

Tidskriften för Svensk Psykiatri

#3

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Barn- och Ungdomspsykiatriska Föreningen
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - aug 2007

TEMA: Själ och ande



TEMA Hur får man in andlighet i psykiatriska samtal? Behövs det? Finns det normalfenomen med psykosliknande symptom som kan betraktas som andliga kriser och som skiljer sig från mer maligna psykotiska tillstånd? Vad har religionen utsatt psykiatriska patienter för under århundradena som gått? Och varför är svenskarna så annorlunda? Saknar vi det skydd som faktiskt ändå religionen ger? SID 7-10; 12-15 & 18-23

KONGRESSER. Flera kollegor rapporterar från APA i San Diego. Svenska Föreningen för Diabetologi redovisar tillsammans med psykiatriföreträdare om ett seminarium om bl a antipsykotiska läkemedels diabetogena effekter. Solvig Ekblad och Marianne kast-rup har varit på transkulturell workshop och Tove Gunnarsson redovisar från ett seminarium om samarbete mellan psykiatri och polis-väsendet. SID 24-25; 30-31 & 39-41

DEBATT Psykolog Peter Ankarberg fortsätter sin kamp mot SBU. Han menar att de helt missuppfattat vad han ville ha sagt och förtydligar att han inte anser att antidepressiva helt saknar effekt. Han hävdar att de kan stå för cirka 20 procent av effekten i placebokontrollerade studier. Privatpraktiserande psykiater Claes Davidsson sågar däremot hela den offentliga psykiatrin. Den saknar existensberättigande, menar han. SID 32-34 & 36-37

Abilify® (aripiprazol) utmanar traditionell läkemedelsbehandling vid schizofreni.

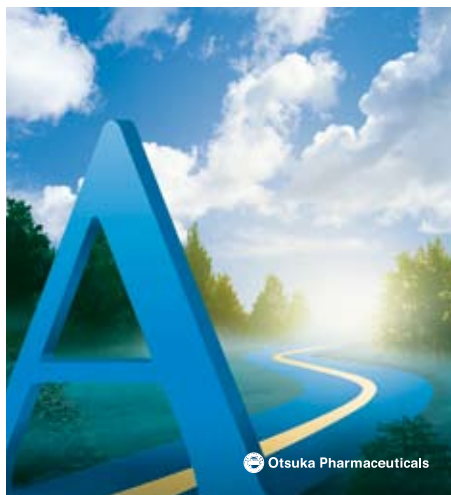
DEN MEDICINSKA BEHANDLINGEN av schizofreni har i modern tid till stor del handlat om en utveckling från typiska till atypiska neuroleptika. Nu utmanas de tidigare preparaten av ett annat läkemedel. ABILIFY har en ny verkningsmekanism.⁽¹⁾ ABILIFY minskar effektivt såväl positiva som negativa symtom i akuta skedet⁽²⁾ och vid långtidsbehandling⁽³⁾ hos patienter som akut återinsjuknat i schizofreni. ABILIFY motverkar också återfall.⁽⁴⁾ Vi har här samlat några av de egenskaper som utmärker ABILIFY.

NO.1: Dopaminhypotesen.

Orsaken till schizofreni är ännu inte känd. Det finns inget botemedel, utan behandlingen går ut på att uppnå symtomkontroll och undvika återfall. En ledande hypotes är att schizofreni är en följd av att dopaminaktiviteten i hjärnan hamnar i obalans. Dopaminaktiviteten i de mesolimbiska banorna är förhöjd samtidigt som aktiviteten i de mesokortikala banorna är sänkt.⁽⁵⁾ Den ökade dopaminaktiviteten ger, enligt denna hypotes, upphov till positiva symtom, t ex hallucinationer, vanföreställningar och tankestörningar. Den minskade aktiviteten ger negativa symtom, t ex nedsatt tankeförmåga och brist på initiativ samt upphov till kognitiva störningar. Det var bland annat upptäckten av signalsubstansen dopamin och dess betydelse som gav professor Arvid Carlsson nobelpriset i medicin år 2000.

NO.2: Ny verkningsmekanism.

I likhet med andra antipsykotiska läkemedel vet man inte exakt hur ABILIFY verkar i behandlingen av schizofreni. Det finns stöd för att ABILIFY, på ett nytt sätt, påverkar dopaminets aktivitet i hjärnan. Övriga antipsykotiska läkemedel är huvudsakligen antagonister på D₂-receptorer, vilket innebär att de blockerar dopaminaktiviteten. ABILIFY, däremot, är en partiell agonist på D₂-receptorerna och har föreslagits verka på två sätt. Dels som en funktionell antagonist i områden med dopaminerg hyperaktivitet och dels som en agonist i områden med dopaminerg hypoaktivitet.⁽¹⁾ ABILIFY påverkar också receptorer i serotoninsystemet genom att verka som en antagonist på 5-HT_{2A}-receptorer och som en partiell agonist på 5-HT_{1A}-receptorer.⁽¹⁾



NO.3: Effektiv symtomkontroll.

Det är viktigt att snabbt få kontroll på symtomen hos patienter som insjuknar i schizofreni. Den inledande behandlingen går till stor del ut på att kontrollera positiva symtom, oro och sömnproblem. Att sedan få kontroll på negativa symtom och kognitiva störningar är viktigt för långtidsprognosen. ABILIFY minskar effektivt såväl positiva som negativa symtom i akuta skedet⁽²⁾ och vid långtidsbehandling⁽³⁾ hos patienter som akut återinsjuknat i schizofreni.

NO.4: Motverkar återfall.

Återfallsrisken vid schizofreni hos förstagångsinsjuknade patienter är hög. Det är angeläget att hitta en behandling som motverkar återfall. ABILIFY har i en placebokontrollerad studie visat sig vara effektivt och vältolerat vad gäller att motverka återfall hos patienter med schizofreni. Efter 26 veckors behandling upplevde 63% av patienterna inget återfall jämfört med 39% av patienterna i placebogruppen.⁽⁴⁾

NO.5: Effekt med mycket lite sedation.

Sedation är en av de biverkningar som patienter anger som mest negativ för livskvaliteten.⁽⁶⁾ Placebokontrollerade studier visar att ABILIFY ger en signifikant förbättring av akuta symtom hos patienter som återinsjuknat i schizofreni. Av de patienter som svarade på ABILIFY var det 88%

som inte upplevde sedation.⁽⁷⁾ Initialt i behandlingen kan således patienter som upplever sömnproblem och oro behöva behandling för detta.

NO.6: Gynnsam biverkningsprofil.

Patienters allmänna hälsa är viktig. Behandlingstiden vid schizofreni är många gånger livslång vilket betyder att biverkningsprofilen för ett läkemedel är mycket viktig inte minst med tanke på följsamheten till behandlingen. Studier har visat att viktuppgång och sedation är biverkningar som patienter anger som negativa för livskvaliteten.⁽⁶⁾ ABILIFY har i studier visat en gynnsam biverkningsprofil. ABILIFY ger ingen klinisk relevant viktuppgång och mycket lite sedation.^(1,7)

NO.7: Behandling som ger god respons.

En öppen prospektiv 8-veckors multicenterstudie visade att nästan 70% av de patienter som bytte behandling till ABILIFY skattades enligt CGI-I som »mycket bättre» eller »väldigt mycket bättre» jämfört med tidigare antipsykotisk behandling.⁽⁸⁾ 64% av patienterna bedömde behandling med ABILIFY som »mycket bättre, jag föredrar den här medicinen» jämfört med tidigare antipsykotisk behandling.⁽⁹⁾

Sammanfattning, ABILIFY.

- Ny verkningsmekanism.
- Minskar effektivt positiva och negativa symtom.
- Motverkar återfall.
- Effekt med mycket lite sedation.
- Ingen klinisk relevant viktökning.
- Enkel dosering, 15 mg en tablett om dagen.

REFERENSER:

1. SPC.
2. Kane et al. J Clin Psychiatry 2002;63:763-71.
3. Kasper et al. Int J Neuropsychopharm. 2003;6(4):325-37.
4. Pigott et al. J Clin Psychiatry 2003;64:1048-56.
5. Inoue o Nakata. Japan J Pharmacology 2001;86:376-80.
6. Angermeyer et al. Psychiatry Prax. 2000 Mar;27(2):64-8.
7. Lieberman et al. Int J Neuropsychopharm. 2002;5 (suppl 1):186.
8. Tandon et al. Poster APA 2004.
9. Riera et al. Schizophr Res. 2004;67(suppl 1):157.

ABILIFY® (aripiprazol) Antipsykotikum för behandling av schizofreni. Tabletter 5, 10, 15, 30 mg. För mer information se www.fass.se

En ny väg till effektiv behandling av schizofreni.

BRISTOL-MYERS SQUIBB, BOX 15200, 167 15 BROMMA, TELEFON 08-704 71 00. WWW.BMS.SE



Psykiatrin ifrågsatt

LEDARE

**Ordförande
Christina Spjut**

I skrivande stund har psykiatrin haft en tung vecka. Radios Ekot har varje dag kommit med nya anklagelser mot oss som arbetar i psykiatrin. Den bild Ekots journalister har givit har varit, att vi gör ett dåligt arbete, döljer försumligheter, begår övergrepp och håller patienter inlåsta av felaktiga skäl. Värst av allt är att inga motbilder mot detta har varit synliga under hela denna vecka. Ännu

”Det har varit fullt legitimt att påstå att psykisk sjukdom inte finns”

svårare känns allting just i dag, då vi precis fått veta att en uppskattad och erfaren kollega knivskurits av en patient. Lyck-

ligtvis drabbades han inte av någon allvarlig kroppslig skada. Många av oss anar, att den negativa uppmärksamhet som rikts mot psykiatrin från massmedia kan ha påverkat en skör patient så att han försämrats.

Psykiatrin har länge befunnit sig i motvind. Det har varit fullt legitimt i vårt samhälle att påstå att psykisk sjukdom inte finns och att psykiatris läkemedel är onödiga och farliga. Varje år har flera vårdplatser stängts. De senaste åren har politiker med jämna mellanrum förklarat sig vilja prioritera psykiatrin och ändå har psykiatris andel av sjukvårdens resurser kontinuerligt minskats.

Dålig tillgång på psykiatri

Ett stort problem för befolkningen är den dåliga tillgången till specialistpsykiatri. Trots att cirka 30 procent av alla sjuk-

skrivena har en psykiatrisk diagnos utgör läkarbesöken inom specialistpsykiatrin endast 8 procent av antalet inom specialiserad somatisk vård och 7 procent av antalet läkarbesök inom primärvården. Siffrorna är från 2005, men det finns inte någon anledning att tro att detta skulle ha ändrats till det bättre under år 2006. Vårdgarantin borde gälla såväl för somatiska problem som för psykisk sjukdom. I praktiken har den endast använts för noggrant definierade åtgärder och inte för att öka befolkningens tillgång till utredning och behandling inom specialistpsykiatrin, när första linjens sjukvård inte klarar att behandla patienten till remission. I Försäkringskassans siffror på långtidssjuka ingår förstås inte våra äldre, som sannolikt har ännu svårare att få tillgång till specialistpsykiatri.

Psykiatris problem med brist på psykiatriker och psykiatrisjuksköterskor, på fortbildning, på vårdplatser och patienternas svårigheter att få tillgång till specialistpsykiatri visar inte många tecken till förbättring framöver. En positiv signal är ändå att medel nyligen tillskjutits för att en ökning av antalet SK-kurser ska kunna ske. Vi i SPF:s styrelse hoppas förstås på att Riksstämman, Svenska Psykiatrikongressen 2008, CME-kurser och ett stort antal nya SK-kurser skall kunna ingjuta nytt livsmod i oss alla. Observera att både Riksstämman och Svenska Psykiatrikongressen är öppna för psykiatris alla medarbetare, som önskar lära sig mera om modern psykiatri. Sannolikt kan andra grupper än läkare ha ett ännu mera eftersatt behov av kontinuerlig fortbildning än vi själva.

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN STYRELSE

Ordförande: Christina Spjut

(ordforanden@svenskspsykiatri.se)

Vice ordförande: Lise-Lotte Risö Berglind

(vice.ordforanden@svenskspsykiatri.se)

Sekreterare: Hans-Peter Mofors

(sekreteraren@svenskspsykiatri.se)

Skattmästare: Olle Hollertz (skattmastare@svenskspsykiatri.se)

Vetenskaplig sekreterare: Tove Gunnarsson

(vetenskaplig.sekreteraren@svenskspsykiatri.se)

Facklig sekreterare: Dan Gothefors

(facklig.sekreteraren@svenskspsykiatri.se)

Redaktör för Svensk Psykiatri: David Eberhard

ST-representant: Johan Lundberg

(st.representanten@svenskspsykiatri.se)

Riksstämmosekreterare: Rolf Adolfsson

(riksstamman@svenskspsykiatri.se)

Kansli

SPF; 851 71 Sundsvall

kanslisten@svenskspsykiatri.se

SVENSK FÖRENING FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRI STYRELSE

Ordförande: Lena Eidevall

(lena.eidevall@skane.se)

Vice ordförande: Kerstin Malmberg

(kerstin.malmbeg@sl.se)

Facklig sekreterare: Peter Engelsöy

(peter.engelsoy@sl.se)

Kassör: Catharina Winge Westholm

(catharina.wingewestholm@lthalland.se)

Vetenskaplig sekreterare: Jan-Olov Larsson

(jan-olov.larsson@ki.se)

Ledamot: Christer Olsfelt (christer.olsfelt@vgregion.se)

Ledamot Marie Törnqvist (marie.tornqvist@lvn.se)

ST-representant Anna Steen (anna.sten@sl.se)

SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN STYRELSE

Ordförande: Peter Andiné (peter.andine@rmv.se)

Vice ordförande: Christina Karlsson

(christina.e.karlsson@lio.se)

Kassör: Eva-Marie Laurén (eva-marie.lauren@rmv.se)

Sekreterare: Lars Eriksson (lars.eriksson@vgregion.se)

Vetenskaplig sekreterare: Marianne Kristiansson (marianne.kristiansson@rmv.se)

Internationell sekreterare: Per Lindqvist (perlindqvist@ki.se)

Facklig sekreterare: Kristina Sygel (kristina.sygel@rmv.se)

Suppleant: Kaj Forslund (kaj.forslund@nvso.sl.se)

Varför gör vi ett nummer om andlighet?

REDAKTIONELL
LEDARE

Ett nummer om psykiatri och andlighet. Är det försvarligt att ägna tid åt reflektion över ett sådant tema när befolkningen trots alla materiella framsteg knappast blir mentalt friskare – åtminstone inte de yngre, pengarna tryter (trots Milton), underbemanningen vad gäller läkare på vissa platser är katastrofal och nyrekryteringen sviktar?

För all del – i andra kulturer brukar man i stunder av nöd höja blicken. Skämt åsido. Kanske skulle man anta att relationerna mellan psykiatri och andlighet i

"I Sverige är en kulturradikal intellektuell utsatt för en kniptång mellan Marx, Freud och Hedenius vilka alla ville visa att det inte gick att ha en religiös tro och ett gott förstånd"

vårt (sekulariserade) land endast är av akademiskt intresse. I Sverige är en kulturradikal intellektuell utsatt för en kniptång mellan Marx, Freud och Hedenius, vilka alla på sitt sätt ville visa att det inte gick att, lite kantigt uttryckt – både ha en religiös tro och ett gott förstånd. Svenskarna sägs vara världens mest sekulariserade folk – men vad gäller intresset bedrar skenet i viss mån. Invandringen bi-

drar till att andra religioner än kristendomen sprids i Sverige. Visserligen tycks folk gå mindre i kyrkan som en avspeglning av att intresset för kristendomen som religion tycks vara i avtagande, men å andra sidan verkar det fenomen som kallas privat andlighet öka. Det avspeglas inte bara i New Age-rörelser med hela sin spännvidd mellan seriöst sökande och upplevelseinriktad kommers, utan också i att "vanliga" människor tenderar att skapa en andlig/religiös föreställningsvärld med komponenter från olika religioner, inte minst österländska. Föreställningen om att vara inlemmade i ett sammanhang som är större än vi människor och en Ordning bortom oss själva tyckas seglivad. Modern hjärnforskning tyder på att vi i tinningloben har ett centrum för upplevelser som kan tolkas som andliga eller religiösa och hjärnan är ju till för att användas eller hur?

