Tjejerna som inte tror på statistiken jag presenterar, behöver nog påminnas om att de har rätt att begära tillträde.

Den som får tillträde till ett rum eller ett sammanhang på samma villkor som alla andra, har mycket större möjlighet att se sig som en person som får bestämma över sitt liv och sin kropp. Den personen kommer också ha rätt till sin egen lust, på sina egna villkor. I den värld vi lever och verkar, finns många olika definitioner av hur villkoren begränsar. Mellan svenskar och andra, mellan ljusa och mörka, mellan oss och dem. Inom alla grupper skarpt mellan män och kvinnor.

Har det med oss att göra i våra yrken?

Jag tror det. Nej, jag vet det.

Daniel Frydman
Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Könsdysfori hos barn och ungdomar

Bakgrund

De senaste åren har allt fler personer med könsdysfori uppsökt sjukvården för medicinska könsbekräftande åtgärder. Ökningen är särskilt stor bland barn och ungdomar; antalet remisser till teamet för könsidentitetsutredningar av unga vid Astrid Lindgrens barnsjukhus har fördubblats varje år sedan 2012 och ser ut att uppgå till cirka 200 år 2016. En motsvarande ökning rapporteras från de flesta länder i västvärlden. I Sverige har teamet vid Astrid Lindgrens barnsjukhus varit den enda verksamheten för unga sedan slutet av 1990-talet men nu startar verksamheter knutna till alla universitetssjukhus i landet (Alingsås/Västra Götalandsregionen, Linköping, Lund, Umeå, Uppsala). År 2010 var punktprevalensen av personer som ändrat juridiskt kön 1:8636 av de med manligt födelsekönen och 1:15047 med kvinnligt födelsekönen i Sverige [1]. Det saknas tillförlitlig statistik för barn och unga, men en uppskattning av dem som sökt teamet vid Astrid Lindgrens barnsjukhus visar att cirka 25 % är de som vid födelsen tilldelats pojkönet och 75 % de som vid födelsen tilldelats flickönet, det vill säga en omvänd könsfördelning jämfört med vuxna. I andra europeiska länder är könsfördelningen mer jämn (till exempel Nederländerna).

Orsak

Könsdysfori definieras enligt DSM-5 som en uttalad brist på samstämmighet mellan den tilldelade och den upplevda könstillhörigheten (könsinkongruens). Orsaken till detta är helt okänd trots försök till etiologisk kartläggning med bland annat genetiska analyser, hormonstudier och hjärnabbildningstekniker. Det mesta talar för att upplevelsen av könsidentiteten är medfödd, men den kognitiva utvecklingen under uppväxtåren innebär att individen själv kan bli medveten om det först senare under livet. Det finns inget stöd för att omgivningsfaktorer, såsom föräldrars bemötande, bidrar. Man kan bara spekulera i orsaken till den kraftiga ökningen av könsdysfori som vi just nu ser i västvärlden, särskilt bland unga. Det skulle kunna bero på att tillståndet alltid förekommit men synliggörs först nu när det finns möjlighet till åtgärder, det vill säga med ökad kunskap och ökad tillgång till vård, eller att en generellt ökad öppenhet och uppmärksamhet i samhället för frågor som rör könsidentitet och könsuttryck bidrar till att allt fler unga utforskar aspekter av könsidentiteten. Ökningen förefaller särskilt stor bland ungdomar med autismspektrumtillstånd.

Diagnostik

Målet med utredningen är att säkerställa diagnosen, men syftar också till att identifiera prognostiskt gynnsamma

och ogynnsamma faktorer, andra psykiatriska tillstånd och att erbjuda den unge och familjen stöd under processen. Även om de flesta unga som kommer till mottagningen har stöd av sina föräldrar gäller inte det alla och då kan riktade insatser för familjen krävas. Utredningen är individualiserad utifrån varje enskild person, till exempel är en begåvningsbedömning inte alltid indicerad, och ibland används projektiva test såsom Rorschach för att fördjupa förståelsen av personlighetsstrukturen. Dessutom används validerade skattningsskalor och utforskande samtal, men utredningen går inte ut på att överpröva individens egen upplevelse av sin könsidentitet eftersom det inte finns några objektiva sätt att säkerställa eller utesluta diagnosen. Det finns inte heller några absoluta kontraindikationer inför en könsbekräftande process.

Behandling

Könsbekräftande åtgärder är den enda rekommenderade behandlingen vid könsdysfori och tidigt insatt behandling underlättar möjligheten att framgångsrikt passera i enlighet med det upplevda könet och är förknippat med en betydligt bättre prognos. Upprepade studier har dock visat att endast en minoritet (cirka 20 %) av förpubertala barn som uppfyller diagnoskriterierna för könsdysfori kommer att ha en kvarstående önskan om könsbekräftande åtgärder som ung vuxen [2–4]. Rekommendationen för de yngre barnen är därför återhållsamhet vad gäller social övergång i det upplevda könet. För det fåtal som sedan tidig ålder uppträder och lever i enlighet med det upplevda könet följs processen med tonvikt på att förmedla möjligheten att återgå i sin ursprungliga könstillhörighet. Däremot kommer majoriteten av de vars könsdysfori förstärks i samband med puberteten att uppfylla diagnoskriterierna för könsdysfori (DSM-5) och transsexualism (ICD-10) som ungdom/vuxen. De kan behandlas med pubertetsstoppande hormoner i syfte dels att undvika fortsatt utveckling av oönskade sekundära könskaraktäristika (bröstutveckling hos de som tillskrivits flickönet vid födelsen, behåring, basröst och penistillväxt hos de som tillskrivits pojkönet vid födelsen), dels att ge resit att följa utvecklingen av könsdysfori.

Pubertetsstoppande hormonbehandling vid könsdysfori hos unga inleddes i Nederländerna 1987 och innebär behandling med GnRH-analoger vilket reversibelt stoppar puberteten [5].

Behandling med pubertetsstoppande hormoner inleds först när det finns fysiologiska tecken på att puberteten startat varför en strikt åldersgräns inte tillämpas, men

det rör sig vanligtvis om 10-12 års ålder. Det är viktigt att pubertetsutvecklingen startat, dels för att säkerställa att pubertetsutvecklingen fungerar som den ska, dels för att det utgör diagnostiskt värdefull information om hur personen reagerar på den kroppsliga utvecklingen (för de med könsdysfori accentueras oftast aversionen mot den egna kroppen i och med pubertetsinträdet). För att sätta in behandling med pubertetsstoppande hormoner krävs diagnosen trolig transsexualism (ICD-10 kod F64.9).

När diagnosen könsdysfori senare fastställts kan man ge könskonträra hormoner (från 16 års ålder): testosteron för de som tillskrivits flickkön vid födelsen, östrogen för de som tillskrivits pojkön vid födelsen [6]. För de som tillskrivits flickkön vid födelsen finns möjlighet till mastektomi före 18 års ålder. Före 18 års ålder kan man också få andra könsbekräftande åtgärder såsom röstträning, hårborttagning, binder (att linda bröstet för att få en plattare bröstorg) och penisprotes, men underlivskirurgi är möjligt först efter tillstånd från Rättsliga rådet (från 18 års ålder). Det kirurgiska resultatet är ofta väldigt gott för de som tillskrivits pojkön vid födelsen, medan många av de som tillskrivits flickkön vid födelsen avstår från underlivskirurgi med anledning av de bristfälliga resultaten.

Annan psykisk ohälsa hos unga med könsdysfori

Flertalet ungdomar med könsdysfori utvecklar med tiden allt mer psykiatrisk problematik, medan de med extremt tidig debut ofta har en hög funktionsnivå. Enligt en studie uppfyllde mer än hälften av unga med könsdysfori DSM-kriterierna för minst en psykiatrisk diagnos [7]. Det finns en stark överrepresentation av autismspektrumtillstånd, enligt nyligen publicerade data från flera länder upp till 26 % [8–10]. Ännu vanligare är ångest, depression och självskadebeteende vilket antas bero på den utsatthet i samhället och de påfrestningar denna patientgrupp upplever [11].

Folkhälsomyndigheten genomförde år 2015 en enkätundersökning omfattande 800 transpersoner som visar att deras hälsa försämrats sedan den senaste undersökningen (2005) (<http://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2015/juni/ohalsa-och-stor-utsatthet-bland-transpersoner/>).

Unga rapporterade sämre psykisk hälsa än äldre i undersökningen och fler än var tredje person uppgav att de under det senaste året övervägt att ta sitt liv, varannan hade upplevt kränkande behandling och undvek vardagliga aktiviteter på grund av rädsla för diskriminering. Dessutom

uppgav transpersoner ett lågt förtroende för polis, hälso- och sjukvård samt socialtjänst – instanser vars uppgift är att ha en skyddande och främjande roll i samhället. Folkhälsomyndigheten arbetar nu med att ta fram ett kunskapsunderlag om effektiva metoder och insatser för att främja hbtq-personers förutsättningar för en god hälsa.

Lagstiftning

Sverige var det första landet i världen som införde en lag om möjlighet till juridiskt könsbyte, "Lagen om fastställande av könstillhörighet i vissa fall (1972:119)" (<http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19720119.htm>). Lagen anger en åldersgräns för juridisk och kirurgisk könskorrigering till 18 år, men medicinsk utredning, hormonbehandling och vissa kirurgiska åtgärder är möjligt före 18 års ålder (exempelvis mastektomi). Just nu utreds ett lagförslag om att särskilja den juridiska och den medicinska processen att ändra könstillhörighet ("Juridiskt kön och medicinsk könskorrigering SOU 2014:91"). Lagförslaget innebär att individen på eget initiativ kan ändra sin juridiska könstillhörighet och det betonas att förfarandet ska förenklas för individen utan krav på att sjukvården involveras. Så ser lagstiftningen redan ut i Danmark, Norge, Irland och Malta. Utredningen föreslår vidare att unga från 12 år ska få rätt att ansöka om juridiskt könsbyte med vårdnadshavares godkännande och från 15 år utan vårdnadshavares godkännande. Utredningen föreslår också att operation av könsorganen samt avlägsnande av könskörtlarna ska vara möjligt från 15 år med vårdnadshavares godkännande. I dagsläget utreds däremot inte införande av ett tredje kön i Sverige, något som förekommer i flera länder (Australien, Indien, Nepal, Nya Zeeland, Pakistan, Sydafrika och Tyskland).

Louise Frisé

Docent, överläkare

Teamet för könsidentitetsutredningar av unga, BUP konsultenhet, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Stockholm

Referenser: www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html

Ett strandhugg, Gerda Wegener, Arken och "den danska flickan"

I somras kryssade jag tillsammans med min man på Öresund på väg mot hemmahamnen i Lomma. Vi hade varit i de "Dejlige Danske Smålandsfarvanden" och angjorde Ishøj, en hamn som ligger på gångavstånd ifrån Arken. Arken liknar arkitektoniskt, precis som namnet låter påskina, ett strandat fartyg omgivet av ljusa sanddyner. Ute till havs ser man det som ett vitt stort streck som så småningom visar sig vara ett konstmuseum.

Vi blev varse att Arken hade en intressant utställning av Gerda Wegener (1882-1940) som avporträtterade mondäna och självsäkra kvinnor. I Danmark låg hon fel i tiden då de s.k. Fynmålarerna var tongivande och då skulle man välja motiv ifrån den danska landsbygden, och gärna skildra slitet där med kärva bondhustrur och helst inte självsäkra kvinnor med en friare könsroll.

Gerda Wegener

Vi åt en härlig dansk frokost och gick sedan och tittade på utställningen. Hon föddes på Jylland och var det enda överlevande barnet till en sockenpräst. Hon utbildade sig på det Kongelige Danske Kunstakademi där hon träffade konstnären Einar Wegener som hon gifte sig med vid 19 års ålder. Gerda Wegener måste ha varit en stark kvinna som valde sina egna motiv efter eget huvud. Paret ställde ibland ut tillsammans och var ett framgångsrikt konstnärspär. Dock passade Gerda Wegeners manierade Art Deco-stil inte in i den förhärskande, dåtida realistiska stilen. Hennes drömska porträtt av Ellen von Kohl accepteras inte och detta leder till en debatt som kallas "bondemalerstriden". Det var en strid i media som ställde en realistisk stil som med förkärlek valde motiv ifrån landsbygden mot en modernare, men mer manierad stil.

Paret flyttade 1912 till Paris. Gerda gjorde stor succé i Paris där hon fortsatte att måla sina porträtt av slanka kvinnor med klockhattar och eleganta klänningar. Hon var också en skicklig Art Deco-illustratör, satirtecknare och målade erotisk konst. Franska konstsamlare var förtjusta i hennes konst och ett par av hennes verk inköptes till Louvren. Det gifta paret levde i Paris ett gott liv med arbete och nöjen. Friheten var nog större i Paris än i Danmark och paret fann sig väl tillrätta.

Arken

Enligt Arkens utställningskatalog bröt Gerda ny mark

med sitt måleri samtidigt som hon målade verk som var traditionella på så sätt att den nakna kvinnokroppen användes som ett favoritmotiv. Gerda avporträtterade sköna, nakna kvinnor som skulle uppmärksammas av den "manliga blicken". Favoritmodellen var den vackra "Lili Elbe" vars alter ego var Einar Wegener, hennes man. En del män med den "manliga blicken" blev besvikna när de förstod att Lili Elbes vackra kurvatur var en mans. Enligt Arken fanns det ofta en tvetydighet i skildringen av könen.

Utställningen på Arken visade många verk av Gerda Wegener. Ett alldeles speciellt hänförande porträtt är det av solodansösen Ulla Poulsen. Det finns också målningar av karnevaler i Paris med vackra människor, som lever ut behov i skydd av förklädnader och masker. Ibland är Gerda själv med på tavlorna, det finns porträtt ifrån Capri, där paret Einar och Gerda finns med som sorglösa, eleganta vänner med sin lilla hund vid sin sida.

När Gerda Wegener tecknade erotiska motiv signerade hon sina verk med en liten svart mask, och några sådana verk var också utställda.

Några verk av hennes make Einar Wegener visades också på Arken. De var i mitt amatörmässiga tyckande lite dystra. Einar ansågs vara en mycket begåvad landskapsmålare och hans verk finns representerade i Danmark. Einar Wegener var personen bakom den "danska flickan" vars öde filmatiserats. Det var Einar som blev till kvinnan Lili Elbe. Gerda och Lilis öden är sammanflätade och på samma gång fascinerande och tragiska. "The Danish girl" är en intressant film om paret liv, och är det Lili eller Gerda som är den danska flickan?

Lili eller en av de danska flickorna

Einar Wegener föddes i Vejle i Danmark 1882. Enligt filmen så upptäcker Einar när han samtycker till att vara modell i tjugooårsåldern, sin kvinnlighet och sitt behov av att leva som kvinna. Det kan vara en dramatisering då transsexuella personer mycket tidigare upplever känslan att utsidan inte stämmer med den inre upplevelsen. Einar levde som kvinna tidvis, vilket verkar ha accepterats av Gerda. Lili presenteras som Einars syster i sällskapslivet. Hustrun Gerda målade honom i erotiska poser, med bortvänd kropp så att illusionen om den vackra kvinnokroppen bibehölls. Han blev modell åt sin hustru och hjälpte henne i Paris med att på olika sätt främja hennes karriär. I många år levde han

med dubbla identiteter med namnen Lili Elbe och Einar. Han slutade själv att arbeta som konstnär medan hustrun Gerda fortsätter med sitt framgångsrika konstnärskap.

Efter många år med en kvinnlig identitet börjar Einar bli allt mer deprimerad och funderar på självmord 1930. Enligt vissa källor ska han ha berättat att två personer hade säte i hans kropp och slogs om herraväldet. Det finns en bok som beskriver hans erfarenheter "Fra mand till kvinde". Enligt en sekvens i filmen "the Danish girl" så hindras självmordet av att Einar-Lili anser att begår hon självmord så dör ju Lili och det vill hon inte.

Einar söker medicinsk hjälp men möter föga förståelse. Einar och Gerda får veta att det finns en klinik i Dresden som behandlar transsexualitet eller korregerar den yttre kroppen till den önskade. Verksamheten är experimentell, antibiotika finns inte och inga djupare kunskaper om immunologi. Det finns endast ett "lyckat fall" beskrivet och utgången är osäker. Trots farorna som Einar verkar ha insett vill han byta kön och leva som kvinna fullt ut.

Einar Wegener opererades i Dresden av Dr Warnekros, som verkade på kvinnokliniken i Dresden där Magnus Hirschfeld var tongivande. Hirschfeld var pionjär som sexualforskare och den som myntade begreppet "transsexualitet". Einar kastrerades vid sin första operation, en av de första som gjordes i världen med syftet att den opererade skulle anta den kvinnliga könsrollen. Han hämtade sig ifrån de första operationerna och antog en kvinnlig identitet. Einars existens upphörde, äktenskapet annullerades och Gerda gifte om sig med en italiensk överste.

1931 skulle Lili sedan opereras igen, få en livmoder och äggstockar inopererade i sin kropp. Det var den femte operationen och den blev ödesdiger. Det blev katastrof och Lili Elbe dog vid 48 års ålder en mycket plågsam död med immunologiska avstöttningsreaktioner och infektioner. I efterhand kan man undra om hon förstod att det var förenat med en så stor risk för död.

Epilog eller hur gick det sen?

Gerdaskildesig ifrån sin man 1936 och flyttades så småningom tillbaka till Danmark. Hennes konst efterfrågades då inte längre och hon hade sin sista utställning 1939. Hon dog ensam, sjuk och utblottad i Köpenhamn vid 54 års ålder. Efter hennes död har hennes konst återupptäckts och

värderas högt igen.

Både Gerda och Einar - Lili Elbe uppvisar ett heroiskt mod, de väljer inga lätta vägar, de är mycket begåvade och de utforskar och överskrider gränser och vidgar könsrollerna. Samtidigt skildras Lili Elbe i filmen som en överdrivet behagfull, submissivt leende kvinna. Lili slår ner ögonen, rodnar och är tårögd och vill bli gravid för att bli en "riktig kvinna". Denna önskan tar livet av henne och överhuvudtaget verkar operationerna ha varit fruktansvärt plågsamma. Lili skall dock ha sagt att de 14 månader hon levde efter operationerna var ett helt och lyckligt liv. Efteråt har det spekulerats om Lili Elbe varit en intersexperson eller att hen haft ett Klinefelters syndrom. Klinefelters syndrom beskrevs först 1942. Dokumentationen om Lili Elbe förstördes på trettio-talet av nazisterna så mycket dokumentation saknas.

Magnus Hirschfeld var pionjär inom sexualforskningen och hans publikationer brändes av nazisterna som han turligt nog undkom då han råkade vara på föreläsningsturné i USA.

Kurt Warnekros (1882-1949) som utförde operationerna överlevde kriget men sexualforskningsinstitutet i Dresden bombades sönder.

En viktig biroll i filmen har den lilla pigga hunden Vhappe, Gerdas mycket älskade hund. Vhappes rollkaraktär spelas habilt av hunden Pixie. Jag vet inte hur det gick för Gerdas hund i det verkliga livet. Skådespelarhunden Pixie lever i högönsklig förmåga, och är en pigg Jack-Russel tik. Jag hoppas att Vhappe kom till någon hundhimmel och träffar matte och husse där.

Vi får se vad som kan finnas på Arken nästa år om vindarna för oss dit. Konstbesöket ledde till många tankar och efterforskningar och framförallt en beundran för paret Lili och Gerdas mod och oförvägenhet.

Cecilia Mattisson
Docent, överläkare i Lund

Källor

Wikipedia, The daily telegraph, The Danish Girl



I mitt namn - en bok om att vara trans

Moa-Lina Olbers Croall
Natur & Kultur, 2016

Att få vara den man är

Att inte bli sedd och uppfattad som den man känner sig vara kan vara svårt. Det frestar på identiteten. Att uppleva sig avvisad, diskvalificerad, att inte få sin självbild speglad och bekräftad i centrala avseenden till exempel beträffande kön och dessutom kanske bli hånad, trakasserad och förföljd kan kännas outhärdligt. Transpersoner har i alla tider, mer eller mindre, fått känna på detta.

Långsam utveckling

Från början fanns Mannen. Kvinnan kunde ses som en "ofullgången" man som borde ta det försiktigt då hon klättrade över en gärdesgård för att undvika att hennes inre könsorgan föll ut och blev till en ofullgången penis. Så småningom kom man och kvinna som biologiska likvärdigheter att etableras även om mycket återstår att jämställa psykologiskt, socialt och politiskt. Homo- och bisexualitet kom på kartan som normalvarianter snarare än som patologiska avvikelser. I många kulturer är det fortfarande ännu inte möjligt för många personer att ta till sig detta. Sexuell läggning behöver inte synas på utsidan. Det behöver heller inte könsidentiteten göra.

En rik bok om att få vara sig själv

Moa-Lina Olbers Croall, författare, musiker och lärare lyfter fram transpersoners yttre och inre situation i *I mitt namn - en bok om att vara trans*. Det yttre "kroppsliga" uttrycket säger heller inget avgörande om den betraktades könsidentitet, vederbörandes egen självuppfattning. Det är fullt möjligt att ha en könsidentitet som inte stämmer med det vid födelsen registrerade könet. Den person vi betraktar utifrån har sin egen – mer eller mindre statistiskt vanliga kombination av sexuell läggning och könsidentitet, det vill säga kan vara hetero-, homo-, bi- eller asexuell i kombination med en könsidentitet till exempel som manlig, kvinnlig, varierande, båda delarna, eller ingendera. Personer med ovanliga kombinationer i dessa avseenden har alltid funnits men har inte tydliggjorts som grupper/kategorier förrän HBTQ-rörelsen visat på ett tidigare icke tydliggjort inre landskap av differentierade former av självuppfattning och självupplevelse.

Boken baseras på intervjuer och texter av och om transpersoner vilket interfolieras med information om böcker, seriealbum, filmer, TV-serier. Det ges information om hur man byter namn och ändrar juridiskt kön, samt om utredningsteam, diagnostik och könsstödjande behandling (mer adekvat benämning än könskorrigering). De flesta intervjuerna är gjorda med ungdomar som berättar om sig själva, sin uppväxt och sin omgivning, kompisar, skola och familj. Texterna är både informativa och berörande. Porträtt på ett antal av ungdomarna fördjupar närvarokänsla i texten. Här framgår vikten av att bli sedd, tilltalad och omtalad i enlighet med sin självuppfattning. På ett sätt kan det tyckas enkelt att bli sedd som person som den man känner sig vara: varken kille eller tjej, både och, eller mitt emellan, inget kön, flera kön eller något kön som inte är kille eller tjej. Att få bli tilltalad och omtalad på ett sätt som stämmer för en själv även om könsidentiteten inte stämmer med det vid födelsen tillskrivna könet.

Svårt liv

Att vara transperson, icke-binär, inte antingen kille eller tjej tycks ofta leda till stora inre och yttre påfrestningar både vad gäller att hitta och acceptera sig själv och att komma ut. Stress och ångest är vanligt och i en undersökning av 800 transpersoner uppgav hälften att deras arbetsförmåga eller vardag i någon mån var begränsad på grund av fysisk eller psykisk ohälsa. En av tre hade gjort suicidförsök och en av fem hade utsatts för grovt våld. Trots alla smärtsamma upplevelser tycktes det finnas vissa ljuspunkter. Det är till exempel slående hur accepterande och "rakt" många föräldrar och syskon tagit informationen och hur de familjemedlemmar som från början blivit provocerade tycks ha ansträngt sig för att förstå. Att ha en könsidentitet som inte stämmer med det vid födelsen registrerade könet leder ofta men inte alltid till en extrem "vantrivsel" i den egna kroppen och en önskan att få denna kropp anpassad till sin könsidentitet.

Matchande layout

Boken avslutas med information om relevanta länkar och mötesplatser utanför nätet samt en ordlista med aktuella begrepp. Den ger en fylld överblick över hur

transpersoner ser på och benämner sig själva, sin kropp och sin omvärld. Bokens layout matchar på ett genomarbetat sätt dess innehåll. Typsnitten och textstorlek växlar liksom bakgrundsfärg på sidorna, svarta eller vita, sidor med information har kurbitsliknande utsmyckning, inledning och avslutning har fet stil. Helhetsintrycket kondenseras till kreativitet, mångfald, perspektivförskjutning, överraskning och ibland lätt förvirring men samtidigt tveklös tydlighet.

Vem bör uttala sig om vad

Texten vänder sig till dem som befinner sig i transpersoners närhet: familjemedlemmar, vänner, partner, lärare och inte minst transpersoner som funderar över sin könsidentitet. Den har dock något viktigt att berätta för alla och envar. Den väcker också en nära liggande fråga: Hur kan jag som CIS-person, det vill säga en person där könsidentitet och könsuttryck stämmer med vid födelsen biologiskt och juridiskt kön skriva en anmälan av denna bok som i specifikationen på bokens baksida egentligen inte ingår i dess målgrupp? Är det kanske att ställa frågan fel? Bör jag skriva en anmälan eller borde jag ha överlämnat uppgiften till någon annan? Jag vet inte, men jag kan åtminstone helhjärtat säga att jag är glad att jag har läst boken och fått tillfälle att skriva om den.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Foto: Shutterstock/J. Bicking



Könsskillnader vid psykiatriska diagnoser

Bakgrund

Ända sedan mänskligheten började ägna sig åt psykiatrisk diagnostik för mer än 200 år sedan har man konstaterat att förekomsten av psykiatriska diagnoser skiljer sig mellan män och kvinnor [1]. Hans Asperger ansåg till exempel att endast män kunde ha det syndrom som bär hans namn, medan andra diagnoser under tidigt 1900-tal var förbehållna kvinnor (exempelvis hysteri) [2].

Numera finns det inget psykiatriskt tillstånd som enbart anses drabba det ena könet, men prevalensen för enskilda psykiatriska sjukdomar skiljer sig mellan män och kvinnor (Figur 1). Exempelvis är depression och ångesttillstånd

Figur 2. Könsskillnader för psykiatriska diagnoser

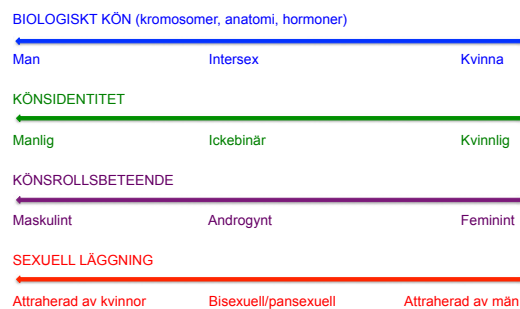
	Kvinnor:män
Ätstörning	10:1
PTSD	4:1
Depression	2:1
Ångesttillstånd (som grupp)	2:1
Generaliserad ångest	2:1
Social fobi	1,5:1
Tvångssyndrom	1:1
Suicidförsök	2:1
Fulfbordat suicid	1:3
Bipolär sjukdom	1:1
Schizofreni	1:1
Antisocialt personlighetssyndrom	1:2
Missbruk	1:5
Autismspektrumtillstånd	1:4-11
ADHD	1:10

Figur 1. För de flesta psykiatriska tillstånd finns en tydlig könsskillnad, med undantag för tvångssyndrom, bipolär sjukdom och schizofreni.

dubbelt så vanligt hos kvinnor, medan män oftare har missbruksdiagnoser. Dessa tillstånd förekommer ofta samtidigt varför det är särskilt viktigt att beakta könsaspekten eftersom det finns en risk att missbruk missas hos kvinnor, och vice versa, att depression och ångesttillstånd missas hos män. Att kvinnor drabbas oftare av depression än män är ett av de allra mest robusta fynden inom psykiatrisk epidemiologi [3]. Särskilt stor är könsskillnaderna vad gäller utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar (ADHD, autismspektrumtillstånd), men det har påpekats att det kan bero på att tillstånden tar sig olika uttryck hos män respektive kvinnor. Att tillstånden manifesterar sig olika beroende på kön har framförts som ett argument mot en egentlig snedfördelning av psykiatriska diagnoser, liksom att kvinnor skulle vara mer benägna att söka sjukvård och att män uppvisar mer svårtolkad symtomatologi, men det finns inget stöd för det i litteraturen [4]. Däremot diagnostiseras fler kvinnor än män med depression och behandlas med läkemedel än män, oavsett symtom och diagnos [3].

Orsaker till könsskillnader i psykisk ohälsa

Det mesta talar dock för att det finns reella skillnader i prevalensen av psykiatriska sjukdomar mellan män och kvinnor och att biologiska, psykologiska och sociologiska faktorer inverkar. Det är till exempel visat att könsskillnaderna i psykiatriska diagnoser avspeglar en grundläggande benägenhet till mer internaliserande beteende hos kvinnor, medan män reagerar mer externaliserande [5]. Men det finns fler tänkbara förklaringar till varför psykisk ohälsa skiljer sig mellan könen, både utifrån den biologiska och den psykologiska könsutvecklingen. Den psykologiska (psykosexuella) utvecklingen består av tre aspekter: könsidentitet, könsrolls-beteende och sexuell läggning (figur 2). Eftersom detta är grundläggande för



Figur 2. Både den biologiska och den psykosexuella utvecklingen utgör ett kontinuum och de olika aspekterna av psykosexuell utveckling (könsidentitet, könsrolls-beteende, sexuell läggning) korrelerar inte nödvändigtvis med varandra.

personlighetsutvecklingen och uppfattning om jaget/själv är det också viktiga faktorer för psykisk hälsa. Att avvika från den psykosexuella samhällsnormen kan vara belastande och förenat med stigmatisering, diskriminering och negativt bemötande, så kallad minoritetsstress. Det är till exempel väl belagt att hbtq-personer har sämre psykisk hälsa (<http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2016/okadriskforohalsaihbtq-gruppen>).

Den biologiska könsutvecklingen styrs av könskromosomerna, enskilda gener, hormoner, miljöfaktorer och resulterar i anatomiska skillnader. Alla dessa faktorer kan på olika sätt bidra till könsskillnader i psykiatriska diagnoser. Vissa könskromosomavvikelser är förknippade med en ökad risk för utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar. Till exempel är ADHD och

autismspektrumtillstånd överrepresenterade hos kvinnor med Turners syndrom (karyotyp 45,X0). Mutationer i *FMR1*-genen på X-kromosomen ger upphov till Fragilt X, vilket enbart drabbar pojkar och karaktäriseras av intellektuell funktionsnedsättning och autismspektrumtillstånd. Hormonella skillnader utifrån könshormonernas organiserande effekt under fosterlivet respektive aktiverande effekt under puberteten kan också bidra. Hormonomställningar i samband med pubertet och menopaus har föreslagits vara orsaken till att det är under dessa perioder kvinnor har som störst risk att insjukna i schizofreni. Men människan är ingen renodlad biologisk produkt utan präglas av miljön och samhällsstrukturer och omgivningsfaktorer kan också spela en roll (ett exempel på det är ätstörning). Slutligen kan anatomiska könsskillnader i hjärnans uppbyggnad också inverka, exempelvis skiljer sig insulas struktur mellan flickor och pojkar med PTSD [6].