Orsak till psykisk stress eller mental friskfaktor?

Andlighet och religion kan för-

stås och granskas från ett flertal perspektiv; psykologiskt, antropologiskt, etiskt, politiskt, neurofysiologiskt och psykiatriskt och inte minst teologiskt.

Andliga, religiösa övertygelser har genom historien givit och ger även i våra dagar motiv för och kraft dels till de mest upphöjda, osjälviska och ädla mänskliga handlingar man kan tänka sig, dels till omänskliga och destruktiva handlingar, som det kan tyckas, bortom allt förstånd. Historiskt sett har religionen präglat synen på psykisk sjukdom och på självmord vilket lett till – med dagens synsätt – omänskliga konsekvenser för de drabbade. Andliga och religiösa grubblerier – när de gått i stå – är en källa till psykisk stress medan en fungerande tro och gemenskap är en mental friskfaktor.

Blandtillstånd

Inom psykiatrin har vi anledning att reflektera över andliga och religiösa fenomen i mer vardagliga sammanhang. I psykiatriska patienters föreställningsvärld har inte sällan religiösa tankegångar utgjort en patologisk komponent. Försyndelsetankar och hotet från en straffande gud har plågat deprimerade patienter och megalomana föreställningar, till exempel identifikation med Jesus, har ingått i vissa schizofrena tillstånd. Med modern psykosbehandling har dessa inslag minskat. Inom psykiatrin har man också börjat förstå att ett kristillstånd av psykotisk natur med intensiva andliga och religiösa föreställningar inte självklart behöver vara ett uttryck för en psykisk sjukdom och att det är av stor vikt för behandlingen att kunna göra en väl underbyggd differentiering – i medvetande om att det kan finnas blandtillstånd. I såväl psykiatri som psykoterapeutisk verksamhet är det angeläget att vara klar över att andliga och religiösa föreställningar kan, men inte alls behöver, ha en central plats i individens mentala försvarssystem i psykodynamisk mening.

Inom psykiatrin försöker vi förstå människan utifrån alla hennes dimensioner – medicinska, psykologiska, sociala och kulturella. För många människor i vårt land, såväl infödda som utlandsfödda, är religion eller andlighet en viktig del av livet. Att bortse från detta är att gå miste om en viktig del av förståelsen.

Redaktionen återkommer med fler artiklar på temat i kommande nummer.

**Tove Gunnarsson
Björn Wrangsjö**

Innehållsansvariga för tema i Svensk Psykiatri nummer 3 2007



Cipralex® (escitalopram) är minst lika effektivt som SNRI och mer vältolererat vid behandling av depression.^{1-4*,**}



Två studier visar att Cipralex® är minst lika effektivt som Efexor® Depot (venlafaxin XR) vid depression.^{2-4**}

NYA DATA! En ny studie visar att Cipralex® är minst lika effektivt som Cymbalta® (duloxetine) vid behandling av depression.^{1*}

Cipralex®
escitalopram

Målet är remission

*) Jämförelsen avser Cipralex 10 mg/dag vs Cymbalta 60 mg/dag under de första 4 veckorna. Under de resterande 4 veckorna fanns möjlighet att öka dosen Cipralex till max 20 mg/dag medan Cymbalta bibehölls på rekommenderad underhållsdos 60 mg/dag. Enligt svensk produktresumé finns möjlighet att öka dosen av Cymbalta till max 120 mg/dag. **) Jämförelserna avser Cipralex 10-20 mg/dag vs Efexor Depot 75-150 mg/dag samt Cipralex 20 mg/dag vs Efexor Depot 225 mg/dag under 8 veckor. Upptitreringen av Efexor Depot i den senare studien gjordes enligt amerikansk produktresumé, som tillåter en snabbare upptitrering än svensk produktresumé. Enligt den svenska produktresumén är initial dosering av Efexor Depot 75 mg och maximaldosen är 375 mg dagligen.

INDIKATIONER: Depression, paniksyndrom, social fobi, generaliserad ångest och tvångssyndrom (OCD). DOSERING: 10-20 mg Cipralex en gång per dag. Cipralex finns som 5-, 10-, 15- och 20-mg tabletter i förpackningar om 28 eller 98 tabletter. För vidare information se www.fass.se REFERENSER: [1] Jonas et al. Poster ACNP 2006. [2] Montgomery et al. Int Clin Psychopharmacology 2006;21:297-309. [3] Bielski et al. J Clin Psychiatry 2004;65:1190-1196. [4] Montgomery et al. Neuropsychobiology 2004;50:57-64. H. LUNDBECK AB. BOX 23, 250 53 HELSINGBORG. TEL 042-25 43 00. FAX 042-20 17 19. WWW.LUNDBECK.SE

BUP och BRIS vill samma sak

Frågan som BRIS lyfter i sin senaste rapport 'Vad berättar barn om sina kontakter med BUP' kring skydd genom sekretess för barn och ungdomar är mycket angelägen, men inte helt enkel.

BRIS visar i sin studie på 13-18 åringar att det finns en grupp barn och ungdomar i Sverige som inte får den hjälp på BUP som de skulle vilja ha, och som de enligt hälso- och sjukvårdslagen är berättigade till. Detta är vi lika angelägna som BRIS att försöka åtgärda. Men den här frågan innehåller flera dimensioner.

Låt oss först slå fast att vi är överens med BRIS om att det finns en grupp barn/unga där vi inom BUP i allt för hög grad lutar oss mot föräldrabalken istället för den unges egen rätt till sekretess och att vi måste hitta andra/bättre sätt att arbeta med detta. Vi deltar gärna med BRIS i en gemensam uppvakning till regeringen kring behovet av en översyn av regleringen av barns och ungdomars ställning i vården för att stärka rätten till hjälp och behandling för särskilt utsatta barn och ungdomar.

Varje kliniskt verksam medarbetare inom Barn- och ungdomspsykiatrien brottas regelbundet och återkommande med frågor kring sekretess och gemensam vårdnad och med ställningstaganden kring anmälan till Socialtjänsten enl. § 71.

Behandlare inom ett team kommer ibland i konflikt med varandra kring dessa frågor och det rör ibland just frågan kring att föräldrarätten ofta kommer före barnens rätt.

I förlängningen kan detta självklart leda

till att viktiga missförhållanden blir okända, något vi knappast vill medverka till.

BUP - personal, liksom de som arbetar inom socialtjänsten, träffar varje år många barn och unga som har en förfärlig livssituation, som får uppleva och utstå sådant som de flesta inte ens anar att det existerar i vårt vackra land. Liv som i alla avseenden liknar de beskrivningar som man numera matas med i böcker och filmer – moderna deckare och thrillers inte minst, men också självupplevda biografiska verk – finns runt hörnet och i varje kommun och kräver förstås ett kraftfullt agerande och en betoning av barnens rätt.

ORDFÖRANDEORD

**Lena Eidevall
&
Kerstin Malmberg**

Orimligt att utesluta föräldrar från behandlingen

Ett av våra riktigt stora problem är att "sälla agnarna från vetet". Att i förväg förstå vilka barn som lever i utsatta miljöer är inte möjligt, mer än i undantagsfall- om t ex skola, barnhälsovård eller andra som ser barnet i sin dagliga miljö ger denna information är ju läget ett annat.

Vi har därför i många år – och på goda grunder – hävdad behovet av att föräldrar finns med i behandlingen av sina barn i så stor utsträckning som möjligt. Vi har många gånger kommit på kant med bl.a. företrädare för ungdomsmottagningarna som oftare hävdat barnets rätt

till självbestämmande och integritet/ sekretess.

Vår bärande tes har varit att de allra flesta barn lever i miljöer som är "good enough" och att det därför är orimligt att utesluta föräldrarna från behandling. Våldigt ofta står och faller behandlingen dessutom på förälders/föräldrars medverkan - man behöver arbeta med föräldrarna kring så vitt skilda saker som attitydförändring, stöd, närhet, skydd, tröst, förståelse, faktainhämtning, kunskapsökning, gränssättning, hjälp med mediciner, avslappning, möten med skolans personal, för att nämna några delar som kan krävas i en behandling.

Många av de unga som hör av sig och absolut vill komma själv erbjuds på många mottagningar runtom i landet att komma en eller flera gånger själv först för att planera hur man ska kunna prata med föräldrarna. Detta ger, förutom sedvanlig bedömning/utredning av individens egna problem också behandlaren en möjlighet att skaffa fakta kring om man tror att det rör sig om omsorgssvikt/om det är en ung person som lever i en svårt utsatt livssituation. Då har våra anställda en skyldighet att göra en anmälan "på misstanke om att barn far illa" till socialtjänsten.

Men - väldigt ofta visar det sig vid dessa samtal att det rör sig om skam/skuld eller osäkerhet- man vill inte prata om det som känns svårt, en förälder är kanske redan hårt belastad av annat i livet och den unge vill inte bli en börda till för familjen. Då är det istället BUP:s skyldighet att hjälpa till att åstadkomma en dialog och låta den unge få del av det stöd och den närhet som behövs för behandlingen.

Ett av problemen är sannolikt att en stor del av de mest utsatta barnen faktiskt inte söker upp oss inom BUP, ibland p g a rädsla, ibland p g a missuppfattningar, ibland p g a en befogad oro att vi bara kommer att lyssna på/prata med de vuxna.

Vi är angelägna om att ändra på detta.

"En stor del av de mest utsatta barnen söker sannolikt inte upp oss inom BUP p g a rädsla"

TIDSKRIFTEN FÖR SVENSK PSYKIATRI

Huvudredaktör och ansvarig utgivare:

David Eberhard (redaktoren@svenskpsykiatri.se)

Redaktörer:

Daniel Frydman (daniel.frydman@sl.se)

Tove Gunnarsson (tove.gunnarsson@sl.se)

Camilla Hallek (camilla.hallek@sl.se)

Per Lindqvist (per.lindqvist@ki.se)

Kristina Sygel (kristina.sygel@rmv.se)

Björn Wrangsjö (bjorn.wrangsjoe@sl.se)

Innehållsansvariga för tema i detta nummer:

Tove Gunnarsson & Björn Wrangsjö

Innehållsansvarig för tema i nästa nummer:

Daniel Frydman

Annonser och material till:

redaktoren@svenskpsykiatri.se

Svenskarna är världens mest avvikande folk

Stela, tysta, välorganiserade, suicidala, sekulariserade, kärnfamiljsfientliga, välutbildade. Det finns många beskrivningar av den svenska nationalkaraktären och inte alla är vänliga. Hur ligger det till egentligen? Flera internationella studier har utforskat olika länders särdrag. Den mest omfattande av dessa torde vara World Values Survey.

Under 1970-talet började man inom ramen för ett forskningsprojekt, European Values Survey (EVS), att studera skillnader och likheter mellan de europeiska länderna vad gäller befolkningens värderingar, livs-åskådningar och samhällssyn. Projektet växte sig efterhand utanför Europas gränser och kom att benämnas World Values Survey (WVS). Vid det här laget har ett 80-tal länder medverkat i 5 intervjuomgångar mellan 1981 och 2005. Genom att intervjua 1000–2000 personer i varje land har man nu insamlat ett gigantiskt material.

Vid analys av EVS/WVS-materialet finner man att det kan

uttryckas i två grundläggande dimensioner.

1) Traditionella visavi sekulära värderingar.

De traditionella värderingarna utmärks av att gudstro spelar en betydande roll i ens liv. Auktoriteter ska respekteras och barn ska lära sig lydnad och respekt för religionen. Man känner stolthet över den nationella tillhörigheten. Religion, familj och fosterland är centrala. De sekulära värderingarna är motsatsen till detta.

2) Överlevnadsvärden visavi emancipativa frihetsvärden.

De emancipativa frihetsvärdena utmärks av prioritering av individuell identitet, integritet och livstillfredsställelse. Man accepterar invandrare och homosexuella, man har förtroende och tillit till andra och man deltar i olika typer av protesthandlingar. Mot-

satsen till detta är överlevnadsvärden.

Landet Annorlunda

Undersökningarna har visat att Sverige har:

1) Låg uppslutning runt värden som har med religion och familj att göra. Som exempel kan nämnas att bara en på tio anser att Gud är viktig i det egna livet, fyra av tio anger att Gud inte har någon betydelse alls. Även om en proportionellt sett alltför liten andel muslimer ingått i materialet torde skillnaden ändå vara stor jämfört med länder som Polen, USA, Bosnien och Iran där nästan alla anser att Gud är mycket viktig. I Sverige anger knappt 5 % att de deltar i gudstjänst av något slag varje vecka. I Polen och USA är siffran 50 %.

2) Stark uppslutning till frihetsvärden, med positiv syn på öppenhet och tolerans, tillit och respekt för andra människor. Ca 60 % anser att tolerans, tillit och respekt är viktigt, i Bosnien och Turkiet är motsvarande siffra ca 10 %.

Det som gör Sverige så speciellt är att vi ligger i yttersta extremen vad gäller båda dessa dimensioner. Denna kombination gör att vi har de mest avvikande värderingarna i världen.

Har detta någon betydelse?

Emancipativa frihetsvärden har visat sig ha ett starkt statistiskt samband med en hög grad av välfärd. Sverige har de senaste decennierna i genomsnitt legat på femteplats av världens alla länder vad gäller FN:s Human Development Index som sammanfattar BNP per capita, förväntad livslängd och andel med grundläggande utbildning. I Weighted Index of Social Progress 2002 hamnade Sverige på en andraplats bland 163 länder. Flera andra exempel finns på att Sverige jämförelsevis har en utomordentligt hög levnadsstandard.

Å andra sidan kan religion vara en hälsofaktor. Flera studier har visat att vissa dimensioner av religiositet är relaterade till minskad livstidsrisk för depressioner, ångestyndrom och missbruk.

Detta manar till eftertanke. Kanske har vi vunnit en del men förlorat annat.

"I Sverige anger knappt 5 % att de deltar i gudstjänst av något slag varje vecka"



I landet annorlunda går man inte i kyrkan. . .



... lika mycket som i övriga världen. men antalet muslimer i undersökningen är inte representativt för Sverige

Tove Gunnarsson

SPF:s redaktion

Vad har religion och andlighet med psykoterapi att göra?

I praktiskt taget alla kulturer existerar och har existerat en föreställning om högre makter eller krafter som på ett eller annat sätt verkar i våra liv och vars natur ligger bortom vår föreställningsförmåga. Kring dessa föreställningar har byggts läror och ritualer vilka utformats och administrerats av särskilda individer eller grupper. Ett vanligt kännetecken hos dessa läror är att de uppfattas som sannare än andra läror och att dess anhängare kan påräkna särskilda förmåner – ibland också att den som inte är anhängare kan räkna med negativa konsekvenser.

Jag skiljer i min framställning på "andlighet" och "religion" även om de två företeelserna i hög grad överlappar i min framställning. Med andlighet menar jag ett subjektivt upplevelseinnehåll som har en särskild karaktär, inte minst en unik emotionell kvalitet som jag ska precisera längre fram i texten. Andlighet är i detta sammanhang något annat än "fenomen i andevärlden" som kan rymma fenomen som "besatthet" eller "kanalisering av andesågor". "Religion" får beteckna en lära med ett specifikt trosinnehåll och en utövande praxis. I denna betraktelse tänker jag dels säga något om det traditionella förhållandet mellan psykoterapi och religion, förhållningssätt till religiösa och andliga problem som tas upp i terapin, samt andliga upplevelser inom sessionens ramar.

Psykoterapi har ibland jämförts med religion. Då är det främst motsättningarna och kampen mellan olika psykoterapeutiska skolor som liknats vid "religionskrig". Detta i sin tur tycks falla tillbaka på den starka ideologiska komponent, inte minst vad gäller värderingar och människosyn, som kan känneteckna tillhörighet till såväl en psykoterapeutisk som religiös inriktning. Denna jämförelse kan dock trivialisera de fundamentala skillnaderna.

Psykoterapi kan förstås i psykologiska termer. Religion kan beläggas med hjälp av psykologisk teori, men knappast reduceras till psykologiska fenomen utan att man "kastar ut barnet med badvattnet". Det hindrar inte att det gjorts en del energiska försök från psykologins sida till just detta.

Freud såg religiös tro och religiösa ritualer övervägande som ett symtom: ett försvar, dels emot den hjälplöshet som är förenad med medvetenheten om livets förgänglighet, dels som en förstärkning av samvetet, mot konfliktbelagda impulser, inte minst självhävdelse. Detta i motsats till C-G Jung som intog i de närmaste motsatt position: det är den människa som avskärmar sig från sin kulturs religiösa myter och symboler som är kluven. Under åren har dock den klassiska psykoanalytiska positionen förskjutits mot att religiös tro, kan, men inte alls behöver vara ett försvar mot förbjudna eller outhärdliga känslor och tankar. Bland andra psykoanalytiker Ana Maria Rizzuto har visat att trosföreställningar åtmins-

tone också kan ha en stabiliserande och motiverande funktion. Att ha en religiös tro och gemenskap har också visat sig vara en skyddsfaktor vad gäller mental hälsa.

Mindfulness

De flesta psykoterapiformer har för övrigt i teori och metodik liten om ens någon anläggningsytta mot religion och andlighet. Några har dock införlivat metodansatser som hämtas från österländsk religiös praxis, till exempel inom kroppsorienterad psykoterapi och kognitiv beteendeterapi. I kroppsorienterad psykoterapi har man fokus på hur andningen påverkar det psykiska upplevandet, inte minst av känslor. Öppnade andningsövningar där bröst- och bukandning synkroniseras kan ge tillgång till upplevelser och känslor vilka kan arbetas med psykoterapeutiskt, eller transcenderas på vägen mot fördjupade medvetandetilstånd. Andningen blir då förbindelselänken till anden och andligheten.

Meditation har en lång tradition som adjunktiv till exempel vid psykodynamiska och kreativt gestaltande terapier. Inom KBT används begreppen "mindfulness" – medveten närvaro och acceptans för att beteckna strävan mot att varsebli tankar, känslor och kroppsupplevelser utan att låta sig fångas av dem eller förändra dem, det vill säga acceptera dem. Inom buddhismen är detta en av de meditativa vägarna till självkänedom och till att kunna vila i ett medvetande utan innehåll. Målet inom KBT är snarare att nå en kontroll över sitt mentala tillstånd i syfte att öka sitt psykiska välbefinnande. Syftet med övningarna är sålunda olika. Religionspsykologerna Anton Geels och Ove Wikström formulerar detta syfte i senaste utgåvan av "Den religiösa människan" på följande sätt: "medan buddhisten gör sitt yttersta för att frigöra sig från kretsloppet så gör västerlänningen allt för att bli kvar i det men med förbättrad livskvalitet". De noterar för övrigt också att en ökande andel medborgare uppfattar sig som andliga men inte religiösa. Tillämpningen av tekniker från en andlig tradition innebär alltså inte i sig att upplevelseinnehållet i dessa terapier är av mer andlig karaktär än i andra terapiformer.

Problem och såväl inre som yttre konflikter kring såväl andlighet som religion kan komma upp i psykoterapeutiska samtal. Det kan vara en grannlaga fråga hur de hanteras av terapeuten. En psykoterapeut ska ju av tradition vara ideologiskt neutral och förväntas inte ge tydligt uttryck för sina värderingar vad gäller religiös eller politisk tillhörighet. Utgångspunkten är att patienten är den mest beroende parten och att detta beroende inte får utnyttjas till värderingsmässig påverkan just i religiöst el-

"Beroende får inte utnyttjas till värderingsmässig påverkan i religiöst eller politiskt avseende"

ler politiskt avseende. Nu är saken förstås komplicerad då terapeutens värderingar inte bara, eller kanske huvudsakligen förmedlas genom verbalt uttryckta åsikter utan genom sättet att förhålla sig verbalt och icke verbalt till patientens problem, symtom, frågor och berättelser om sitt liv. Det är min gissning att de flesta terapeuter skulle ge ett rakt eller fördröjt svar på en tydlig fråga från patienten angående deras grundläggande livssyn vad gäller religion. Kanske en psykoanalytiker skulle börja med att försöka tillsammans med patienten undersöka vad som föranlett en sådan fråga och om patienten har något eget antagande beträffande analytikerns position.

Andliga och religiösa frågor kan ju som nämnts tas upp i de pågående samtalen och samtalas om som vilka problem som helst, som behöver utforskas och analyseras för att förstås och hanteras. Ett mer känsligt frågämål är om terapeuten kan föreslå en religiös/andlig tolkning av ett emotionellt tillstånd om patienten själv inte har gett uttryck för en beredskap i detta avseende. En viss slags upplevelse av förtvivlad ensamhet och utestängdhet kan naturligtvis tolkas från ett antal sociala, psykologiska och existentiella infallsvinklar, men också, eventuellt av en andligt bevärdad terapeut tolkas som en upplevelse av gudsfrånvarandhet.

Så vitt jag kan förstå förhåller sig det flesta terapeuter respektfullt till såväl en andlig och eller religiös grundsyn som till problem inom dessa domäner. Om patienten är angelägen eller villig kan naturligtvis en sådan grundsyn också undersökas med avseende på dess funktion i psykologiska försvarshänseenden. Religiösa föreställningar kan ju, liksom andra föreställningar, präglas av olika grad av mognad och integration. Ibland handlar det om ett övertagande av en barndomstro som aldrig ifrågasatts, ibland handlar det om ett system av föreställningar och ritualer som är viktiga för att hantera aggressivitet, skuld, skam och dödsrädd. Ibland tycks den religiösa föreställnings- och erfarenhetsvärlden inte fylla någon väsentlig funktion i psykologiska försvarssystemet.

Guided Imagery and Music

Så långt har vi huvudsakligen ägnat oss åt principfrågor när religiösa och andliga frågor tas upp i en terapi och ska nu övergå till situationer där den religiösa eller andliga domänen på olika sätt manifesterar sig i samtalsrummet. Nu finns det terapeuter, till exempel psykiatern och psykoanalytikern Eva Kåhre som skulle

hävda att den domänen alltid finns aktualiserad i samtalsrummet och att vi psykoterapeuter om vi hade anlag för en smula ödmjukhet, skulle inse att vi inte personligen är så visa, vidsynta, tåliga och kreativa som vi tror, utan att vi är redskap för en annan nivå av "kompetens" som verkar genom oss. Oavsett hur det förhåller sig med den saken har terapeuter och patienter i ett visst skede av en session, i vilken ett djupt och betydelsefullt arbete genomförs, gemensamt kunnat få en förnimmelse av en särskild kvalitet av stillhet och begrundan som kanske fångas bäst i metaforen "det gick en ängel genom rummet".

Så vitt jag förstår förekommer sällan andliga eller religiösa upplevelser inom sessionerna i de psykoterapiformer som ger psykoterapeutexamen och legitimation. Men dylika erfarenheter kan

göras i andra tämligen väl etablerade psykoterapiformer framför allt sådana som arbetar med processer i ändrade medvetandetillstånd, till exempel Symboldrama och GIM (Guided Imagery and Music). Båda dessa metoder bygger på att patienten i sessionen, efter en verbal inledning, med terapeutens hjälp försätter sig i ett djupt avslappnat tillstånd och inriktar sig på vad som sker på den inre scenen och i kroppen. Med utgångspunkt en inre "startplats" börjar patienten att följa ett inre flöde av upplevelser. Dessa beskrivs för terapeuten som hjälper till att guida den inre upplevelsen. Sedan den inre resan avslutats samtalar te-



Patienten har efter en traumatiskt skilsmässa införts till psykiatrien i ett ångestfyllt och deprimerat tillstånd, som föranleder inläggning. Hon repar sig relativt snabbt och börjar i Spektrums program med kreativt gestaltande terapier. I sin första GIM-session målar hon sig själv som nästan drunknad i ett mörkt vatten. I nästa session (bilden) fylls hon av en känsla av ljus och energi och upplever att hon föds ur vattnet som en eldslåga. Hon upplever en vidare förståelse av sammanhangen bakom skilsmässan och ett hopp att kunna hantera situationen. Hon förbättras sedan ytterligare och fortsätter i en psykodynamisk kontakt på mottagning

rapeuten och patienten om upplevelserna och deras sammanhang med patientens förflutna och aktuella liv.

Mitt intresse för just för GIM väcktes i slutet av 1980-talet. Jag bar med mig en formulering, jag tror att den var uttryckt av psykiatern Nils Olov Jacobsson. Den beskrev människan som bestående av kropp, psyke, själ och ande. Kroppen psyket tycket jag att jag hade fått något grepp om genom utbildning i kroppsorienterad psykoterapi och psykoanalys. Själ och psyke hade för mig, även om de inte var samma sak, ändå klara beröringspunkter, men anden tyckte jag inte hade manifesterat sig så tydligt inom psykoterapiens ramar, ramar som enligt min uppfattning borde ge utrymme för så stor spännvidd av väsentliga mänskliga upplevelsekvaliteter som möjligt.

En av skillnaderna mellan Symboldrama och GIM, är att musik spelar en avgörande roll som drivkraft till och organisator av den inre upplevelsen i den senare metoden. Även om andliga och religiösa upplevelser finns rapporterade från symboldramasessioner – Leuner karaktäriserade i förbigående vissa upplevelser som ar-

ketypiska, förs, till skillnad från inom GIM, förs förövrigt ringa teoretiska och metodologiska resonemang kring de andliga och religiösa upplevelser som kan aktiveras under sessioner. Jag koncentrerar därför fortsättningsvis framställningen till GIM.

Den musik som kommer till användning är övervägande delar av västerländska klassiska verk som kombineras till program av ca 40 minuters längd. Musiken i den enskilda sessionen väljs av terapeuten och baseras på patientens emotionella tillstånd, energinivå och mentala "hållfasthet". Musiken väljs för att möta patienten där han eller hon är, inte för att förändra patientens mentala tillstånd i någon särskild riktning – den förändringsprocess som sker tillkommer spontant i samverkan i fältet mellan patient, musik och terapeut under den inre resans gång. Musiken aktiverar inre konflikter och erfarenheter som präglas av kognitiv dissonans – "unfinished businesses" för att tala med gestaltterapeuterna.

Religiösa sammanhang

Under denna inre, musikinfluerade resa aktiveras upplevelser av olika kvalitet: rena minnesbilder, kroppsörnimmelser, känslor, symboliska manifestationer med drömliknande struktur samt upplevelser av transpersonell karaktär. Dessutom förekommer upplevelser som närmast kan karaktäriseras som Maslows "peak experiences" vilka av många tolkas som andliga upplevelser samt slutligen mer otvetydiga andliga, religiösa upplevelser. Det är dessa sist nämnda jag fortsättningsvis tänker uppehålla mig vid. Ibland består dessa upplevelser av religiösa sammanhang och bilder, kyrkor, kyrkorum, katedraler, kors, bilder av Kristus eller olika helgongestalter. Det som gör dessa upplevelser till religiösa är dock inte bilderna i sig utan snarast dels det speciella medvetandetillståndet och den exceptionella emotionaliteten som legeras i upplevelsen. Det är tillstånd som, liksom "peak experiences" når bortom det vardagliga känsloregistret. Det kan handla om en särskild sorts berördhet, känsla av helighet, enhet eller obeskrivlig skönhet. Ibland kan miljön vara mer profan men en religiös gestalt, till exempel en ängel kan vara närvarande.

Patientens position i upplevelsen kan vara skiftande: ofta handlar det om att vara betraktare "jag lägger märket till dem med de ser inte mig". Ibland är positionen mer deltagande. Gestalten och patienten lägger märke till varandra och ett emotionellt, intentionellt utbyte förekommer ofta. Sällan förnimms tydliga ord, men det är för den skull ingen tvekan om kommunikationens innebörd. Dessa möten är vanligen mycket starkt emotionellt laddade och berörande. Andra upplevelser har andlig karaktär utan att vara klart knuten till någon religiös symbol, eller föreställningsvärld av vare sig kristen eller annan typ. Det kan röra sig om en förnimmelse av en Närvaro av numinös natur, att vara i ett heligt kraftfält. Det emotionella tillståndet kan innehålla bävan och undran. Upplevelsen kan präglas av ett intensivt ljus och åtföljas av en förnimmelse av stark skönhet, intensiv berördhet, djup frid eller av att vara överväldigad. Den tekniskt inriktade terapeuten kan känna sig något överflödig medan denna typ av upplevelse pågår. Det är dock vanligt att patienten skyggar för vidden och karaktären av sin upplevelse. Det kan krävas en kraftfull validering från terapeutens sida för att patienten ska våga vara närvarande med hela sig själv i en så omvälvande upplevelse och utforska

densamma. "Låt dig vara i upplevelsen". "Vågar du lyfta blicken och se på den ängel du har framför dig". "Lägger han märke till dig". "Vill ni säga varandra något?"

Har det med psykiatri att göra?

Efter en session av detta slag är ofta patienten påtagligt tagen, berörd och tankfull. Något samtal om upplevelsen direkt efter denna är sällan påkallat, man sitter tysta tillsammans. Ibland använder patienten färger för att fästa något av upplevelsen på papper. Inte sällan är även terapeuten påtagligt berörd. Eventuell talar man om upplevelsen under slutet av sessionen. Även då handlar det snarare om i vilken utsträckning patienten kunnat ta upplevelsen till sig, än någon form av tolkning eller analys. Upplevelsen kan behöva bekräftas även då patienten befinner sig i sitt vanliga medvetandetillstånd då den annars lätt kan bli föremål för skilda försvar som dissociation, förnekande eller rationalisering.

Jaha, tänker kanske läsaren. Det låter ju intressant, men har det något med psykoterapi eller för all del med psykiatri att göra? En högst berättigad fråga som jag strax ska återkomma till.

Först vill jag, för säkerhets skull, påpeka att jag föreställer mig att dessa upplevelser, oavsett vilken vördnad de väcker, har sina neurofysiologiska korrelerat och att aktiviteten sannolikt är hög i temporalloben. Jag vill minnas att redan Penfield på 40- talet genom elektrisk stimulation av cortex i dessa regioner, kunde utlösa upplevelser som påminner om Nära-döden upplevelser vad gäller

såväl visuell som emotionell perception. Man kan också anknyta till Jung som såg människans religiositet som grundad i hennes psykiologi.