Exempel på angreppssätt för att förstå könsskillnaderna

Ett sätt att kartlägga orsaksmekanismerna är att undersöka de naturligt förekommande variationer i den biologiska könsutvecklingen som benämns disorders of sex development (DSD). Det vanligaste tillståndet inom den gruppen är hypospadi, felplicerad urinrörsmynning hos pojkar (urinröret mynnar på penis undersida), vilket också är en av de vanligaste medfödda missbildningarna. Förekomsten av hypospadi har fördubblats under en tidsperiod av 15 år (1992-2007) och incidensen är nu 0,8 % [7]. Orsaken till ökningen är okänd, men det har spekulerats i om det skulle kunna bero på någon miljöfaktor med antiandrogen effekt (exempelvis ftalater som finns i vanligt förekommande plastprodukter). Under denna period har också antalet personer med könsdysfori ökat dramatiskt, liksom autismspektrumtillstånd (prevalens 2,5 % av tonåringar i Stockholms läns landsting 2011) [8], vilket väckt frågan om det finns en gemensam bakomliggande faktor för avvikelser i könsutvecklingen och utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar, antingen genetisk eller miljömässig. En populationsbaserad registerstudie omfattande mer än 9000 pojkar och män med hypospadi visade en förhöjd risk för autismspektrumtillstånd, och intressant nog även för deras bröder utan hypospadi (vilket talar för gemensamma genetiska eller miljömässiga faktorer inom familjen) [9]. Det är möjligt att ökningen hänger samman på något sätt, men det är än så länge oklart hur, och om det överhuvudtaget handlar om gemensamma bakomliggande faktorer.

Ett annat tillstånd med avvikande biologisk könsutveckling är flickor och kvinnor med kongenital adrenal hyperplasi som utsatts för mycket höga nivåer av testosteron under fosterlivet. De föds med viriliserade könsorgan, i olika grad beroende på svårighetsgrad (direkt korrelerat till typ av mutation i 21-hydroxylasgenen). Det kan betraktas som en modellsituation för höga androgennivåer under den period av hjärnans utveckling när könshormoner har en organiserande effekt. En populationsbaserad registerstudie omfattande 335 flickor och kvinnor

med kongenital adrenal hyperplasi visar att de har en fördubblad risk för att få en psykiatrisk diagnos (oddskvot 1,9 jämfört med kvinnliga kontroller, oddskvot 2,2 jämfört med manliga kontroller) [10]. Särskilt ökad risk var det för diagnoserna anpassningsstörning, stressreaktion och alkohol- och drogmissbruk. Men fördelningen skiljde sig inte mellan de olika svårighetsgraderna av tillståndet vilket talar för att riskökningen inte beror på genetiska eller hormonella faktorer, utan något som är relaterat till själva tillståndet i sig. Kongenital adrenal hyperplasi hos kvinnor innebär i de svårare formerna avvikande genitalia vilket är förknippat med skam och stigma. Dessutom är det ett kroniskt sjukdomstillstånd, kräver livslång mediciner och påverkar hypothalamus-hypofys-binjureaxeln.

Farmakologiska aspekter

En helt annan, men viktig, aspekt av könsskillnader är att de allra flesta läkemedel utprovats på män, bland annat av oro för teratogena risker och för att inte behöva ta hänsyn till hormonfluktuationer under menstrationscykeln. Det innebär att säkerhetsaspekter och läkemedelsdoseringar utgår från läkemedelsprövningar på män. Detta har uppmärksamats allt mer och utmynnat i riktlinjer för att ta hänsyn till könsskillnader i vetenskapliga studier [11]. Där föreslås till exempel att både män och kvinnor inkluderas i studier, att resultaten oavsett utfall rapporteras, och att resultaten redovisas utifrån könsfördelning.

Slutsats

Även om psykisk sjukdom drabbar män och kvinnor i lika stor utsträckning, finns det tydliga könsskillnader för de flesta psykiatriska diagnoser. Ökad kunskap om orsakerna till detta skulle också kunna bidra till en generellt ökad förståelse för uppkomstmekanismer till psykisk sjukdom.



Text och foto:

Louise Frisé

Docent, överläkare

Teamet för könsidentitetsutredningar av unga, BUP konsultenhet, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Stockholm

Referenser: www.svenskpsykiatri/tidskriften.html

Två kön och många organ - men bara en arvs massa

Hos många arter uppvisar könen en rad skillnader. Dessa omfattar vanligtvis deras utseende så väl som beteende. Vad är det egentligen som orsakar evolution av könsskillnader, hur är den möjlig då könen har i princip samma gener, och kan detta tänkas ha konsekvenser för hur vi människor fungerar?

Anisogami

Inom sexuellt reproducerande arter kan individer vanligtvis delas upp i två grupper efter storleken på deras könsceller; de som producerar många, små och billiga (spermier) och de som producerar få, stora och dyra (ägg). Med ett fint namn kallas detta anisogami, och normalt kallar vi dessa grupper för hanar och honor. Hur det kommer sig att könsceller förekommer i två storlekar är en historia i sig själv, men vad som står klart är att denna skillnad mellan könen har långt gående konsekvenser för vad det innebär att vara hona respektive hane.

Konsekvenser av anisogami

Att könen har könsceller av olika storlek medför att hanar och honor, utifrån ett evolutionärt perspektiv, premieras för olikheter med avseende på en rad andra egenskaper. För att se detta kan vi ta bananflugan som exempel, vilken min forskning är centrerad kring. Bananflugan kan verka avlägsen många andra livsformer, inklusive vår egen, men faktum är att många av de principer som gäller för denna art också gäller för andra djur. Bananflugan fungerar därför utmärkt som en modell för att förstå många fenomen i naturen.

Om vi börjar med bananflugehonan så är det förstås många faktorer som avgör hennes reproduktiva framgång. Men, eftersom hennes ägg är dyra att producera gynnas hos henne främst egenskaper som gör att hon snabbt kan lokalisera och konsumera stora mängder föda (från en flugas horisont alltså), och sådana som gör att hon effektivt kan omsätta denna föda till ägg. Visst måste hon para sig också, men då spermier från en parning räcker till en hel veckas äggproduktion, och att parning innebär ett avbrott från födosök och ökad risk för sexuellt överförbara sjukdomar, bör hon oftare undvika än uppsöka parningstillfällen.

Bananflugehanen, å andra sidan, har med sina många och

små könsceller helt andra förutsättningar. Hans produktion av spermier räcker till att befrukta ett mycket stort antal honor. Antalet avkommor han får beror därför främst på antalet honor han parar sig med. Egenskaper som gynnas hos detta kön är därför sådana som resulterar i ökad chans till parning, vilket i detta fall innebär att både dansa och sjunga (genom att vibrera med en av sina vingar) för potentiella partners.

Evolution av könsspecifika morfologier och beteenden

Mer generellt kan man säga att det är anisogami som



skapar förutsättningar för evolution av könsskillnader, men att det är födans, eller någon annan begränsande resurs, fördelning i naturen som avgör vilka egenskaper som påverkas. Om resursen förekommer fläckvis kan en hane få tillgång till fler partners om han hävdar revir, eftersom resursen drar till sig honor. Att lyckosamt konkurrera om ett attraktivt revir kräver speciella anpassningar, som ofta innefattar att vara stor, aggressiv och försedd med vapen av olika slag. Detta leder vanligtvis till selektionen för skillnader mellan könen, då ovanstående egenskaper snarare sänker än höjer honors reproduktiva potential.

Om födan är mer jämnt utspridd i naturen lönar det sig däremot sällan att hävda revir. I dessa fall har hanarna inte annat att erbjuda än sig själva, och en hanes framgång står och faller därför med hur attraktiv honorna finner honom.

Hos dessa arter gör hanarna därför allt för att imponera på det andra könet. De medel som används varierar otroligt mellan arter, där färg, form, sång, lukt och akrobatik är några exempel. Till följd av detta har några av naturens mest spektakulära så väl som vackra egenskaper skapats, av vilka påfågelstuppens stjärt kanske utgör det mest klassiska exemplet. Även i det här fallet lönar det sig sällan för honorna att ikläda sig hanarnas attribut, då deras färger, former och beteenden ofta är både dyra att producera och gör dess bärare mer exponerad för rovdjur. Återigen leder alltså könscellernas storleksskillnad indirekt till selektion för olika egenskaper hos respektive kön.

En arvsmassa – två kön

Medan det är relativt lätt att förstå att anisogami leder till att könen selekteras för olika morfologier och beteenden, är det betydligt svårare att förstå hur könsskillnader skapas från ett genetiskt perspektiv. Honor och hanar har ju nämligen i princip samma uppsättning gener. Att göra en ändring i DNAt som får samma effekt på båda könen (t.ex. tätare päls) är därför relativt lätt, medan det är betydligt svårare att göra en ändring som bara påverkar ena könet (honor får tätare päls medan hanar inte påverkas), eller könen i olika riktning (honor får tätare päls medan hanar får glesare). Forskning har också visat att det ofta föreligger en konflikt mellan könen med avseende på hur den gemensamma arvsmassan ska vara uppbyggd – vad som är bra i ett kön är ju ofta dåligt i det andra. Det som trots allt gör evolution av könsskillnader möjlig är könsspecifik reglering av de gemensamma generna. Detta innebär att en och samma gen avkodas till olika många proteinkopior i respektive kön, vilket kan ge upphov till könsspecifika egenskaper.

En arvsmassa – många organ

Problemet med att skapa olika egenskaper med en och samma arvsmassa är inte unikt för kön. Inom en individ har alla celler samma arvsmassa. Trots detta differentieras cellerna och producerar vävnader och organ med vitt skilda funktioner. Tänk bara på hur olika hjärtat och hjärnan är! Detta visar att genernas funktion till viss grad kan frikopplas också mellan olika organ. Som i fallet med kön begränsas dock evolutionen av den gemensamma arvsmassan. Detta medför att en arts organ i många fall kan ligga i konflikt

med varandra, med avseende på hur en gen ska uttryckas så väl som fungera.

Uppnås optimal könsskillnad?

Den för könen gemensamma arvsmassan begränsar alltså, i alla fall till hastighet, evolutionen av könsskillnader. Eftersom könen vidare främst selekteras för skillnader med avseende på vissa vävnadstyper håller även de övriga vävnaderna inom ett kön tillbaka evolutionen, då den gemensamma arvsmassan gör att olika vävnadstyper inte är helt frikopplade från varandra. Man skulle därför kunna tänka sig att könen sällan når den grad av skillnad som vore optimal för dem. Troligare är dock att könsskillnaden inom en art lika ofta är för stor som den är för liten, eftersom den optimala skillnaden varierar över tiden och att evolutionen sällan helt hänger med i dessa svängningar.

Konsekvenser för hur människans hjärna fungerar?

Att könsskillnader endast skulle omfatta färg och form och inte inkludera även kognitiva aspekter ter sig inte troligt, särskilt då skillnader i beteenden så gott som alltid föreligger mellan könen – människan inbegripen. Hur kan man då tänka sig att vår hjärnas funktioner har formats under evolutionen gång utifrån ovanstående resonemang? Förmodligen är det många faktorer som bidragit. Först och främst har vår hjärna påverkats av selektion som strävat mot att förbättra dess funktioner oberoende av kön. Utöver detta har den även selekterats separat i män och kvinnor, för egenskaper som gynnat just det könets reproduktion, i alla fall utefter de förutsättningar våra förfäder levde under. Slutligen, och kanske mest bisarrt, kan man även spekulera i att den genetiska kopplingen mellan våra olika organ har resulterat i att vår hjärnas funktioner också till viss del är en produkt av den evolution som skett i alla våra andra organ. Sammantaget är det kanske inte konstigt att våra hjärnor är komplexa och inte alltid är helt lätta att förstå.

Urban Friberg
Docent i Evolutionär Genetik
Linköpings Universitet



Det finns många anledningar att vara medlem i SPF

Förutom Svensk Psykiatri har Du som medlem
även tillgång till

The British Journal of Psychiatry iPadversion
Nordic Journal of Psychiatry online
The Nordic Psychiatrist
Läs mer på hemsidan under "medlem"

www.svenskpsykiatri.se

Observera att möjligheten att använda CPD Online upphörde den 1 juli 2015.

SPFs Kliniska Riktlinjer ECT uppmärksammade utomlands!

En förfrågan har inkommit från psykiatriska kliniken vid Helsingfors Universitetssjukhus att få översätta SPFs Kliniska Riktlinjer ECT till finska. Då Gothia förlag har sålt slut på både första och andra upplagan har vi kunnat ge ett medgivande att detta görs utan ekonomiska krav.

Hedersamt för SPF och jag ber att få gratulera huvudförfattarna Pia Nordanskog och Axel Nordenskjöld för detta erkännande!

Dan Gothefors
SPFs ansvarige för riktlinjearbeten



Senaste nytt från SPF Utbildningsutskott

Under hösten 2016 har några av Utbildningsutskottets medlemmar tackat för sig. Hans Ericson och Michael Andresen är inte bara två kollegor som är väldigt trevliga att arbeta med. De är två psykiatrer som under många år har tagit ett mycket stort ansvar för att värna om kvaliteten i såväl grundutbildning som AT, ST och fortbildning. Orden räcker inte till för att beskriva deras insatser, alltid präglade av hög kompetens, smittande engagemang och aldrig sinande arbetsvilja. En till kollega som vi kommer att sakna är Margareta Malm, som har haft huvudfokus på fortbildningsfrågor. Hennes arbete med att lyfta fortbildning på agendan har banat väg och varit till inspiration för många. Å hela gruppens vägnar vill jag passa på att tacka alla dessa tre och önska dem varmt lycka till i sina fortsatta uppdrag!

Nyttillskotten lät sig inte vänta. En av dem är Alina Karanti, psykiater i Västra Götaland som också arbetar med fortbildningsfrågor. Jag vill hälsa Alina mycket välkommen till vår grupp! Ytterligare ett tillskott att vara stolt över är psykiatrins nya SPUR-samordnare, Maria Markhed, som redan representerar SPF i det europeiska samarbetet "UEMS Psychiatry". Maria har tidigare arbetat som studierektor i Uppsala, som psykiater i Nya Zeeland och har mångårig erfarenhet som SPUR-inspektör runt om i landet.

Just SPUR-verksamheten har på senare tid tagit fart igen, mycket tack vare den nya ST-föreskriften som rekommenderar inspektioner vart femte år. Psykiatrin har hela sex stycken nyutbildade inspektörer, som bara väntar på att få komma igång och inspektera. Du som är studierektor kan i samråd med verksamhetschefen höra av dig till Lipus och beställa en SPUR-inspektion av din verksamhet. Inspektionen är inte bara en chans för dina ST-läkare att påverka sin utbildning, för egen del och för kommande kollegor. Den är också ett gyllene tillfälle för kliniken att få genomtänkt och riktad återkoppling, med både förbättringsförslag och beröm som (jag lovar) du kommer vilja skryta om!



Alessandra Hedlund
Facklig sekreterare SPF
Överläkare Norra Stockholms Psykiatri



Dagordning till årsmötet i Svenska Psykiatriska Föreningen

Tid: Torsdag den 16 mars 2017, klockan 17:00
Plats: Svenska Mässan, Lokal R2, Mässans Gata 24, Göteborg

1. Årsmötet öppnas
2. Val av ordförande för mötet
3. Val av sekreterare för mötet
4. Val av justeringsmän
5. Godkännande av kallelse
6. Fastställande av föredragningslista
7. Behandling av
 - i. styrelsens verksamhetsberättelse
 - ii. skattmästarens redogörelse
 - iii. revisorernas berättelse och ansvarsfrihet för styrelsens förvaltning
8. Bestämmande av årsavgift för nästkommande arbetsår
9. Behandling av motioner, ärenden eller förslag, vilka förelagts mötet av styrelsen eller väckts av föreningsmedlemmar
10. Val av revisorer och revisorssuppleanter
11. Val av styrelse
12. Val av hedersledamot
13. Val av representanter i Svenska Läkaresällskapets fullmäktigeförsamling och suppleanter för dessa
14. Val av valberedning
15. Frågor som skall underställas Svenska Läkaresällskapets fullmäktige
16. Övriga frågor
17. Mötet avslutas

Hans-Peter Mofors
Ordförande i SPF

OBS! Ändringar och tillkommande ärenden uppdateras fortlöpande på hemsidan
www.svenskpsykiatri.se



I Jonathan Franzens bok "Frihet" säger en av karaktärerna, en rik och vacker ung kvinna, till en av bokens huvudfigurer när deras relation har tagit slut: "Trodde du verkligen att jag betraktade dig som marriage material?" Hon hade bara velat ha honom som förströelse, och när han inte längre roade henne blev han dumpad. Det var inte tal om en seriös långvarig relation för henne. När det gäller sådana allvarliga saker kan man inte gå på sina känslor, att välja en livspartner kräver eftertanke och omdöme. Man måste välja bland tänkbara partners som lever upp till att vara "marriage material".

Hur ser det ut i reklamens värld när relationer mellan kvinnor och män beskrivs, vad är det som man där vill framhäva i kvinnors och mäns attraktionskraft? En inte oviktig aspekt i att umgås med det motsatta könet går ju ut på att vara attraktiv. Det är ju en bra början att vara hel och ren, men för många är tillägg av en artificiell doft, en parfym, något av intresse. Hur görs reklam för parfym? Nästa gång ni går genom en Taxfree på en flygplats eller färja, kolla in parfymavdelningen och ha begreppet "marriage material" i medvetandet.

På damavdelningen ser man huvudsakligen två sätt som parfymerna presenteras i reklambilderna. Vi har Miss Dior, Illusion, Obsession, Poison, Eternity now, Guilty. Använder man någon av de parfymerna blir man en sexbomb som ger partnern löften om obegränsad njutning utan hämningar. Perfekt som julklapp till älskarinnan. Men det finns också en

annan kategori. Även här är kvinnorna på reklambilderna överjordiskt vackra och attraktiva. Men de är en aning äldre, och har en mer drottninglik framtoning. Namnen är mer återhållna; J'adore, Jasmin noir, Olympia, Cherie, Covet, Givency. Här går tankarna till kompetent värdinna och god mor, definitivt "marriage material". Vi hittar parfymerna man köper till sin blivande fru i julklapp. Och så finns det faktiskt en tredje kategori, inte lika många märkesnamn och kanske inte lika exponerade i försäljningsmontrarna; Chloe, Armani dam. Fortfarande lika vackra kvinnor, men påtagligt mer påklädda och med en självsäker, värderande blick och hållning. Det är nog parfym som kvinnor köper till sig själva, för vilken man vill väl riskera att frugan blir förvandlad till kompetent affärskvinna?

Och hur ser det då ut på herravdelningen? Hur gör man reklam för parfym till herrar? Här finns bara ett alternativ. Rak, djurisk sexighet! Axe find your magic, One Million by Paco Rabanne, Armani Mania, Black XS, eller rätt och slätt "Man". Bara muskulösa bringor, svällande muskler, lystna blickar. Ohämmad lustutlevelse. Köper kvinnor det till sin man med förhoppningen att lördagskvällen ska bli lite mer spännande? Eller köper män det till sig själva för att stärka sitt självförtroende? En sak är säker, här är det inte "marriage material-kvaliteter" som framhävs.

Per Gustafsson
Professor, överläkare
BUP-kliniken Linköping



”Manlig depression”, stress och suicid i förändringstider

Foto: Shutterstock/ Photographee eu

Paradoxer och ett stressrelaterat samhällssyndrom

Det är en myt att männen är det starkare könet i tider av förlust av objektkonstans, genusförändring och perspektivlöshet. I Europa har männen genomgående 5-20 år kortare livslängd än kvinnor – och de reagerar snabbt på samhällstress med förändringar i medellivslängden. Faktorerna bakom är ett patogent mönster av beteendesätt, kännetecknat av aggressivitet, våld, osund och riskfylld levnad, missbruk samt destruktivt och självdestruktivt beteende som leder till en kraftfull ökning av männens sjuklighet. Detta förstärks av männens obefintliga förmåga att söka hjälp, att lära sig styrkan att kunna visa sig svag i tid, av deras ofta påtagligt otrevliga sätt att avvisa hjälp eller rent av förlöjliga den när den väl erbjuds. Samt av omgivningens oförmåga att se eller vilja se hjälplösheten och depressionen bakom ett utåtriktat aggressivt, ”pseudopsykopatiskt” och ibland ytterst litet ”rumsrent” beteende.

Diagnoser som ges fokuserar istället på personlighetsstörning, utåtagerande aggressivitet, dålig

impulstolerans, psykopati, missbruk eller (själv)-destruktivt riskuppsökande – allt troligen orsakat av en bakomliggande depressivitet.

Omfattande forskning och erfarenhet visar att befolkningens morbiditet och mortalitet reagerar snabbt på samhällsstress. Slående är att Europas manliga befolkning här visar sig mest sårbar och känslig för stress och förändringens påfrestningar, med en snabb och nästan seismografiskt sjunkande livstidsförväntan, framförallt i form av en stressrelaterad tidig dödlighet och ökade suicidsiffror. Men också siffrorna för olyckor, ”Death by external causes”, homicidier, kardiovaskulära och cerebrovaskulära sjukdomar, alkoholmissbruk och missbruksrelaterad dödlighet samt diabetes B förändras i ett mönster som tydligt karakteriserar samhällen i stress. Detta mönster reagerar snabbt på både förbättringar och försämringar i samhällets patogena stressladdning. Männens depressionsincidens är samtidigt väldigt låg jämförd med kvinnornas. Kvinnor reagerar också på

samhällsstress, men enbart med en bråkdel gällande frekvens och amplitud av dödsorsakerna.

Männens medellivslängd har under 90-talets dramatiska samhällsförändringar i Östeuropa minskat med ca 10 till 20 år i Europas mest utsatta områden och ibland närmast sig nivåer liknande Subsahara-regionens låga siffror. En normalisering skedde dock överlag, till exempel i Baltikum, när efter ett EU-närmande hopp, förutsägbarhet, sysselsättning och optimism återigen gjorde sig gällande.

Ungersk och annan forskning visar att suicidsiffrorna är som störst i regioner där antalet diagnostiserade depressioner är som lägst. Mycket talar idag för att en förbättring av framförallt igenkännandet av den manliga depressionen i Europas länder skulle leda till avsevärda minskningar i en suicid- och våldsspiral vilken sedan länge har varit ett folkhälsoproblem. Intressanta internationella erfarenheter finns ifrån t.ex. undersökningar av USA:s "Amish population" och/eller ortodoxa judar där aggressivitet och alkohol är strängeligen tabu. Dessa visar en mycket lägre manlig mortalitet och samma låga depressionsincidens hos män som kvinnor. Däremot uppvisar ryska områden, som är mest utsatta för arbetslöshetsframkallad stress, den högsta graden av minskad livstidsförväntan samt en ökad manlig mortalitet med knappast några manliga depressioner alls. Detta är i enlighet med den ungerska forskningen.

En problematisk manlig mortalitet i Europas "Countries of Transition" - tidigare framförallt i central- och östeuropeiska samhällen, är idag även kännbar i t.ex. medelåldersmännens riskpopulationer i Grekland, Spanien, Italien och USA.

Den "manliga depressionen"

Mäns symtom är ofta annorlunda än kvinnors och på ett typiskt sätt "otypiska". Män uppsöker sällan medicinsk hjälp. Gör de det så talas oftast om kroppsliga bagateller eller allmänna symtom inkluderande trötthet, sömnlöshet, rastlöshet eller viktförändring. De kan vara regressivt självömkande eller argt irriterade istället för att känna sig nedstämda och är ofta omedvetna om eller ovilliga till att se eller vidgå sin depressiva hjälplöshet.

Erfarenhet och forskning visar att män brister påtagligt i sjukdomsinsikt och förmågan att känna igen och kännas vid sin egen depression och dess symtom. Orsaken är oftast en orealistisk konventionell självbild med kravet att inte få visa svaghet samt en alexitymisk oförmåga att känna av och rapportera sitt stämningsläge.

Ett tidigt tecken på depression kan vara att mannens personlighet ändras. Ofta är detta relaterat till en negativ och/eller stressande "life-event". Socialt kompetenta män, kollegor och familjefäder blir omöjliga att ha att göra med, beslutsamhet ersätts av oförmåga att fatta enklaste beslut, balans av lättväckt otålighet. Denna personlighetsförändring kan vara svår att förstå både för mannen själv och hans omgivning. Han kan till exempel

börja arbeta dag och natt, bli mycket aktiv sexuellt, aggressiv, utagerande, rastlös och irriterad. De vanligaste symtomen är kroppsliga smärtor, risktagande beteende och vrede eller aggressivitet. Ofta finns en ärftlighet för alkoholism, suicid eller våld i de drabbade männens släkt. Medan deprimerade kvinnor ofta söker hjälp och får lugnande och i bästa fall antidepressiv medicin så drar sig många män för läkarkontakt och börjar självmedicinera med alkohol och andra droger. En självmedicinerande missbruksbenägenhet med åtföljande avhämning, destruktivitet och självdestruktivitet förstärker den sociala deklinationen.

I dag anses 60 % av mannens begynnande alkoholism vara orsakad av en bakomliggande depression. En av huvudfaktorerna bakom familjevåld och övergrepp mot kvinnor i nära relation måste även anses vara alkoholrelaterad.

Dagens depressionsdiagnostik har hittills baserats framför allt på rapporterade depressionssymtom. Gängse depressionsskalor ger en övervikt för symtom som kvinnor berättar om. Detta i sin tur leder till adekvat diagnostik för den kvinnliga depressionen, men en underdiagnostik gällande depressiva män och den felaktiga slutsatsen att depression är en kvinnornas sjukdom.

Männens depressioner blir alltså ofta inte igenkända eller behandlade, vilket troligen är den bakomliggande orsaken till paradoxen att män enbart hälften så ofta anses vara deprimerade, men tar livet av sig tre till fyra gånger oftare än kvinnor, trots att vi vet att majoriteten av alla suicid sker i ett tillstånd av klinisk depression.

Det är hjälplösa, vanmäktiga och desperata män i alla samhällskategorier och etniska folkgrupper som kan bli våldsamma och farliga för sig själva eller andra. Ett tidigt igenkännande och behandling av mannens annorlunda depression och hjälplöshet är viktigt och behandling är nödvändig också ur ett folkhälsoperspektiv.

Symtomglidning

På senare tid har den manliga symtombilden i stigande grad även rapporterats hos kvinnor, där speciellt aggressivitet och dålig impulsstyrning har blivit allt vanligare. Ett resultat av Gotlansskalans olika evalueringar (se separat artikel) var det intressanta faktum att symtombilden som för ett årtionde fortfarande framstod som ett mera specifikt manligt fenomen idag i stigande grad tycks omfatta även kvinnor, vilket till exempel studier och erfarenheter från Tyskland och Danmark visat. Erfarenheter ifrån dessa länder och även vårt land visar att även deprimerade ungdomar i tilltagande grad uppvisar en liknande depressiv och utåtagerande symtombild, vilket igen innebär risker till icke igenkännande, feldiagnostik och felbehandling av detta mycket suicidbenägna atypiska depressiva tillstånd.

Att förebygga, känna igen och behandla "manlig depression" – ett aktuellt behov

Samhällens förändringsstress är knappast i avtagande, vilket aktuella politiska skeenden klart visar. Även i vårt land, där arbetslivets förändring anses vara en av det mest dramatiska i världen och där flyktingproblematiken ingalunda upplevs som ringa, kan tydliga tecken på ett stressrelaterat samhällsyndrom skönjas. Bland annat i form av ökade marginaliseringstendenser, en förminskad demokratipotentia i form av minskad tolerans och pluralism, och en ökad benägenhet till syndabockstänkande, marginalisering, utfrysning, och enkla, svartvita och populistiska lösningar.

Invandrarna i vårt land består till stora delar av dessa män i riskzonen, som måste finna sig i att acceptera dramatiska förändringar i deras värdesystem, där i vårt sekulariserade land deras tidigare rättesnören ställs på huvudet eller inte synes gälla längre. Följden är att tidigare familjeöverhuvuden som såg sin stolthet, sitt ansvar och sin relevans i att försörja sin familj och ge den sin sociala status, plötsligen måste finna sig i att bli stämplade som patologiska, patogena och potentiellt kriminella våldsvärkare – i en hjälplös sysslolöshet de knappast kan påverka och där familjeförsörjningen ligger i helt andra händer. Resultatet blir allt som oftast en motsvarande, självuppfyllande och farlig depressivitet.

Även ungdomarna befinner sig ofta i en liknande situation, som kännetecknas av perspektivlöshet och få möjligheter att utveckla en identitetsskapande professionalism – i invandrandomarnas fall ofta i enlighet med familjens kulturella värderingar.

Behandling

Avgörande för att kunna hitta, känna igen och behandla dessa desperata och mycket självmordsbenägna män, som oftast inte är benägna att söka hjälp själva, är att använda sig av alternativa "arenor" eller strategier.

Här behöver både preventionen, psykoterapi och den farmakologiska behandlingen – som fungerar lika bra som i vanlig depressionsbehandling om "compliance" föreligger – personcentrerat anpassas till riskgruppernas och männens ofta bristfälliga förmåga att söka hjälp, vara motiverade, ta emot behandlingen och inte vara aggressivt eller hänfullt avvisande till stödet som erbjuds.

Det är ett personcentrerat arbetssätt, med empati och kulturell kompetens, där inte männen eller mansgrupperna schablonmässigt dras över en kam som kan bli lösningen – ett grannliga ansvar, som omfattar samhällets och den psykiska hälsovårdens alla sektorer och professioner.

Vad göra?

Den medvetenhet när det gäller männens depression och dess även ibland rentav farliga konsekvenser som

finns i andra länder – i Tyskland har till exempel för någon månad sedan en bok publicerats av en medarbetare och forskare i ämnet, som redan idag har blivit en bestseller – bör leda till en adekvat problemmedvetenhet även i vårt land. Behovet av förebyggande och behandling finns hos oss till fullo och väntar på någon form av övergripande approach. Information och utbildning, rätt genomförd och anpassad till lokala förutsättningar är möjliga och effektiva, måste genomföras där behoven upplevs med ett initiativ nedifrån men även motsvaras av en satsning ifrån samhällets beslutande administrativa och politiska nivåer, grupper och institutioner.

Screeninginstrument finns och fungerar, dels i form av skalorna som är användbara som checklista som till exempel Gotlandsskalan, dels i form av ett första screeninginstrument som WHO 5 Wellbeing-Scale som inte frågar efter depressionssymtom, som männen ändå aldrig svarar på, utan söker efter mer eller mindre välmående. Skalan kan användas i olika sammanhang, bland annat av närstående, sociala nätverk eller arbetslivets parter och fungerar enligt forskningen bra. Erbjudanden om stöd, hjälp och bedömning bör erbjudas i en servicestruktur som tar hänsyn till de speciella problem med att söka hjälp som föreligger. Män söker ofta inte av sig själva, servicen bör designas som en uppsökande sådan, speciellt när det gäller riskgrupper under ianspråktagande av mindre konventionella nätverk, nya plattformar och arenor och med fokus på att göra hjälpen inte bara tillgänglig men också acceptabel för dem som mest behöver den. Erfarenheter här finns ifrån andra europeiska länder.

Redan välfungerande etablerade institutioner som är involverade i arbetslivet eller missbruksproblematiken bör och kan involveras och utgöra nya plattformar för diagnostiken i ett läge där vi måste räkna med att drabbade individer inte självmant söker hjälp. Detta förutsätter även ett fortsatt massmedialt engagemang med en individuell och personcentrerad fokus på det som gör männen sjuka och suicidala: Männens deficit i egenmakt och framtidsperspektiv, ifråntagningen av eller aldrig utvecklad identitet och professionell värdighet, sammanbrott av många mäns sociala strukturer och avsaknaden av social signifikans, värdighet, kränkningar, statusförlust och identitetssammanbrott bör ses och bemötas.

Psykisk hälsa, säger WHO, är "everybody's business", vilket gäller i högsta grad den här diskuterade problematiken.

Wolfgang Rutz
MD, PhD

Referenser: hos författaren



Foto: Shutterstock/ almgren

Under 80-talet hade Gotland den högsta suicidfrekvensen i Sverige – detta trots en hög livskvalitet som dock var minskad av dramatiska samhälleliga förändringar. Fiskerinäringen minskade dramatiskt, gårdarna gick i konkurs. Öns allmänläkare rapporterade en ökad hjälplöshet inför alla dessa hjälplösa människor som oftast resulterade i ett farligt och demoraliserande suicidalt förlopp och krävde hjälp av den lokala psykiatrin.

Dess svar blev att med hjälp av den svenska PTD-kommittén (Prevention and Treatment of Depression) organisera ett utbildningsprogram med syftet att ge kollegorna verktyg för att bättre kunna bemöta situationen – att förbättra allmänläkarnas förmåga att diagnostisera, behandla och följa upp depressiva tillstånd. Utbildningsinterventionen som sedan har extensivt studerats, publicerats och lett till en avhandling, visade en klar minskning av depressionsrelaterad morbiditet och mortalitet i form av suicid, men så gott som uteslutande hos kvinnor. En närmare psykologisk autopsi av den fortfarande så gott som oförändrade manliga suicidaliteten under hela 80-talet gav vid handen att männen före sitt suicid uppvisade en tämligen stereotyp återkommande bild, som väldigt litet överensstämde med den depressionsbild som förmedlades av läroböcker och befintliga skattningsskalor. Depressionsbilden var typisk i sin atypiska symtomprofil och beskrevs i den senare postulerade och publicerade Gotlandsskalan (se nedan).

Samtidigt visades att männen knappast hade någon kontakt med allmänläkare, än mindre med den lokala psykiatrin före sitt suicid. Om det fanns en samhällskontakt – oftast en ömsesidigt frustrerande sådan – så fanns den med t.ex. polisen, alkoholistvården eller hade samband med männens ekonomiska problem. Symtomen som tolkades som en bild av en underdiagnostiserad, farlig, mycket suicidbenägen och vanligt förekommande atypisk manlig depression sågs som en av förklaringarna till de i min andra artikel beskrivna manliga depressionernas paradoxer och blev föremål även för massmedial uppmärksamhet. Symtombilden byggdes in i ett uppföljande utbildningsprogram om depressioner till Gotlands läkare men ingick också i informationsverksamheten riktad till t.ex. socialvården och polisen. Resultatet blev att man för första gången på nittioalet även kunde påverka Gotlands manliga suicidsiffror efter att kvinnliga suicider närmast hade försvunnit ur statistiken. Detta på grund av att de flesta deprimerade kvinnor redan dessförinnan hade intensiva kontakter med primärvården och på så sätt kom i åtnjutande av doktorernas förbättrade depressionsbehandlingskompetens.

Gotländska mäns depression – den kliniska bilden

Att bli rastlös och inte bete sig som vanligt. Att förlora handlingskraft och beslutsförmåga. Att ha svårt för att komma igång på morgnarna, inte känna sig motiverad för en ny dag. Att visa isoleringstendenser och dra sig undan från familj och vänner. Att bli lätt förvirrad, orolig och

upprörd och visa en oförmåga att känna lust för aktiviteter. Att ägna sig åt risktagande: t.ex. farliga sporter, spel om pengar, våghalsig bilkörning, tillfälliga sexkontakter. Att ge uttryck för ilska och "kort stubin". Att reagera överdrivet på kritik, uppvisa aggressivitet och ibland våldstendenser. Att försumma ansvar och inte bry sig om hur de beter sig. Att förneka depressionskänslor. Även tanke- och känslvärlden förändras med förlorat självförtroende, återkommande tankar på döden eller självmord. Man talar negativt om sig själv och sin situation: "jag är en misslyckad person", "allt är mitt fel", "livet är inte värt att leva". Att bete sig omoget och självömkande. Att oroa sig för ekonomin. Att uppleva att de har en ändrad status inom familjen.

Det var dessa symtom, härledda ur den retroaktiva psykologiska autopsin, som sedan sammanfattades i "Gotlandsskalan för manlig depression".

Gotlandsskalan för skattning av manlig depressivitet (Rutz, Rihmer, Dalteg 1995)

Har du eller andra hos Dig under den senaste månaden noterat beteendeförändringar som varken Du eller andra känner riktigt igen hos Dig själv och i så fall vilka?

(Inte alls 0, I viss mån 1, Stämmer rätt väl 2, I hög grad 3)

1. Minskad stresstolerans/mer än vanligt lättstressad
2. Ökad aggressivitet, utagerande, svårt med impuls kontroll
3. Känsla av utbrändhet och tomhet
4. "Kronisk" oförklarlig trötthet
5. Mer lättirriterad, rastlös, otillfredsställd
6. Svårt att fatta enkla vardagsbeslut
7. Sömnrubbingar, sovit för mycket/ litet/ oroligt/ insomningsproblem/ tidigt uppvaknande
8. Morgonoro/ängslan/obehagskänsla framför allt på morgonen
9. Har Du känt Dig beteendeförändrad på ett sätt som gör att varken Du eller andra känner igen Dig/är omöjlig att ha att göra med?
10. Har Du känt Dig eller verkat dystert, negativ eller hopplös till sinnes, "sett allt i svart"?
11. Har Du känt eller andra noterat okända tendenser till självömkan, klagande, «ynklighet»?
12. Finns i Din ursprungsfamilj anlag för missbruk, depression/nedstämdhet, självmordsbeteende eller ökad benägenhet till riskbeteende?
13. Överanvändning av alkohol och tabletter i lugnande och avkopplande syfte. Överaktivitet eller avreagering med hjälp av hetsigt och rastlöst arbete, jogging, annan idrott, för mycket/för litet ätande

Poäng

0-13 Inga indikationer för föreliggande depressivitet

14-26 Depression är möjlig. Specifik, även

psykofarmakologisk behandling möjligen indicerad

27-39 Klara indikationer för depressivitet. Specifik, även psykofarmakologisk behandling indicerad

Behandling

Det finns en utbredd uppfattning om att denna typ av depression är svårare att behandla än den konventionella depressionsbilden. Detta motsvarar inte den gotländska erfarenheten där en konsekvent, ömsesidigt lojal och kontrollerad behandling, med empatiskt stöd men också farmakologisk antidepressiv intervention (på denna tid det serotonin- och noradrenalinaktiva klomipramin) visade tillfredsställande resultat. Som vanligt tillkommer att behandlingen bör in i en holistisk och integrerad helhet, såväl psykoterapeutiskt som farmakologiskt personlighetsanpassad och personcentrerad, med empatiskt stöd och insiktsarbete alternativt eller kompletterat med ett kognitivt terapeutiskt arbete kring den traditionella mansrollens orealistiska jag- och styrkeideal och dess självcentrerade överkrav. Detta under förutsättningen att motivation, bra personkemi och en bärande terapeutisk allians mellan behandlaren och patienten kom till stånd vilket inte alltid var lätt.

Misslyckades behandlingen, så var orsaken på patientens sida så gott som alltid brister i motivation, följsamhet, förändringsvilja och ifrån behandlarens sida bristande förmåga att erbjuda en adekvat sympatisk och empatisk hållning. Det är inte alltid lätt att se hjälplösheten i en strulig, fientlig, otacksam och aggressivt framtonande depressionsbild.

En erfarenhet här var att det ofta var intresset för familjen och familjens fortbestånd respektive rädslan för arbetets förlust och ekonomiska konsekvenser som blev den avgörande faktorn. Ett involverande av anhöriga och/eller arbetsplatskamrater hade ibland en avgörande betydelse för att säkerställa följsamhet och motivation.

Gotlandsskalan internationellt

Skalan aktualiserades sedan som ett screeningsinstrument såväl för egenskattningsinstrument som för skattningar utförda av behandlare eller närstående. Den är idag översatt till mer än 10 språk - ifrån isländska till mandarin - och används i motsvarande länder. Valideringar, också i jämförelser med konventionell depressionsdiagnostik, har skett bl.a. i Italien, Island, Polen, Taiwan, Ungern, Danmark, England och Tyskland. Användarna rapporterade tillfredsställande resultat, även vid användning i utbildning till första linjens läkare respektive medicinsk personal - allt anpassat till landets lokala förhållanden.

Wolfgang Rutz
MD, PhD

Referenser: hos författaren

Kön Spridda minnen



Jag avskyr stereotyper. Både hos kvinnor och hos män fördelar vi oss nog enligt Gauss-kurvor. Det finns både män som lyssnar till musik av Hildegard av Bingen och som skrär om att de vill bli president i USA. Det finns kvinnor som dundrar på och förtalar sina f.d. män i böcker, men också sådana som lämnade societetskarriärer och i stället blev krigssköterskor.

Visst har könsroller spelat roller genom livet. Är född 1940 och växte upp på Gärdet i Stockholm. I mitt hem var det en självklarhet att det var min far som lönearbetade som lärare i innerballistik och min mor var hemmafru. Lärare i skolan var i början nästan alltid en fröken, med den manlige överläraren som undantag. Började sedan i ett läroverk för enbart gossar där jag gick i 6 år. Så annorlunda det blev när jag efter andra ring bytte till Statens Normalskola, där vi i min klass (reallinjen, biologisk gren) var 15 tjejer och 10 killar. Vilken balans!

Hade man hyfsat studentbetyg "skulle man söka till Karro". Och det gjorde jag och kom in direkt. En helt ny värld, i början rätt mansdominerad, både bland lärare och studenter. Inte särskilt kul i början – histologi med en professor som hade bruna sympatier passade mig inte. Men kemi med den legendariske professorn Erik Jorpes, son till en fattig fiskare på Kökar, var krävande men han hade en utstrålning som få. Det har skrivits en hel biografi om honom, och Åland har gett ut frimärken för att hedra hans insatser för att renodla mukopolysackariden heparin.

Jag tror att jag polariserat. Inte tänkte i manligt-chauvinistiska eller feministiska termer på den tiden. Jag minns att två kvinnor, den ena vänsterinriktad och den andra konservativ, ofta hade hetlevrade diskussioner på rasterna. Men båda blev specialister och professorer ändå. Killarna höll rätt sams såväl med andra killar som med tjejer. Vi var rätt hjälpsamma och tog nog studierna, heltid, på allvar.

Dags ut på kliniken 1963. Oftast var inom medicin och kirurgi läkarna karlar och sjuksköterskor kvinnor. En del verkade stukade av livet och omsatte sina personliga besvikelser i närmast sadism mot läkarkandidater. Men hur skulle det bli – rollen sågs som ett kall, avdelningsföreståndare var oftast ogifta och hade tidigare ibland haft sin bostad i ett kyffe längst in på avdelningen.

Inom psykiatri hade jag en traditionell manlig kursledare, en kvinnlig biträdande överläkare som störsäkert ställde helt fel diagnos på en jourpatient, och en kvinnlig nonchalant underläkare. Psykiatriundervisningen var traditionell men polariserad. Läroboken var med dagens mått urusel. Evidensbegreppet var okänt. Om inte psykoanalys fungerat på 5 år var det bara att börja i reanalys. Analysanden skulle betala själv.

När jag räknar igenom namnteckningarna i mitt med.-lic.-betyg finner jag namnen på 27 män och en kvinna (ögonprofessorn Birgitta Zetterström-Karpe). Så var det vid Karolinska Institutet 1968.

I min forskning samarbetade jag i början med kvinnliga laboratorieassistenter och sedan med den fantastiska psykologen Anna-Lisa Myrsten, som var den första icke-medicinare som disputerade vid medicinsk fakultet. Hon var också ambassadörshustru – det kan inte ha varit lätt för en skicklig forskare i psykologi att följa sin make på hans olika utlandstjänster, i bl.a. Belgrad, Ankara och Strasbourg, men hon blev docent i alla fall.

Jag har senare på olika sätt fått arbeta med docent Lena Dahlgren, docent Gunilla Larsson, barnmorskan, medicine hedersdoktorn Christina Ottenblad och överläkaren Ann Engström och med hedersledamoten i Svenska Psykiatriska Föreningen, Lise-Lotte Risö Bergerlind. Var för sig härliga skickliga pionjärer och nydanare.

I olika roller har jag handlett 14 doktorander. Sju kvinnor, sju män! Jämfällt.

På Huddinge sjukhus hade jag en tid tjänsterum nära väntrummet för könsbytesmottagningen, skickligt driven av överläkaren Cecilia Dhejne. Visst såg jag de väntande ängsliga patienterna.

Tänker kvinnor mer på etik än vad män gör? Ibland kanske, men inte alltid. När jag granskat doktorsavhandlingar, särskådar jag numera särskilt etikillstånden. Jag har också varit nere i Kls arkiv och läst aktuella etikillstånd i original. Susanne Bejerot har som professor och handledare vågat sig in på ett tabuanknutet område. Doktoranden Jonna Eriksson, civilingenjör i teknisk fysik, läkare och som vill bli psykiater, fick skriva om sexualvanor vid autism spectrum disorder vid "the extreme male brain".

Så visst har mycket hänt vad gäller könsroller. Det var roligt att få träffa Karolinska Institutets första kvinnliga rektor på mer än 150 år, Harriet Wallberg.

Jag minns en "skämtteckning" där man såg läkaren förr och nu. Förr en piedestal där en typisk manlig professor pöste med handen instucken i den vita rocken, och nu en kvinnlig läkare som släpade hem matkassar.

Ulf Rydberg
Professor emeritus, tid. överläkare

Hur mår den svenska ST-utbildningen?

Referat från Framtidens specialistläkare 2016

Kongressen "Framtidens specialistläkare" har anordnats vartannat år sedan 2008 på initiativ av Ola Björgell, regionöverläkare i Region Skåne. Årets kongress ägde rum i Malmö 7-9 september och samlade cirka 1200 personer. ST-läkare och studierektorer oavsett specialitet samlades under samma tak för föreläsningar, seminarier och erfarenhetsutbyten.

Socialstyrelsen var där och informerade om ST-föreskriften, om olika konsekvenser av yrkeskvalifikationsdirektivet samt om ett pågående arbete för att ta fram ett stöd för handledarutbildning, vilket beräknas bli klart i början av 2017.

Sveriges Läkarförbund samlade över 100 studierektorer för ett spännande program med både nationella och internationella perspektiv, det senaste från SPUR, samt praktiska tips för att utforma egna kurser.

Olika enkäter redovisades, med data från bland annat SYLF och ST-barometern. Resultaten var ganska samstämmiga. Utvecklingen går åt rätt håll, om än lite sakta och framförallt olika beroende på var i landet man befinner sig. Några förbättringsområden som lyftes fram var: antal handledningstillfällen per år, tid för inläsning, förekomst av bedömning och återkoppling, särskilt på de icke-medicinska delmålen, som ledarskap och kommunikation.

En (visserligen liten) kvalitativ studie visade att ST-utbildningen fortfarande är tids- och processtyrd, inte målstyrd. Det betyder att vi hellre bockar av utbildningsaktiviteter (de här placeringarna, de här kurserna) istället för att fokusera på bedömning av kompetens – det som heter så fint, "uppföljning av måluppfyllelse".

Eric Holmboe från ACGME uttryckte det så snyggt: *"Time is a resource for learning, not the basis of progression of competence."* Jag har en kollega som genast skulle

svara: *"What measured gets done!"* Och visst är det så, Socialstyrelsen kräver ett antal intyg. En himla massa intyg, om man ska vara ärlig. Men här har vi faktiskt ett ansvar för processen som ligger bakom dessa intyg. Detta kan vi faktiskt påverka, som studierektorer, handledare och ST-läkare. På många håll i landet har man kommit en bra bit på vägen, för de flesta gäller det att medvetet fortsätta arbeta i den riktningen.

Egentligen behöver vi inte flera bedömningsinstrument. Vi behöver bli duktiga på att använda oss av dem vi redan har. En klok kollega sa: *"Vi har massor med tillfällen att bedöma våra ST-läkare på"* och visst är det så! Handledning, bedömning och återkoppling kan i princip genomsyra vilken klinisk aktivitet som helst. De behöver inte avgränsas bakom handledningssamtals stängda dörr. Och kom ihåg att dokumentera! Lite och ofta.

Alessandra Hedlund
Facklig sekreterare SPF
Överläkare Norra Stockholms Psykiatri

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.svenskabupforeningen.se
www.srpf.se

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri



Deadline för bidrag till
nästa nummer: **08/02**
Tema: **På flykt**





	Kongresshallen (1000)	H1 (200)	H2 (200)	J1 (200)
09.00-09.45	Incheckning med kaffebuffé			
10.00-10.45	Vart är vi på väg? "På spåret" med <i>Johan Cullberg</i> och <i>Marie Åsberg</i> i första klass Välkommen ombord på SPK 2017 hälsar Svenska Psykiatriska Föreningen genom <i>Joar Guterstam</i> och <i>Tove Janarv</i>			
11.00-11.45	Känslostormar - Emotionell instabilitet och hjärnan <i>Predrag Petrovic</i>	Samlarsyndrom – varför slänger de inte bara skräpet? <i>Christian Rück</i>	Tvångsåtgärder i Sverige och andra länder – finns det alternativ? <i>Anna Björkdahl, Martin Röndholm, Tuula Wallsten</i>	Åtstörningar pre- och postpartum: från epidemiologisk forskning till implementering av internet-baserad psykoedukation <i>David Clinton</i> Kan forskare, kliniker och brukare arbeta tillsammans för gemensamma mål? Erfarenheter från åtstömningsområdet <i>David Clinton, Hanna Kihlander</i> Att mäta psyko-sexuell hälsa med Clinical Assessment of Psycho-Sexual Health (CAPSex): Utveckling och standardisering av ett nytt instrument <i>David Clinton</i>
12.00-13.00	LUNCH	LUNCH	LUNCH	LUNCH
13.00-13.45	Hjärnavbildning – har forskningen betydelse för den kliniska vardagen? Introduktion, <i>Lars Farde</i> Nya PET-studier av serotoninssystemet - världens äldsta transmittor <i>Johan Lundberg</i>	Telepsykiatri – så funkar det <i>Christer Allgulander</i>	Ordet till chefläkaren - när ledningen inte tar sitt ansvar... Rapport från IVO <i>Charlotta Brunner, Tuula Wallsten</i>	Nationella riktlinjer för personlighetsstörningar <i>Lisa Ekselius m fl</i>
14.00-14.45	Morfologiska hjärnförändringar vid psykos – kan MR användas för diagnostik? <i>Ingrid Agartz</i>	Schematerapi – en evidensbaserad behandling för personlighetssyndrom <i>Carl Gyllenhammar, Poul Perris</i>	LVM och SiS – en utmaning för vården! <i>Christina Persson, Tuula Wallsten</i>	
14.45-15.15	KAFFE	KAFFE	KAFFE	KAFFE
15.15-16.00	Schizophrenia genomics in Sweden <i>Patrick Sullivan</i> (på engelska) Genetiska orsaker till syndrom, missbildningar och utvecklingsstörning Ann Nordgren	Väggen - en utbränd psykiaters noteringar <i>Pia Dellson</i>	Medicinsketiska aspekter på lagarna om psykiatrisk tvångsvård <i>Pontus Höglund, Niklas Juth</i> Ett nytt perspektiv på straffansvar? <i>Pontus Höglund</i> Moderator: Tuula Wallsten	Psykiatrisk forskning i Sverige - en översikt. Professorer från varje universitetssort berättar om verksamheten <i>Susanne Bejerot, Lisa Ekselius, Clara Gumpert, Markus Heilig, Jussi Jokinen, Mikael Landén, Anders Tingström</i> Moderatorer: Mikeal Landén, Lisa Ekselius
16.15-17.00	Moderator: Lars Farde	Allvarligt talat med <i>Johan Cullberg, Susanna Radovic, Wolfgang Rutz</i> Moderator: Ullakarin Nyberg	Farliga brottslingar i öppenvården <i>Ola Broström</i>	
17.15 -	Mingel i Kongressfoajén	Mingel i Kongressfoajén	Mingel i Kongressfoajén	Mingel i Kongressfoajén



	G1	J2 (120)	R2 (72)
09.00-09.45	Incheckning med kaffebuffé		
10.00-10.45			
11.00-11.45	Borderline personlighetssyndrom Aktuell forskning, diagnostik och behandling av individer med Borderline personlighetssyndrom <i>Sophie Steijer</i>	Suicidprevention - ett folkhälsoperspektiv <i>Sven Bremberg</i>	
12.00-13.00	LUNCH	LUNCH	LUNCH
13.00-13.45	Suicid och suicidriskbedömning hos individer med Borderline personlighetssyndrom <i>Ullakarin Nyberg</i>	Griesinger vs Kraepelin Ny lärobok om tredje vågens neurovetenskapliga psykiatri <i>Christoffer Rahm</i>	Svagbegåvning – det dolda handikappet och dess konsekvenser <i>Elna Persson, Kent Thuresson, Julia Walvenius</i> Moderator: Alessandra Hedlund
14.00-14.45		Fysisk aktivitet: en skydds- och riskfaktor för psykisk ohälsa? <i>Emma Forsén, Elina Johansson</i>	"Det finns ingenstans att fly" – hopp om en väg tillbaka - Ullakarin Nyberg intervjuar <i>Ester Eriksson</i>
14.45-15.15	KAFFE	KAFFE	KAFFE
15.15-16.00	Kan ökad cancersjuklighet hos kvin- nor med psykisk ohälsa förklaras av lägre screeningdeltagande? <i>Erik Eriksson, Claes Jönsson, Malena Lau, Junmei Miao Jonasson, Lise-Lotte Risö Bergerlind, Björn Strander, Chenyang Zhang</i>	Psykofarmakologi – principer och interak- tioner <i>Michael Andresen</i>	Brukarrevision - en modell för extern utvärdering och ökat brukarinflytande <i>Conny Allaskog</i> Bemötande med DBT-ansats av självskadepatienter – vad varje läkare bör veta <i>Ulrica Bonde, Désirée Ricken</i>
16.15-17.00		Klassiska MAO-hämmare mycket effektiva antidepressiva <i>Per-Axel Karlsson</i>	Heldygnsvård för patienter med självskadeproblematik – finns det rätt och fel? <i>Basil Ali, Sophie Westling</i>
17.15 -	Mingel i Kongressfoajén	Mingel i Kongressfoajén	Mingel i Kongressfoajén



	Kongresshallen (1000)	H1 (200)	H2 (200)	J1 (200)
09.00-09.45	Upptaget - förberedelser teater	Från Lillhagen till Rågården – en bit av rättspsykiatrins historia <i>Frances Hagelbäck, Bernhard Öhrstedt</i>	Vem bestämmer bäst? Delat beslutsfattande i psykiatri <i>Maria Bendtsen Kronkvist, Katarina Grim, Tove Janarv</i>	Evidensbaserat samarbete mellan psykiatri och primärvård <i>Karin Haster, Martin Rödholt</i>
09.45-10.15	KAFFE	KAFFE	KAFFE	KAFFE
10.15-11.00	Millas Mirakel Teaterföreställning med efterföljande diskussion En teaterföreställning om högstadietjejen Millan som utsätts för mobbing och hennes väg tillbaka till ett bra liv genom inre hjältesa. Efterföljande diskussion med producent och ensemble.	I hjärnan på en psykopat <i>Katarina Howner</i>	Sorgepanel <i>Ulrika Jannert Kallenberg, Susanne Osten</i> Moderator: Ullakarin Nyberg	Utmanande beteenden vid intellektuell funktionsnedsättning <i>Lena Nylander</i>
11.00-11.45		"Framgångsrika" psykopatiska drag - evolutionära aspekter, konsekvenser och forskningsutmaningar <i>Karolina Sörman</i>	Det behöver flickan och mamman för att slippa demonerna <i>Pebbles Karlsson Ambrose, Suzanne Osten</i> Moderator: Maria Larsson	15.000 patienter kan inte ha fel – sanningen om ätstörningar <i>Andreas Birgegård, Johanna Levallius</i>
12.00-13.00	LUNCH	LUNCH	LUNCH	LUNCH
13.00-13.45	Intervju med Sture Bergwall <i>Helena Norman</i> Min berättelse <i>Sture Bergwall</i>	Differentialdiagnostik bipolär sjukdom <i>Mats Adler</i>	Satellitesymposium - Sunovion Welcome and introduction <i>Leif Lindström</i> New Developments in the drug treatment of schizophrenia <i>David Taylor</i> Lurasidone – real world experience case studies <i>Dawn Peleikis</i> Hela symposiet är på engelska	Should I stay or should I go? The Brain Drain Study om migration bland europeiska ST-läkare i psykiatri <i>Tove Mogren, Mariana Pinto Da Costa</i>
14.00-14.45	Manlighet och självmord utifrån Niklas Ekdals bok "Hur jag dog" <i>Ullakarin Nyberg</i> samtalar med journalisten och författaren <i>Niklas Ekdal</i>	Litium och telomerer - kan Litium förlänga livet? <i>Lina Martinsson</i>		När beteendet blir en drog: beroende av spel, mat och träning i teori och klinik Träningsberoende och ortorexi - vad vet vi och hur känner vi igen det? <i>Göran Kenttä</i>
14.45-15.15	KAFFE	KAFFE	KAFFE	KAFFE
15.15-16.00	Hur förhåller vi oss till våra intervjupersoner? Om Macchiarini-affären <i>Svante Nyberg</i> samtalar med journalisten <i>Bosse Lindquist</i> Filmvisning	Litiumeffekter <i>Mikael Landén, Harald Aiff, Carl-Gustaf Elinder</i> Biverkningar driver både patient och läkare till utsättning av litium <i>Michael Ott, Ursula Werneke, Louise Öhlund</i> Moderator 13.00-16.00: Lina Martinsson	EASE – Examination of Anomalous Self-Experience Vad är EASE? – en kort introduktion till konceptet <i>Maria Nilsson</i> Hur EASE skulle kunna förbättra den kliniska schizofrenidiagnostiken <i>Mats Bogren</i> Exempel på användningsområde för EASE inom svensk psykiatri <i>Julius Lindeberg</i>	Food addiction - clinical picture and biological support <i>Fernando Fernandez-Aranda</i> På engelska
16.15-17.00	Fortsatt samtal med Bosse Lindquist Moderator: Ullakarin Nyberg	Aktuellt om suicidförsök/självskada <i>Karin Beckman, Axel Haglund, Åsa Lindh</i> Moderator: Bo Runeson	Ketaminbehandling - reglering av glutamaterg neurotransmission vid affektiv sjukdom <i>Benny Liberg</i>	Spelberoende i kliniken - behandlingsevidens och klinik i olika patientgrupper <i>Anders Håkansson</i>
19.30	Kongressmiddag, Estrad	Kongressmiddag, Estrad	Kongressmiddag, Estrad	Kongressmiddag, Estrad



	G1	J2 (120)	R2 (72)
09.00-09.45	Transkulturell psykiatri Patientberättelsen som en väg till bättre vård <i>Sofie Bäärnhielm, Lars Gustafsson, Maria Wolf</i> Moderator: Maria Sundvall	RDoC - En möjlig väg till skarpare diagnostik? <i>Johan Fernström</i> Moderator: Maria Larsson	Är din ST-läkare framtidens ledare? <i>Alessandra Hedlund, Elina Sarasalo</i>
09.45-10.15	KAFFE	KAFFE	KAFFE
10.15-11.00	Hur minska underkonsumtion av psykiatrisk vård bland nyanlända flyktingar? <i>Anna-Clara Hollander, Lauri Nevenon</i> Moderator: Sofie Bäärnhielm	Digitala fenotyper i bipolärt syndrom - nya möjligheter med svensk mobilapp <i>Magnus Blom, Ulla Karilampi</i>	Psykiater + egenföretagare = sant! <i>Kristoffer Södersten, Christina Ysander</i> Moderator: Alessandra Hedlund
11.00-11.45	Radikalisering i religionens namn - vilket budskap lockar och vad kan psykiatri göra? <i>Karima Assel, Helena Persson, Erik Sundblad</i> Moderator: Sofie Bäärnhielm	Ätstörningar och ADHD, hänger de ihop? Aktuellt kunskapsläge <i>Ylva Ginsberg och Nils-Erik Svedberg</i> Moderator: Yvonne von Hausswolff-Juhlin	Psykiatri via internet – när Cullbergstipendiet blev verklighet <i>Anna Svensson</i>
12.00-13.00	LUNCH	LUNCH	LUNCH
13.00-13.45	Läkaren, stressen och utmattningen - Behandling enligt Erstamodellen <i>Alexander Wilczek</i> Moderator: Maria Larsson	Över och underdiagnostisering av ADHD och autism del II <i>Tove Lugnegård, Lena Nylander</i>	Jag vill inte leva längre! Berättelsen, bemötandet, bedömningen <i>Herman Holm, Ullakarin Nyberg</i>
14.00-14.45	Perspektiv på ledarskap - arbetsmiljö, värdegrund och värdeskapande. Och vad driver ledaren? <i>Tobias Nordin, Lise-Lotte Risö Bergerlind</i> Hur skall vi kunna hjälpa andra om vi inte mår bra själva – om arbetsmiljön inom psykiatri <i>Ingibjörg Jonsdottir</i>	Det här är inte psykiatri! Om autism och problemskapande beteenden <i>Alessandra Hedlund</i> Specialpedagog på vårdavdelning – en unik erfarenhet <i>Maria Karlmark</i>	Psykiatrisk Diagnostik 2.0 <i>Jörgen Herlofson, Herman Holm, Lars Jacobsson, Lena Nylander</i>
14.45-15.15	KAFFE	KAFFE	KAFFE
15.15-16.00	Fokus diagnostik - Önskad utveckling 2017 kring hur vi ska diagnostisera så att det bäst gynnar patienten <i>Lisa Ekselius, Herman Holm, Maria Larsson, Göran Rydén</i>	Allt detta tjat om mat - KBT vid ätstörningar <i>Elisabet Lannfelt</i>	Socialstyrelsens remissversion av Nationella riktlinjer för depression och ångest – ett dokument för styrning och ledning <i>Arvid Widenlou Nordmark</i>
16.15-17.00	Wernickes encefalopati - En systematisk genomgång av nationella och internationella behandlingsriktlinjer <i>Leith Ajob, Ingrid Brännström, Michael Ott, Ursula Werneke</i> Undvikande copingstrategier kopplade till självmord <i>Livia Ambrus</i>		
			Svenska Psykiatriska Föreningens årsmöte
19.30	Kongressmiddag, Estrad	Kongressmiddag, Estrad	Kongressmiddag, Estrad