Religiösa och andliga upplevelser har sin betydelse i den cykel av alternering mellan de energikrävande, ofta emotionellt påfrestande sekvenser och de närande, stärkande och upplyftande sekvenser som kännetecknar den terapeutiska processen i GIM. Dag Körlin beskriver dessa processer i sin avhandling om kreativa terapiformer. De psykiatriska patienter han arbetat med på dagbehandlingsenheten Spektrum erbjuds en kombination av en modifierad form av GIM, andra kreativt gestaltande och expressiva terapier samt psykodynamiska grupp-samtal. Upplevelser av andlig eller religiös karaktär var inte ovanliga under GIM momenten och tillskrevs ofta stor betydelse av patienterna. En andlig eller religiös upplevelse under en session kan ha en integrerande och djupt läkande inverkan för en traumatiserad individ, inte minst om separation eller dissociation varit en central del av den traumatiska processen.

Terapeutens roll är som jag påpekat också intressant. Den andliga upplevelsens kärna är ofta tydligt belägen bortom orden och ändå intensivt mättad med mening. Patientens upplevelse kan inte sällan även tydligt beröra terapeuten. Just medan den pågår finns det i grunden ofta ingenting att förstå eller förklara rent kognitivt – det kan eventuellt få komma senare. I stunden delar patienten och terapeuten upplevelsen, om än från sina skilda utgångspunkter. Upplevelsen stärker inte bara patienten utan vanligen också terapeuten och den terapeutiska relationen.

Terapeutens roll är som jag påpekat också intressant. Den andliga upplevelsens kärna är ofta tydligt belägen bortom orden och ändå intensivt mättad med mening. Patientens upplevelse kan inte sällan även tydligt beröra terapeuten. Just medan den pågår finns det i grunden ofta ingenting att förstå eller förklara rent kognitivt – det kan eventuellt få komma senare. I stunden delar patienten och terapeuten upplevelsen, om än från sina skilda utgångspunkter. Upplevelsen stärker inte bara patienten utan vanligen också terapeuten och den terapeutiska relationen.

Björn Wrangsjö

SPF:s redaktion



Från depression – till symtomfrihet.

Cymbalta® (duloxetine) är ett effektivt antidepressivt läkemedel.¹ Studier har visat att 44 % av patienterna var symtomfria efter nio veckor.¹ Man har även visat att fler patienter med måttlig till svår depression* når symtomfrihet med Cymbalta® jämfört med SSRI-preparaten paroxetin och fluoxetin.² Kvarstående symtom är en stark prediktor för ett tidigt återfall.³

Målet med depressionsbehandling är därför symtomfrihet.



Cymbalta®
duloxetine

Cymbalta® (duloxetine). N6AX21. För behandling av egentliga depressionsepisoder. För behandling av smärtsam diabetesneuropati hos vuxna. Kapslar 30 mg x 28, 60 mg x 28 och 60 mg x 98. Startdos och rekommenderad underhållsdos är 60 mg en gång dagligen. För mer information, se www.fass.se. Referenser: 1. Detke et al. J Clin Psychiatry 2002;63:308–15. 2. Thase et al. Poster presented at the 156th Annual Meeting of the APA, San Francisco, CA; May 17–22, 2003. Abstract NR640:313. 3. Paykel et al. Psychol Med 1995;25:1171–80. *HAM-D17≥19. Eli Lilly Sweden AB. Box 721, 169 27 Solna, 08-737 88 00. Boehringer Ingelheim AB. Box 47608, 117 94 Stockholm, 08-721 21 00.

Andliga kriser– differentialdiagnos vid psykotiska tillstånd

Schizofrena och affektiva psykoser leder vanligen till försämring av psykologiska och sociala funktioner. Psykotiska upplevelser med andliga inslag, andliga kriser, kan resultera i förbättrad funktion och har i regel ett kortvarigare förlopp. Jämfört med vanliga psykoser behöver de kortare hospitalisering, lägre neuroleptikadoser och större inslag av ett meningssökande psykoterapeutiskt förhållningssätt. En del kan behandlas polikliniskt, utan hospitalisering eller medicinering.

Karl Menninger, den amerikanska psykiatrins fader, skrev: "Visa patienter blir psykotiska, förbättras och sedan blir de bättre än någonsin. Detta är en extraordinär och föga uppmärksammas sanning" (1). Erfarenheterna från en psykotisk episod inspirerade prästen Boisen till att grunda en metod för andlig vägledning. "Många allvarliga psykoser är väsentligen problemlösande och nära besläktade med religiösa upplevelser", menade Boisen och myntade begreppet "Problemlösande schizofreni" (2). Perry noterade gemensamma drag hos psykotiska episoder med gott utfall.

***Visionära tillstånd:
"Där finns (kluster
av) symboliska teman
med en märklig
likhet från fall
till fall"***

Perry

"Vision" (Dabrowski) (4), "Kreativ sjukdom" (Ellenberger) (5), "Metanoiska resor" (Laing) (6), "Andlig kris" (Grof & Grof) (7) och "Visionära andliga upplevelser" (Lukoff) (8). Inom ett transpersonellt, humanistiskt och jungiansk perspektiv ses starka andliga upplevelser som i grunden positiva och en naturlig del i mänsklig



Han kallade dem "Visionära tillstånd":

"De kan karakteriseras genom sitt innehåll och sina imaginationer i så hög grad att de förtjänar att beskrivas som ett eget syndrom. Där finns (kluster av) symboliska teman med en märklig likhet från fall till fall"(3).

Andra benämningar som föreslagits är "Positiv desintegration"

utveckling. Inom världsreligionernas mystiska skolor är de normala steg på vägen mot upplysning, så länge som adepten flexibelt förmår att gå in och ut ur andliga upplevelser. I psykiatrins och psykoterapiens mittfåra har de däremot ignorerats eller patologiserats. DSM-diagnostiken har inga redskap för att differentiera ut andliga kriser från andra psykoser och psykiatrisk forskning saknar till stor del andliga variabler. Freud betecknade mystiska helhetsupplevelser som "regression till primär narcissism", Skinner ignorerade dem och Ellis (Rational Emotive Therapy) såg religion som liktydigt med irrationalitet och emotionellt tänkande (9).

Lukoff och medarbetare gjorde i början av 90-talet ett omfattande förarbete (10), som syftade till att inkludera "Spiritual Emergencies" som en reguljär diagnos i DSM-IV. Det man idag kan återfinna i DSM-IV-TR är fem rader om troskonflikter i kapitlet

"Andra tillstånd som kan vara föremål för klinisk uppmärksamhet – religiösa och andliga problem" (V62.89). DSM ägnar också på olika ställen utrymme åt att särskilja psykoser och affektiva störningar från "kulturella fenomen" såsom religiösa visioner (sid 306, 326, 353 och 897). Någon integrerad bild av andliga kriser presenteras sålunda inte.

Agnostiskt förhållningssätt

Mitt intresse för andliga kriser väcktes under specialistutbild-

ningen. Jag träffade som jour en kvinna med god premorbid anpassning som hade blivit akut hallucinatorisk, exalterad och periodvis mutistisk under en meditationskurs. Hon hade svårt att tala, men kunde måla bilder av sina visioner. Bilderna hade andliga kvaliteter, men beskrev också symboliskt hur en förälders död hade aktiverat djupgående familjekonflikter. Med hjälp av en dialog omkring bilderna kunde hon börja sätta ord på detta och accepterade en låg neuroleptikados tills symptomen klingat av. Jag mötte även en man som blivit mutistisk efter faderns död. Han kunde i skrift skildra det yttre och inre händelseförloppet och återfick gradvis talförmågan under samtal om sina skriftliga berättelser. I båda dessa fall bestod mina insatser i att initiera en pedagogisk och ganska jordnära dialog med utgångspunkt från kreativa uttryck som bilder och skrivna berättelser.

Senare kom jag att utbilda mig till terapeut i Guided Imagery and Music (GIM), en metod där man lyssnar på klassisk musik i ett avslappnat tillstånd (11). Musiken stimulerar inre bilder (ima-

ginationer) som är uttryck för inre resurser, konflikter och livsproblem och som kan ha stark andlig karaktär. GIM beskrivs av Björn Wrangsjö på annan plats i detta nummer. Efter musiklyssningen målar patienten en bild, som blir utgångspunkt för en dialog omkring upplevelsen. Jag började fråga mina patienter efter spontana andliga upplevelser, fick napp och fann det fruktbart att lyssna till dessa berättelser med den förståelse jag fått i GIM. Jag började förhålla mig till de andliga visionära upplevelserna som om de vore spontana imaginativa GIM-resor, men utan musik. Sedan denna tid anser jag också att frågor om religiositet och andliga upplevelser bör ingå i varje psykiatrisk bedömning.

Jag har också lärt mig att lyssna utifrån ett förutsättningslöst agnostiskt synsätt, det vill säga utan att ta ställning till om högre makter eller krafter existerar eller inte existerar. Detta har tillåtit mig att lyssna på ett öppet sätt till berättelserna utan att för den skull överge mitt vetenskapliga förhållningssätt. Jag har också med tiden förvärvat en kunskapsbas om transpersonell och arketypisk/mytologisk psykologi, mystiska traditioner inom olika religioner samt om olika nyandliga riktningar.

Spiritual emergence och spiritual emergency

En andlig upplevelse (Spiritual Emergence) (12) är svår att strikt definiera därför att den är utsäglig, bortom språket. Man kan ändå beskriva återkommande drag. Det kan vara en upplevelse av enhet mellan kropp och själ, men också av ekologisk kontakt eller enhet mellan individen och släktleden, mänskligheten, naturen eller det gudomliga. De har kallats upplysning, mys-

så uppstå spontant, utan andlig praxis.

Den andliga upplevelsen blir andlig kris (Spiritual Emergency) (7, 13) när den samtidigt med resurskvaliteten är överväldigande, skrämmande och med jagfrämmande innehåll. Som jag förstår det har visioner, känslor och kroppsförnimmelser ett dubbelt innehåll. De har andlig och arketypisk karaktär men beskriver samtidigt

"En person i en andlig kris kan, vid adekvat bemötand, relativt snabbt mobilisera en förmåga till lyssnande och ömsesidig koherent kommunikation"

förluster, dissocierade traumatiska händelser, eller problem i den psykodynamiska domänen såsom inre konflikter. Individen mobiliserar ett vidgat medvetande och inre resurser för att hantera sådana problem. Den andliga krisen definieras också av att den möjliggör transformation, dvs en genomgripande psykologisk förändring.

Differentialdiagnostiska motpoler mellan andlig kris och traditionellt definierad psykos som formulerats av Lukoff (10), Agosin (14) med flera, kan fritt sammanfattas:

1) I en andlig kris upplevs visionen samtidigt som yttre skrämmande verklighet och inre "egen" problematik. Den schizofrena hallucinationen kommer utifrån, från andra, ofta fientliga eller kommenterande entiteter. 2) Visionerna i en andlig kris är sammansatta och mångtydiga (symboliska), medan en schizofren hallucination typiskt är en konkret, fragmenterad perception som rationaliseras med berättelser (sekundärt explikativa vanföreställningar) med föga symbolvärde. 3) En person i andlig kris kan, vid adekvat bemötande, relativt snabbt mobilisera en



förmåga till lyssnande och ömsesidig, koherent kommunikation i tal, skrift eller bild. Han eller hon kan även söka kommunicera via yogaställningar eller dans, som kvalitativt skiljer sig från katoniska symptom. En schizofren person har svårt att kommunicera på grund av de karakteristiska tankestörningarna, manikern tar över och för ordet i ett snabbt lösligt associationsflöde medan den depressive är fåordig på grund av kognitiv hämning. 4) Hos den andliga krispatienten ser man, jämfört med den schizofrene, god premorbid funktion, utlösande stressor och akut insättande inom

"Det kan vara en upplevelse av enhet mellan kropp och själ, men också av ekologisk kontakt eller enhet mellan individen och släktleden"

tisk upplevelse, frälsningsupplevelse eller "peak experience". Sådana upplevelser eftersträvas inom mystiska skolor i olika religioner genom till exempel bön, olika former av meditation, andning, yoga, musik, trumresor och dans. De kan ock-

"Under en depressiv och stel minnesstund upplever hon sig besatt av svärfars ande som använder henne som medium" 30-årig kvinna vars svärfar omkom i en olycka

sa motpoler. Den andliga komponenten förtjänar alltid att tas på allvar, men handläggningen blir väsentligen annorlunda än den gängse för de som har andlig kris med psykotiska inslag. Två andra motpoler som jag själv har observerat är mellan 1) andliga kriser som uppstår till följd av intensiv/långvarig andlig övning som luckrar upp försvar och 2) spontana kriser hos andligt inaktiva individer som hamnar i en ohållbar inre situation.

Även personer utan signifikant psykopatologi kan drabbas av en mycket stark upplevelse och hamna i en andlig kris med rubbad världsbild och tvivel på den egna psykiska hälsan.

Ofta är arketypiska/mytologiska teman tydliga, vilket har kallats "psykiskt öppnande för livsmyten" (7), bland dem Anima/animusteman och Heroes Journey (15). Heroes Journey-temat förekommer i flera varianter: "Själens mörka natt" beskrevs av det kristna helgonet Teresa av Avila och liknande förlopp skildras av Franciskus och den heliga Birgitta. I denna process växlar enhet med det gudomliga med mörka, skrämmande upplevelser i ett cykliskt förlopp. I en Schamansk initiationskris genomgår individen en psykologisk sönderstyckning och död, varefter han/hon återskapar sig och återföds som schaman. Adepten kan "misslyckas" med transformationen och förbli i ett tillstånd av psykologisk död



eller fortsatt attackeras av ondsinta väsen om han lyckas återvända till verkligheten. Vid Spiritual by-pass (16) försöker individen gå förbi livsproblem eller psykopatologi genom att ta sin tillflykt till den andliga domänen. När individen når vägs ände kan han eller hon hinnas upp, och invaderas, av jagfrämmande material.

Grof och Grof (7) beskrev ett antal andra typer av andliga kriser och kontakt

3 månader. 5) Prognosen är generellt bättre. 6) Tendens till suicidalt eller homicidalt agerande utesluter diagnosen andlig kris.

Lukoff (14) indelar andliga kriser i två grupper: andliga kriser med psykotiska inslag och psykosor med andliga inslag. I klinisk praxis finns de flesta patienterna på en kontinuerlig skala mellan dessa

med andevärldar: Kundaliniupplevelser, Utanför kroppenupplevelser, Klärvoajans, Synskhet, Andekontakt, Besatthet, Nära döden- och Tidigare liv-upplevelser. Även "alien abduction" räknas till de andliga kriserna. Förutsättningen är även här att 1) tillståndet är jagfrämmande och skrämmande och 2) att det har andliga och transformativa kvaliteter.

"Kundaliniupplevelser" är inte ovanliga, framför allt bland mindre skolade utövare av meditation, yoga eller qigong. Det är överväldigande upplevelser av energi längs ryggraden, ofta förenade med förändringar i puls, blodtryck och kroppstemperatur samt spontant intagande av yogaställningar (17).

Det påpekas ofta i litteraturen att tillstånd som schamansk initiationskris och kundaliniupplevelser kan drabba inte bara neoschamaner och yogautövare utan även helt oinitierade personer.

Några exempel från min egen erfarenhet:

1. En 50-årig man, synsk healer med vulnerabilitet för psykos, upplever att han under en trumresa kommer i djävulens våld och förföljs under tre år av djävulska krafter, som gradvis släpper greppet. Behåller i övrigt realitetsorienteringen, kognitiv förmåga och social kompetens. Han bearbetar upplevelserna inom olika New Age-sammanhang men också i termer av en dysfunktionell barndom, där han misshandlades av sin alkoholiserade far. Vill ej medicinera.