	Kongresshallen (1000)	H1 (200)	H2 (200)	J1 (200)
09.00-09.45	Helhetstänkande och samverkan. Data, tankar och reflektioner kring etiologi, utredning och behandling <i>Björn-Erik Thalén</i> Biologiska och etiologiska perspektiv på dagens ohälsa <i>Ingibjörg Jonsdottir</i>	Kan en biomarkör användas för att identifiera personer som löper hög risk att ta sitt liv? <i>Sophie Erhardt</i>	Finns själen? <i>Herman Holm, Helge Malmgren</i>	TEMA första linjen för psykisk ohälsa Mottagning i primärvården för unga vuxna med psykisk ohälsa – ett prisbelönt koncept <i>Agneta Borgare, Margareta Malm</i> Första linjen på vårdcentral – så gör vi i VGR <i>Agneta Hamilton</i>
09.45-10.15	KAFFE	KAFFE	KAFFE	KAFFE
10.15-11.00	Utmattningssyndrom - Utredning, diagnos och behandling <i>Kristina Gliese</i> Moderator: <i>Björn-Erik Thalén</i> 09.00-12.00	FILM MonaLisa Story 90 minuter En hyllad dokumentärfilm om MonaLisa, som tror att hon har suget efter droger i sitt DNA. Vi får följa hennes missbruk och dess konsekvenser, men aldrig på bekostnad av människan MonaLisa. Efter föreställningen blir det samtal mellan publiken och regissören Jessica Nettelblatt, en av våra allra mest framstående dokumentärfilmare Moderatorer: <i>Tove Janarv, Markus Takanen</i>	Goda levnadsvanor bäddar för bättre psykisk hälsa! Invärtesmedicinare på psykosklinik- gammalt koncept i ny tid <i>Jarl Torgersson</i> Rökstopp ger bättre psykisk hälsa <i>Barbro Holm Ivarsson</i> Fysisk aktivitet är nödvändigt vid psykisk sjukdom <i>Ingibjörg Jonsdottir</i> "Vad kul att träffa en riktig doktor", sa patienten <i>Yvonne Lowert</i>	Första linjen på vårdcentral – så gör vi i Stockholm <i>Personal från Gustavsbergs vårdcentral</i> Självskadebeteende hos individer med Borderline personlighetsyndrom, Självskadeprojektet <i>Lise-Lotte Risö Bergerlind, Åse Zethelius</i>
11.15-12.00				Att samtala om laddade ämnen – motiverande samtal med ungdomar <i>Liria Ortiz, Charlotte Skoglund</i>
12.15-13.00	Slutföreläsning Psykiatrins möjligheter och utmaningar <i>Mariana Pinto da Costa, Signe Dagb, Tove Mogren</i> Moderator: Hans-Peter Mofors			
Svenska Psykiatrikongressen 2017 avslutas kl 13.00				

PRAKTISK INFORMATION

KOSTNAD:

Medlem i Svenska Psykiatriska Föreningen: 4600:-

Pensionerad medlem: 3000:-

Icke-medlem: 5500:-

MÅLTIDER:

Följande måltider ingår i kongressavgiften:

För- och eftermiddagskaffe

Lunch onsdag och torsdag

Mingel onsdag kväll

MINGEL:

Onsdag 15 mars, kl. 17.15

Kongresshallen

(ingår i kongressavgiften)

KONGRESSMIDDAG:

Torsdag den 16 mars, kl. 19.30

Estrad

med underhållning av Anna-Lena Brundin och Jan Sigurd

Pris: 500 kronor exkl dryck

Du kan redan nu anmäla dig på vår hemsida:

www.svenskpsykiatrikongressen.se

Det här är ett preliminärt program, vi uppdaterar programmet ständigt på vår hemsida
www.svenskapsykiatrikongressen.se



	G1	J2 (120)	R2 (72)	R25 (30)
09.00-09.45	Psykiatri utan narkotikum? Erfarenheter från Norduppland <i>Per Béäff</i>	Suicidprevention - den enkla konsten om svåra samtal <i>Lars Björklund, Ullakarin Nyberg</i>	Behandling av äldre med depression och ångest – Läkemedelsverkets rekommendationer <i>Anne Tham</i> Psykisk hälsa hos äldre – vad gör SKL? <i>Marit Grönberg Eskel</i>	KURS. Förnamälan krävs, 9-12 Kulturkänslig psykiatrisk diagnostik <i>Karima Assel, Michael Ioannou, Maria Sundvall, Sofie Bäärnhielm</i>
09.45-10.15	KAFFE	KAFFE	KAFFE	
10.15-11.00	Bollen är kastad - hur tar vi lyra? Överföring från barn- till vuxenvård <i>Anna Gutniak</i>	Strukturerat samarbete mellan Psykiatri, Akutsjukvård och Primärvård <i>Erik Lexne</i> Kluriga fall ur den konsultationspsykiatriska vardagen <i>Michael John, Lars Wahlström</i>	BPSD, beteende-störningar vid demenssjukdom <i>Ulla-Britt Hjelmblink</i> Mansgrupper på äldrepsykiatrisk mottagning <i>Eva-Lii Mark</i>	
11.15-12.00	Hur fungerar en tonårings hjärna på nätet? <i>Irene Perini</i>	Mens sana in corpore sano : kroppslig hälsa och psykiatrisk sjukdom - hur mäter vi effekten? <i>Jonas Eberhard, Peter Lindeberg, Richard Stenmark</i>	Vad innehåller "Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen" <i>Susanne Rolfner Suvanto</i>	

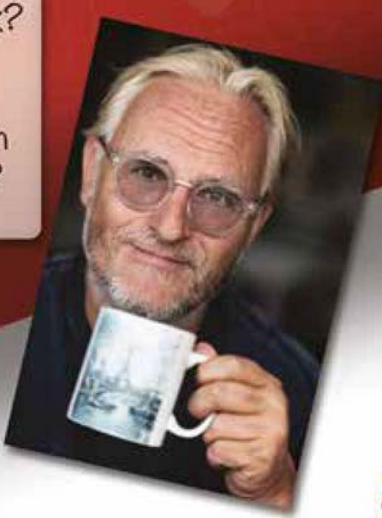
Svenska Psykiatrikongressen 2017 avslutas kl 13.00

Anna-Lena hos Dr Jan

– en antidepressiv show med Jan Sigurd och Anna-Lena Brundin

Standup, dialog, jazz, chansons och calypso med psykologisk klangbotten

Går det att övervinna lakanskräck?
Hur blir man av med självmordsbenägna vänner?
Är Björn Borg-dyrkan orsak till en generation kvinnors ätstörningar?

Kongressmiddagen den 16 mars kl. 19.30 på Svenska Psykiatrikongressen Svenska Mässan, Göteborg





Transition vid neuropsykiatriska tillstånd: från barndom till vuxenliv

Program

Måndag 13 mars

9:00	Registrering
10:00	Välkomsttal Kerstin Malmberg
10:15—12:00	Transition of Autism from childhood to adulthood Terry Brugha
12:00—13:30	LUNCH
12:45—13:30	ÅRSMÖTE BNPS
13:30—14:30	Disputationer Charlotte Skoglund, Martina Barnevik Olsson, Charlotte Nylander
14:30—15:00	KAFFE
15:00—15:45	Stöd i skolan och övergång till vidare studier och arbete – unga vuxna med Asperger syndrom och ADHD Vedrana Bolic
15:45—16:30	Om hemmasittare ur ett kliniskt perspektiv Elisabeth von Zeipel
16:30—17:15	Databeroende Anders Håkansson
17:15	Reception

Tisdag 14 mars

9:00—10:30	Neuropsykiatri och antisocial utveckling Niklas Långström
10:30—11:00	PAUS
11:00—12:00	Neurobiologi vid aggressivitet Erik Studer
12:00—13:00	LUNCH
13:00—13:45	Prematur mortalitet vid autism Tatja Hirvikoski
13:45—14:30	Faktorer av betydelse för utfall vid neuropsykiatriska tillstånd Henrik Larsson
14:30—15:00	PAUS
15:00—16:00	Personlighetsstörningar vid neuropsykiatri Eva Billstedt
16:00	AVSLUTNING

För mer information och anmälan besök hemsidan
<http://reg.akademikonferens.se/utbildningsdagar2017>

E-mail: bnps2017@akademikonferens.se

Arrangör: Barnneuropsykiatriska sektionen,
Svenska Föreningen för Barn- och ungdomspsykiatri

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: 08/02
Tema: På flykt

Så minns vi GUNNAR SKOOG - förebild och inspiratör

Psykiatern Gunnar Skoog avled i maj vid 96 års ålder. Hans gärning är en del av psykiatrins historia.

Gunnar Skoog föddes i Göteborg 1919. Efter att ha tagit en fil. kand. i litteraturhistoria 1942 övergick han till medicin och blev legitimerad läkare 1950. Han började då som läkare på Psykiatriska kliniken, Sahlgrenska Sjukhuset. Mellan 1965 och 1984 var han klinikchef på Lillhagens sjukhus.

1956 startade Gunnar kursen i Medicinsk Psykologi på läkarutbildningen, en kurs han ledde fram till 1988. Kursen i Samtalskonst som Gunnar introducerade i läkarutbildningen 1984 ges fortfarande efter 32 år.

På 1960-talet var han banbrytare för en humanistisk psykiatri och i att finna öppna vårdformer som alternativ till mentalsjukhus. Att se människan var Gunnars signum. För en person med psykisk sjukdom var det unikt att på mentalsjukhusets tid mötas som en likvärdig människa. Att se varje människa som unik, med ett eget och okränkbart värde, kännetecknade Gunnar Skoogs psykiatri. Inom psykiatrin innebär det att se patienten som en egen person och att med en helhetssyn också involvera anhöriga och alltid beakta både biologiska, psykologiska, sociala och kulturella faktorer i diagnostik och behandling.

Gunnar disputerade 1959 med den första avhandlingen i psykiatri vid Göteborgs Universitet, och blev sedan docent samma år. Avhandlingen beskrev 250 patienter med OCD och dessa följde han upp igen 40 år senare. Resultaten publicerades 1999 i den ledande psykiatriska tidskriften Archives of General Psychiatry, där den lovordades på ledarplats som en milstolpe inom psykiatrin. "Nestor med världsrekord i studiet av tvångssyndrom" löd rubriken på en artikel baserad på en intervju med Gunnar i Läkartidningen 2009. Vid 96 års ålder sammanfattade han mer än 60 års forskning i boken "Människor med tvångstankar". Där framkom också hans litterära intresse, vilket även uttrycktes i medarbetarskap på Handelstidningens och Göteborgs-Postens kultursidor.

Det var alltid lätt att arbeta tillsammans med Gunnar. Som chef var han prestigelös, som kollega generös att dela med



sig av sina kunskaper och han hade en förmåga att alltid se människan han mötte, att få denne att känna sig sedd. Många medarbetare minns den avgörande inverkan som mötet med Gunnar och hans humanistiska psykiatri och människosyn haft på dem och deras yrkesval.

Familjen, inte minst hans älskade hustru Anna-Lisa, som han var lika förälskad i 65 år efter att de träffats, var den viktigaste delen av hans liv. Detta oavsett om det gällde att gå på fotboll eller promenera i naturen med barnen, eller diskutera hårdrock eller litteratur med barnbarnen. Musik - Gunnar var själv en mycket skicklig pianist - och böcker hade alltid en stor plats i hans liv.

Gunnar var en förebild och inspiratör för flera generationer av blivande läkare. Inte minst vi som hade förmånen att få arbeta nära tillsammans med Gunnar under många år inser hur mycket han har betytt för psykiatrins utveckling och dess patienter. Gunnar lämnar ett stort tomrum efter sig.

**Erik Brenner, Eva Bona, Finn Larsson, Anita Martinsson,
Margda Waern, Mats Wahlqvist, Bengt Skoog, Ingmar Skoog
Foto: Solveig Holstein**

Den enda svenska högskolekursen i mentaliseringsbaserad psykoterapi följs nu upp med en fördjupningskurs. Kurserna anordnas av Karolinska Institutet och MBT-teamet Huddinge Psykiatri sydväst.

Mentaliseringsbaserad terapi

Fördjupning - 7,5 hp - kursstart 27 januari 2017

En fördjupningskurs som vänder sig till dig som har gått KI:s grundläggande kurs "Mentaliseringsbaserad terapi - teori och praktik" och som arbetar med psykoterapi i olika former.

Teori och praktik - 7,5 hp - kursstart 20 september 2017

Kursen ger grundliga kunskaper om mentalisering ur ett utvecklingspsykologiskt och biologiskt perspektiv. Fokus läggs även vid mentaliseringsbaserade terapitekniker som kursdeltagaren ska kunna börja tillämpa i sitt kliniska arbete redan under utbildningen.

För mer information och anmälan, gå in på www.ki.se/uppdraagsutbildning eller ring 08-524 838 91



SPK 2017 i Gbg 15-17 mars ...

"Allvarligt talat" –
i år med filosof Susanna Radovic
samt psykiatrerna Johan Cullberg och
Wolfgang Rutz.

Skicka gärna in dina frågor med etisk/
filosofisk anknytning redan nu till
Ullakarin Nyberg
ullakarin.nyberg@sll.se !

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 2017.

Vill du nominera någon till priset?

Skicka Ditt förslag och motivering per e-post till webmaster/teknisk redaktör Svensk Psykiatri:
webmaster@svenskpsykiatri.se
senast den 15/1 2017.

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

Styrelsen

Svenska Psykiatriska Föreningen

VÄLKOMMEN TILL
GÖTEBORG

15-17 MARS 2017
SVENSKA MÄSSAN

**Svenska Psykiatrikongressen har
numera en egen hemsida!**

Håll utkik!

www.svenskapsykiatrikongressen.se

SPK 2017: Psykiater + egenföretagare = sant!

Är du psykiater och blivande entreprenör, utan att veta om det? Eller har du någonsin funderat på att starta eget, men inte vågat? Kanske har du många frågor, men ingen att ställa dem till?

På SPK 2017 kommer Alessandra Hedlund att intervjua två kollegor som har startat eget, de kommer att dela med sig av sina erfarenheter och ta emot frågor från publiken.

Välkommen till SPK 2017!



SVENSKA PSYKIATRIKONGRESSEN



Brott under sömnen – dålig ursäkt eller verklighet?

Fredagen den 25 november arrangerade Svenska Rättspsykiatriska Föreningen tillsammans med Rättsmedicinalverket ett symposium om sexsomni: utförande av sexuella handlingar under sömn. Sammankomsten syftade till att belysa medicinska och legala aspekter på temat.

Huvudarrangörer och moderatorer var Sara Bromander, chefsöverläkare vid Rättsmedicinalverkets rättspsykiatriska avdelning, och Katarina Howner, blivande rättspsykiater vid Rättsmedicinalverket, båda styrelseledamöter i Svenska Rättspsykiatriska Föreningen.

Intresset för ämnet var påtagligt, omkring 100 personer hade samlats i åhörarsalen på Scandic Grand Central i Stockholm. Bland de närvarande fanns bland annat läkare, psykologer, advokater, åklagare och domare.

Under förmiddagen redogjorde Jan-Erik Broman och Jerker Hetta, båda namnkunniga sömnforskare, för sömnens normala funktioner och parasomnier: avvikande beteenden och tillstånd under sömn. Senare under dagen kompletterade kammaråklagare Ginger Johansson, advokat Bengt Ivarsson samt domarna Ulrika Stenbeck Gustavson och Mikael Mellqvist med juridiska infallsvinklar.

Upplägget var lysande såtillvida att vi delgavs medicinska

basfakta om sömn följt av en "crash course" i brottmålshantering, elegant sammanvävt i resonemang kring friande eller fällande dom i dylika fall.

Vad vet vi?

En enkel sammanfattning ger vid handen att sömnen består av REM-sömn och NREM-sömn (non-REM, djupsömn). De mer komplexa beteenden som finns beskrivna inträffar generellt under NREM-sömn. Däribland kan nämnas sömngång, sömnskräck, nattligt ätande och, inte minst, sexsomni. Vad som kännetecknar dessa sömnbeteenden är att man utför automatiserade men ibland förhållandevis komplexa aktiviteter under djup sömn, ofta med öppna ögon och ett tomt, stirrande ansiktsuttryck. Man är svårväckbar, kan agera kortvarigt förvirrat efter väckning men är därefter fullt vaken. Karakteristiskt är att man inte minns något av vad man företett sig under sömnen, alternativt har vaga, nästintill drömska minnesbilder. Detta innebär att man blir perplex eller till och med skräckslagen när man ställs inför faktum, och generellt inte har någon tendens att försöka dölja vad man gjort eller undanröja bevis.

Så, vad vet vi?

Sexsomni existerar. Det är fullt möjligt att genomföra fullständiga samlag under sömn. På forskningssidan har man kunnat studera detta under pågående EEG-registrering. Vi vet

också att de sexuella beteenden som inträffar under NREM-sömn inte sällan har mer kraftfull eller våldsam karaktär än vad som normalt kännetecknar individens beteende, oavsett om det gäller masturbation, samlag eller annan sorts sexuell aktivitet.

Då infinner sig följande frågor: Vad talar för och emot att en person som uppger sig ha utfört en dylik aktivitet under sömn talar sanning? Hur skall rättsväsendet betrakta otillåtna handlingar som utförs under sömn?

Rättssprinciper

Enligt svensk rättsprincip har åklagaren bevisbördan i brottmål. Åklagarens uppgift är att bevisa att brott har begåtts. Åklagaren är dock skyldig att utreda samtliga aspekter av gärningen, det vill säga såväl sådant som är till den brottsmisstänktes fördel som nackdel. Det benämns åklagarens objektivitetsplikt. Advokatens uppgift är däremot endast att agera till klientens försvar. Domaren, slutligen, ansvarar för att värdera åklagarens och advokatens uppgifter, och avgöra huruvida det kan anses fastställt "utom rimligt tvivel" att det gått till så som åklagaren framställt.

Givet detta, kan man uttrycka det som att av rättsväsendets tre parter: åklagare, advokat och domare, så är det åklagaren som har på sin lott att "söka sanningen", advokaten belyser fakta som är gynnsam för den brottsmisstänkte och domaren värderar den information som tillhandahålls av parterna.

Det normala utgångsläget i ett brottmål är att en människa vet vad hen gör, det vill säga är medveten. Huruvida uppsåt till handlingen fanns är en annan fråga. När det gäller handlingar som begås under sömn hamnar dock frågan i ett annat ljus, eftersom det ankommer på åklagaren att bevisa att gärningspersonen var medveten om sitt agerande. Hur bevisar man ett medvetande?

Till detta kommer den princip som säger att i svensk rättskultur skall man hellre fria nio skyldiga än fälla en oskyldig, illustrerat av en domares lakoniska kommentar: "de flesta som frikänns är i själva verket skyldiga".

Carte blanche för sexsömniker?

Är det då fritt fram för misstänkta gärningspersoner att "skylla" på sexsömni?

Nja.

Sexsömni är, som tidigare nämnt, ett automatiserat beteende. Det innebär att det är mindre sannolikt att det involverar flera andra aktiviteter och beteenderepertoaren är begränsad.

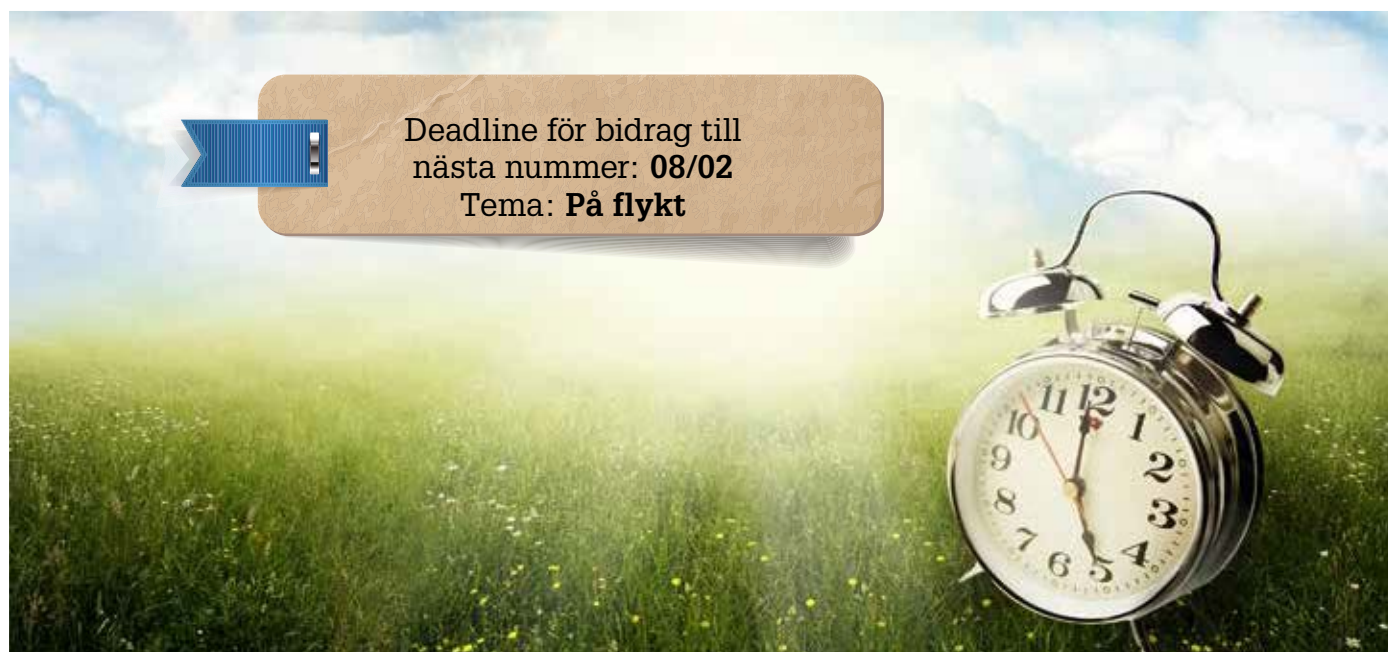
Rosenfeld och Elhajjar konstaterade redan 1998 i Archives of Sexual Behaviour att för att kunna fastställa att det rör sig om en sexsömni bör man ha fog för sin misstanke, antingen med hjälp av anamnesticke uppgifter eller genom laboratorietestning. Personen bör ha haft tidigare parasömnier för att det skall anses sannolikt. Därtill bör det framgå att personen som blivit utsatt för den sexuella handlingen mer eller mindre slumpmässigt befunnit sig på platsen. Finns förberedande aktiviteter eller annat beteende som tytt på sexuell avsikt bör man överväga andra handlingsmekanismer. Slutligen underströk författarna vikten av att den misstänkte gärningspersonen inte gjort någon ansats att fly från platsen eller dölja eller förvanska bevis.

Det fanns de som kallade mötet på Scandic Grand Central för "årets sammankomst". Man kan tveklöst konstatera att det var ett mycket välkommet och synnerligen väl arrangerat symposium.

Hanna Edberg

Specialist i psykiatri och rättspsykiatri

Foto: John Henzlert



10 frågor till.....

I detta nummer möter Du

Erica Anderson

Professor i psykologi

Erica Anderson, som pryder vår första sida.

Född

I min födelseattest står det numera Erica men jag föddes som Eric Edward Anderson på Swedish Hospital i Minneapolis, Minnesota, den 24 januari 1951.

Jag växte upp som pojke, med två yngre systrar. Tvärtemot en del felaktiga rapporter i svensk press så var jag inte alls en "mama's boy", även om hon tyckte väldigt mycket om mig. Hon kallade mig alltid för sin "stilige son". Jag var atletisk, såg bra ut och var en framstående elev. I skolan utsågs jag till den elev som var "most likely to succeed". Jag tror inte att någon på den tiden förväntade sig att jag en dag skulle bli känd som en transsexuell psykologiprofessor, i alla fall inte transsexuell.

Bor

I Berkeley, Kalifornien. Berkeley är känt som en mycket liberal och avantgarde stad och där finns University of California. Jag växte upp i Minnesota, en progressiv stat där många svenska immigranter inklusive min familj slog sig ner när de kom från Sverige. Jag älskar Minnesota väldigt mycket och det kommer alltid att vara mitt hem.

Familj

Jag var gift med en kvinna som jag fortfarande älskar väldigt mycket. Vi var gifta i 30 år och fick en son och en dotter, båda är konstnärer. Det var en svår tid när jag berättat för min fru att jag avsåg att göra en könskorrigering. Hon hade alltid sagt att hon inte ville vara gift med en kvinna. Vi hade en sorts "don't ask, don't tell"-policy. Men vi lyckades navigera genom den tumultartade tiden före, under och precis efter min "transition". Hon är en remarkabel kvinna. Jag älskade henne när vi först träffades och jag har aldrig slutat älska henne. Men jag var tvungen att välja: stanna hos kvinnan jag älskar eller bli mitt riktiga jag. Jag kunde inte få båda.



Arbetar

Mina verksamheter fokuserar på undervisning och kliniskt arbete inom sexualitet, genus, och identitet.

Jag har tre primära anknytningar

1) Nyligen fått förordnande på University of California San Francisco. Där arbetar jag på Child and Adolescent Gender Clinic inom avdelningen pediatrik endokrinologi på UCSF Benioff Children's Hospital i San Francisco och en satellitklinik i San Mateo. Jag träffar barn och tonåringar med transidentitet, och även deras familjer. Dessutom handleder jag studenter.

2) Jag är professor i klinisk psykologi på John F. Kennedy University där jag undervisar framtida psykologer och psykoterapeuter, Min inriktning är sexualitet och trauma.

3) Jag har en privatpraktik på deltid där jag gör psykologiska bedömningar och bedriver psykoterapi med en mångfald patienter av alla kön och sexualiteter.

Vad gör du när du INTE jobbar

Jag älskar att umgås med vänner, gå på musikevenemang och teater, cykla, resa, läsa och träna.

Jag älskar romantiska komedifilmer och har också sett och uppskattat många europeiska filmer inklusive Bergman förstås. Mina favoritsånger det senaste året har varit "Over the Rainbow" med Eva Cassidy och Sara Barellis sång "Brave." Jag hämtar inspiration från båda dessa.

Yrkesmässigt har det här varit ett särskilt intensivt år, så ett nyårslofte är att få tillbaka balans och nöjen i mitt liv. Att vara med i "Allt för Sverige" har verkligen förändrat mig och var årets höjdpunkt.

Anser du dig vara troende?

Jag har alltid varit kristen och trott på Gud. Förutom min Ph.D. i klinisk psykologi har jag en examen i teologi.

Jag var gift med en judisk kvinna och våra barn växte upp som judar. På senare år har jag inte gått i kyrkan eller synagogan

men känner mig mycket andlig och tror på en högre makt. Jag brukar ofta referera till Gud genom att säga "Gud hon är god mot mig", menande att Gud är bortom den binära konstruktionen av kön som den dominerande kulturen hävdar.

Vilken bok ligger just nu på ditt nattduksbord?

Jag har två böcker. Den ena har varit i min familjs ägo i över 200 år - Utkast Till En Systematisk Afhandling i Theoretiska och Practiska Philosophien av Per Kölmarm, utgiven i Stockholm 1799. Den är förstås på svenska och det är en källa till stor stolthet att min förfäder läste en sådan bok och tog med sig den till USA. Vid min säng har jag också Fairyländ, memoarer av Alysia Abbott. Den handlar om att växa upp som enda barnet till en homosexuell far som dog i HIV då hon var endast 22 år.

Jag har läst Henning Mankells alla deckare, Stieg Larsson, och många andra skandinaviska författare (i engelsk översättning förstås). Kanske kommer jag en dag att läsa dem igen på svenska.

Vad gör dig lycklig?

Många saker då jag trots stora svårigheter haft ett fantastiskt liv. Jag är optimist och har humor. Jag ser det lustiga i många situationer och andra blir ofta förvånade (och förhoppningsvis förtjusta) över att jag kan skoja med mig själv och relatera till så många olika människor och omständigheter.

Vilka är de största utmaningarna för transsexuella under de närmaste åren?

När jag först började lära mig om könsskillnader hade ordet "transgender" ännu inte blivit modernt.

Det ord som oftast användes var transsexuell som skildes från "andra" former av transvestism pga. antagandet om en "djupt rotd psykiatrisk störning."

Allteftersom homosexualitet inte längre sågs som sjukligt blev mer information tillgänglig om oss som inte anpassat sig till den dominerande binära konstruktionen av kön.

Under några år användes begreppet Gender Identity Disorder (GID) för att karakterisera transpersoner för att vi skulle kunna få medicinsk åtgärder inklusive operationer. Nu säger man könsdysfori.

Det finns dock fortfarande inga bestämmelser för dem som liksom jag själv inte är dysforiska eller förvirrade beträffande vårt kön.