2. 35-årig kvinna, som växer upp i dysfunktionell familj med våldsam far, tar under barndomen sin tillflykt till naturen och upplever naturväsen som ger trygghet och bekräftelse. I samband med en relationskris med en man som misshandlar henne återkommer dessa naturväsen, en del av dem nu ondsinta och invasiva. Symptomen avklingar efter separation från mannen och psykoterapeutisk kontakt, i detta fall i form av individuell GIM. Behöver ej medicin.

3. 30-årig kvinna, vars svärfar omkom i en olycka. Under en depressiv och stel minnesstund upplever hon sig besatt av svärfars ande, som använder henne som medium för att komma i kontakt med sin son och sin hustru. Detta orsakar uppståndelse i omgivningen, som upplever henne som besatt och akut psykotisk. De anhöriga berörs samtidigt till ett mer emotionellt farväl. Hon är rädd att bli psykiskt sjuk, men lugnas av några parsamtal med pedagogisk och resursinriktad information. Medicinering blir aldrig aktuellt.

4. 40-årig högfungerande man med affektiv diagnos och hat-kärleksförhållande till sin far, som hade styrt hans liv. Upplever under en depressiv episod hur faderns ande tar honom i besittning. Episoden leder till en omprövning av självbilden. En jagstärkande psykodynamisk terapi, fokuserad på fadersrelationen, leder sedan till förbättring i hans nära relationer. Medicinerar mot sin affektiva sjukdom.

5. 35-årig kvinna med bisexuell problematik, som lever ett isolerat liv, sjukskriven för depressiva symptom. Får en starkt po-

"Inom de mystiska traditionerna finns systematisk kunskap om hur man hanterar andliga kriser"

sitiv spontan upplevelse där hon upplever sig som en del av mänskligheten och det gudomliga. Därefter en skrämmande vision av en tvåkönad figur, som både är god och ond (se bild föregående sida). Upplevelserna återberättas under en GIM-grupp (18) och ingår i en process där hon bejakar sin läggning, hittar en partner och påbörjar en yrkesutbildning. Medicinerar periodvis med antidepressiva.

”För många kan kreativt gestaltande terapier med användande av exempelvis bild vara till hjälp i beskrivande och integration av upplevelserna”

6. 55-årig kvinna, ensamstående under större delen av sitt liv. Har vuxit upp utan sin mor, och varit utsatt för sexuella övergrepp av fadern. Efter en kortare relation med en man får hon ett flertal besök av utomjordingar, och vid två tillfällen blir hon ”upptrålad” till deras UFO, där

hon undergår gynekologiska ingrepp. Under en skogspromenad visar sig en skogsande, som leder henne ned i en helande källa, som beskyddas av en ljusfigur. Har en individualkontakt med bearbetning av bilder från sina upplevelser. Symptomen avtar med pedagogisk information, klarläggande av barndomstraumat och betonande av resursaspekten i det helande badet. Har dessutom en låg neuroleptikados.

De flesta ovanstående fall har inslag av dissocierade traumatiska minnen (19), och i flera fall kan upplevelserna ses som en första ansats att integrera dessa. På Internet finns ett antal illustrativa fallbeskrivningar av kriser i samband med andlig praxis (t ex 20).

Förhållningssätt och behandling

Det första är att över huvud taget upptäcka att det handlar om en andlig kris. Problemet finns på båda sidor. Patienten undviker psykiatrin, då han/hon är rädd att betraktas som galen och bli tvångsintagen och neuroleptikabehandlad. Psykiatern undviker att fråga om andliga upplevelser och saknar diagnostiska redskap.

Inom de mystiska traditionerna finns systematisk kunskap om hur man hanterar andliga kriser och speciella andliga vägledare. En sådan kan vara till hjälp om patienten omfattar en etablerad tro. Psykiatern eller psykoterapeuten kan inte, som den andlige vägledaren, se gudomliga gestalter som realiteter, utan bör i stället inta ett agnostiskt och pragmatiskt förhållningssätt. På så vis tonar man in i patientens dubbla förhållningssätt, där han/hon samtidigt ser visionerna som yttre realiteter och inre problematik.

Det psykoterapeutiska förhållningssättet präglas av stabilisering, kommunikation, pedagogik och senare ett sökande efter mening i upplevelsen med hjälp av transpersonell, arketypisk/mytologisk, traumaorienterad eller modern psykodynamisk psykologi (t ex 21). Äldre psykodynamisk teori, som ser enhetsupplevelser som försvar eller regression till ett oceaniskt tillstånd i livmodern är däremot ej adekvat.

Vidgande andliga övningar måste avbrytas och realitetsorientering och grundande strategier prioriteras. Dessa är väl kända från mystiska traditioner och retreatar av olika slag: lugn och pålitlig miljö utan överstimulering, fortsatt social kontakt, engagemang i köks- och trädgårdsuppgifter, solid mat och lätt motion (9). Så-

dan omvårdnad kan bara delvis tillämpas i dagens slimmade slutenvård, men kan i gynnsamma fall ordnas i hemmiljö. En del patienter kan arbeta och leva vidare som vanligt.

Neuroleptika behövs inte alltid och kan i andra fall ges i låga doser och under kortare tid. Depåbehandling bör undvikas för andliga kriser med psykotiska inslag. Personer i extatiska visionära tillstånd kan behöva ständig tillsyn under den akuta fasen. Psykosser med andliga inslag har ett större behov av hospitalisering och behöver högre neuroleptikadoser än andliga kriser med psykotiska inslag.

I de fall som till en början inte kan kommunicera verbalt bör man hitta ett första sätt att få kontakt, till exempel i bild eller skrift. Först därefter kan en verbal dialog inledas. I den akuta fasen handlar det om pedagogisk information om tillståndets natur och om att återknyta upplevelserna till realiteter och relationer. Detta kan vara tillräckligt i en del fall. I senare skeden kan det bli fråga om en meningsskapande integration av förluster, dissocierade traumatiska upplevelser, inre konflikter, personliga myter eller ”skuggaspekter” enligt jungiansk psykologi. För många kan kreativt gestaltande terapier med användande av till exempel bild vara till hjälp i beskrivande och integration av upplevelserna. En del patienter har i lugnt skede nytta av att arbeta explorativt i förändrat medvetandetillstånd, till exempel GIM, medan andra är för



sköra. En del kan succesivt återta en andlig praxis.

En grundprincip är att se resursaspekten i upplevelsen. Patienter i andlig kris genomgår ofta en process av omväxlande resurs- och problemupplevelser, där resursen sätter patienten i stånd att tackla problemet. Denna process kan observeras i alla terapiformer som utnyttjar kreativa imaginationer i förändrat medvetandetillstånd och då inte bara när det gäller andliga kriser (22).

Dag Körlin

Med. dr., Specialist i allmän psykiatri

Leg psykoterapeut

Psykiateripheten, Psykiatri Nordväst, SLL.

dag.korlin@sll.se

Referenser

För referenslista se sidan 34

Kraftigt utökade resurser till kurser för ST-läkare i psykiatri

SPF har lyckats få igenom ett förslag om utökade resurser till kurser för ST-läkare i psykiatri. Socialminister Göran Hägglund offentliggjorde satsningen som ska ske tillsammans med andra kompetenshöjande åtgärder inom psykiatrin.

Det handlar om en summa på 6,3 miljoner kronor för 2007 och 5,7 miljoner kronor årligen för 2008 och 2009. Summan betalas in till IPULS (Institutet för Professionell Utveckling av Läkare i Sverige). Projektet sjösätts med syfte att utveckla och förstärka specialistläkarkompetenskurserna i psykiatri. Under projektets gång är tanken att en hållbar finansiering av den teoretiska utbildningen för ST-läkare i psykiatrin ska utvecklas.

De existerande SK kurser täcker inte mer än ca 30% av behovet, och antagningssystemet gagnar ofta de ST-läkare som befinner sig i slutfasen på utbildningen. En skevhet är att grundkurser som till exempel "psykiatrisk diagnostik" erbjuds de flesta ST-läkarna under det sista året av specialiseringsstjänstgöringen. Diagnostiskt kunnande hade kommit till större nytta under den första tiden av ST-utbildningen.

I takt med att SPF arbetade med den nya målbeskrivningen växte hos utbildningsutskottet en visshet om att teoriutbildningen behövde modifieras. De borde vara fler kurser, inom fler ämnesområden, kostnadseffektiva och de borde ges till alla psykiatri ST-läkare i landet. Alla ST-läkare i Sverige (ca 80 nya per år) behöver i god tid få tillgång till teoretisk undervisning i de ämnen som vår specialitet består av.

Europeiskt och svensk perspektiv

Den nya målbeskrivningen och harmoniseringen med resten av Europa ställer större krav på teoretisk utbildning. I Sverige har vi en mycket god tradition av praktisk utbildning för våra specialister. I andra europeiska länder är traditionen med en teoretisk utbildning starkare än i Sverige. SPF:s utbildningsutskott anser

att det är viktigt för den svenska psykiatrin att alla ST-läkare får en gedigen teoretisk utbildning. Av denna anledning formulerade utbildningsutskottet under våren en projektansökan som regeringen just godkänt. Socialstyrelsen ska följa upp den särskilda satsningen och redovisa utfallet i årsredovis-

"I andra europeiska länder är traditionen med en teoretisk utbildning starkare än i Sverige"



ningen till regeringen för år 2008 och 2009.

Projektet innehåller strukturerade teoretiska block med kurser som kommer i en given ordning. En introduktionskurs med basal psykofarmakologi och psykiatrisk diagnostik öppnar kursserien. Därefter följer kurser i sjukdomslära och sedan fördjupningskurser. Enligt förslaget ska utbildningen ges av intresserade kollegor som har god klinisk kompetens för att undervisa. Kurserna behöver inte nödvändigtvis vara knutna till forskningsintensiva kliniker. ST-läkarnas kunskap från kurserna kommer enligt projektförslaget att utvärderas på hemkliniken.

SPF:s vision

SPF:s tanke är att genom ett samarbete med IPULS samordna ett strukturerat teoretiskt utbud som ska komma alla ST-läkare i psykiatri till godo. Ambitionen är att sträva efter en gemensam teoretisk bas inom ST-utbildningen. Genom att öka kvaliteten på ST-utbildningen i psykiatri kommer den psykiatriska vårdens kvalitet att öka och yrket att bli mer attraktivt.

Lise-Lotte Risö-Bergenslind
Kajsa Nordström
Raffaella Björck

ST-läkare, Riksstämman och Svensk Psykiatrisk Kongress.

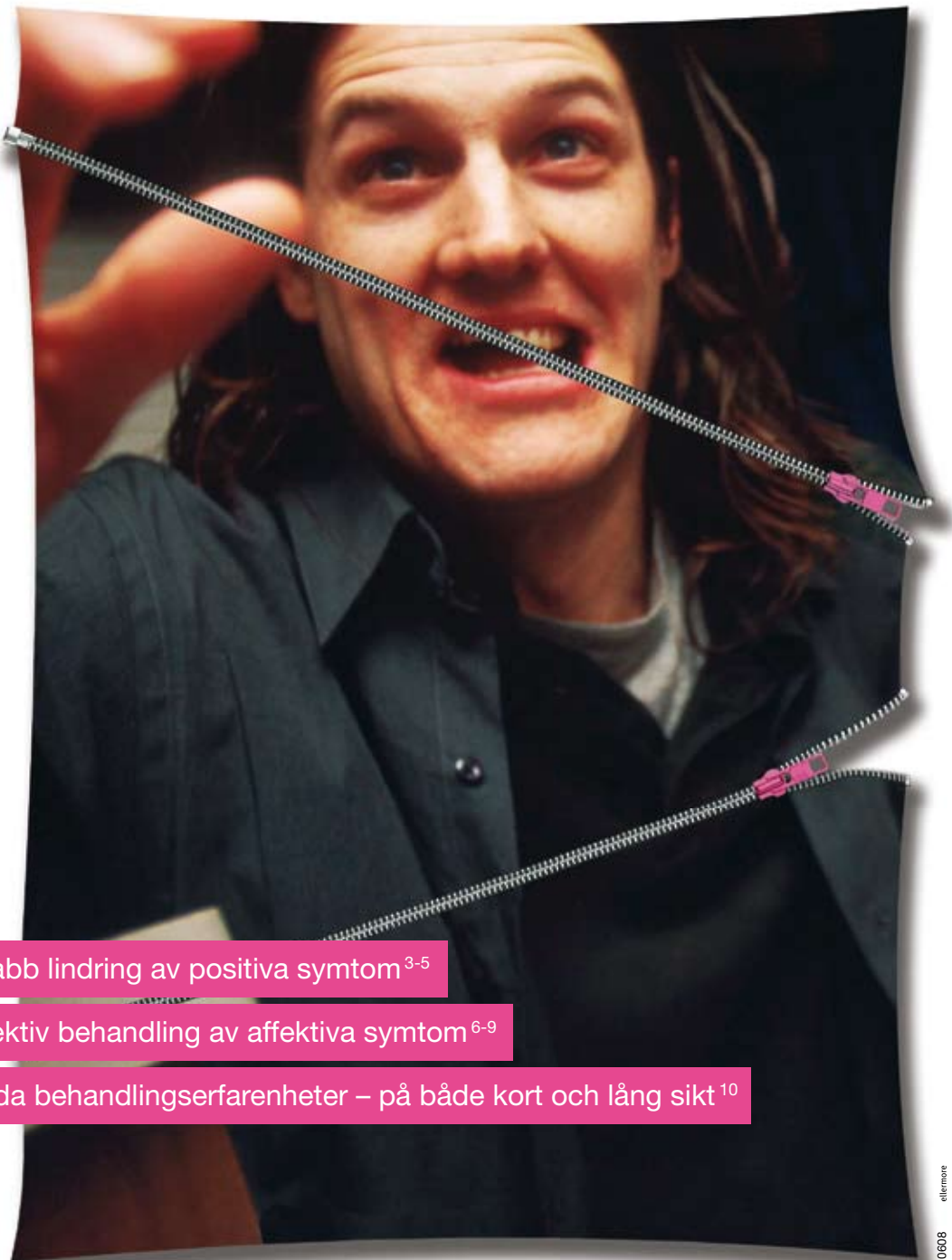
I Norra Regionen har vi lagt ett förslag om en ST-utbildning i psykiatri. Förutom att vi erbjuder traditionella SK-kurser, SK-baskurs (nytt), och regionala ST-sammankomster har vi lagt in deltagande i Riksstämman (nov-dec) och i Svensk Psykiatrisk Kongress (mars). Av de större kongresserna har vi fastnat för APA. I möjligaste mån kommer ST-utbildningen att helt bekostas av Landstingen, Svensk Psykiatrisk Förening (SPF; [länk här](#)) satsar allt mer resurser på Riksstämman och Svensk Psykiatrisk Kongress (som ersätter SPF's Vårmöte).

Båda sammankomsterna ger en bild av svensk psykiatri som den blivande specialisten behöver. På Svensk Psykiatrisk Kongress ges dessutom flera CME-kurser. APA i all ära men vi får inte glömma bort att verka för en utveckling av svensk psykiatri och att vi har stolta traditioner att föra vidare. Vi uppmanar därför landets alla verksamhetschefer i psykiatri att prioritera nämnda utbildningstillfällen för sina ST-läkare.