I Amerika har det fram till detta år tagits positiva steg i den allmänna kulturen när det gäller att acceptera transpersoner. Jag har ofta lagt märke till att "trans har blivit trendigt". Det senaste året har dock mörka och reaktionära krafter visat sig som försöker undertrycka och t.o.m. utplåna transpersoner genom att inskränka våra rättigheter och status och förkasta uppfattningen att en transidentitet är legitim och en normalvariation av den binära könskonstruktionen.

Jag har själv blivit diskriminerad i USA vad gäller boende, sjukvård och anställning. Jag flyttade till Kalifornien för att genomföra min "transition". Men även i Kalifornien finns sådana

reaktionära krafter. Jag har ofta erkänt min egen privilegierade ställning och att jag har haft det mycket lättare än många andra transpersoner. Eftersom jag är utbildad, värtalig och ganska attraktiv så är jag acceptabel. Som ett resultat kan jag röra mig i samhället med ett minimum av svårigheter. Många transpersoner har det inte lika bra och jag arbetar hårt för att förändra detta. Tillsammans med andra arbetar jag ideellt för att skapa ett härbärge och program för hemlösa och för nyligen fängslade transpersoner i San Francisco. I USA är det mycket svårt för de flesta transpersoner att hitta lämplig sjukvård och det psykologiska stöd de behöver. Många stöter på allvarliga konflikter inom sina familjer som ofta inte kan förstå vad transpersonen går igenom och hur de kan hjälpa dem. Då så många transpersoner och deras kära kämpar på detta sätt så har jag antagit ett mantra – att det är viktigare att familj och vänner accepterar transpersonen som hen är än att förstå hur hen blev som hen blev.

Allteftersom antalet transpersoner ökar så är det tydligt att de flesta som arbetar i sjukvården är dåligt utrustade för att bedöma och behandla dem. Jag gör min del och förväntar mig att fortsätta. En gnagande oro som jag trots det har är att transpersoner har blivit en kuriositet för andra och en del med begränsad förståelse förutsätter att de är kompetenta att behandla oss.

Den historiska "gatekeeper"-modellen under vilken transpersoner måste övertyga icke transpersoner om sina transidentiteter håller på att ge vika för en informerat samtycke-modell och därmed färre hinder ifrån sjukvårdspersonal.

Kombinerat med min oro beträffande bristen på utbildning och kompetens att behandla, så är jag orolig att misstag kommer att göras i bedömningen och att det tas förhastade beslut från transpersonernas sida.

Slutligen, som ett direkt resultat av valet i USA, med retoriken från Donald Trump, Mike Pence och andra, är många transpersoner liksom andra minoritetsgrupper oroliga för sin personliga säkerhet och framtida välbefinnande.

Våld mot transpersoner har tydligt ökat. Eftersom vi är svåra att förstå har de som är benägna för fördomar och bigotteri gjort ansträngningar att marginalisera och förtala oss. Detta är min största oro, att det amerikanska samhället inte kommer att fortsätta att utvecklas i att säkerställa fullständiga medborgerliga rättigheter för transpersoner. Och att ansträngningarna att diskriminera oss mer fullständigt kommer att lyckas och göra det t.o.m. värre än det var under de decennier som jag skämdes och var rädd för att helt enkelt vara mig själv, Erica en kvinna.

Stina Djurberg
Redaktionen
Svensk Psykiatri

Detta är en förkortning och översättning. Du kan läsa hela intervjun, på engelska, på vår hemsida.
www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html



UEMS-möte i Wien Oktober 2016

Årets höstmöte var planerat till Wien, en stad med stolta kulturella traditioner. På väg söderut med tåget från Köpenhamn och nattåg från Hamburg försökte jag att förbereda mig genom att läsa Sigmund Freuds böcker "Moses" och "Civilization and its discontents". Detslog mig att Freuds storhet i mina ögon inte är teorin om viljelivets förankring i driftskomplexen, utan den kompromisslösa ambitionen att försöka tränga bakom och under ytan, för att försöka förstå de krafter som definierar människans existens på denna enda jord. Naturligtvis ingick ett besök i Freuds bostad och mottagning på Berggasse 19 i UEMS-mötets program.

Förståelsen är en förutsättning för att vi, som det så populärt heter idag, kan "tänka utanför boxen". I början av 1900-talet finns många exempel på individer som bröt med invanda tankemönster och initierade nya ismer, ex modernismen. Kända exempel är arkitekten Josef Hoffmann och konstnären Gustav Klimt, som båda är rikligt representerade i Wien.

Första dagen började med presentation av psykiatri i Österrike, både i dåtid och nutid.

Det verkar inte föreligga några större skillnader, jämfört med situationen i Sverige, förutom att hyrläkare- och hyrsköterskefenomenet är okänt i Österrike. Däremot är det svårt att rekrytera psykiatriker utanför Wien, till och med i

Salzburg. Det leder till underbemanning och problem med att utbildningsmoment, ex handledning, försummas.

Psykoterapiutbildningen för läkare, som är obligatorisk, är ojämlig i så måtto att finansiering varierar i Österrikes 11 regioner, allt från full finansiering till något som sker utanför arbetstid på egen bekostnad.

Efter lunchen, som genomgående under tre dagar bestod av wienerschnitzel, förefördes vi den nybyggda psykiatriska kliniken i Wien, Rudolfstiftung. Av någon oklar anledning hade detta sjukhus bygge varit lätt att finansiera och blev också färdigt i förtid. En arkitekttävling utlystes och resultatet blev en skapelse i vitt och glas som fick mig att associera till ett kryssningsfartyg. Sjukhuset rymmer 3 gånger 20 bäddar och har ett upptagningsområde på ca en kvarts miljon invånare (Wien har 1,8 miljoner). Alla avdelningar är öppna, detta trots att det bedrivs tvångsvård med bl.a. bältesläggning. Atmosfären på avdelningarna var mycket empatisk och vår guide betonade vikten av förtroende och närhet för att förebygga suicid och minska behovet av kontroll. Ett våningsplan av 4 är planerat för terapier av olika slag, psyko, musik, rörelse, m.m., dit både ineliggande och öppenvårdspatienter kommer för behandling.

Till sist hade man på taket en trädgård för odling och grön rehabilitering. Mötet fortsatte sedan enligt gängse



dagordning där det kan vara värt att notera beslut att anställa en kommunikationsansvarig, med placering i Bryssel, med uppgift att förbättra både yttre och inre kommunikation. Liksom många andra liknande organisationer har UEMS svårt att nå ut med resultatet av sitt arbete, framför allt när det gäller en samordnad specialistutbildning i Europa. Arbetet med Chapter 6 är nu nästan klart och kan räknas bli godkänt våren 2017.

En annan fråga som diskuterades flitigt var om och i vilken grad UEMS ska engagera sig på den internationella scenen via samarbete med WHO och WPA. Alla var positiva men den särskiljande frågan är hur specifikt ett sådant samarbete ska vara när det gäller konkreta frågor. I detta sammanhang påminde jag om WHO:s rapport från 2001, «Mental Health: New Understanding, New Hope» som ett lämpligt avstamp för ett framtida internationellt samarbete.



Olle Hollertz
UEMS-delegat

Glöm inte våra hemsidor:

På respektive förenings hemsida läser Du alltid senaste nytt:

Svenska Föreningen för Barn - och Ungdomspsykiatri:

www.svenskabupforeningen.se

ST-läkare i psykiatri:

www.stpsykiatri.se

Svenska Psykiatriska Föreningen:

www.svenskpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:

www.srpf.se



ANNONS



European Psychiatric Association – EPA Summer school, september 2016

Ett minnesvärt möte med Europa

Tack vare min ST-handledare samt en smidig ansökningsprocess i våras, fick jag möjlighet att delta i EPA Summer School 9-11 september. Min handledare var själv på kursen under sin ST-utbildning och hade goda erfarenheter att dela med sig av.

EPA har organiserat sommarkurs under sex år. Det första mötet hölls i Nice och de fyra efterföljande i organisationens huvudsäte Strasbourg. I år var det dags att samlas i EUs högkvarter Bryssel där ytterligare ett kontor har öppnats. University Foundation ligger centralt beläget i ett vackert sekelskifteshus med imponerande lokaler. Här samlades vi, 27 deltagare från 19 europeiska länder.

Varje år väljs ett tema för sommarkursen. I år var detta ämne "Psykoterpis ABC". Hur ser psykoterapiutbildningen ut för ST-läkare runt om i Europa? Vilka likheter/olikheter ser vi och vad kan vi lära av varandra?

Bland föreläsarna återfanns bland annat den välrenommerade professor Norman Sartorius – den förste direktören i departementet för Psykisk hälsa i WHO, tillika tidigare president för EPA och nuvarande president för "Association for the Improvement of Mental Health Programmes". Under tre fullspäckade dagar med föreläsningar, kommunikationsövningar och presentationer, fanns det ingen tid till vila. Vi tränades bland annat genom rollspel där

samtliga deltagare fick prova på terapeutrollen i ett svårt kliniskt fall. Efteråt följde diskussioner med undervisare. Vi fick även presentera varandra inför gruppen och några av oss höll större presentationer på ett självvalt tema. Sista dagen kom instruktörer från Maudsley Simulation i London. Vi fick här möjlighet att öva oss i konsultationer med skådespelare som sedan videofilmades. Det var interaktivt lärande på hög nivå. Professorerna var närvarande under kursens alla delmoment, vilket skapade en viss nervositet i början. Det dröjde dock inte länge förrän samtliga i gruppen kunde uppskatta deras engagemang och vilja att dela med sig av sina erfarenheter. Kvällarna avslutades med trevliga middagar tillsammans med kursanordnare och föreläsare.

Vad har då varit höjdpunkterna med EPAs sommarkurs?

Förstklassig undervisning med aktivt deltagande av erfarna professorer under 3 dagar är få förunnat och kan rekommenderas till alla kommande specialister.

Interaktivt lärande med rollspel, Maudsley-simulationer och presentationer gjorde undervisningen utmanande och lärorik.

Möjligheten att få etablera ett kontaktnät med blivande kollegor från hela Europa. Detta bidrog personligen till en ljusare framtidsbild av psykiatin. Vi kan och bör använda oss av våra utökade möjligheter för professionellt samarbete över landsgränserna.



Reflektioner

Sammanfattningsvis gällande kursens tema Psykoterapi, kom flera intressanta diskussioner, och med dem egna reflektioner, upp till ytan:

Kvalitén på psykoterapiutbildning för ST-läkare runt om i Europa är mycket skiftande. Det ligger ett stort arbete i att säkerställa god och grundläggande utbildning för alla blivande psykiatriker.

I flera länder sträcker sig psykoterapiträningen över begränsad tid, under ett år. I Azerbajjan måste även ST-läkare kämpa själva för att få en grundläggande utbildning. De tvingas betala kurser ur egen ficka, gå utbildningar utanför arbetstid och jaga äldre kollegor för handledning.

Med denna vetskap, är det ändå rätt att ifrågasätta våra förutsättningar för att bli duktiga psykiatriker i Sverige? Ska vi kommentera på våra "Steg-1-utbildningar" som både bekostas av våra hemkliniker och ligger under arbetstid?

Jag tror att vi måste fortsätta att ställa krav på psykoterapiutbildningarna även i Sverige. Det saknas fortfarande etablerade utvärderingsmetoder av Steg-1-utbildningen runt om i landet. Då flera aktörer står för utbildningen, härunder universitet, högskola samt enskilda utbildningsanordnare så ökar risken automatiskt för stor variation i kvalitén.

Vidare kan vi fråga oss om psykoterapiträningens integrering i ST-tjänstgöringen är optimal? Blickar våra

utbildningsansvariga (här under Svenska Psykiatriska Föreningen, METIS styrgrupp samt internationella studierektorsnätverket för psykiatri) utåt och tar lärdom av våra europeiska grannar? I Tyskland ser man en motsatt bild från Azerbajjan, där psykoterapiutbildningen för ST-läkare sträcker sig över hela 3 år. Är detta något att sträva efter även i Sverige, där utbildningen aktuellt begränsas till 3 terminer?

Jag vill avsluta med några tankvärda ord från professor Norman Sartorius. Ord som han uttryckte med inlevelse och frustration under de sista minuterna av årets kursmöte. Om man vill kan man här läsa in många av psykiatriutbildningens utmaningar:

Becoming a good psychiatrist is just as much about mastering the profession of psychotherapy as it is to master the skills of psychopharmacology. It is actually ridiculous that we are sitting here discussing the amount of psychotherapy training in terms of one year, two years or three years of practice during psychiatric training. It is sad that our educational system has developed this system - undermining the great importance of Psychotherapy for coming Psychiatrists.

Norman Sartorius
(citat hämtat från minnet)

Emilia Olson
ST-läkare
Psykiatri SU

Intervju med

Dan Gothefors,

ny hedersledamot i SPF



Ett enigt årsmöte 2016 utsåg Dan Gothefors till ny hedersledamot i SPF. Motiveringen löd:

Dan Gothefors har på ett framstående sätt främjat föreningens syfte genom sitt engagemang för psykiatri i Sverige, inte minst med framtagande av kliniska riktlinjer. Dans insatser präglas av helhetssyn och samverkan – till godo för såväl professionen som patienter.

Här berättar Dan mer om sitt arbete!

Varför du blev läkare och psykiater?

Jag blev läkare pga. inspiration av jämnåriga vänner och av att ha jobbat som vik. skötare inom psykiatri från 18 års ålder. Jag trodde bestämt att jag skulle bli barnläkare. Men under AT gjorde kollegorna vid psykiatriska kliniken i Eskilstuna så gott intryck på mig, fr.a. min AT-handledare Solveig Linnerud-Kezhavarz gjorde specialiteten intressant. Jag har aldrig ångrat mitt val.

Vad arbetar du med?

Jag har genom åren arbetat och arbetar även idag dels med allmänpsykiatrikapatienter och dels med rättspsykiatrisk vård vid Regionsjukhuset Karsudden. Arbetade en period även vid en specialistenhet för ätstörningar. Jag har mest erfarenhet av arbete med psykos men har alltid känt starkast intresse för att försöka sätta mig in i och förstå de personlighetsdrag som gör personen till den unika varelse hen är.

Berätta om din tid i SPF:s styrelse!

Jag var ledamot i styrelsen 2007-2013. Periodvis var jag facklig sekreterare och medverkade då både i styrelsen och i utbildningsutskottet. Resterande tid övrig ledamot, så småningom med särskilt ansvar för riktlinjearbeten. och har efter det fortsatt som adjungerad med ansvar för föreningens kliniska riktlinjer.

Under många år tog styrelsemöten och styrelsearbete dessemellan mycket tid. Vi talade under den tiden i styrelsen om att det vore bra om personer utanför styrelsen kunde upprätthålla vissa funktioner av betydelse för föreningen och jag beslöt mig för att försöka bli just en sådan person. Jag upplever att det smalare fokus jag nu har ger mest patientnytta per nedlagd tid, vilket känns tillfredsställande.

Hur kom du in på det här med riktlinjer?

Jag fick 2008 äran att få medverka i arbetsgruppen kring SPF:s kliniska riktlinjer för schizofreni. Jag hade då sedan flera år upplevt en stark önskan att vår egen profession skulle ta ansvar för att motverka den stora översjuklighet och överdödlighet i somatisk sjukdom som personer med allvarlig psykisk sjukdom drabbas av. På SPF:s initiativ sammankallades 2009 företrädare för sju specialistföreningar och vi utformade kliniska riktlinjer för att förebygga och handlägga somatisk sjukdom, riktlinjer som samtliga sju specialistföreningar formellt

ställt sig bakom. Sedan dess har implementeringsarbete av dessa riktlinjer pågått i perioder, det mest ambitiösa implementeringsarbetet pågår just nu i samarbete med NSPH, SKL och med ekonomiskt stöd från Socialstyrelsen. Utifrån erfarenheter jag gjort under arbetet med dessa två riktlinjer fick jag senare styrelsens uppdrag att starta fler sådana arbeten.

Vad innebär din roll som ansvarig för riktlinjerna?

Jag tror det är den bästa roll man kan ha. Möjligheten att själv fundera ut eller med stöd av andras förslag identifiera kunskapsområden där det finns otillräcklig vägledning. Därefter att få samverka med de mest framträdande och kunniga personer inom detta kunskapsområde och diskutera möjligt upplägg, personer som tillfrågas dels för sina goda ämneskunskaper och dels för att de kan förväntas fungera som en samlande och enande kraft för en nationell konsensus. Vissaskrivargrupper har genom åren arbetat mer självständigt medan andra har behövt lite mer stöd och uppmuntran under arbetets gång. Annars ökar min arbetsinsats när det närmar sig publicering, med genomläsning och synpunkter på den preliminära texten och förhandlingar med bokförlaget.

Någon riktlinje du är särskilt stolt över?

Nej. Jag är stolt över dem alla. Fr.a. gör det mig så stolt över vår specialitet att så många kollegor är beredda att lägga ner ett stort arbete utan egen ekonomisk vinning för att bidra till ökade kunskaper för patienternas bästa.

Ett riktlinjearbete som krävde lite mer av eftertanke, inbillade jag mig iallafall, var kliniska riktlinjer ECT. Behandlingsmetoden har alltid varit kontroversiell i allmänhetens ögon och hade varit i medias fokus en tid innan, bl.a. uppmärksammades att vissa patienter upplevt otillräcklig information om möjliga biverkningar. Behovet av ett samlande, enande riktlinjearbete kändes starkt, för att öka sannolikheten att varje patient i hela landet skulle kunna få en korrekt information om behandlingens fördelar och risker samt en professionellt genomförd ECT-behandling på rätt indikation. Risken att enstaka olyckliga formuleringar i ett sådant riktlinjearbete skulle kunna lyftas ut och få medialt genomslag beaktades, så texten luslästes och korrigerades många gånger innan publicering. Risken att det faktiskt fanns oenighet om ECT i psykiaterkåren beaktades också. Risken att ett riktlinjearbete skulle kunna leda till en öppen

debatt och oenighet i kåren. Denna risk motverkades genom att en relativt omfattande referensgrupp vid flera tillfällen fick ta ställning till det pågående arbetet. Bokförlaget var också tveksamt och valde att trycka en mindre upplaga än vanligt. Glädjande då är att både den första och därefter den andra upplagan sålde slut, att riktlinjen såvitt jag vet tagits väl emot och att vi nu fått förfrågan från psykiatriska kliniken vid Universitetssjukhuset i Helsingfors att få översätta arbetet till finska. Å SPFs och författarnas vägnar - Pia Nordanskog och Axel Nordenskjöld - känner jag stolthet.

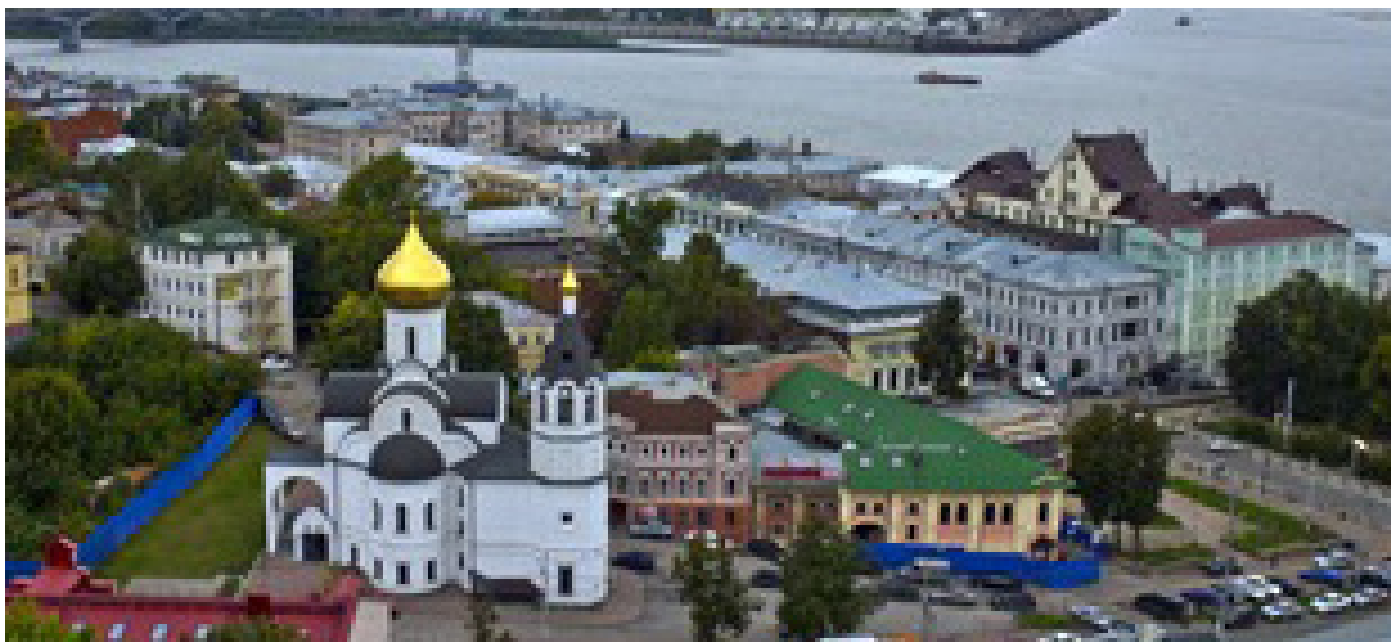
Vad är på gång och vad kan vi vänta oss i framtiden beträffande nya riktlinjer?

Under de senaste sex åren har åtta riktlinjearbeten färdigställts. Sex arbeten är pågående varav två blir färdiga under 2017 - Personlighetssyndrom samt Transkulturell psykiatri. Det planeras ingen förändring av formatet och utformningen av det "vanliga" riktlinjearbetet. Däremot kan även mer avgränsade arbeten kanske bli aktuellt framöver, såsom det nu pågående arbetet med "Kliniska riktlinjer Somatiska differentialdiagnoser vid utredning av psykos". Detta arbete är tänkt att bli en uppdaterad vägledning för kliniker inom olika specialiteter hur psykotiska symptom bör utredas, bl.a. i ljuset av nyare kunskaper om (behandlingsbara) inflammatoriska neurologiska sjukdomar. Vid vilka symptom/anamnes är fördjupad utredning påkallad? Vilka undersökningar och hur ska undersökningsresultaten tolkas? Om ett sådant arbete kan bidra till att rädda vissa personer från att utveckla en kronisk psykotisk sjukdomsbild skulle det förstås vara ett väldigt stort värde.

Vad gör du när du inte arbetar eller håller på med riktlinjerna?

Mina stora intressen och det jag genom åren ägnat mig mest åt är familjen, utförsäkning, segling (trimaran) och motorcykel. Jag njuter av att vara i Stockholms skärgård, olika årstider. En gång per år brukar jag njuta av att stå i entrén när Svenska Psykiatirkongressen öppnar och titta och lyssna på förväntansfulla kollegor som anländer i stora skaror. Återseendets glädje kollegor emellan. Lyssna på det muntra sorlet. Känslan av en livskraftig, optimistisk och vetgirig specialitet gör mig glad!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri



Nizjni Novgorod – tre seniora psykiatriker i österled

Nizjni Novgorod (Ни́жний Но́вгород) är en urgammal handelsplats ca 400 km öster om Moskva, nedströms Volga. "Nizjni" betyder nedre och skiljer ut staden från den gamla handelsrepubliken "Novgorod (Holmgård)" som ligger betydligt längre västerut vid floden Volchov och är känd från våra konflikter på medeltiden. Anledningen att vi åkte hit var att JH fått en inbjudan från ordförande i anhörigföreningen "New Possibilities", Vladimir Tolmachev. Genom "Young Psychiatrist's Network" (se www.ypsnet.org, www.facebook.com/groups/294216483987681) fick vi kontakt med kollegorna Maria Denisenko och Tatjana Zjiljaeva som ordnade och genomförde programmet. De kontakter som JH fått genom Östeuropakommittén, som lades ner 2011, lever således fortfarande!

Den första dagen efter vår ankomst körde Vladimir och hans medhjälpare Anton Prusakov oss runt i hela staden, Vi hann också med en åktur på den italienskbyggda kabinbanan över Volga och en kryssning på floderna Volga och Oka.

Staden ger ett stabilt, rätt vardagligt intryck. Det finns många vackra, ofta förfallna trähus. Störst är stadens försvarsanläggning, "Kreml", från 1500-talet, restaurerad på 1950-talet. Finast är kanske marknadshuset "Jarmarka" från 1890 och Alexander Nevskij-katedralen, byggd 1856 - 1880,



där Volga och Oka flyter samman. Den är också nyligen restaurerad. Man bygger nu stadion för fotbolls-VM 2018 bredvid katedralen. Olika drivkrafter bakom byggnationerna!

Man sa tidigare att Petersburg är Rysslands hjärna, Moskva



dess hjärta, men Niznij Novgorod Rysslands plånbok. Så är det inte längre. Man har nu ett stort universitet och en medicinsk fakultet. Man tillverkade tidigare stridsvagn 70, Volgabilar, fartyg och neutronbomber. Staden var då under lång tid förbjuden mark för bl.a. västerlänningar. Mellan 1932 och 1990 hette staden Gorkij efter Maksim Gorkij som föddes där. Det gjorde ett starkt intryck att besöka hans barndomshem och konkret uppleva den miljö, som han beskriver i sin självbiografiska bok "Min barndom".

Den psykiatriska kliniken vi besökte leddes av den framsynte PP Kasjtjenko 1889-1904.

Den nuvarande dynamiske chefen Dr Jurij Sutjov och medarbetare omvandlar den tidigare dominerande slutenvården till dagvård och öppenvård. Kvar finns för 370 000 invånare 200 vårdplatser fördelade på 2 manliga och 2 kvinnliga avdelningar. "New Possibilities" stöder utvecklingen i samhället. Mycket stöd för psykiskt sjuka finns annars inte. Tvärtom skylls ett otal problem på psykiatrin.



Ett okänt antal långtidssjuka vårdas på "internat" utanför staden. Där finns också psykiatrer – mer vet vi inte om detta.

Läkarna tjänstgör i förmiddags- och eftermiddagsskift, 08-14 eller 14-19 – i alla fall på mottagningen. Avskräckande eller något att ta efter?

På sjukhuset finns ett välgjort och pedagogiskt museum i två rum. Tidigare fanns i dessa rum 16 sängar, med ca 30 patienter. Psykiatern SI Mitskevitch (1869-1944) fångade vårt intresse, han hade skyddat revolutionärer genom att låta dem simulera att de var sinnessjuka och på så sätt t.o.m. räddat en av dem från dödsstraff.

En gripande upplevelse var att ta del av anhöriggruppens berättelser om sina möten med allvarliga psykiska sjukdomar, patienternas omhändertagande och vård. "New Possibilities" ombesörjer inte bara professionell pedagogik utan utgör också en ventil för bearbetning och härbärgering.

Vi höll fyra föredrag för uppmärksamma kollegor och studenter i ett fullsatt auditorium. Efter PNs föredrag på ryska om forna tiders malariaterapi följde en livlig diskussion, på ryska, om försök som gjorts med pyrogena substanser vid schizofreni. "Rationalitet och evidens ...", "Suicid – existentiella överväganden" (JH) och "Mitt psykiatriska liv ..." (HN) gavs på engelska med översättning och PowerPointpresentationer på ryska. Många ville ha våra presentationer efteråt. I tackmail framfördes att vi förmedlat nya synvinklar på psykiatrin och på att vara psykiater vilket var fint att läsa!

Jerker Hanson jerker.hanson@telia.com
Per Nettelbladt per.nettelbladt@med.lu.se
Henrik Nybäck hnyback@gmail.com

ARBETE FÖR PSYKO GRAVIDA TONÅR

Foto: Shutterstock/ IndustryAndTravel

Nairobi, "the Green City under the sun" - den pulserande staden där allt försiggår samtidigt. Överklassen i stora blänkande bilar med egna chaufförer, arbetarklassen i sprängfyllda matatus med gospelmusik vrålades genom högtalarna, den allt mer växande medelklassen, och så de mindre lyckligt lottade arbetslösa som hittar mat för dagen genom tillfälliga småjobb - rör sig alla i affärskvarteren i city. De allra flesta, oavsett klasstillhörighet, är iklädda rena kostymer och någorlunda blänkande skor. Överklassen ses på väg till stadens skyskrapors spegeldörrar medan andra säljer hemmagjorda leksaker utanför. I slumkvarteren rör sig de fattiga. Många har dock jobb, ofta som städare, vakter, frisörer eller butiksbiträden. Gatorna är fulla av liv. Mandazi friteras och säljs, nötkött i form av helt kohuvud står och kokar över en eld, barnen springer lekandes med gamla cykeldäck och någon ytterligare säljer varmvattendusch motsvarande någon krona. Samtidigt spelas hög, glad musik från olika småbutiker.

Jag och min familj befinner oss i ett av världens topp-tio länder när det handlar om störst skillnad mellan fattiga och rika, där korruption är ett konstant problem, ett land med en underbar natur med kustlinje, öken, berg och fantastiska savanner som lockar mängder av turister varje år och där människor är stolta, varma och välkomnande.

Tonårsgraviditeter

I Nairobi blir många tonåringar ofrivilligt gravida varje år. Den psykiska ohälsan hos dessa individer är ofta svår. De flesta av dem lever i socialt utsatta situationer med låg socioekonomisk status. Graviditet utanför äktenskap är starkt tabubelagt och leder ofta till förvisande från sociala nätverk och skola, till depression och till anknytningsproblematik. Abort är tillåten endast om vårdpersonal intygar att det finns behov av akutvård eller om kvinnans hälsa eller liv är i fara. Unga ofrivilligt gravida kvinnor söker mer sällan än andra kontakt med vården. Risken för komplikationer före och efter förlossning är därmed större. Barnen tenderar ha lägre födelsevikt och det är vanligare med prematura födselar och spädbarnsdöd. Andra risker hos denna

grupp är att modern får svårt att genomföra utbildning och har svårt komma in på arbetsmarknaden. Partnerrelationer blir ofta instabila. Modern och barnet riskerar ett fortsatt liv i fattigdom och social utsatthet.

Examensarbete

Under de två år jag bodde i Kenya ville jag genomföra mitt examensarbete för psykoterapeutprogrammet (Linköpings universitet) och fick kontakt med psykolog och doktor Manasi Kumar vid Kenyatta Hospital som är statligt universitetssjukhus tillhörande University of Nairobi. Hon ansvarar för ett projekt som syftar till att förebygga psykisk ohälsa hos (ofrivilligt) gravida tonåringar. Hon vill öka förutsättningarna för känslomässigt omhändertagande om barnet och därmed underlätta anknytning. Genomförandet var tänkt att ske i olika etapper med en initial psykoedukativ insats på några sessioner. Förhoppningen var att man genom en mer undervisande ingång skulle få kontakt med ungdomen och, om det bedömdes rimligt, motivera för vidare psykologiska insatser som t.ex. gruppterapi med starka inslag av interpersonell psykoterapi som fokuserar på depression och interpersonella relationer.

I korta drag planerades sessionerna bestå av psykoedukation med successivt mindre styrt innehåll för att lämna mer plats åt individens egen berättelse.

De psykoedukativa inslagen planerades innehålla information om depression, om tonårstiden och förberedelser inför vuxenlivet, om olika känslomässiga och faktabaserade aspekter av att vara gravid. Samtalen skulle lämna utrymme för individens berättelse om sin situation, om sina känslor för sitt barn och sina känslor för sin egen mor och relationen till denna. Terapeuten skulle uppmärksamma och förstärka tecken på bonding till barnet samt validera tonåringens oro. Samtalen skulle också syfta till att få en bild av tonåringens behov av stöd och hur den möjligen kan tillgodoses samt om förberedelser inför förlossning.

Pågående program

Vi åkte till tre olika mottagningar i olika socialt och ekonomiskt

PSYKOLOGISK HJÄLP TILL UNGDOMAR I NAIROBI



utsatta områden i Nairobi (Kangemi, Kariobangi och Eastleigh) för att undersöka vilket underlag som fanns för att få en tillräckligt stor population för studien. Vi hade då ingen uppskattning av hur många gravida ungdomar vi skulle möta. Personalen var på samtliga ställen mycket engagerade och var noga med att inte avslöja någon tonårings identitet. Statistik fick vi ta del av efter långa diskussioner, vilket hade varit betydligt lättare om vi innan hade haft intyg från högre instans på att studien var auktoriserad. I Kariobangi och Kangemi mötte man i snitt minst en ny gravid tonåring per dag vilket motsvarade våra behov för studien. På Jamaa hospital i Eastleigh hade man redan byggt upp ett mycket gediget program för dessa tonåringar. Unga kvinnor som bedömts "needy" i ekonomisk bemärkelse erbjöds hjälp. De fick möjlighet att bo i sjukhusets anpassade lägenhet från sjätte graviditetsmånaden fram till ca sex veckor efter förlossningen. Under tiden förbereddes de på att acceptera, föda och ta hand om sitt barn, lära sig laga mat, sy kläder och samtidigt jobbade man för att förbättra relationen till ursprungsfamiljen. I tabun att vara gravid utanför äktenskap hade dessa ungdomar flytt eller blivit avvisade från sina hem. Acceptans för det nya barnet och för ungdomens avsteg från den kulturella normen arbetades aktivt med i detta genomarbetade och påkostade program som drivs av the Sisters of Charity (katolska kyrkan). Målet var att mödrarna ska kunna återvända till ett tillräckligt fungerande och stöttande socialt nätverk inklusive återgång i skola.

Det egna projektet

Tyvärr hade vi inte liknande ekonomiska förutsättningar. Vårt projekt skulle bekostas av Nairobi University's redan anställda psykologer, läkare, doktorander inom beteendevetenskap samt av psykologstudenter och skulle utföras på befintliga mottagningar. Arbetet är behjärtansvärt och involverade personer är mycket engagerade. De studerande arbetar dagtid och studier utförs parallellt kvällstid. Vi upptäckte till föga förvåning att förberedelserna för projektet tog mycket tid i anspråk. Etikansökan är komplicerad och sker i flera steg. Tyvärr hann den inte bli klar innan jag lämnade Kenya och uppsatsen blev därmed inte möjlig att genomföra. Jag har dock fått en

inblick i vardagen hos en mycket utsatt grupp i Kenya och har många fina och lärorika upplevelser genom det förarbete vi gjorde. Min tacksamhet för Sveriges sjukvård kan inte återges i ord. Arbetet fortsätter dock i Nairobi och preliminära resultat av den första, deskriptiva undersökningen beskriver dr Manasi Kumar på Kangemi Health Center så här:

På Kangemi Health Center hade man vid tidpunkten kontakt med 174 gravida ungdomar mellan 12 och 18 års ålder. 78 % led av depression (21 % mild, 24 % måttlig, 17 % måttlig-svår och 16 % svår). Psykosociala riskfaktorer såsom fattigdom, låg utbildningsnivå, avsaknad av socialt stöd, våld inom familjen och STI/HIV/AIDS predisponerar för depression. Ungdomar som tidigt hoppar av skolan får vanligtvis ett till två barn före 18 års ålder. I djupintervju har det bl.a. framkommit att missbruk underrapporteras p.g.a. rädsla för effekter vid avslöjande till hälsokliniker. Det framkom också att den "dödsstämpel" som tidigare associerats med diagnosen HIV/AIDS reducerats och att en del ungdomar nu hanterar diagnosen väl.

Under förutsättning att utfallet av studien är positivt är förhoppningen att (delar av) insatser ska kunna implementeras på redan befintliga mottagningar. Genom insatser som inte är alltför resurskrävande vill vi optimera omhändertagandet för dessa kvinnor och minska tabun för psykologisk behandling så att de kan bilda familj under mer humana förhållanden. På sikt vore det också önskvärt att, såsom en av sjuksköterna sa på mottagningen i Kariobangi, förebygga oönskade graviditeter genom att "fånga upp männen och lära dem empati och moral så att detta inte behöver ske. Då förebygger vi!"

Karin Emilsson

Psykolog

BUP-mottagningen, Linköping



Zimlat for life

”Enda sättet att ta sig ur fattigdom och förtryck
är genom kunskap och utbildning”

Dickson Osapiri Karani, rektor Zimlat Primary School

Dickson, uppvuxen i en fattig by i västra Kenya, fick hela sin skolgång och lärarutbildning bekostad av en engelsman. För honom var valet enkelt - han ville ”betala tillbaka till livet” genom att ge fattiga barn samma chans som han själv fått. För även om det är skolplikt i Kenya och alla har rätt till skolgång står många utanför. De förhållandevis låga kostnaderna det innebär med skolvagn, skolmat, uniform och läroböcker är ändå långt över vad de fattigaste föräldrarna klarar av.

Byn Zimlat

Dickson flyttade till byn Zimlat, några mil utanför Mombasa, Kenya. En by med ca 3000 invånare varav 65 % var barn, de flesta helt eller delvis föräldralösa. Här rådde i stort sett total analfabetism, livsvillkoren var oerhört pressade med brist på

förnödenheter, friskt vatten och sjukvård. Skolgång för barnen var en utopi. Här startade Dickson, för dryga tjugo år sedan, sin skola. Med enkla medel bedrev han undervisning under ett mangoträd eller i kyrkans utlånade lokal. Ett sjuttiototal barn deltog, men näringsbrist och barnens dåliga allmäntillstånd var ett stort problem. Det behövdes pengar för utveckling... Hur allting startade och hur skolverksamheten för 500 barn, lärare, bespisningspersonal och skolmatsprogram idag drivs helt självständigt utan behov av bidrag finns att läsa på www.zimlatforlife.se.

Vad betyder kunskap?

Zimlat förändras och utvecklas successivt genom skolverksamheten. Den uppväxande generationen lär inom



många områden. Det handlar inte bara om läs- och skrivkunskap och de obligatoriska ämnena. Idag informerar barnen sina föräldrar om tabubelagda områden som HIV, smittspridning, hygien och jämställdhet. Idag är det självklart att 50 % är flickor på skolan - tidigare var det helt uteslutet att föräldrarna skulle släppa iväg dem. Givetvis är det för flickorna själva som utbildning innebär den allra största skillnaden. Framtiden är inte längre att vara beroende av en man och att bli styrd. Idag har pojkar och flickor samma höga framtidsdrömmar om yrken där de kan vara med att påverka och förbättra. Sedan starten har mer än 9000 barn fått läs- och skrivkunskap. Tack vare fadderverksamhet har föräldralösa barn nått ända upp till universitetet och arbetar idag inom olika områden. Violet Achieng, som förlorat 7 av sina småsyskon och båda föräldrarna, arbetar idag som läkare och kommer fortbilda sig inom barnmedicin. Albert Otwanu utbildar sig inom kriminologi/bekämpning av terrorism. Elisabeth, Robinson och Kelvin, med lärarutbildning har de återvänt till Zimlat primary school för att ge tillbaka. Jane Awino, föräldralös flicka som efter studier i kemi och molekylär biologi ansvarar för skolhälsoenklinikkens laboratorium. James Okiru, högskoleutbildad inom jord- och skogsbruk ansvarar idag för ett jordbruksprojekt och odlingar i Rift Valley.

Vad har utbildningen betytt för just dig?

Listan kan göras lång, men avslutningsvis får James Okiru svara

på frågan: vad har utbildningen betytt för just dig?

Sedan min pappa dog har det varit mamma och jag. Alternativet för mig hade varit att bli en "beach boy" - få ihop pengar på mycket tveksamma sätt till vår överlevnad.

Han tystnar och byter sedan samtalsämne. Med starkt engagemang berättar han istället:

Kenya har bara ett skogstäckte på ca 4 % jämfört med FN:s rekommendation på 10 %. En utmaning som vi utbildade måste ta oss an. - Det är vårt ansvar att medvetandegöra folket, från politiker till gräsrotsnivå, om naturskydd och varaktighet. Vi pratar om att fälla ett träd och plantera fem. Vi måste också få regeringen att påskynda sökandet efter billiga alternativa bränslen till trä och kol och ta ansvar för sina stora skogsmarker.

Hans ord och engagemang får sammanfatta vad utbildning betyder för barn och ungdom i Zimlat: att kunna bli en del av samhället. Att på olika sätt vara med, ta ansvar och påverka samhällets utveckling. Detta trots att man råkat födas där resurserna egentligen är obefintliga.

Birgitta Ljungqvist

Ordförande i ideella organisationen Zimlat for life



Depressionen firar aldrig jul

Att vi närmar oss jul spelar ingen roll för den som har svårt att gå upp på dagarna. Om orken att göra frukost inte finns. För den som sover dåligt och vaknar tidigt på morgonen med en gastkramande känsla i bröstet finns ingen julfrid i annalkande bara för att vi närmar oss slutet av december. Depressioner firar aldrig jul, det gör inte psykosjukdomarna, ångestsyndromen eller någon annan form av psykisk ohälsa heller. Människor som har sjukdomen skadligt bruk av alkohol och deras anhöriga blir till och med mer drabbade under helgerna så för många av dem, inte minst barnen, blir därför jultiden en extra mörk period långt ifrån en "vit" jul.

Alla av oss känner någon eller är någon som lider av dessa vanliga folksjukdomar. Psykisk ohälsa kostar samhället 70 miljarder och ett obeskrivligt mänskligt lidande. Många människor söker inte vård trots att behandlingsresultaten är bättre för psykiska sjukdomar än för många övriga sjukdomar. Forskningsanslagen är betydligt lägre än för andra stora folksjukdomar. Troligen för att fördomar kring tillstånden som påverkar vårt mest avancerade organ med sina 130 miljarder nervceller och den psykologi som gör oss till människor fortfarande finns.

Trots detta julemörker finns det hopp. Vi arbetar för utvecklandet av ett naturligt språk kring psykiska sjukdomar så att människor som är drabbade och deras anhöriga kan prata om symtom både med varandra och med omgivning och söka hjälp i tid. Vi arbetar för att öka forskningsanslagen för att forskning ska kunna leda till bättre förebyggande metoder för psykisk ohälsa och bättre behandling av

psykisk sjukdom. Vi vill också bidra till att öka öppenhet och kunskap i samhället så att inga fördomar ytterligare försvårar livet för människor med psykisk ohälsa. Det stigma som försenar hjälpsökande och begränsar oss håller på att brytas. Många ledande personer vågar berätta om psykisk ohälsa. Insatser för att förändra pressetiska regler och patientsäkerhetslagen är på gång så att psykisk ohälsa inte längre är ett diskriminerat område.

Vi är säkra på att utvecklingen går åt rätt håll och vi jobbar hårt för att verkligen kunna önska dig och alla i Sverige ett riktigt Gott Nytt År!

Med din hjälp blir vi starkare. Skicka gärna en julgåva eller ge dig själv eller någon du tycker om ett medlemskap i Psykiatrifonden, www.psykiatrifonden.se i julkapp, så att fler nästa år verkligen får fira en strålande jul med glans över vita skogar.

Maria Larsson
Psykiatriker

Ordförande Psykiatrifondens programutskott

Lena Flyckt
Docent Karolinska Institutet
Vice ordförande Psykiatrifonden

Martin Schalling
Professor Karolinska Institutet
Ordförande Psykiatrifonden

Rättelse

På sidan 43 i Svensk Psykiatri nr 3/2016 fanns ett citat av Lena Nylander som inte var korrekt återgivet.

Rätt ordalydelse ska vara:

Jag tror att vi tyvärr idag försöker hitta snabbspår eller genvägar till att ställa "rätt diagnos" eftersom jag anser att vi olyckligt nog har en organiserad vård och insatser utifrån diagnoser i nu rådande system. Exempel är vuxenhabiliteringen där till exempel en ASD-diagnos på många håll är en inträdesbiljett till rätt insatser. Många patienter utan ASD-diagnos men med samma grad av funktionsnedsättning och motsvarande tyngd av symtom skulle kunna ha nytta av denna nivå av omhändertagande för vård och rehabilitering men får det inte för de har "fel" diagnos. Jag tror vi behöver hitta ett diagnostiskt system som bygger på ett utforskande av patientens levnadshistoria, somatiska, kognitiva och emotionella funktion med mera för att förstå personen. Jag tror att det flesta patienter vill bli förstådda snarare än diagnosticerade.

Maria Larsson

Moderator SPF Fortbildar – Fokus Psykiatrisk diagnostik

Om barnaga: Fallet Tanzania

I oktober i år aktualiserades återigen frågan om fysisk bestraffning av barn och unga i Tanzania, när ett videoklipp som visar ett fall av skolaga läckte ut till media (Mapunda, 2016). Fallet gäller en student i gymnasieåldern, i staden Mbeya i sydvästra Tanzania, som blivit bestraffad för att han inte gjort sina läxor. I klippet går tre lärarpraktikanter till angrepp mot studenten i närvaro av ytterligare fyra vuxna. Studenten fälls ner på marken och hålls fast av lärarna och blir slagen med både händer och rottingar. Det hela filmas och finns att se på Youtube¹.

Att döma av reaktionerna i tanzanisk media går denna form av behandling utöver vad som betraktas som acceptabel fysisk bestraffning i skolan. Frågan är dock var gränsen går och hur stor skillnaden är vad gäller vad som specificeras i lagen och vad som faktiskt utspelar sig i praktiken.

Fysisk bestraffning tillåten enligt tanzanisk lag

I Tanzania är det tillåtet att använda aga i skolan, i hemmet, i barnomsorgen, på vissa vårdinrättningar, rättsväsendet och som rättslig påföljd. I Law of the Child Act från 2009 som gäller för fastlandet Tanzania står skrivet att "berättigade" tillrättavisningar är tillåtna och på ön Zanzibar (i union med Tanzania men med självstyre), specificeras i Children's Act 2011 att fysisk bestraffning är tillåten, så länge det inte leder till kroppsskada. Acceptabel kroppslig bestraffning i utbildningssammanhang definieras, i National Education Act 1978, som "punishment by striking a pupil on his hand or on his normally clothed buttocks with a light, flexible stick but excludes striking a child with any other instrument or on any other part of the body". Tanzania har upprepade gånger motsatt sig rekommendationen från Barnrättskommittén (CRC²) om att förbjuda all form av kroppslig bestraffning inklusive i disciplinerande syfte (Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children, 2016).

Barnaga - ett utbrett fenomen

Det är mot denna bakgrund inte överraskande att flera studier har visat att barnaga är ett utbrett fenomen i Tanzania. I en studie med över 3700 barn uppgav nära 75 % att de varit med om fysisk misshandel (UNICEF, 2011), fynd som bekräftas av flera andra studier (Hecker et al., 2014). Utifrån ett barnrättsperspektiv är situationen i Tanzania, liksom i många delar av världen, bekymmersam och kraftfulla insatser är nödvändiga för att minska förekomsten av fysisk bestraffning av barn.

Doktorsavhandling om omsorgsdilemman i en tanzanisk kontext

Som framgår av en doktorsavhandling vid Linköpings universitet (Frankenberg Johnson 2012) går arbetet med att minska fysisk bestraffning av barn hand i hand med lokala praktiker och föreställningar om barn och barndom och för att hitta vägar framåt krävs kunskap om de föreställningar som ligger till grund för hur barn behandlas. "Förr i tiden kunde vi disciplinera våra barn, nu har de rättigheter" är ett citat från en fokusgruppdiskussion med föräldrar och mor-farföräldrar i Tanzania och belyser hur vuxna brottas med hur de skall hantera sitt omsorgsansvar, som en konsekvens av bland annat motstridiga barnomsorgsideologier (Frankenberg Johnson et. al., 2014). Uttalandet fångar ett problematiskt ideologiskt dilemma som förekommer i sammanhang där barnrättsideologi sprids i sociala kontexter som genomsyras av traditioner av att använda fysisk bestraffning. Uttalandet väcker frågor om styrning och kontroll av barn och hur samhällen på bästa sätt främjar barns utveckling och lärande. I studien framkommer en lokal diskurs som bygger på nödvändigheten att använda fysisk bestraffning för att uppföstra välanpassade samhällsmedborgare och en stark oro för riskerna med att inte ha tillgång till kroppslig bestraffning som disciplineringsmetod.

Samtidigt finns en tydlig, lokalt förankrad, gräns mellan å ena sidan kroppslig bestraffning i uppföstrings syfte och å andra sidan barnmisshandel, som betraktas som oacceptabelt i den tanzaniska kontexten (Frankenberg Johnson et al., 2010). Frågan är hur lokala diskurser om nödvändigheten av barnaga kan utmanas och förändras på ett sätt som är möjligt för lokalsamhällen att ta till sig och göra till sina, på sina egna villkor.

Sofia Johnson Frankenberg

**Leg. psykolog, doktor i psykologi och lektor
i Barn- och ungdomsvetenskap med inriktning mot
de yngre åldrarna vid Stockholms universitet**

Referenser: www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html

1. <https://www.youtube.com/watch?v=RyEn54oAQzo&t=14s>

2. <https://www.ohchr.org>

Upplevelser utifrån uppsatsskrivning på en psykiatrisk klinik i Nairobi

Som psykologstudent i slutfasen av min utbildning kände jag att det på programmet talades för lite om transkulturell psykiatri. Jag var intresserad av hur psykiatrisk vård kan se ut i andra kulturer och bestämde mig för att skriva mitt examensarbete utomlands tillsammans med en kurskamrat. Våren 2015 reste vi ner till Kenya för att samla in material till vår uppsats på en psykiatrisk klinik. Syftet med vårt arbete var att undersöka psykiatripatienters tankar om patogenes och vad de trodde skulle kunna bota dem.

Eftersom vårt arbete var del av en större studie som utfördes på Kenyatta National Hospital i Nairobi fick vi tillåtelse att intervjua patienter på en klinik som tillhörde psykiatri på sjukhuset. Sjukhuset är det äldsta i landet och ett av det största i Nairobi. Genom semi-strukturerade intervjuer försökte vi fånga patienters egna teorier till varför de utvecklat psykisk ohälsa och vad de trodde skulle kunna hjälpa dem. Innan resan läste jag om psykiatri i Kenya och fick bilden av att man anammat västerländska system för diagnostik och behandling utan att ha gjort någon kulturell anpassning av metoderna. Vår studie var tänkt som en kvalitativ del i en studie på sjukhuset som syftade till att utvärdera om den vård som erbjöds var verksam eller behövde utvecklas och anpassas till den kenyanska kulturen.

Psykiatri i Kenya

I Kenya är tillgången på tränad personal inom psykiatri låg med ungefär en psykiatriker per 500 000 invånare. Förutom brist på utbildad personal tåmpas man i landet med fattigdom och stigmatisering kring psykisk ohälsa vilket hindrar vissa att söka psykiatrisk vård vid behov. Psykologstudenterna jag talade med förklarade att stora delar av de vårdresurser som finns i landet är lokaliserade i de största städerna och att det därigenom är svårare att få tillgång till psykiatrisk vård ute på landsbygden. Jag hade innan resan läst att healers med ritualer och böner är ett alternativ som är kulturellt



accepterat i landet och därmed lättare för vissa att uppsöka vid psykiska besvär. Utifrån studenternas erfarenhet var det inte så vanligt förekommande med personer som trodde på healers inne i städerna, men att det med stor sannolikhet fanns i större utsträckning utanför storstäderna och långt ut på landsbygden.

Mina första tid på sjukhuset

De första dagarna efter vår ankomst till Nairobi handlade till stor del om att akklimatisera oss till vår nya vardag. När vi kom till Kenyatta National Hospital blev vi välkomnade av chefen för psykiatrisektionen, och vi placerades hos en klass psykologstudenter i en vecka. Tanken var att vi skulle få en



inblick i hur arbetet inom psykiatrin kunde se ut. Veckan med studenterna bjöd på många intryck. Varje dag under veckan började med uppsamling och morgonbön efterföljt av att alla fick berätta hur man mådde och om man hade någon reflektion som man ville lyfta i gruppen innan man gick ut och arbetade på sjukhuset. Rutinen kändes till en början ovan, men bidrog till att man fick chans att lugna sig efter morgonens krigande i Nairobis kaosartade rusningstrafik. Den grupp jag följde under veckan var fördelade till urologen och den vuxenpsykiatriska kliniken. Jag kommer ihåg att jag under veckan reagerade över den mängd människor som befann sig på sjukhuset och avdelningarna. Väntrummet på den psykiatriska vuxenmottagningen var överfullt, vilket var normalt enligt personalen. Patienterna på vuxenmottagningen undersöktes i små rum som ofta saknade dörr. Studenterna drillades i bedömning utifrån DSM-5 och fick hålla stödsamtal på flera av sjukhusets olika avdelningar. I samtal angående behandling berättade de att de främst arbetade med familjeterapeutiska interventioner, stödsamtal och interventioner utifrån kognitiv beteendeterapi. Vanligen gavs patienterna 5-10 samtal.

Youth Center

Efter den inledande veckan var det dags att börja samla in material vilket vi gjorde på Youth Center, en klinik för unga vuxna på sjukhuset. Kliniken hade öppnats som ett komplement till sjukhusets psykiatriska öppenvårdskliniker för barn respektive vuxna och för att främja sexualhälsa bland ungdomar och unga vuxna. Vissa kom till kliniken för samtal om preventivmedel, HIV eller för test av könssjukdomar. Andra kom för psykiska svårigheter där bland annat förstämningssyndrom, drogmissbruk, schizofreni, uppförandestörning, ångestsyndrom och stresstillstånd var vanligt förekommande. Alla besök på kliniken var kostnadsfria och enligt avdelningschefen ökade antalet besök för varje år. Hon berättade att vissa besökare reste i flera timmar för komma dit. Eftersom det på kliniken var turtagningssystem istället för tidsbokning, och få samtalsrum att tillgå, innebar ett besök för många en väntan på flera timmar i de vita plaststolar som stod uppradade vid receptionen. Efter en tid i landet insåg jag att väntan hörde till det normala i den kenyanska vardagen, vilket antagligen var en stor del till att vi knappt såg någon som klagade över det rådande kösystemet.

Patienternas tankar om sitt tillstånd

I våra samtal med patienter framkom flera teorier om sjukdomsuppkomst och potentiell bot. För att ge några exempel så lyfte många patienter familjerelaterade faktorer, i nutid eller under deras uppväxt, som en orsaksfaktor till deras tillstånd. Problem med droger var även vanligt förekommande teorier relaterat till psykiskt lidande. Några

få patienter nämnde spirituella skäl till att de insjuknat. Gällande vad som ansågs kunna hjälpa dem att må bättre var någon form av samtal, antingen med utbildad personal eller en medmänniska, och medicinsk behandling de mest framträdande teorierna. Bön och att ha en relation till Gud nämndes även av några som hjälpsamt. De teorier vi fick höra patienterna formulera i vår studie tänker jag likväl skulle kunna dyka upp om vi hade intervjuat unga vuxna i Sverige i samma syfte. För mig tydliggjorde detta att kulturskillnader i sig inte behöver betyda att man har olika sjukdomsuppfattning, även om teorierna kanske hade sett annorlunda ut om vi samlat in material på en annan plats i landet, till exempel på landsbygden.

Avslutande reflektioner

Jag har många fina minnen och upplevelser ifrån min resa. Relaterat till mitt yrke är det två saker som jag främst tog med mig.

Det första var hur patienterna jag intervjuade pratade om och beskrev sitt psykiska lidande. De använde ofta ord som *stress*, *bad*, *sad* och *pain* för att förklara sina tillstånd, vilket jag upplever skiljer sig från de diagnostiska termer, såsom ångest eller depression, som är vanligt förekommande beskrivningar hos de patienter jag dagligen träffar inom allmänpsykiatrin. Jag försöker därför numera vara lyhörd inför vad mina nuvarande patienter säger bakom orden i våra samtal. Särskilt om jag möter en person ifrån en annan kultur då den och bland annat social kontext påverkar hur vi väljer att uttrycka oss. Besvär kan uttryckas på många olika sätt, vilket blev tydligt för mig under resan.

Det andra jag tagit med mig är att alltid vara nyfiken på de tankar mina patienter har kring sitt tillstånd. Varje persons upplevelse av sitt sjukdomstillstånd är individuellt, och lyckas man fånga det och få patienterna att känna sig lyssnade på och förstådda tror jag att man har bra förutsättningar för att kunna skapa en god behandlingsallians och finna gemensamma vägar till förbättring. Några av mina finaste minnen från resan är när patienter jag intervjuat efteråt tackade hjärtligt för att de fått utrymme att prata om sina upplevelser och besvär trots att de i mina ögon var de som skulle tackas för att de delat med sig av sig själva och sina tankar.

Josefin Lydén
Leg. psykolog
Stockholm
Foto: Privat



Stora skillnader

Nationell kartläggning av psykiatrisk heldygnsvård

Vad kan man förvänta sig av den svenska psykiatriska heldygnsvården? Får man som patient tillgång till samma insatser i Skåne som i Norrbotten? Efter ett studiebesök i Tyskland väcktes frågan om vårdinnehållet i den svenska heldygnsvården.

SPF har under året låtit göra en nationell kartläggning för att få en bild av läget. Undersökningen genomfördes av Mariana Hultén, ST-läkare, Henrik Lind, sjuksköterska, och Antoinette Lundahl, överläkare, samtliga verksamma inom vuxenpsykiatri i Stockholm.

Undersökningen baserades på 24 omfattande telefonintervjuer med erfaren vårdpersonal anställda inom den allmänpsykiatriska heldygnsvården, i landets samtliga regioner och landsting. Syftet var att reflektera över vårdinnehållet och göra en ansats att samlas kring nationella rekommendationer för en bättre heldygnsvård.

Resultatet visar på stora skillnader i såväl praxis, bemanning, paramedicinska resurser, samordning, vårdmiljö och tillgång till anpassade psykologiska behandlingar och aktiviteter.

På många håll bedrivs ett viktigt arbete av paramedicinsk personal, såsom arbetsterapeuter, fysioterapeuter, kuratorer och psykologer. Dessa kan genom sitt yrkeskunnande bidra med evidensbaserade och individanpassade insatser för de inskrivna. Detta till trots var det endast i undantagsfall som dessa fanns tillgängliga specifikt för patienter i heldygnsvården. Tio avdelningar rapporterade att de inte hade någon paramedicinsk personal. Endast en knapp tredjedel av de tillfrågade avdelningarna hade en psykolog anställd på avdelningen.

Tillgång till psykologiska gruppbehandlingar varierade även det stort. Hälften erbjöd över huvud taget inga sådana behandlingar. I övriga fall erbjöds allt ifrån ångesthantering, avslappningsgrupper, bildterapi, örönakupunktur, musikterapi, sömnskola och mindfulness. Dessa bedrevs i regel av engagerade "eldsjälar" på avdelningen.

Tillgång till aktiviteter kunde variera stort både i omfattning och innehåll. Där vissa avdelningar endast hade promenader på schemat kunde andra erbjuda målerigrupper, gymnastik,

tipsrundor, yoga med mera. Vissa resonerade att "psykiatrin ska ju inte bedriva kommunal verksamhet". Andra ansåg att patienterna "inte får trivas för bra", då detta kunde leda till att det skulle vara svårt att skriva ut dem. I undersökningen noterades att erbjuda aktiviteter varierar stort, och oklarhet om det över huvud taget ska erbjudas några aktiviteter inom heldygnsvården.

Då många psykiatriska inrättningar ärvt sina lokaler från andra verksamheter kunde dessa skilja sig stort. Trots att önskemål om enkelrum är vanliga innebär platsbrist att de sällan kan erbjudas patienter. Av samma skäl saknas ofta särskilda rum för aktiviteter och avkoppling. Åtta av de tillfrågade avdelningarna rapporterade frekventa överbeläggningar. Vårdmiljön kom att skilja sig stort beroende på om fokus låg på att främja egenansvar och hälsa eller sanering från potentiellt farliga föremål såsom porslin, krokar och sladdar.

Nyare forskning pekar mot ett mer konstruktivt förhållningssätt i vården av patienter som utvecklat ett självskadebeteende och ibland använder suicidalitet som kommunikationsinstrument eller för att reglera sina känslor. Dessa patienter tenderar också att konsumera mer heldygnsvård än andra grupper. En strävan mot ökad autonomi, med ansatser som bygger på frivillig vård, kortare vårdtider och mer patientstyrda inläggningar har spridit sig till många platser i landet. Många rapporterar att denna metod har lett till minskad frekvens av självskada och förbättrat mående för dessa patienter. Kommentarererna kring detta har varit övervägande positiva.

Trots dessa positiva erfarenheter finns avdelningar där vården fortfarande präglas av övervakning, restriktioner, tvång och långa vårdtider. Månadslånga vårdtider var inte ovanliga, och i vissa fall sträckte den sig över år. Gemensamt för dessa avdelningar var att intervjuad personal rapporterade en känsla av maktlöshet och rädsla. När patienter självskadat på avdelningen kunde de ibland flyttas till PIVA-avdelning, och i särskilt svåra fall även till rättspsykiatriska inrättningar.