Carl-Gustaf Olofsson
Verksamhetschef Skellefteå psyk

LARS ÄR FÖRFÖLJD OCH BESKJUTS MED LASERSTRÅLAR.

MED RÄTT BEHANDLING KAN DU FÅ HONOM ATT SLUTA FRED MED GRANNARNA.



Snabb lindring av positiva symtom³⁻⁵

Effektiv behandling av affektiva symtom⁶⁻⁹

Goda behandlingserfarenheter – på både kort och lång sikt¹⁰

SE TILL HELA DIN PATIENT.
SEROQUEL® HJÄLPER DIG – IDAG OCH IMORGON^{1,2}.

Seroquel stabiliserar patienten under den akuta psykotiska episoden och erbjuder effektiv symtomlindring i sjukdomens övriga faser³⁻¹⁰.

Idag är Seroquel ett av de snabbast växande atypiska anti-psykotiska läkemedlen i världen¹¹.

SEROQUEL® – VID SCHIZOFRENI OCH BIPOLÄR MANI

 **Seroquel**
quetiapin

IDAG OCH IMORGON^{1,2}

AstraZeneca Sverige AB, 151 85 Södertälje. Tel 08-553 260 00. www.psykiatriinfo.se

1. Vieta E et al. Curr Med Res Opin 2005;21(6):923-34. Sammanslagning av registreringsstudier vid akut manisk episod över 84 dagar. 2. Kasper S et al. Int Clin Psychopharmacol 2004;19:281-9. Öppen förlängningsstudie av lyra tas III studier vid schizofreni över fyra år. 3. Smail JG et al. Curr Med Res Opin 2004;20:1017-23. 4. Buckley PF. Curr Med Res Opin 2004; 20:1357-63. 5. Jandón R. J Clin Psycho-pharmacol 2003;23(Suppl 1):S15-20. 6. AstraZeneca. Data on file S128 baserad på Borison PL et al. J Clin Psychopharmacol 1996;16(2):58-69. 7. Smail JG et al. Arch Gen Psychiatry 1997;54:549-57. 8. Arvanitis LA et al. Biol Psychiatry 1997;42:233-46. 9. Reddel M et al. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2005;255(6):432-7. 10. Arango C, Bobes J. Curr Med Res Opin 2004;20(5):619-26 först presenterad i Simons WR. Persistence and Compliance Evaluation (PACCE): a US population-based analysis of initially prescribed anti-psychotics, vid College of Psychiatry and Neurologic Pharmacists 6th Annual Meeting, Charleston, USA, 1-4 maj 2004. 11. IMS Health, MIDAS, All Countries, Standard Units Market Share Change, Year 2005 vs Year 2004; IMS Health, MIDAS, European Countries (22 countries), Standard Units Market Share Change, Year 2005 vs Year 2004.

Seroquel®, 25 mg, 100 mg, 200 mg och 300 mg. Substans: quetiapin. Farmakologisk grupp: ND5A H04. Indikation: Behandling av schizofreni och behandling av maniska episoder av manisk eller depressiva episoder. Dosering/administrering: 2 gånger dagligen, med eller utan mat. Bland de vanligaste biverkningarna finns yrsel, somnolens och huvudvärk. För mer information se www.fass.se. Det har inte visats att Seroquel förhindrar återfall av maniska eller depressiva episoder.

Kan neuroteologi förklara människans religiositet?

En vanlig uppfattning är att variationer i religiositet mellan olika människor framför allt bestäms av uppväxtmiljö och kulturella skillnader. En tvilling- och adoptionsstudie publicerad i Science 1990 gav dock en annan infallsvinkel. Här kunde visas att genetisk variation bidrar till ungefär 50% av de individuella skillnaderna i religiositet.

Under senare år har begreppet 'neuroteologi' börjat användas när religiösa upplevelser studeras ur ett biologiskt perspektiv. Men långt tidigare har forskare fascinerats av de extraordinära upplevelser som människor beskrivit efter att ha intagit hallucinogena droger såsom LSD eller mescaline, vilka ibland också sammanfattas under rubriken "mind expanders". Den centrala frågan har varit ifall andliga upplevelser kan framkallas på experimentell väg med hjälp av droger.

Ett helt annat försöksupplägg har utvecklats av forskaren Michael Persinger i Kanada. Han har uppgett sig kunna framkalla andliga upplevelser genom att stimulera höger temporallob med svaga magnetfält.

"Han har uppgett sig kunna framkalla andliga upplevelser genom att stimulera höger temporallob med svaga magnetfält"

Detta i kombination med att personer med temporallabsepilepsi har mer frekventa paranormala upplevelser har fått honom att dra slutsatsen att religiösa upplevelser uppkommer på liknande sätt som epileptiska anfall och att de kan för-

klaras med neurobiologiska mekanismer.

Han menar att övernaturliga upplevelser med största sannolikhet bara skapas inuti hjärnan och att orsaken till människors andliga upplevelser är att det finns naturliga variationer i jordens eget magnetfält. I Sverige har Persingers fynd fått en förespråkare i Dan Larhammar, professor i molekylär cellbiologi vid Uppsala universitet. Denne har i artiklar hävdade att religiösa upplevelser kan förklaras av nervsystemets biologi.

Ej replikerade resultat

Persingers resultat har dock ej kunnat replikeras. I Sverige har en forskargrupp ledd av Pehr Granqvist vid Uppsala universitet försökt upprepa Persingers fynd men inte lyckats. De båda forskarna har därefter försökt förklara denna diskrepans med metodologiska brister i den andres studier.

Under senare år har moderna hjärnabbildningstekniker utnytt-

jats för att studera hur hjärnan arbetar under religiösa aktiviteter såsom meditation och bön. Den amerikanske neurologen Andrew Newberg vid University of Pennsylvania har med hjälp av SPECT undersökt hjärnans regionala blodflöde hos bl a franciskanernunnor under bön till Gud, och hos tibetanska munkar under meditation. Han kunde påvisa en påfallande likhet mellan religiösa och andliga övertygelser tvärs över alla olika tillvägagångssätt och traditioner. Olika delar av hjärnan påverkas på ett liknande sätt både vid bön och vid meditation. Newbergs tolkning är att hans undersökningar vi-

sar att människans hjärna är konstruerad för att tro på Gud.

Oavsett om Persinger och Newberg har rätt i sina respektive fynd så illustrerar dessa två exempel att forskare tolkar resultaten utifrån sin egen världsbild och livsåskådning. Ateister tolkar resultatet som att andliga upplevelser är yttringar av neuronala pro-

cesser i hjärnan och inget annat. Troende ser det istället som bevis för att det finns en naturlig fysisk kontakt mellan människan och Gud. Gud har i skapelsen gett människan sådana hjärnfunktioner att hon kan kommunicera med honom.

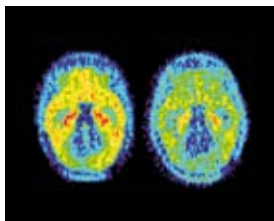
Lite tillspetsat kan man naturligtvis fråga sig om förekomsten av ett biologiskt korrelat är ett bevis på att ett fenomen inte existerar? Inom ångestforskningen förekommer det att man framkallar panikattacker experimentellt genom att injicera cholecystokinin. Är detta ett bevis på att panikattacker inte finns?

PET-studier och LSD

Religionsfilosofen Anne Runehov har i en avhandling 2004 granskat Persingers och Newbergs studier och funnit metodologiska brister samt poängterat att det inte är möjligt att dra slutsatser om Guds existens utifrån dem. Hon lyfter fram att det i samtliga fall är sambandet mellan upplevelse och hjärnaktivitet som mäts och ingenting annat. Det går därför inte att dra några slutsatser om huruvida upplevelserna motsvaras av någonting i den yttre verkligheten eller ej. Om du t ex på experimentell väg kan framkalla att en försöksperson i sitt inre ser dig framför sig, så innebär detta knappast att du själv inte existerar.

Ett annat svenskt bidrag till denna forskning har givits av Jacqueline Borg som i en uppmärksammat doktorsavhandling 2007 inom PET-gruppen vid Karolinska institutet undersökt serotonin-

"Ateister tolkar resultatet som att andliga upplevelser är neuronala processer i hjärnan och inget annat"



"Om du t ex på experimentell väg kan framkalla att en för-söksperson i sitt inre ser dig framför sig så innebär det knappast att du själv inte existerar"

insystemets roll för olika personlighetsdrag. Hon kunde visa att nivån av serotonin (5HT1A)-receptorer i hjärnan är korrelerad till öppenhet för andliga upplevelser. Den som har en låg nivå är öppen för att det finns en utomsinnlig verklighet men den som har en hög nivå är mer benägen

att bara tro på det som man kan se för sina ögon och mäta empiriskt. Detta fynd är i linje med tidiga observationen att LSD och andra droger, som orsakar störningar i hjärnans serotoninssystem, kan framkalla extraordinära upplevelser såsom en "gudomlig närvaro" eller att vara "ett med allt".

Borgs fynd kan återigen tolkas olika utifrån världsbild. Ateisten ser dem gärna som en förklaring på varför vissa människor är mer benägna än andra att vara religiösa. Den troende är mer benägen att tolka dem som en förklaring av olikheten mellan olika trosriktningar. I ett protestantiskt sammanhang kan fynden till exempel förklara spännvidden alltifrån den bibeltroende som hävdar att Gud endast uppenbarar sig genom det skrivna ordet i Bibeln (många serotoninreceptorer) till karismatikern som betonar Guds direkta tilltal idag och ett ständigt flöde av nya uppenbarelser genom profetior och syner (få serotoninreceptorer).

Sammantaget har modern hjärnforskning gett nya möjligheter att nalkas de klassiska frågorna om sambanden mellan det kroppsliga, det själsliga och det andliga. Även om spännande resultat har publicerats så är vägen lång fram till ett slutgiltigt svar, eller kanske är det inte möjligt?

Lars Farde
Tove Gunnarsson

Nya ansökningar till Psykiatrifonden

Radiohjälpsskampanjen för medel till Psykiatrifonden är avslutad. Den har givit medel om ca 800.000 som kommer att användas till forskningsanslag. Psykiatrifonden vill ha ansökningar före augusti månads utgång.

Förutsättning för anslag är att stipendiat skriver om sitt projekt i Psykiatrifonden informerar - redaktör är Lars Häggström samt håller ett kortare anförande på Riksstämman där även anslaget utdelas. Psykiatrifonden avser att ha en monter på stämman. Ansökningsblanketter kan rekqueras från anita.homilus@vgregion.se eller goran.bjorling@vgregion.se

Välkommen med din ansökan!

Betala till Riksstämman

- 31 augusti är sista dag för inbetalning av medlemsavgiften för att få fri entré till Riksstämman. Medlemsansökan via Svenska Läkarsällskapets hemsida www.svls.se
- Kongressavgifter. Onsdag, torsdag, fredag 3.300 kr. Onsdag respektive torsdag 1.800 kr/dag Fredag 1.500 kr
- Med stud betalar ingen avgift (gratis).
- Registrering sker på plats på Riksstämman.

Rapport från APA-mötet, San Diego, 2007

Jag åhörde på APA symposium om psykodynamisk psykoterapi vid borderlinestörningar Otto Kernberg och John Gundersson hade båda lett randomiserade kontrollerade studier inriktade på ökad mentalisering vilken är ostadig vid BPD. Man ansåg mentalisering vara en gemensam nämnare för de flesta psykiska funktionerna



hos oss som människor. I behandlingen används missförståenden i kontakterna mellan människor och det är viktigt att utgå från individen Otto Kernberg beskrev sin teknik TFP - överföringsfokuserad psykoterapi. Tolkningen består av klarifiering som ger medvetenhet och konfronterning - detta ger motiv för åtskiljande av idealisering och paranoid inställning - som sedan leder till krav om integrering.

Gemensamt för de två metoderna är att terapeuten måste vara uthållig och varm

Resultaten av studierna visar på god effekt vad gäller behov av sjukhusvistelse och antalet suicidförsök gick ner. Behandlingstiden är ett till två år med veckovisa besök

Det har diskuterats mycket vilken metod som skall användas vid BPD. I Sverige förordas DBT som den enda metoden. De två kontrollerade, randomiserade studierna visar på möjligheter att använda dynamisk psykoterapi med god effekt.

Göran Björling

Överläkare

Leg. psykoterapeut

Filosofen Martin Bubers skuldbegrepp - kanske vidgar det psykiatrin

En filosof som betytt mycket för 1900-talets tänkande var Martin Buber, född 1865 i Wien, död 1965 i Jerusalem. Bubers tänkande har på olika sätt rört sig kring dialogens betydelse, meningen med relationer. I mycket har det handlat om relationen mellan människor, om förmågan att se en annan individ som ett Du, ett subjekt i sin egen rätt, och inte endast se andra som Det, personer med vissa givna funktioner. Han har beskrivit hur vi som människor måste växla mellan de två lägena, mellan Jag-Du-relationer och Jag-Det-relationer, mycket för att det inte går att omfatta en människas hela väsen mer än tillfälligt.

Bubers tänkande har också omfattat andra aspekter av dialogiska tankar där personens förhållande till sig själv och sin historia kan läsas i ljuset av Jag-Du/Jag-Det-perspektivet. Dessa tankar känns väldigt friska och aktuella och kan kopplas till samtida psykiatriska frågeställningar med. Det finns ett intresse inom psykiatersamfundet för det som nu kallas fenomenologiska aspekter, frågan om

”Skulden är ingens bord, tycks Martin Buber mena, antingen tar den enorma proportioner och hanteras i religionen eller så är känslan av skuld ett symptom som ska behandlas bort”

En till omfånget mycket liten text av Buber som berör innehållet i detta nummer av ”Svensk Psykiatri” är ”skuld och skuldkänsla” (1958)². Den tar sin utgångspunkt i en diskussion under en psykiatrisk kongress 1948 där ämnet är ”skuldens ursprung” och där konferensdeltagarna delar upp frågan om skuld i två, skulden och skuldkänslan. Frågorna om skulden själv hänskjuts till kyrkan som å andra sidan inte befattar sig med individuell skuld

utan med den universella skulden och arvsynden. Till psykologerna och psykiatrin förs frågan om skuldkänslan, de olika psykologiska teorierna befattar sig i väldigt liten utsträckning med reella handlingar utan förhåller sig till skuldkänslan som en psykisk aktivitet som man kan göra sig av med, befrias från. Skulden är ingens bord, tycks Martin Buber mena, antingen tar den enorma proportioner och hanteras i religionen eller så är känslan av skuld ett symptom som skall behandlas bort.

Buber diskuterar från denna punkt det faktum att människor ibland gör förseelser som kommer att följa dem genom livet och där insikten om skulden i vissa fall återkommer med en kraft som skapar problem för individen. Vår profession, menar Buber, har un-



subjektiva erfarenheter bortom eller jämte de diagnostiska kategorierna. På den amerikanska internetsiten Medscape.com har den senaste tiden publicerats ett par intressanta artiklar om den eventuella idémässiga utarmning som psykiatrin oväntat hamnat inför som en konsekvens av DSM-systemets dogmatiska plats.¹

der alla tider mest intresserat sig för symptomet skuldkänsla, på ett sätt som gjort frågan om skuldens ursprung ointressant. Den deprimerade kanske faktiskt har något i hans historia som i verkligheten har varit allvarligt men som, när depressionen kommer, inte tar sig fram som en erfarenhet, kanske för att det är för smärtsamt och skamfyllt. De skuldkänslor som hör depressionen till får ju gärna vanföreställningskaraktär till slut, den som inte betalt en räkning har förskingrat hela sin familjs kapital och den som en gång 1962 var otrogen mot sin hustru är rädd att kastas ur huset idag.