Beroende på vilken metod som använts kunde vårdtiderna variera stort. På håll var den genomsnittliga vårdtiden för dessa patienter 5-6 dagar, på andra håll 5-6 veckor. Hälften

av de tillfrågade uppgav att de tyckte att vårdtiderna generellt var lagom långa, hälften tyckte att de var för långa. Ingen av de tillfrågade tyckte att de generellt var för korta.

Att komma tillrätta med detta ter sig vara svårt. Ansvaret för dessa patienter vilar på läkaren, vilket många intervjuade beskrev i utredningen. Utan tydlig policy och stöd kan det ansvaret vara svårt att axla, då ett arbetssätt som strävar efter ökad patientautonomi ibland kräver svåra beslut och tillit till att metoden fungerar. På avdelningar som saknar ett genomtänkt arbetssätt eller kontinuerlig läkarbemanning rapporterades negativa följder för många patienter med denna typ av problematik.

Under denna kartläggning drogs slutsatsen att den psykiatriska heldygnsvården skiljer sig stort beroende på var i landet den bedrivs. Trots det noterades att det på många håll pågår ett arbete för att utveckla och förbättra vården. Upprättandet av nationella riktlinjer för heldygnsvården och utökat kollegialt stöd kan bidra till den positiva utvecklingen.

Henrik Lind

Leg. sjuksköterska

Verksam inom heldygnsvården, Norra Stockholms psykiatri

Ny viktig information angående specialistutbildningen i rättspsykiatri

Socialstyrelsen har nu kommit med nya EU-anpassade direktiv angående vad som krävs för att bli rättspsykiater. Tidigare kunde man tillgodoräkna sig tjänstgöring man gjort under sin ST i allmänpsykiatri, men detta är inte längre möjligt. Man måste nu dels vara specialist i vuxenpsykiatri (barnpsykiatri går inte längre), dels ha tjänstgjort under handledning i minst 2,5 år efter att man blev allmänpsykiater, samt ha uppfyllt alla målen enligt Socialstyrelsen. Om man har en äldre (innan 2008) specialistexamen måste man kunna visa att man uppfyller alla mål enligt 2015 års målbeskrivning. Man måste alltså till exempel ha gjort ett vetenskapligt arbete, och kunna visa att man uppnår målen i sådant som försäkringsmedicin och palliativ vård.

Specialiseringstjänstgöringen innefattar dels tjänstgöring inom rättspsykiatrisk vård, dels tjänstgöring på Rättsmedicinalverket med att genomföra rättspsykiatriska undersökningar. Det rekommenderas även att man fördjupar sig i näraliggande områden såsom beroendelära och neuropsykiatri. Mer detaljerade rekommendationer från Svenska Rättspsykiatriska Föreningen väntas komma till årsskiftet. ST-läkare är antingen anställda av Rättsmedicinalverket eller av ett landsting. I det senare fallet rekommenderas att man tjänstgör på Rättsmedicinalverket i minst tre dagar i veckan tills man gjort tillräckligt många rättspsykiatriska undersökningar under handledning. Denna tjänstgöring finansieras av ens vanliga arbetsgivare.

För att uppfylla de teoretiska kraven inom specialiseringstjänstgöringen anordnar Rättsmedicinalverket i samarbete med SRPF ett återkommande program med fyra kurser, vilket sträcker sig över en tvåårsperiod. De områden som täcks är Riskbedömningar inom psykiatri och kriminalvård, Kriminalvårdskunskap, Juridik inom rättspsykiatrisk verksamhet och Kriminologi. En kurs per termin ges enligt ett rullande schema, och varje kurs består av två kursmöten med inläsning och hemuppgift före och mellan mötena samt individuell skriftlig examination. Kurserna IPULS-granskas. De söks via Rättsmedicinalverket, och externa sökande är välkomna (kursavgift tas ut).

Sara Bromander

Studierektor i rättspsykiatri

För vidare information, kontakta gärna

sara.bromander@rmv.se, 010-483 45 41

Bättre läkarbemannning i psykiatri - oberoende av hyrläkare.

Hur går det?

Svensk psykiatri beskrev hösten 2015 det nationella arbetet för Bättre läkarbemannning i psykiatri – oberoende av hyrläkare. Bakgrunden till projektet är att användandet av hyrläkare äventyrar såväl vårdkvalitet och kontinuitet som utvecklingsarbete och ekonomi. Uppmuntrade av vuxenpsykiatriens arbete i Västra Götalandsregionen startades ett gemensamt arbete för alla landsting våren 2015. Efter 1,5 års arbete noteras en försiktigt positiv förändring i antal ST-läkare. Samtidigt påbörjas ett arbete med samma mål inom hela sjukvården, att bli oberoende av inhyrd personal – i hela Sverige.

Tidigare erfarenheter

Socialstyrelsens prognos från nationella planeringsstödet talar för en fortsatt försämring av läkarbemanningen inom psykiatri de närmaste åren om inga extra åtgärder sätts in. Många landsting har arbetat länge med åtgärder för att förbättra situationen men inte lyckats fasa ut användningen av hyrläkare. Samtidigt ökar intresset för att utbilda sig till psykiatriker.

Ett landsting har genomfört en fullständig utfasning av hyrläkare inom vuxenpsykiatri och samtidigt förbättrat bemanningen påtagligt; Västra Götalandsregionen (VGR). Våren 2010 beslutade sjukhusdirektörerna i samråd med verksamhetscheferna vid de fem sjukhusen att fasa ut hyrläkarna fr.o.m. 2013. Som resultat av ett stort antal

åtgärder hade antalet anställda specialistläkare ökat från cirka 140 till 200 och antalet ST-block ökade från 90 till 110 vid uppföljningen 2015.

SKL-projektet Bättre läkarbemannning i psykiatri – oberoende av hyrläkare

Initiativet togs våren 2015 av Nätverket för styrning och ledning av psykiatri på SKL tillsammans med psykiatrisamordnaren Ing-Marie Wieselgren. Övergripande syfte är att förbättra specialistpsykiatriens vårdkvalitet och kontinuitet genom att stimulera landstingen till aktiva åtgärder för att förbättra läkarbemanningen och att göra en överenskommelse landstingen emellan om en tidplan för utfasning av hyrläkare.

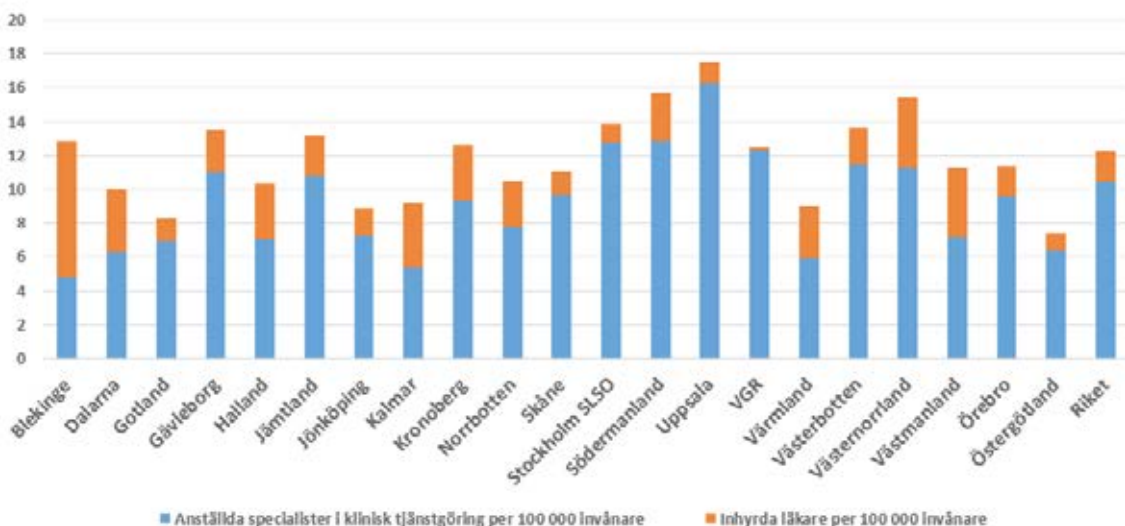
Projektet har hittills bestått av tre delar; kartläggning av nuläget, nationell modell för bättre läkarbemannning och samordning av tidplaner för utfasning av hyrläkare.

60-punktsprogram, åtgärdsplaner och tidplan för utfasning

Arbetet har nu pågått under 18 månader med fyra workshops per år för landstingens kontaktpersoner. Baserat på erfarenheter från landstingen har totalt 60 möjliga åtgärder listats under rubrikerna Attraktiv arbetsplats/god arbetsmiljö, Dimensionering, Rekrytering, Ersättningsfrågor, Nya arbetssätt och Samarbete mellan landsting. Syftet med denna nationella modell, eller "verktygslådan", är att stimulera landstingen till att vidta åtgärder som beskrivs i

Läkarbemannning psykiatri, VUP och RPV

Fast anställda och inhyrda läkare (årsarbetare) per 100 000 Invånare 2016*



Källa: Martin Rödhölm, Uppdrag Psykisk Hälsa, SKL

*Upphandlade enheter ej inkluderade

lokala åtgärdsplaner.

Cirka 80 procent av landstingen har antagit en tidplan för utfasning av hyrläkare inom psykiatri som för de flesta infaller senast 2017-09-01, för andra något tidigare eller senare.

Uppföljning av bemanning kvartal 2 2016

Vid uppföljningen kvartal 2 2016 jämfört med 2015 är situationen i stort sett oförändrad avseende antal årsarbetare fast anställda specialistläkare/överläkare per 100 000 invånare. När det gäller antalet anställda ST-läkare ses en ökning med cirka fem procent - en positiv utveckling men sannolikt inte tillräckligt. Landstingens beroende av inhyrda läkare uttryckt i antal årsarbetare hyrläkare relativt antal fast anställda är oförändrat, cirka 15 procent. Bemanningssituationen skiljer sig åt mellan landstingen och som exempel illustreras total bemanning och andelen inhyrda läkare inom vuxenpsykiatri och rättspsykiatri kvartal 2 2016, se figur.

Hade uppdragsgivarna väntat sig en mer positiv utveckling? Ja, svarar företrädare för flera landsting som ser att deras situation blivit allt bättre senaste året och att fler läkare än tidigare söker sig till fasta anställningar. Samtidigt är det ett tag kvar till det datum de flesta satt som sitt mål, september 2017 och vi vet av erfarenhet från VGR att beroendet av inhyrda läkare minskade mer påtagligt mot slutet av tidplanen för utfasning.

Oberoende av inhyrd personal – nu för hela sjukvården

Under året har ytterligare ett nationellt arbete med samma syfte påbörjats. Projektet Oberoende av inhyrd personal drivs gemensamt av samtliga landstings- och regiondirektörer sedan sommaren 2016. Nu handlar det alltså inte bara om läkare inom psykiatri utan samtliga yrkeskategorier i hela sjukvården där läkare och sjuksköterskor är först ut. Arbetet synkroniseras via SKL med en nationell projektstruktur och baseras på det 60-punktsprogram som tagits fram för psykiatri. Det är minst sagt lovande att man på både högsta tjänstemannanivå och landstingspolitisk nivå kunnat enas om

detta gemensamma mål.

Vad händer framåt?

Arbetet för Bättre läkarbemanning inom psykiatri i VGR och nationellt har helt klart varit föregångare och inspiration för landstings- och regiondirektörernas projekt Oberoende av inhyrd personal. Projektet kommer att fortlöpa samtidigt men med tidigare tidplan för oberoende av inhyrda läkare inom psykiatri. Förhoppningsvis kan psykiatriens projekt komma till nytta men också få draghjälp och styrka av det mer omfattande projektet.

Martin Rödholt
Konsult, överläkare i psykiatri, med.dr.
Uppdrag psykisk hälsa
Sveriges Kommuner och Landsting
martin.rodholm@skl.se

ANNONS

Omgång 2 av Hälsocoachutbildning startar februari 2017

Anmäl er!

Som ni tidigare har kunnat läsa i Svensk Psykiatri har utbildning av en första kull Hälsocoacher genomförts under hösten 2016. Deltagare från fem psykiatriska kliniker samt brukarrepresentanter har genomgått sju heldagars utbildning med planerad uppföljande handledning under sex månader.

Utbildningen är en del i ett projekt för att implementera (somatiskt) sjukdomsförebyggande metoder i de psykiatriska verksamheterna, inom psykiatri, kommun och brukarorganisationer. Projektet drivs av SPF i samarbete med NSPH och SKL med finansiellt stöd från Socialstyrelsen. Utvärdering av Hälsocoachutbildningen görs dels genom enkätfrågor för de som genomgått utbildningen, dels genom att de medverkande klinikerna åtagit sig att inkomma med specificerade kvalitetsindikatorer ett år efter avslutad Hälsocoachutbildning.

Socialstyrelsen har beviljat ekonomiska medel för en andra omgång av projektet. Utvärdering av projektets första omgång talar för att utbildningen varit uppskattad men visar också att det kan vara en utmaning att anpassa svårighetsgraden till deltagare med vitt skilda förkunskaper. Vi tror att en stor andel av deltagarna i omgång 2 har ett stort intresse och kunskaper sedan tidigare. Innehållet i utbildningen kommer att omarbetas och vässas ytterligare inför omgång 2.

Jag vill uppmana dig som är verksam på en psykiatrisk klinik som inte har fullgott sjukdomsförebyggande arbete att anmäla 2-3 medarbetare till utbildningsomgång 2. Utbildningen är kostnadsfri inkl. fika och luncher, denna gång sex heldagar under febr-mars 2017 och med uppföljande handledning. Utbildningen genomförs denna gång i Göteborg.

Er klinik behöver bekosta resa och ev. uppehålle på utbildningsorten. Därtill behöver kliniken utse en person i ledningsgruppen som ansvarar för att Hälsocoacherna ges utrymme att arbeta sjukdomsförebyggande samt ansvara för projektets fortlevnad på kliniken.

Inbjudan med mer information om utbildningen hittar ni på SPF:s hemsida. Antalet utbildningsplatser är begränsat, först till kvarn. Sista anmälningsdag 170115.

Välkommen med er anmälan!

Dan Gothefors
SPF:s ansvarige för riktlinjearbeten



Hur påverkar Försäkringskassans beslut svårt sjuka patienter?

Fem specialister i psykiatri hyser stark oro över Försäkringskassans beslut från den 1 november 2016 att inte längre betala ut sjukpenning om läkarintyget kommer in för sent eller om FK är tveksam till om rätten till sjukpenning finns. Även om komplettering skickas in och underlaget bedöms ge rätt till ersättning, kommer retroaktiv ersättning inte att betalas ut. Detta kommer att gå ut över de personer som är mest drabbade av psykisk ohälsa, de med lägst funktionsförmåga, anser vi.

Sjuktagen ökar i Sverige. Mellan 2010 och 2015 har sjukfrånvaron ökat med 80 % och de psykiska sjukdomarna står för 59 % av ökningen. Regeringen har lanserat ett mål om att antalet sjukdagar per försäkrad ska uppgå till högst 9 år 2020. Idag ligger sjuktalet på 10,8 (september 2016). "Om ingenting görs kan sjuktagen bli betydligt högre än så", befarar FK.

Detta är en oroande situation som vi måste ta på allvar.

Hur minskar vi den psykiska ohälsan?

Jo, genom

- prevention
- bättre diagnostik
- att följa gällande riktlinjer
- att använda evidensbaserade behandlingsmetoder, både farmakologiska och psykoterapeutiska. Det finns bra farmakologisk behandling vid flera psykiatriska tillstånd och det finns psykoterapeutiska behandlingsmetoder som är botande vid t.ex. självskadebeteende och emotionell instabilitet.
- fortgående utvärdering av insatt behandling. Viktigt att avsluta inte verksamt behandling.
- förbättrad slutenvård. Det finns forskning som

visar hur slutenvården bäst kan bemöta personer med självskadebeteende för att minska den psykiska ohälsan (t.ex. intermitterant tillsyn, öppna vårdavdelningar, meningsfull aktivitet under vårdtiden och mer personal med hög kompetens).

- kompetensförsörjning. Det råder brist på psykiatriker och sjuksköterskor inom psykiatri. Även här måste vi satsa för att förbättra den psykiska hälsan.

Vad vi vet finns ingen forskning som visar att indragen sjukpenning har någon som helst positiv effekt på den psykiska hälsan. Ur ett kliniskt perspektiv ser vi i stället att oro för ekonomin och utebliven ersättning ökar stressen hos individen vilket drastiskt försämrar den psykiska hälsan hos många.

Komplex problematik och hög samsjuklighet

Inom psykiatri träffar vi sällan personer med lindrig akut stressreaktion eller lindriga eller medelsvåra depressioner. Att avstå från att sjukskriva dessa personer ifrågasätter vi inte. De personer vi träffar inom psykiatri har ofta en komplex problematik och samsjukligheten är hög. Många har stora kognitiva svårigheter, bristande tillit till andra människor och myndigheter samt problem med känsloreglering och impulsivitet. Detta gör att många har svårt att i god tid be om förlängning av sin sjukskrivning, vilket med nuvarande regelverk kommer att innebära att de blir utan ersättning.

Vår bedömning är att många personer med allvarlig funktionsnedsättning pga. psykisk sjukdom/störning kommer att bli utan ekonomisk ersättning från Försäkringskassan. De med högre funktionsnivå kommer att kunna be om fortsatt sjukskrivning i god tid. Sjuktagen är inte ett mått på antal sjuka personer som saknar arbetsförmåga i vårt samhälle, utan ett mått på de som får

ersättning från Försäkringskassan.

Nuvarande förändring av regelverket kring sjukskrivningsprocessen kan komma att innebära färre sjukskrivna, men för den skull inte färre sjuka.

Paradoxalt nog kommer inte nödvändigtvis de som är mer välfungerande och som kanske skulle kunna arbeta i viss utsträckning att drabbas. De personer som kommer att drabbas är de med allvarlig problematik, de som borde ha rätt till sjukpenning, men som är för sjuka för att tillvarata sina rättigheter.

Bristande rättssäkerhet?

Vi befarar bristande rättssäkerhet i sjukförsäkringen för de mest utsatta grupperna.

Regeringens mål kommer kanske att uppnås, dvs. minskat sjuktal, med Försäkringskassans nuvarande ersättningsregler.

Vi är starkt oroade över att detta kommer att få förödande effekter för de personer som är hårdast drabbade av psykisk ohälsa och att följden kan bli ökade sjuktal på sikt.

Kerstin Konneback, specialist i psykiatri

Guillermo de Freytas Rodriguez, specialist i psykiatri, VÖL

Mats Sjövall, specialist i psykiatri

Julianna Varga, specialist i psykiatri

Åse Zethelius, specialist i psykiatri

Psykiatriska Öppenvårdsmottagningen i Alingsås

Fotograf: Yakup Akyüz





Somatisk hälsa vid allvarlig psykisk sjukdom – ett nytt brittiskt handlingsprogram



På ett möte på Royal College of Psychiatrists i London oktober 2016 presenterades ett brittiskt handlingsprogram avseende somatisk hälsa hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom¹. En rapport som är frukten av ett ambitiöst samarbete mellan ett flertal brittiska specialistföreningar, inklusive sjuksköterskornas och apotekarnas, samt Public Health England som är ett folkhälsoorgan under Hälsoministeriet. En rapport tungt förankrad i sjukvården, men ännu inte beslutad eller implementerad av National Health Service (NHS).

Arbetet har tagit sin utgångspunkt i den otvetydiga somatiska översjukligheten och överdödligheten i denna utsatta patientgrupp. Ett problem kopplat till vårdorganisatoriska tillkortakommanden, patienternas kognitiva svårigheter och många gånger medicinskt suboptimala livsstilsval samt läkemedel med en ogynnsam biverkningsprofil. I ljuset av detta föreslår handlingsprogrammet ett antal åtgärder för att förbättra de svårt psykiskt sjukas kroppsliga hälsa.

Somatisk konsult

Just vårdapparatusens dysfunktionella organisation lyftes i ett av inledningsanförandena fram av professor Tim Kendall, ansvarig för mental hälsa på NHS. Han betonade att somatisk och psykiatrisk vård ofta är geografiskt och organisatoriskt tydligt åtskilda, vilket är roten till många av de problem vi ser. Om det finns två separata dörrar in i vården, en somatisk och en psykiatrisk, så innebär det alltför ofta att patienterna inte får det kompletta medicinska omhändertagande deras tillstånd motiverar.

Ett sätt att mildra den geografiska effekten vore, hävdas det i rapporten, att mycket tydligare än idag införa konsultationssomatiker som en pendang till den etablerade konsultationspsykiatrin. Alltså ett system med specialdestinerade och specialkunniga allmänläkare och/eller invärtesmedicinare som kan ge psykiatrin och dess patienter somatiskt konsultstöd på plats i vardagen. Inte som en avlägsen helpdesk utan direkt och handfast. Behovet av konsultationssomatiker motiveras av patienternas ofta

multipla och komplexa somatiska sjuklighet och deras svårigheter att av egen kraft vidta rimliga livsstilsåtgärder och att ta sig fram i sjukvården för att boka återbesök, ta influensavaccin eller gå till sjukgymnast.

Mer konkret skulle en somatisk konsults arbetsuppgifter innefatta medicinskt stöd i enskilda patientärenden, såväl inom öppen som slutna psykiatrisk vård. Dessutom skall konsulten delta i arbetet med att ta fram lokala medicinska riktlinjer och instruktioner, utbilda personal, patienter och anhöriga samt vara engagerad i klinikkens FoU-arbete.

Kliniska rekommendationer

Rapportens rekommendationer sönderfaller i två delar, en organisatorisk och en mer klinisk. På den organisatoriska nivån föreslås inrättandet av en styrgrupp med ansvar att samordna och följa upp arbetet nationellt. Specialistföreningar, beställare och de myndigheter som har till uppgift att reglera och granska sjukvården (motsvarande Socialstyrelsen, Läkemedelsverket med flera) skall sedan samarbeta med varandra och den nationella styrgruppen för att uppnå rapportens medicinska intentioner. Ett försök således att få alla inblandade att marschera i takt och åt samma håll.

När det gäller det mer patientnära kliniska arbetet ute i sjukvården betonas att alla aktörer som möter patienter med svår psykisk sjukdom skall utarbeta en hälsostrategi för patientgruppen. Det skall också finnas en senior läkare med direkt ansvar för att strategin implementeras och följs upp regelbundet.

Av psykiatri krävs specifikt att patienternas somatiska hälsa regelbundet värderas, vilket kräver att personalen har rätt kompetens. En kompetens som även innefattar akutmedicinska åtgärder som hjärtlungräddning. Psykiatri skall också kunna använda och tolka algoritmer som, baserat på basala kliniska parametrar som temperatur, andningsfrekvens och puls, indikerar när en ineliggande patients somatiska tillstånd försämras och kritisk sjukdom (t. ex sepsis eller hjärtsvikt/lungödem) hotar.

Handlingsprogrammet fäster stor vikt vid utbildningsinsatser riktade till psykiatriens personal. Det handlar bland annat om grundläggande somatisk undersökningsteknik (blodtryck, auskultation av hjärta och lungor et cetera) och grundläggande tolkning av EKG och laboratorieprover. Det handlar också om att, självständigt och/eller i samarbete med allmänläkare eller sjukhusspecialist, kunna utvärdera och på basalnivå behandla vissa somatiska tillstånd som diabetes typ 2, hypertoni och astma. Psykiatriens medarbetare skall också vara insatta i hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete.

Om vi landar i programmets väldigt konkreta kliniska delar så handlar det för psykiatriens del om att arrangera eller

tillse att riskpatienter årligen vaccinerats mot influensa. Att behärska och ständigt jobba med rökavvänjning. Att kunna diagnosticera kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) och kontrollera att patienterna rätt och regelbundet använder sina inhalatorer. Att regelbundet värdera patienternas tandhälsa och tillse att de får adekvat hjälp av tandvården. Att återkommande monitorera riskfaktorer för kardiovaskulär sjukdom. Att utrusta alla enheter med adekvat medicinsk utrustning t.ex. stetoskop, reflexhammare, våg, gummihandskar och glidslem så att somatiska undersökningar verkligen går att konkret genomföra.

Centralt är också att diagnosticera obesitas och diabetes typ 2 och att kunna ge adekvata livsstilsråd och medicinsk hjälp mot fortsatt viktuppgång. Det sista inte minst viktigt under pågående behandling med neuroleptika. I detta sammanhang betonas också att det faktiskt måste finnas tillgång till och möjlighet att välja hälsosam mat och dryck på vårdinrättningar och att personalen aktivt måste marknadsföra och motivera till sådana val.

Ett svenskt handlingsprogram?

Det är ett viktigt och ambitiöst handlingsprogram våra brittiska kollegor har tagit fram. Ett program som fokuserar på en av sjukvårdens större underlåtenhetssynder.

För några år sedan tog ett antal svenska specialistföreningar, på initiativ av Svenska Psykiatrisk Föreningen, fram riktlinjer för att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom². Är inte tiden nu mogen att ta ett mer heltäckande brittiskinspirerat grepp på den somatiska hälsan hos svårt psykiskt sjuka patienter och att utarbeta en motsvarande svensk handlingsplan? Det finns förvisso ett mycket mycket stort medicinskt behov!

Jarl Torgerson
Docent, överläkare
Psykiatri Psykos och Psykiatri Beroende
Sahlgrenska universitetssjukhuset

Referenser:

Working Group for Improving the Physical Health of People with SMI (2016). Improving the physical health of adults with severe mental illness: essential actions (OP 100). Royal College of Psychiatrists.

Riktlinjer för att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom. www.svenskpsykiatri.se/kliniska_riktlinjer_metalbolrisk.html



STOPPA ALL BARNAGA NU!

Hur långt har vi egentligen kommit i den transnationella kampen för att utrota barnaga eller så kallad kroppslig bestraffning som uppfostringsmetod? Sett till UNICEF's (2014) senaste siffror, som visar att 80 % av världens barn utsätts för barnaga, kan konstateras att mycket arbete återstår. Det kan verka tröstlöst 27 år efter införandet av Barnkonventionen och 37 år efter att Sverige, som första land i världen, införde ett totalt förbud mot all form av kroppslig bestraffning.

Globala utvecklingsmål för hållbar utveckling

Med anledning av de nya Globala utvecklingsmålen för hållbar utveckling (UN, 2016) finns anledning att inventera var vi står i frågan om barnaga. I juni 2016 antogs Agenda 2030 som specificerar de utvecklingsmål för hållbar utveckling som skall vara uppnådda 2030. Att utrota misshandel, exploatering, människohandel och alla former av våld mot och tortyr av barn specificeras i mål 16.2 och en av indikatorerna på om målet uppnås är hur många procent av barn 1-17 år på nationell nivå som blivit kroppsligt bestraffade och/eller upplevt psykisk misshandel från föräldrar eller andra omsorgspersoner under den senaste månaden. Att denna indikator ingår i Agenda 2030 inger hopp och visar på den betydelse som läggs vid att utrota all form av barnaga.

Barnaga i världen

Sverige var det första landet att införa totalförbud mot barnaga 1979 och ur ett svenskt perspektiv finns det grund för att hävda att detta är en fråga där vi lyckats förändra samhällets normer och föräldrars, lärares och andra vuxnas beteende mot barn och därigenom skapat bättre villkor för barns välbefinnande och psykiska hälsa. 1965 angav 53 % av den svenska befolkningen i en Sifo-undersökning att de betraktade barnaga som ett nödvändigt inslag i barnuppfostran (Durrant, 1999). 2011 svarar 92 % av föräldrar i Sverige att det inte är acceptabelt att ge en örfil eller på annat sätt slå sitt barn, även om barnet gjort något som föräldern blivit arg över (Janson, Jernberg och Långberg, 2011). Detta är dock långt ifrån fallet i stora delar av världen. I dagsläget har endast 50 länder infört ett totalt förbud mot kroppslig bestraffning i hemmet, skolan och alla andra miljöer. I 92 länder har staten inte tagit sig an

frågan och i 69 länder är det tillåtet med aga i skolan. I 34 länder är kroppslig bestraffning med bland annat piska eller rotting tillåtet som bestraffning av ungdomsbrotslingar.

Konsekvenser av barnaga

Barnaga kan ta sig många former och vad som betraktas som oacceptabel behandling av barn är kulturellt betingat vilket innebär att det är svårt att definiera exakt var gränserna går. Detta är ett av skälen till att det fortfarande råder delade meningar om effekterna av barnaga. Många föräldrar världen över är övertygade om att kroppslig bestraffning är en nödvändig uppfostringsmetod för att skapa välanpassade samhällsmedborgare (Frankenberg et al 2010 och 2014). Frågan om både kortsiktiga och långsiktiga effekter av barnaga är omdebatterad även inom forskarvärlden. Flera större metastudier visar på motsägelsefulla slutsatser. En ny metastudie med avseende på kroppslig bestraffning (ej grövre misshandel) baserad på ett barnunderlag på över 160 000 barn visar dock ett tydligt samband mellan bruket av kroppslig bestraffning och negativa utfall i termer av aggressivitet, antisocialt beteende, externaliserings- och internaliseringsproblem, mental hälsa, relationer mellan föräldrar och barn, moralutveckling, kognitiv utveckling och självkänsla (Gershoff & Grogan-Kaylor, 2016). Denna studie visar dessutom att ju mer ett barn blir utsatt för kroppslig bestraffning i uppfostringssyfte, desto större är risken för grövre misshandel. Utifrån den rådande kunskapsnivån finns all anledning att, i enlighet med utvecklingsmålen, verka för ett totalt utrotande av kroppslig bestraffning världen över.

Globalt nätverk mot barnaga

Under de senaste 15 åren har ett betydande nätverk på internationell nivå vuxit fram. Organisationen Global Initiative to End all Corporal Punishment of Children (<http://www.endcorporalpunishment.org>) arbetar till exempel sedan 2001 med att påverka stater att lagstifta mot barnaga genom att uppmuntra och skapa engagemang i frågan. Organisationen samordnar ett nätverk av ett stort antal organisationer på både internationell och nationell nivå liksom ett stort antal individuella medlemmar.

För att uppnå mål 16.2 krävs kraftsamling av stora mått och ett strategiskt förebyggande folkhälsoarbete på bred internationell front. Ett exempel är spridning av kunskap på lokal nivå om alternativa former av uppfostran, styrning och disciplinering av barn. Behovet av föräldrautbildning om positiv disciplin och barns rättigheter är stort. Agenda 2030 är ett viktigt instrument i detta sammanhang och förväntningarna är nu stora på att gemensamma strävanden på internationella, nationella och lokala nivåer skall verka för att metoder för positiv disciplin ersätter kroppslig bestraffning i uppfostrande syfte likväl som grövre former av barnmisshandel.