Skulden insikt inom människan själv

Som litterära exempel på skuldens väsen diskuterar Buber två böcker, ”demonerna” av Dostojevski och ”processen” av Kafka. De är olika till sin karaktär men har båda frågan om bekännandet av en skuld centralt. I ”Demonerna” är skulden uppenbar, berättelsens huvudperson, Stavrogin, har begått ett brott och tänker sig att han kan erkänna och därigenom befria sig från all skuld.

1 DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences, www.medscape.com 7/6 2007

2 M Buber skuld och skuldkänsla Ludvika 1989, Dualis förlag

"De skuld känslor som hör depressionen till får gärna vanföreställningskaraktär till slut, där en som inte betalat sin räkning har förskrinrat hela sin familjs kapital"

är en insikt inom människan själv. Bubers tes är att just denna insikt om att befinna sig i en direkt relation till sina egna handlingar är det som skapar människans särart. Det är inte som hos Kafkas Josef K människans lott att vara skuldlös utan "människan är den vareelse som kan bli skyldig och kan se sin skuld".

Det är på denna punkt Martin Bubers bok blir intressant att presentera i det här numret av Svensk Psykiatri. Buber pekar på olika vägar för individen att lösa sig ur den hämning som skulden medför.

Andlig kris

Den första och nödvändiga vägen som man måste anträda är just insiktens väg, erkännandet av att det finns en reell skuld av något slag. Denna insikt leder till ett möte med vad Buber kallar lagens innersta: "Lagen om den enskilda människans identitet med sig själv, att den som är skyldig och den som känner skuld är identiska..." Att sedan befinna sig i denna identitet är ett stort arbete som kräver uppriktighet och närvaro.

Den andra vägen som Buber anger gäller den som utsatts för skulden, gottgörelse eller försoning. För att en sådan försoningsgest skall kunna vara verksamt krävs ett förhållande till världen som är förändrat till sitt förhållningssätt. Det kan vara en djupt personlig eller andlig kris som patienten går igenom, där upplevelsen av att faktiskt tillhöra världen och mänskligheten i en större bemärkelse leder till en fördjupning av identiteten.

Buber nämner också de villkor som läkaren ställs inför om hon inser att patienten med sin symtomatologi också bär på en sådan existentiell skuld som inte bara hänger ihop med den aktuella sjukdomen utan kan ligga till grund för den. I sådana fall krävs något annat än det vanliga, ett personligt möte där man är beredd att se och höra den andre, att ingå i en Jag-Du-relation och inte hela tiden se patienten i ett Jag-Det-perspektiv. Den förändring som kan krävas från patienten möter också risken att även läkaren kommer att beröras av förändringens vindar.



Daniel Frydman

SPF:s redaktion

Rapport från APA möte, San Diego 2007

Aktuell forskning inom sömnområdet har de senaste åren gjort stora framsteg när det gäller att klarlägga strukturer och mekanismer som reglerar sömn och vakenhet. Detta belystes glädjande nog på ett par verkligt fina symposier under APA-mötet. Vid vakenhet aktiveras cellkärnor i hjärnstammen, pons, hypothalamus och prefrontala cortex. Neurotransmittorerne orexin, histamin, glutamat och acetylkolin är involverade i denna process.

Sömn är inte frånvaro av vakenhet utan en aktiv process i sig! Inhibering av vakenhetscentra sker huvudsakligen via GABA, men även via galanin, adenosin och serotonin. Sömn och vakenhet styrs också av den sk cirkadiska rytmen som regleras via nucleus suprachiasmaticus och melatonin. Nya läkemedel för behandling av insomni är på gång. En ny grupp SEGA (Selektive Extrasynaptic GABA Agonists) med både GABA agonister och GABA upptagshämmare är att vänta, liksom melatoninagonister och kombinationen melatonina-



gonist och 5-HT₂-antagonist.

En tredjedel av vuxna amerikaner är så sömniga att det påverkar deras funktionsförmåga och välbefinnande. Hypersomni, överdriven dagsömnighet, skall betraktas och behandlas som minskad vakenhet. Nästan hälften (46%) av de med hypersomnia har psykiatriska sjukdomar, vanligast depression.

Andra orsaker är bl a flera medicinska sjukdomstillstånd, medicinering, skiftarbete, sömnsjukdomar och cirkadiska rytmstörningar. Modafinil, som används vid narkolepsi och idiopatisk hypersomni, verkar sannolikt via aktivering av vakenhetscentra i hypothalamus genom ökning av glutamat, minskning av GABA och har en noradrenerg effekt genom alfa-adrenerg stimulering. En isomer av modafinil, armodafinil, är under utveckling. Den har längre halveringstid och eventuellt bättre effekt än modafinil.

Lena Mallon

lena.mallon@ltdalarna.se

Från synd till sjukdom- En historisk tillbakablick på svenska självmord

Idag ser vi självmord främst som en tragisk yttersta konsekvens av psykiskt lidande. Under flera hundra år sågs dock självmord som ett brott och en synd mot Gud. Fram till 1864 var det kriminellt och straffbart att ta sitt liv.

I Sverige gick det aldrig så långt som i en del andra länder, t.ex. Danmark, där egendomen efter den som begått självmord kunde dras in så att anhöriga fick gå från hus och hem. Ändå blev konsekvenserna för de efterlevande ofta förödande.

Kung Kristofers landslag

År 1442 utfärdades kung Kristofers landslag i vilken det stadgades att den döda kroppen efter den som tagit sitt liv skulle tas om hand av bödeln som skulle bränna kroppen, s.k. "neslig begravning". 1571 års kyrkoordning föreskrev att kyrkan inte skulle befatta sig med självmördare. Dessa hörde hemma bland grova

"Den döda kroppen efter den som tagit sitt liv skulle tas om hand av bödeln som skulle bränna kroppen, s.k. 'neslig begravning'"

brottsslingor, och kunde därför inte få en kristen begravning. Undantag kunde göras för dem som bedömdes som avvita – yttlösa. Hit tycks inte tillstånd som depression ha räknats utan för att bli befriad från straff behövde man vara uppenbart psykotisk.

1608 blev Kristofers landslag svensk lag i hela landet.

Den fick då ett appendix som införde Mose lags straffsats i rättsskipningen, vilket innebar att domstolarna skulle döma efter Guds lag i Bibeln. Grovare brott mot de tio budorden ledde i princip till dödsstraff. Detta fick dock inte fullt genomslag i praktiken. Enligt 1614 års rättegångsordinantia skulle nämligen brottmål underställas hovrätten. Detta gällde även självmord. Underrätterna kunde inte utfärda slutgiltig dom utan deras beslut skulle fastställas av hovrätten. Där mildrades ofta de stränga straffen.

"Dött i grova synder"

Folket tillmätte begravningssättet stor betydelse. Under den katolska tiden ansågs begravningsseremonierna ha viss betydelse för den dödes salighet. Enligt Martin Luther saknade de betydelse, det var den avlidnes gudsförhållande under livstiden som var det avgörande. Det gamla synsättet levde dock kvar bland folk – en kyrklig begravning på kyrkogården uppfattades som ett villkor för själens salighet.

I 1686 års kyrkolag stadgades att det var de världsliga domstolarna som skulle döma hur begravning skulle ske efter ett självmord. Prästerna skulle inte förhålla sig med begravningen av dem som

"fört ett ogudaktigt liv eller dött i grova synder". De fick således inte begrava självmördare förrän domstolen sagt sitt.

Det finns beskrivningar av hur lagarna kunde få makabra konsekvenser. En sådan skildring härrör från 1711 då en av de intagna på Malmö hospital hängde sig i sin säng. Redan samma dag höll rådstugurätten ett möte och beslutade att den döda kroppen skulle tas om hand av bödeln och grävas ner i galgbacken. En sådan dom krävde dock hovrättens godkännande vilket tog tid. Den praktiska innebörden av detta var att man tills vidare måste låta henne hänga kvar i salen vilket naturligtvis ledde till stora olägenheter. Därför skrev rådmännen till viceguvernören och bad om dispens att få verkställa domen genast. Efter en vecka kom svaret från denne som gav sitt medgivande till att kroppen fick tas ner av bödeln. Beskedet från hovrätten fyra veckor senare bekräftade att man gjort rätt. Av detta kan man utläsa att den stackars kvinnan fick hänga kvar i en vecka, men om man hade avvaktat hovrättens besked hade det dröjt ytterligare flera veckor innan hon tagits ner.

Ett annat och mer känt exempel är Mäster Samuel (Samuel Hammarinus) som var kyrkoherde i St Klara och Bromma församlingar i Stockholm där han fått ge namn åt Mäster Samuelsgatan. År 1663 hittade han sin piga hängd. Efter att ha hållit förhör med sina underlydande bad han dem skära ner henne men då de vägrade pga att detta var bödelns arbete skar han själv ner henne och begrävde henne i vigd jord. Mäster Samuel menade att hon hängit sig pga svagsinhet, och att det han gjort inte borde betraktas som brottsligt. Han hade dock föregripit den rättsliga processen, och i församlingens ögon hade han dessutom gjort sig själv ärelös genom att utföra bödelssysslor. Av en ärelös präst kunde man absolut inte ta emot nattvarden. Händelsen resulterade i att han blev avsatt från sin tjänst.

Det var alltså bödeln och ingen annan som skulle ta hand om den som hängit sig eller på annat sätt suicerat. Den som tagit sitt liv var oberörbar för andra. Utförandet av bödelssysslor var förbjudet och kunde göra en person ärelös.

I början av 1700-talet pågick en diskussion bland jurister om när det gick an att ta ner någon som hängit sig. Om vederbörande fortfarande levde var det tillåtet för att rädda livet på denne. Det var även accepterat om personen hade varit så avvita, att man kunde tillåta begravning i stillhet, dvs. avsides på kyrkogården utan ceremonier. I övriga fall var det inte tillåtet och den som ändå gjorde det före domstolsutslaget sågs som "Rådzbane eller wällande til en missgärning" vilket var straffbart. Problemet var naturligtvis

"Av detta kan man utläsa att den stackars kvinnan fick hänga kvar i en vecka, men om man avvaktat hovrättens besked hade det dröjt ytterligare flera veckor"

hur man skulle veta om någon var tillräckligt avvita innan domstolen avgjort detta.

Mord som självmordsmetod

Ett mycket speciellt fenomen var s.k. suicidalmord som förekom fr.a. i norra Tyskland och i Skandinavien, inte minst i Stockholm, under sent 1600-tal och tidigt 1700-tal. Det innebar att man mördade någon med den enda avsikten att få dödsstraff. Mördaren ville alltså själv dö men inte för egen hand då han eller hon inte skulle få tid att ångra sin synd. Detta skulle i sin tur leda till evig fördömelse och en plats i helvetet. Genom att mörda en annan människa kunde man förvänta sig att bli dömd till döden och få gott om tid att be Gud om förlåtelse. Det var vanligast att döda barn, då dessa var lättare att komma åt. Dessutom betraktades de

som oskyldiga, utan behov att ångra sina synder, och skulle därför helt säkert komma till himlen efter döden.

Ett alternativt till att mörda någon var att ta på sig skulden för ett mord man inte begått. Man kunde också påstå att man fött ett barn och dödat det eller dödat ett föräld-

ralöst barn som ingen skulle sakna. Domarna trodde dock inte alltid på detta i avsaknad av ett lik. Ett annat sätt att dra på sig dödsstraff var tidelag.

De flesta som utförde suicidalmord var ensamstående, socialt isolerade kvinnor.

Domstolarna insåg vad som försiggick och var rädda för att betendet skulle fortsätta om de utdömde dödsstraff. Alternativa straff övervägdes men var inte förenliga med lagen. Gud krävde att ett mord sonades med förövarens död. Om man underlät detta kunde Gud straffa hela samhället. Istället försökte man avskräcka genom att låta avrättningen ske på vanärande istället för högtidligt sätt. Även tortyr föreslogs. Suicidalmord avtog dock i samband med att man avskaffade dödsstraffet för detta brott. Man hade även börjat ifrågasätta om självmord verkligen ledde till evig fördömelse. Det fanns också en ökande förståelse för att självmord sammanhänge med psykisk sjukdom

Synen förändras

1734 års lag lindrade straffet för självmord genom att utesluta bränning. Kroppen skulle nedgrävas, dock inte på kyrkogården. Om det fanns förmildrande omständigheter gällde däremot liksom tidigare att kroppen fick hanteras av "ärligt folk" och begravas "i stillhet" dvs. utan klockringning och ceremonier, avsides på kyrkogården. Ofta var kyrkogårdens norra sida reserverad för den här typen av gravar.

Självmordsförsök nämns för första gången i lagen 1734 men de hade redan tidigare straffats. De straff som förekom var fängelse på vatten och bröd, spö eller ris.

1700-talets upplysningstid förde med sig nya uppfattningar om självmord. Kyrkans auktoritet började ifrågasättas. Man trodde på förnuft och kunskap, och individens frihet framhävdes. Författare som Rousseau och Voltaire rättfärdigade självmord under vissa omständigheter. Under det sena 1700-talets och 1800-talets ro-

mantik förhärjad ibland självmordet som en sista hjältemodig handling. Under sent 1700-talet förekom det skillingtryck som i medkännande ordalag skildrade självmord begångna av övergivna kvinnor.

Fr.o.m. början av 1800-talet blev självmord alltmer en sociologisk och psykologisk fråga. Självmorden medikaliserades, domstolsutslagen blev allt mildare. Självmordsfrekvensen ökade snabbt under 1800-talet. Samtiden förklarade ofta detta med "moralisk urartning" eller "den moderna civilisationens förvillelser". Andra såg företeelsen som en följd av fattigdom och alkoholism.

Först 1864 avkriminaliserades självmord och självmordsförsök. Trots detta tillämpades en särskild begravning för dem som tagit sina liv ända fram till 1908. Först då blev det tillåtet att ge människor som begått självmord en "hederlig begravning".

Tove Gunnarsson

SPF:s redaktion

Mindfulnessbaserad stressreduktion minskar ångest

MBSR – "mindfulness based stress reduction" är en meditationskurs för sjukvården utvecklad av Dr Jon Kabat-Zinn, i första hand för att minska stress för patienter med somatisk men även psykisk sjukdom. Metoden har i kliniska randomiserade kontrollerade undersökningar visat signifikant reduktion av ångest, depression och nu tillkommer forskning inom psykos förutom studier av fibromyalgi och andra kroniska smärttillstånd, olika cancerformer, hjärt-kärl-sjukdomar, psoriasis och multipel skleros. MBSR innebär "Att vara uppmärksam på ett särskilt sätt; medvetet, i nuet och

icke-värderande" eller "Moment-to-moment not judgemental awareness".

MBSR lärs ut till patienter i grupper om ca 25 personer vid åtta tillfällen, varav en heldag samt hemuppgifter och används



för närvarande vid flera hundra ställen runt om i Västvärlden. Undertecknad har gått en grundläggande instruktörsutbildning i metoden och har undervisat bl a psykospatienter, psykiatrisk personal samt inom polisen tillsammans med överläkare i allmänpsykiatri Dr Nils Joneborg. Vi avser att återkomma med en utvärdering av dessa kurser i ett senare nummer av Svensk Psykiatri. Se gärna översiktsartikel i Läkartidningen nr 42 2006 volym 103 av Marie Åsberg et al.