Sofia Johnson Frankenberg
Leg. psykolog, doktor i psykologi
och lektor i Barn- och ungdomsvetenskap med inriktning mot de yngre åldrarna vid Stockholms universitet.

Referenser: www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html

Psykiatrins patienter – andra klassens medborgare?

P1 sänder ett radioprogram som heter Kropp och själ. Jag tycker verkligen om det programmet och har haft god behållning vid flera tillfällen. För ett par veckor sedan hade de ett reportage med titeln *Hur mår psykiatrin*. I programmet gavs mycket plats åt en panel som på många sätt devalverade psykiatrin som vetenskap och även psykiatrikerna som kompetenta professionella. Vad var syftet med programmet? På vilket sätt hjälpte detta program människor med psykisk ohälsa eller oss som jobbar inom psykiatrin? Jag kunde inte komma på nåt. Det slog mig att denna typ av reportage i media med öppen kritik mot den medicinska vetenskapen väldigt sällan är riktad mot den kroppsliga sjukvården. Men det är såklart säger folk, ett benbrott är ett benbrott, psykiatrin har ju inga labprover eller röntgen, såklart det är lättare att kritisera.

Det är då, när folk säger så, jag kommer att tänka på min pappa, min pappa har fortfarande inte pensionerat sig vid sina 72 år efter ett helt liv som distriktsläkare. Han har jobbat kliniskt största delen av tiden och träffat en enorm mängd patienter. När vi besökte honom senast i somras märkte jag att han var noga med att äta pumpakärnor varje dag. Han berättade då att han fått lite smärre problem med prostatan och därför såg han till att äta pumpa. Det

som min pappa här får symbolisera är inget ovanligt för oss som har en utbildning och arbetslivserfarenhet inom kroppsmedicinen. En stor del av kroppsmedicinen är full av gränsvärden, individuella behandlingssvar, psykologi och placebo. Detta är sällan ett ämne för media-rapportering. Jag tror att det är för oroligt och för skrämmande att rapportera om, och vad är syftet, att skrämma upp folk och skapa tvivel för våra etablerade institutioner, ja vad är det för vits med det?

Men psykiatrin då, den verkar enklare att kritisera och granska. Betyder det att våra patienter klarar denna otrygghet och detta tvivel bättre än personer med kroppslig sjukdom? Att de är stabilare och tryggare och kan hantera söndermontering av den vetenskap som deras behandling och hopp lutar sig mot? Jag tror inte det, jag tror bara att man inte tänkt till. Och någonstans i denna tanklöshet går hänsynen och omtanken vilse. Jag hoppas att nästa avsnitt blir bättre!

Sara Lundqvist
Barn- och ungdomspsykiatriker
Bup Frölunda
Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus

ANNONS



Alkohol, droger och hjärnan. Tro och vetande utifrån moderna neurovetenskap

Markus Heilig
Natur & Kultur, 2015

Skylla sig själv

Den som ställer frågan "borde Du inte ha förstått hur det skulle gå när Du just hade fått i Dig ett glas?", till en person som fått ett återfall i drogberoende har uppenbarligen själv inte förstått hur beroendedynamiken fungerar. Borde förstått - jo visst efteråt, men "efteråt" finns just då inte på kartan. Så kanske man kan sammanfatta en aspekt av den drogberoendes dilemma. Markus Heilig, läkare och hjärnforskare, sammanfattar i sin bok *Alkohol, droger och hjärnan. Tro och vetande utifrån modern neurovetenskap* sin kliniska erfarenhet och forskningsbaserade ståndpunkt på beroendeproblematik.

Systematisk genomgång

Författaren presenterar psykologiska, fysiologiska, neuronala och sociala begrepp, processer och problemställningar som tjänar som utgångspunkter för sina resonemang om de substanser som är centrala i beroendeproblematik. Han redovisar komplexiteten från molekylärnivå till samverkan inom neuronala nätverk på ett intressant och klagörande sätt. Det är framför allt psykoaktiva droger/opioider till exempel morfin, heroin, psykostimulantia till exempel kokain och amfetamin samt alkohol som utgör en egen kategori. Historik, verkan och mekanismer i hjärnan såväl som i kroppen i övrigt beskrivs utifrån de ovan angivna referensramarna. De forskningsprocesser som lett fram till såväl förklarings- som behandlingsmodeller presenteras. Inte minst avsnittet om genetiska aspekter är överskådligt och osedvanligt lättillgängligt.

Beroendeprocessen

De flesta som använder beroendeframkallande medel utvecklar inte beroende. Lustsökande har stor betydelse i starten. Inte minst genetiska och personliga

livsomständigheter sänker dock tröskeln för fortsatt bruk. "Med tiden" leder bruket till en gradvis förändring av hjärnfunktionen som består i att lustupplevelsen ofta avtar och att drivkraften framför allt blir ett tilltagande intensivt sug. Detta sug kan utlösas av stress och/eller "lockelse/tröskelsänkning" till exempel "bara ett glas", "favoritkrogen". När suget är aktiverat blockeras helt förmågan att bedöma konsekvenser av "ytterligare ett glas" - frontallobens exekutiva och reflekterande potential är i stunden utslagen. Parallellt finns dynamiken att en abstinens som uppstår när en substans går ur kroppen kan medföra en mångfacetterad djup olust som bara kan hävas med ny drogtillförsel. Denna tillförsel häver visserligen olusten men tillför allt mindre lustupplevelse. Denna modell kan styrkas genom djur- och humanexperiment och studier av hjärnans funktion på olika nivåer.

Inga riktigt bra behandlingsmetoder

Enligt författaren finns ännu inga generellt verksamma botemedel mot beroende i meningen "addiction". Sammanställningen av forskningsdata tyder på att "addiction" rör sig om en kronisk sjukdom som bör hanteras med farmaka som kan blockera den omprogrammering i hjärnans neuronala dynamik som kännetecknar suget och därmed beroendets mörka sida. Samtidigt behöver individen lära sig att urskilja sin "sugaktiveringsprofil" med dess fallgropar och att sätta in sin viljekraft och självkännet på att undvika dessa trigger.

Författaren menar att noggrann uppföljning vanligen är nödvändig. Avgiftning av alkohol utan sådan uppföljning gör inte bara i sig behandlingen verkningslös på sikt, utan möjligen skadlig då upprepade cykler av avvänjning/återfall tycks mer destruktiv än kontinuerlig användning. Ofta krävs dessutom socialt stöd. Vad gäller alkoholberoende är Minnesotamodellen, AA, åtminstone i USA den i särklass



viktigaste. Författaren för ett intressant och vidsynt resonemang kring modellens användbarhet, inte minst utifrån dess svårigheter att uppvisa god evidens vad gäller återfall. Enligt författarens erfarenhet har behandlingsfrågorna ofta varit laddade. Politiker och tjänstemän – beslutsfattare kan vara svårare att övertyga om vikten att basera behandling på forskningsresultat än kollegor och patienter.

En rik läsupplevelse

Trehundra sidor läsning om beroendeproblematik – borde det inte kunna vara ganska tung läsning om än informativ? Visst finns partier i boken som kan vara ganska krävande att följa i detalj, men i stort sett har framställningen snarare karaktär av bladvändare än sömnpiller och författaren lyckas hålla spänning och läslust uppe på ett med tanke på temats tyngd i närmast häpnadsväckande sätt. Han är konstant närvarande i sin text och riktar sig inte sällan direkt till läsaren. Han leder sitt synsätt i bevis med lätt hand, noggrant och pedagogiskt och i god mening "obevekligt". Framställningen är speciell så till vida att den är exceptionellt rikt "orkestrerad". Huvudtemat är utvecklingen av kunskap om hur hjärnan fungerar i olika faser av substansberoende, vad gäller alkohol och droger samt resonemang kring faktorer som styr hur dessa fynd kan tas till vara i behandlingen. Men i denna framställning flätas också in starkt berörande kliniska vinjetter, beskrivning av de forskarmiljöer och framstående forskare som med misslyckande och framgångar utvecklat och prövat experimentella modeller som steg för steg fördjupat kunskapen. Härtill kommer författarens personliga upplevelse av sin egen professionella resa och reflektioner över sin egen utveckling i denna process. Man får ett intryck av att mötet med det avgrunds djupa lidande, den förtvivlade maktlöshet och upplevelse av moralism som kan känneteckna "beroendets mörka sida" ligger under författarens framställning som kännetecknas av klarsyn, engagemang och balans även i affektivt laddade frågeställningar. Det är bara för läsaren att tacka för att ha fått följa med på denna resa.

Reflektion

Författaren diskuterar också den laddade frågan om avhållsamhet eller kontrollerat drickande som mål för behandlingen och pläderar starkt för det förstnämnda. Jag erinrar mig Bo Löfgrens "Alkoholboken" som jag anmälde för något år sedan. Löfgren menade att AA's målsättning med total avhållsamhet och överlämnanden till en "högre makt" försvagade individens tilltro till att kunna utveckla sin egen förmåga att bemästra sitt beroende. Han nämner dock i förbigående att hans erfarenhet inte gäller de sämst ställda kroniska alkoholisterna och det är väl framför allt den gruppen som Heligs ställningstagande om avhållsamhet gäller.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm



Neurofarmakologi för psykologer, psykoterapeuter och beteendevetare.

Lotta Arborelius
Natur & Kultur, 2016

Farmakologi och psykologi

Inom såväl psykiatri som barn- och ungdomspsykiatri och rättspsykiatri samarbetar läkare med paramedicinsk personal. Psykiatriskt/psykoterapeutiskt öppenvårdsarbete bedrivs ofta i privat regi av professionella utan medicinsk grundutbildning med klienter och patienter som behandlas med psykofarmaka till exempel för depression, ångest eller sömnstörningar. Det tidigare antagandet att psykoterapi och farmakabehandling var oförenliga tycks i backspegeln ha haft mer ideologisk än empirisk bas. Det står i patientens intresse att behandlare utan medicinsk grundutbildning har en viss kännedom om psykofarmakologi och hur de verkar i hjärnan. Lotta Arborelius, docent i farmakologi med gedigen erfarenhet av undervisning i ämnet har samlat sina kunskaper och pedagogiska erfarenheter i en lärobok som vänder sig till psykologer, psykoterapeuter och beteendevetare.

Översikt av upplägget

Författaren går igenom grundläggande neurologi och neurotransmission, farmakokinetik – hur tar sig ett läkemedel in i och ut hur kroppens vävnader, farmakodynamik – hur utövar ett läkemedel sin effekt på cellnivå och neurotransmittorerna, deras syntes, frisättning och nedbrytning. Huvuddelen av boken består av en genomgång av de centrala psykiatriska kategorierna; depression, ångest, psykoser, ADHD och beroende, likaså berörs sömnproblem, demens, epilepsi och smärta. Varje diagnostisk kategori skildras dels inledningsvis översiktligt, dels på den detaljeringsnivån som behövs för att den relevanta neurofarmakologiska kunskapen ska förankras och bli användbar i kliniken. Olika farmaka, deras funktionssätt och biverkningar beskrivs i detalj, liksom hur farmakologisk och psykologisk behandling kan samverka. Indikationer och prioritering av läkemedel relateras till Socialstyrelsens riktlinjer. Varje kapitel är granskat av medicinsk expertis.

Vad gör kroppen med läkemedlet?

Hur tas det upp, hur fördelas det och hur elimineras det? Var ska läkemedlet verka och hur tar det sig dit? Det måste ta sig igenom ett antal barriärer och passera cellmembran. Ibland diffunderar det in, ibland får det "lifa" med proteiner, ibland blir det inpumpat. Har det absorberats i tarmen sker viss nedbrytning när det passerar levern. Går det direkt in i blodbanan, hur ser det regionala blodflödet ut, hur stor andel av det som nått blodbanan ansamlas i den vävnad det ska verka? Hur lång är halveringstiden,

elimineras läkemedlet i urinen eller bryts det ner i levern och i så fall vad har metaboliterna för egenskaper? Hur påverkar funktionen i patientens organ dessa processer och vilka andra läkemedel kan potentiera eller reducera läkemedlets verkan? Det finns en del att hålla rätt på och då har vi ändå inte nått ner till vad som händer på synapsnivå. Teoribildningen som kopplar mellan de fynd som hittills gjorts beträffande vad som på neuronivå kännetecknar olika symptom och syndrom och vad man vet om läkemedlens farmakodynamik visar sällan riktigt tydliga samband. Ofta får man gå "bakvägen". Men vet på vilka transmittorer och cellmekanismer ett läkemedel verkar. Om symptomen påverkas av läkemedlet ligger det nära till hands att anta att det finns något slags orsakssamband mellan symptomet och till exempel transmittorfunktioner även om detta samband inte direkt har gått att visa i in vitroförsök.

En väl hanterad pedagogisk utmaning

Att skriva en lärobok i neurofarmakologi för yrkesgrupper som inte har medicinsk bakgrund måste vara en utmaning. Förutom en fråga om hur kunskapsfältet ska avgränsas möter författaren också pedagogiska problem. På vilken nivå av komplexitet ska en framställning till målgruppen läggas. Avvägning måste göras mellan översikt och detaljrikedom till exempel vad gäller verkningsmekanismer och interaktiva processer. Hur mycket kunskap av vilket slag är möjlig att greppa och dessutom användbar i målgruppens vardagsarbete? Tack vare en noggrant genomtänkt kreativ layout har överraskande mycket komplex kunskap på olika nivåer gjorts tillgänglig. Texterna kompletteras av välgjorda grafer och färgbilder som illustrerar. Beskrivning av centrala aspekter återkommer i skilda sammanhang, faktarutor och begreppsdefinitioner läggs i en bred marginal som också ger boken ett relativt luftigt intryck trots dubbelspaltigheten. Exemplarisk för hur komplexa förlopp kan förmedlas. Dock måste det medges att det också finns avsnitt där läsarens arbetsminne ställs på mycket svåra prov när det gäller att hålla ihop komplexiteten i samverkan mellan faktorer som styr påverkansprocesser.

Texten lättas dock upp av återkommande "visste Du att" bubblor ofta av mer allmänbildande karaktär. Till exempel:

- Att Pemberton uppfann Coca-Cola på 1800-talet för att lindra sitt morfinberoende
- Att 0.0000002 g botulimuntoxin är dödande
- Att normalt ofarliga stimuli kan ge epileptiska anfall om man inte fått sova
- Att om man tar 10 ggr för mycket Imodium får man samma effekt som av morfin
- Att nervgasen sarin är 25 ggr giftigare än cyanid och stör nedbrytning av acetylcholin
- Att bolmört använts som sömn- och bedövningsmedel
- Att mängden dopaminreceptorer varierar med den miljö man befinner sig i

Björn Wrangsjö

**Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm**



BOKRECESSION

Vad ska man tro? Om konspirationsteorier och pseudovetenskap

*Gunnar Bergström
Pedagogkonsult, 2015*

Gunnar Bergström är författare och arbetar främst med metodutveckling av program för att påverka och behandla kriminalitet och missbruk, vilket också hans tidigare böcker handlat om.

Efter att ha läst hans senaste bok om konspirationsteorier och pseudovetenskap kan man bara konstatera att ingen kommer undan.

I dag sprids konspirationsteorier och låtsasvetenskaper i snabb takt. Och med internet smider man sina (o)sanningar och blir sin egen lyckas smed. Bergström menar till och med att de som tror på konspirationsteorier har "en ökad tendens att konspirera själva."

Gemensamt för en konspiratorisk uppfattning är, enligt författaren, att i hemlighet uppnå sina (eller gruppens) ondskefulla mål. Vi kan därför se att allt från terrorister till militanta klimataktivisterna sprider konspirationsteorier. Till och med "Jultomten" arbetar i hemlighet på hemlig plats.

Gunnar Bergströms bok visar på vissa gemensamma drag hos konspirationsteorierna. Han räknar upp och vidareutvecklar sina tankar om att: ingenting sker av en slump; ingenting är som det verkar; allting hänger samman och världen är en ondskefull plats som är fylld av människor, myndigheter och sammanslutningar med hemliga uppsåt och illvilliga planer för att ta makt över, ja, you name it. Och självklart dras judarna godtyckligt in i en massa konspiratoriska sammanhang världen över. Fast de knappt alls är representerade har de en judisk plan för världsdominans.

Olika konspirationsteorier vi läst om och känner till är: mordet på president John F Kennedy och hans bror senator Robert Kennedy; Palmemordet; mordet på John Lennon; och mordet på svenskättlingen Frank Olson. Han var professor i biokemi och arbetade som bakteriolog med drogforskning

för CIA på 50-talet. 1953 föll han från ett hotellfönster i New York City. Var det självmord, en överdos LSD eller ett mord utfört av de högsta kretsarna inom CIA? Vi har också andra konspirationsteorier som fortfarande är högst aktuella: 11 september; Boston Maraton; och månlandningen 1969 som av vissa anses vara en bluff. Iscensatt i studio. Boken tar också upp konspirationer och falsk vetenskap i vår tid, med utförliga resonemang kring medicinska konspirationer och ingrepp. Givetvis får Parapsykologi, Astrologi och Alternativa terapier och Alternativ medicin som Homeopati egna kapitelrubriker.

Gunnar Bergströms bok om vad man ska tro på (?) är en viktig bok. Särskilt nu med tanke på mångas ovilja att konfronteras med någon form av sanning förutom sin egen, som snabbt och obetänksamt sprids för att delas och bekräftas av andra likasinnade (*konfirmeringsbias*). De så kallade faktaresistenta. Om du läser boken skaffar du dig därmed också kunskap om denna alltmer inflytelserika och högljudda grupp i samhället, och deras förrädiska förföriska irrläror. Hos vilka också konspirationsteorier florerar som aldrig förr. Hur att bemöta dem med sakliga motargument är däremot betydligt svårare. För ett typiskt drag hos konspirationsivrare, pseudovetenskapare och faktaresistenta är just att de är ovilliga att låta sig granskas och få sina påståenden undersökta.

Thomas Silfving

Psykolog, psykoterapeut och författare



Hjärnstark

Hur motion och träning stärker din hjärna

Anders Hansen

Fitnessförlaget, 2016

Jag är 65 år och tränar ofta. Ibland får jag kommentaren: "Vad duktig du är", och jag brukar svara; "Jag underhåller bara förfallet".

Det kan jag tänka mig att överläkare Anders Hansen också skulle intyga: att om konditionsträning ska ha effekt så måste den ständigt underhållas.

Tidigare har han, tillsammans med Carl Johan Sundberg, skrivit boken *Hälsa på recept*. Träna smartare, må bättre och lev längre är ordinationen. Och i sin nya bok *Hjärnstark* fortsätter han att både visa och bevisa vetenskapligt med flera exempel att många olika mentala processer aktiveras och mår bra av regelbunden motion. Hjärnan utvecklas av fysisk aktivitet eftersom den inte är skild från kroppen.

Men det här med konditionsträning handlar inte om någon "quick fix", utan vi måste vara uthålliga och röra på oss flera gånger i veckan, i ett flåsande tempo, under många månader om det ska ge märkbar effekt. Helst ska vi ut och gå och springa hela livet. Om vi gör det 30-45 minuter 3-4 gånger i veckan ger det bäst effekt. Och det viktiga är inte *hur* eller *var* man gör det, utan *att* man gör det.

Positiva fördelar med fysisk aktivitet och vad som händer med vår hjärna är, enligt författaren, bl. a. följande: den blir effektivare, vi känner mindre stress, blir mer fokuserade, mindre beroende av antidepressiva mediciner och mer kreativa och kan leva ett aktivare liv som äldre. Vi blir också mer stresståliga, vilket påverkar humör, arbetskapacitet och våra sociala relationer. Men, som sagt, pulsen ska upp rejält när vi är ute och igång i spåret och joggar, går eller power walkar i syfte att öka vårt välbefinnande och stimulera hjärnan. Och man behöver inte alls vara sportig, bara uthållig och fokuserad på sin konditionsträning. Styrketräningens effekter på hjärnan nämns också i boken, men marginellt.

Överläkare i psykiatri Anders Hansen jämför också resultaten av fysisk aktivitet med olika former av medicinsk behandling. Jämförelser som är förklarande och beskrivande med exempel från forskningen presenteras rikligt i boken, men sällan favoriserande åt något håll. Mer lutar författaren åt att nyttan av fysisk aktivitet inte hittills uppmärksammats i lika hög utsträckning som tänkbart behandlingsalternativ jämfört med det medicinska. "Fysisk aktivitet är medicinen vi glömde för att ingen tjänade pengar på den." Hansens bok kan bli en tankeställare när vi nu börjar se de positiva effekterna som den moderna hjärnforskningen visar att motion och träning har på barn och vuxna, ja, till och med på äldre. Ett kapitel i boken ägnas just åt den åldrande hjärnan i

vilket den dagliga motionens och träningens betydelse lyfts fram som aktiviteter som förbättrar förutsättningarna för att behålla våra tanke- och minnesmässiga förmågor långt upp i åldrarna. Är vi fysiskt aktiva som äldre minskar också, enligt författaren, risken att drabbas av alzheimers, den vanligaste formen av demens. Författaren bortser dock inte från de ärftliga faktorerna vid demens, men varnar för dessa eftersom de, anyway, gör att vi anser oss vara dömda att bli dementa på gamla dagar. Hansen menar i stället att "... för just dem är det *särskilt* viktigt att röra på sig! Regelbunden träning kan nämligen för de flesta mer än väl kompensera för den ärftliga risken." Ingen kommer således undan det viktigaste man kan göra för sig själv och sin hjärna: ATT RÖRA PÅ SIG!

Boken är lättläst och rik på fakta, kloka tankar och tips som vi alla kan ta till oss. Och som främst bör omvandlas till rörlig och repetitiv vardagsaktivitet till gagn för kropp, själ och hjärna. En aktivitet som dessutom är gratis.

Den ger också exempel på fördelarna med fysisk aktivitet för att boosta kreativiteten. Vem har inte fått en briljant idé under löprundan och önskat att man haft ett litet anteckningsblock med sig? "Att vi får nya idéer har med andra ord med den fysiska aktiviteten i sig att göra och kan inte bortförklaras av omständigheter som miljöombyte eller humör."

Boken vänder sig främst till dem som i sin yrkesutövning möter personer med ADHD-liknande problematik, och de som är trötta och nedstämda eller lider av någon form av depression samt äldre människor som tampas med naturliga ålderskrämpor. Personal inom skola, vård och omsorg kommer få många aha-upplevelser när de läser boken.

Den är skriven så att den med behållning kan läsas av alla som är intresserade av att röra på sig, och *hur* man ska röra på sig för att få de bästa effekterna var man än befinner sig i livscykel.

Thomas Silfving

Specialistpsykolog, psykoterapeut och författare
Lidingö

ANNONS



Medkänsla betraktas som en av de viktigaste dygderna i många kulturer och värdesystem, såsom inom buddhism, judendom, kristendom och islam.

Medkänsla hör ihop med uppmärksamhet och medvetenhet (mindfulness) som både neurovetenskapliga studier och klinisk tillämpning visat ge positiva effekter på psykisk hälsa, kognitiv förmåga och känsloreglering. Mindfulnessbaserade terapier blev allmänt kända i Sverige i slutet av 90-talet. Det tog ytterligare 10 år innan terapier som fokuserade på medkänsla (compassion) kom hit.

Paul Gilbert som grundade Compassion focused therapy (CFT) definierar medkänsla: "Compassion is sensitivity to suffering in self and others with a commitment to try to alleviate it and prevent it." CFT bygger på hjärnforskning, KBT, affektteori och anknytnings teori.

Träning i medkänsla (compassion) hjälper till att se egna och andras svårigheter. Då kan det bli lättare att fatta kloka beslut, börja förändras och **öka** ens inre trygghet. Medkänsla betyder inte att tycka synd om sig själv och andra, utan att se, lyssna, känna in och försöka minska ens eget och andras lidande.

Forskning om medkänsla har visat distinkta neurala nätverk för empati, att förstå andras upplevelser och individens svar på andras lidande. Kliniskt har man uppnått goda resultat efter träning i medkänsla bland annat vid nedstämdhet och hopplöshet.

Två erfarna psykoterapeuter, Helena Fogelberg och Petra Söderholm, har gett ut boken *Compassion: Medkänsla med dig själv och andra*. Den innehåller även en introduktion till nu aktuella CFT som lär oss att möta en/sig själv och andra med medkänsla och omsorg. Boken är i övrigt organiserad kring följande kapitelrubriker: Vad är medkänsla?, Motstånd och hinder mot medkänsla, Våra gemensamma livsvillkor. I sista kapitlet finns rikligt med övningar i att utveckla medkänsla och omsorg. Boken innehåller också många kliniska fallbeskrivningar.

Författarna presenterar på ett lättillgängligt sätt anknytnings- och affektteorier, samt förklarar hur hjärnan fungerar vid stress, inre och yttre hot.

De beskriver tre samverkande system i hjärnan, som har med hot, utforskande (driv och ambition, prestation) och med trygghet att göra. CFT är en terapiform som går att

Compassion: medkänsla med sig själv och andra.

Med en introduktion till compassion focused therapy (CFT)

Helena Fogelberg, Petra Söderholm

Roos & Tegnér, 2016

tillämpa med de flesta patienter, där destruktiv självkritik, skam och en inre hård ton dominerar. I CFT utgör förståelsen av patientens bakgrund och inlärningshistoria en del och övningar i medkänsla är en annan del.

Ett avsnitt i boken berör speciellt oss i vårdande yrken. Många drivs av nyfikenhet och intresse och vill prestera mer. När det går för långt blir man stressad, varvid hot- och skyddssystemet överaktiveras. Det uppstår obalans med rädsla, ångest, ilska och skam som tillsammans med fysiska symtom kan leda till ett bestående utmattningstillstånd. Då behövs mer plats för trygghetssystemet för att ta hand om egna behov av vila och återhämtning. I CFT får man hjälp att hitta strategier som minskar stresspåslaget och aktiverar trygghetssystemet. Det i sin tur ökar medkänslan med en själv och andra.

Boken är lättläst både till form och innehåll. Den är som helhet välskriven och systematiskt upplagd. Boken hade dock vunnit på att vara bättre språkligt granskad. Det finns också en hel del upprepningar. Det som gläder mig är att författarna konsekvent använder svenska benämningar och ord. En övning heter till exempel "Att utveckla en medkännande förebild" istället för att utveckla ett "compassion ideal", som ibland används i Sverige.

Compassion: Medkänsla med dig själv och andra riktar sig till allmänheten. Den kan läsas av alla som arbetar inom människovårdande yrken, främst psykologer och psykiatrer samt annan personal inom psykiatri. Den kan även rekommenderas till några patienter inom psykiatri även om det inte är en självhjälpsbok.

Träning i medkänsla behöver kombineras med medvetenhet (mindfulness) för att bättre kunna uppfatta verkligheten som den är, inse ens möjligheter och begränsningar, samt eftersträva det goda.

Leena Maria Johansson
Docent, psykiater, psykoterapeut
Stockholm



Svenska Psykiatriska Föreningen utlyser härmed en

SKRIVARTÄVLING

På temat
Etikett i mötet med den psykiatriska patienten

Valet av tema har inspirerats av Magdalena Ribbings uppskattade medverkan på SPK 2016. Skicka in ditt bidrag på max 1000 ord senast den 1 februari 2017. Skriv i Word och maila det till kanlisten@svenskpsykiatri.se. Ange "Skrivartävling" på ämnesraden.

Alla medlemmar i SPF, SRPF, SFBUP och STP kan delta i tävlingen.

Bidragen kommer att avidentifieras och kodas inför bedömningen som görs av SPF:s styrelse.

Priset delas ut på Svenska Psykiatrikongressen 2017 och består av 10 000 kr och publicering i Svensk Psykiatri. Ev. vinstskatt betalas av vinnaren.

Välkommen med ditt bidrag!

Styrelsen SPF

Kalendarium

ST-konferensen
18-20 januari 2017, Yasuragi, Stockholm
(Saltsjö-Boo)
<http://stpsykiatri.se/st-konferensen.html>

Svenska Psykiatrikongressen
15-17 mars 2017, Göteborg
www.svenskapsykiatrikongressen.se

25th European Congress of Psychiatry
1-4 april 2017, Florens, Italien
<http://www.epa-congress.org/>

Svenska BUP-kongressen
3-4 maj 2017, Gävle
<http://svenskabupforeningen.se/>

170th APA Annual Meeting
20-24 maj 2017, San Diego, USA
<https://www.psychiatry.org/>

13th World Congress of Biological Psychiatry
18-22 juni 2017, Köpenhamn, Danmark
<http://www.wfsbp-congress.org/home.htm>

Fler kongresser hittar Du på
www.svenskpsykiatri.se
www.svenskabupforeningen.se
www.srp.se

*E. Cullberg - Psykiatri*

Cullbergstipendiet 2017

Välkommen att söka resestipendier för specialister i psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri eller rättspsykiatri samt för läkare i specialistutbildning inom samma fält. Stipendierna delas ut med stöd av Stiftelsen Natur & Kultur.

Syftet med Cullbergstipendiet är att stimulera till fördjupat kliniskt tänkande med inriktning på psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri eller rättspsykiatri. Det kan handla om att vidareutveckla kunskaper om psykosociala och biologiska integrativa synsätt, men också förebyggande arbete och/eller behandlingsprojekt.

Resestipendiet ska användas till resa, boende och levnads-kostnader vid auskultation på en psykiatrisk klinik eller institution utomlands under två–fyra veckor. Det kan handla om att delta i kliniskt arbete, forskning, undervisning eller metodutveckling.

På www.cullbergstipendiet.se kan du läsa mer om stipendiet och hur du ansöker. Där kan du även läsa om tidigare resor och följa en reseblogg.

Ansökan

Ansökan ska vara stipendie-nämnden tillhanda senast den 1 februari 2017. Stipendiaternas namn tillkännages vid Svenska Psykiatrikongressen i mars 2017.

Så diskutera med kollegor och läs färskas tidskrifter för att se var det sker spännande saker! Det går även bra att maila till framstående personer angående att få komma och auskultera.

Ansökningar sändes till cullbergstipendiet@svenskpsykiatri.se eller Svenska Psykiatriska Föreningen/Cullbergstipendiet, 851 71 Sundsvall

Vid frågor kontakta kanslisten@svenskpsykiatri.se

Stipendiekommitté

Ansökningarna handläggs och bedöms av en stipendiekommitté bestående av Johan Cullberg, Hanna Edberg, Tove Gunnarsson (Svensk Psykiatri), Pauliina Ikonen, Jörgen Vennsten och Annika Schildt (Natur & Kultur).