Karin Hellman

Leg läk, med dr, ST-läkare

Psykiatrin och polisen

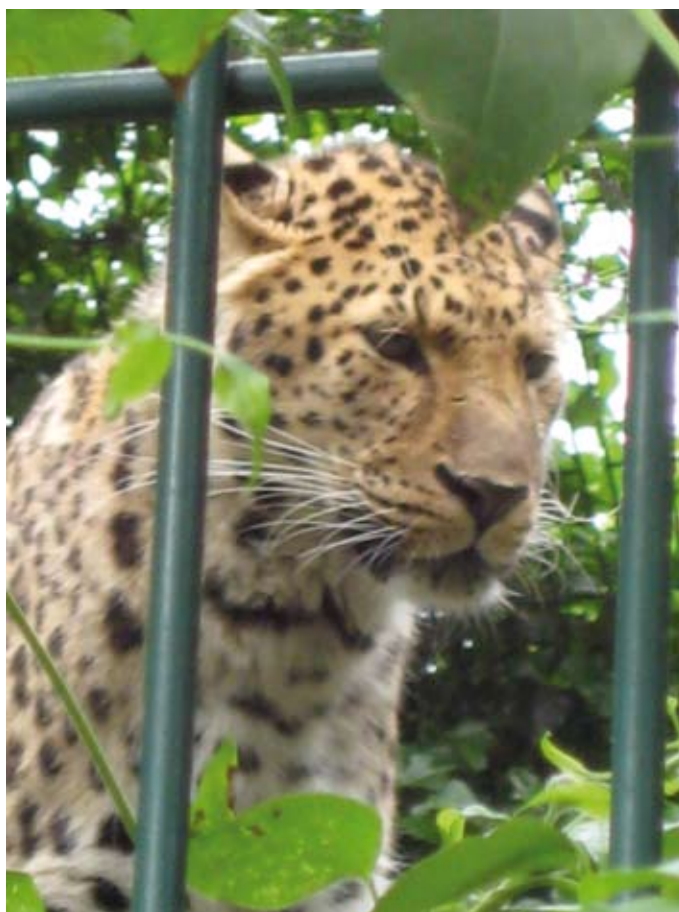
- rapport från ett seminarium

I många länder förekommer ett ökande samarbete mellan psykiatrin och polisen för att förhindra psykiskt sjuka människor att begå våldsbrott. Att psykiatrin medverkar till att förhindra sådana våldsdåd förefaller inte särskilt kontroversiellt. Ändå finns det ett etiskt dilemma – när överger vi våra plikter som läkare i den allmänna sjukvården och övergår till att tjäna myndigheterna istället för patienterna?

Därför bör det vara av intresse att diskutera samarbetsformer för polis och psykiatri. Det verkar nödvändigt att utbilda polisen om psykiska sjukdomar, att hjälpa till med bedömningar och behandla personer med möjlig psykisk sjukdom som hotar andra.

Den 11 juni i år hölls på Hotell Rival i Stockholm ett seminarium "Linking psychiatry to police work. Risks and opportunities in preventing violence by the mentally ill". Arrangörer var Svenska Rättspsykiatriska Föreningen, Rättsmedicinalverket och sektionen för rättspsy-

"Psykiatrin kan inte förutsäga framtiden och det gäller att att ha klart för sig när vi kan och när vi inte kan göra något"



För att hantera farliga saker krävs det utbildning och samarbete

kiatri, institutionen för klinisk neurovetenskap vid Karolinska institutet.

Syftet med seminariet var att informera deltagarna om nuvarande samarbete mellan psykiatri och polisväsendet samt att diskutera möjligheter och risker med detta.

I panelen medverkade två internationellt erkända rättspsykia-

triska auktoriteter, professor John Monahan, University of Virginia, och professor emeritus John Gunn, Institute of Psychiatry, London. Dessutom ingick tre svenska experter inom området, docent Marianne Kristiansson, professor Martin Grann och överläkare Lars-Håkan Nilsson. Moderator var docent Per Lindqvist. Representanter från SÄPO och från polisens gärningsmannaprofilgrupp var inbjudna men avböjde deltagande.

Seminariet inleddes och avslutades med korta presentationer av panelen. Däremellan inbjöds till diskussion med de ca 20 deltagarna.

Seminariet inleddes av John Monahan som är professor i både psykologi och juridik. Han är verksam vid juridiska fakulteten vid University of Virginia och har haft uppdrag för FBI och Secret Service. Han berättade bl a om hur man i USA utbildar polisen i att bemöta personer med psykisk sjukdom.

Därefter talade John Gunn, professor emeritus i rättspsykiatri. Han berättade att den engelska polisen kan besluta om intagning på psykiatrisk klinik (alt. hos polisen om sjukhusplats saknas). Patienten kan då vårdas i tre dygn varunder en fullständig utredning måste göras. Polisen anses göra bra bedömningar – de som tas in är svårt sjuka personer. Problemet med människor som hotar kända personer som t ex drottningen, har lett till att man startat en verksamhet med "nurses on call" som kan tillkallas för att göra en bedömning och därefter koppla

in psykiater om så skulle behövas.

När och hur ska man samarbeta?

Martin Grann är professor i psykologi vid Stockholms universitet samt utvecklingschef på kriminalvården.

Han ställde sig positiv till ett samarbete mellan psykiatri och polis men påpekade samtidigt att det finns frågetecken beträffande

En bok för närstående till bipolära patienter

'Vulkaner och Istider – om bipolär sjukdom.

**Vanna Beckman och Tom Fahlén, Cura förlag
2005**

Det tar cirka ett decennium mellan den första manifestationen på bipolär sjukdom till dess att diagnosen blir satt, en diagnos som 1–4 % av befolkningen har, på gott och ont. En sjukdom som leder till besök i ytterligheternas emotioner och beteenden; aningen låg självkänsla, passivitet och avvaktande hållning eller det motsatta; självsäkerhet, initiativrikedom och berusande aktivitet, allteftersom hjärnans spelar sitt biokemiska spel. Bipolär sjukdom är intressant och i dess mildare nyanser allmängiltigt. Det väcker funderingar på var gränsen går mellan mani, hypomani och normal upprymdhet, och hur gränsen för diagnos skall dras mellan den som en gång "fallit igenom" och den som ännu inte har gjort det.

Många ser sig som undantaget

I mötet med patienten behövs olika redskap, många gånger är en bok där någon beskriver en likartad sjukdomshistoria som patientens, till hjälp. För även om psykiatern förklarar att sjukdomsbilden är väl känd, att behandlingen är väl beprövad och att förloppet utan behandling är ökänt, övertygas inte alla. Många klamrar sig fast vid bilden av sig själva som undantaget, att sjukdomen var resultatet av en rad olyckliga tillfälligheter som inte kommer att

upprepas, vilket i sin tur inte leder till behov av omprövning. Samtidigt kan just detta perspektiv inge känsla av ensamhet och skam och hemlighetsmakeri.

Vulkaner och Istider är en bok att sätta i händerna på personer med en bipolär sjukdom, och i händerna på deras närstående. Här träder

sju patienter och deras anhöriga fram och berättar om sin tillvaro före, under och efter manier och depressioner, i mönster som upprepar sig och mönster som skiljer sig. Berättelserna kommenteras av författarna som reflekterar över utlösande faktorer och skyddsfaktorer, tidiga tecken och sena, och om behandlingsalternativ. Det är pedagogiskt och vetenskapligt och samtidigt medryckande, dråpligt, tragiskt och hoppfullt. Och inte minst, boken är lättläst även för den som inte är så van att läsa.

Susanne Bejerot

Överläkare

Norra Stockholms psykiatri

Neuropsykiatriska enheten

när och hur vi kan hjälpa till. Psykiatri kan inte förutsäga framtiden, och det gäller att ha klart för sig när vi kan och när vi inte kan göra något. Man måste dessutom dra en skarp gräns mellan de olika uppgifterna, att vara kliniskt verksam visavi konsult hos polisen. Alla klarar inte detta, och bör då arbeta med antingen eller för att det ska vara klart på vems sida man står.

Marianne Kristiansson chefsöverläkare vid Rättspsykiatriska avdelningen, Rättsmedicinalverket samt docent vid KI. Hon arbetar även åt Gärningsmannaprofilgruppen på Rikspolisstyrelsen. Där ägnar man sig mer åt att göra brottsanalyser än egentlig profilering. De brott som bedöms rör sig bl.a. om mord, mordbrand, sexualbrott och hot. Det kan t ex handla om att bedöma vem som är mest trolig av flera misstänkta gärningsmän. Man möter inte förövaren, men Kristiansson ser till att inte vara inblandad i en senare eventuell rättspsykiatrisk utredning av samma person.

Lars-Håkan Nilsson är överläkare och medicinsk rådgivare hos kriminalvården. Han beskrev problemet med att vissa personer "bollas runt" mellan psykiatri, beroendevård och sociala myndigheter till dess de hamnar inom rättsväsendet.

Under diskussionen poängterades flera gånger den konflikt som kan uppstå om man har dubbla roller, t ex som behandlare inom kriminalvården då man arbetar dels för samhället och dels med att rehabilitera patienter.

Vidare framkom det att undervisning förekommer men behöver utökas, inte bara för poliser utan även andra aktörer som t.ex. sociala myndigheter.

En av deltagarna redogjorde för ett projekt på Maria Ungdom i Stockholm där det upprättades en temporär polisstation på enheten. Polisen som tränats på motiverande samtal erbjöd ungdomarna kontakt med mottagningen.

Avslutningsvis påpekade Martin Grann problemet med det ökande antal svårt psykiskt störda i fängelser.

Marianne Kristiansson menade att rättspsykiatri har del i detta. Det finns ett tryck från samhället att de flesta bör vara i fängelse. Lars-Håkan Nilsson poängterade att vi måste bli bättre på att ta hand om personer med dubbeldiagnoser. I dagens läge är "besvärliga" patienter inte alltid välkomna på mottagningarna.

För framtidens samarbete med polisen efterlystes slutligen utbildningsinsatser, samarbete på lokal nivå samt ökas öppenhet.

Till Riksstämman 2009 planeras ett specialistövergripande seminarium om polissamarbete i psykiatri.

"Det finns ett tryck från samhället att de flesta bör vara i fängelse"

"Det är pedagogiskt och vetenskapligt och samtidigt medryckande, dråpligt, tragiskt och hoppfullt"



Tove Gunnarsson

SPF:s redaktion

Braksuccé för introkursen



**Den 23-25 april i år anordnade SPF-ST en introduktionskurs för nyblivna ST-läkare och vikarie-
rande inom psykiatri, BUP och beroende. Kursen
hölls i internatform på Nynäshamns skärgårds-
hotell.**

Intresset för den här typen av kurs visade sig ännu större än vi trodde. De femton utlysta platserna gick åt som smör i solsken trots relativt kort framförhållning. Till slut fick 17 deltagare plats och de tre huvudarrangörerna Ane Nguyen, Katrin Skogberg-Wirén



och Anita Lappalainen deltog under hela kursen. Idén till kursen kläcktes under en workshop på SPF-ST:s första konferens på

Hasseludden 2006. Gruppen har sedan dess arbetat självständigt med att utforma kursen med viss feedback och praktiskt stöd från vår styrelse.

På programmet fanns en rad matnyttiga föreläsningar, bl a diagnostiskt tänkande, farmakologi, psykiatrisk juridik, "om jag blir anmäld", skattningsskalor

och dessutom workshops kring intressanta ämnen. Tanken med kursen är att den förutom att ge fackkunskap också kan tjäna till att stärka identiteten som ST-läkare och skapa en känsla av grupp-tillhörighet.

Hela tillställningen var mycket uppskattad och utvärderingen övervägande positiv. Inte minst värdesatte många möjligheten att träffa andra kollegor, utbyta erfarenheter och knyta kontakter.

Styrelsen i SPF-ST är oerhört glada över att introkursen sjösatts och vill rikta ett stort tack till de tre arrangörerna som lagt ned mycket tid och möda på projektet. Planering pågår redan för en andra introkurs till hösten. Tankar finns i SPF:s styrelse att man skulle vilja ge alla nyblivna ST möjlighet att gå en introduktionskurs, för närvarande tillkommer ca 50 nya ST per termin inom psykiatri, BUP och beroende. Möjligheter att få kursen IPULS-certifierad kommer att undersökas.

Lisa Eriksson

ST-läkare i psykiatri i Östersund

SPF-ST:s styrelserepresentant i introkursarbetet

EFTPs forum i Aten

Ett varmt Grekland, både i klimat och hjärta, inbjöd till EFPT:s femtonde forum i Aten i 13-16/6 2007.

SPF-ST närvarade med President Elect Kajsa Norström i EFPT:s styrelse, samt 2 delegater och 4 observatörer. Vi valde att vara en större grupp för att lära inför 2008 inför att vi i SPF-ST skall stå värdar för det sextonde forum i Stockholm.

Mötet präglades av framåtanda, nyfikenhet och samhörighet mellan de 24 deltagande länderna. Kajsa Norström presenterade med inspirerande anda syftet med EFPT. Sverige var också representerade i samtliga arbetsgrupper som drivit arbete framåt under året, som exempelvis utbyte, registrering av föreningen och kompetensbaserad utbildning.

Storbritannien mötte ingen konkurrens när de kandiderade för presidentskapet 2009.

Grekiska delegationen bjöd även på kultur med bl a sightseeing i Aten inklusive ett uppskattat besök på Akropolis och inte minst avslutades kvällarna med grekisk mat under apelsinträd

Sverige gick även detta år hem med en seger, nämligen i postertävlingen där Elisabeth Lundéns oljemålning röstades fram som bästa bidrag. Därmed är det återigen en stolt delegation som återvände hem och redan filar på det sextonde forum i Stockholm.



Elenor Öster

(för Kajsa Norström, Marie Bendix, Peder Björling, Lisa Eriksson, Elisabeth Lundén och Maria Holstad)

"Tanken med kursen är att den förutom att ge fackkunskap också kan tjäna till att stärka identiteten som ST-läkare"

Professor
ROLF ADOLFSSON
Verksamhetschef för
vuxenpsykiatri vid
Sunderby sjukhus
som omfattar Luleå,
Boden och Kalix.

Kom och arbeta med oss

Norrbottens läns landsting är inne i ett dynamiskt skede med satsning på utbildning och utveckling. Vi söker nu en akutpsykiater till Sunderby sjukhus.

Då våra ledord inom psykiatri i Norrbotten är "delaktighet, initiativkraft och ansvarstagande" kan vi erbjuda goda anställningsvillkor och en arbetsmiljö där du får ta plats. I och med möjligheten till forskning med kvalificerad handledning hittar du här ett bra klimat för att utveckla – och att utvecklas.

Vår akutavdelning har i dagsläget 24 vårdplatser och bemannas med 1 ST- och 3-6 AT-läkare. Vuxenpsykiatri i Sunderbyn har en koppling till Institutionen för Klinisk vetenskap, Enheten för Psykiatri, Umeå Universitet.

För mer information hör av dig på
0705-734 050 Rolf Adolfsson, verksamhetschef, 0703-999 700 Stefan Bergström, divisionschef

vuxenpsykiatri@nll.se

Ansökan skickas till: Vuxenpsykiatri Sunderby sjukhus 971 80 Luleå



NORRBOTTENS LÄNS LANDSTING

Mer information om Norrbottens läns landsting hittar du på www.nll.se

Psykiatrisk utbildning på DVD fungerar utmärkt

RECENSION

Jag har tagit del av DVD:n "Utbildning i psykiatri" som arbetats fram av docent Christer Allgulander och överläkare Cecilia Dhejne. Detta program som i multimediala illustrationer en rad olika situationer inom psykiatrisk vård, vänder sig till läkare, omvårdnadspersonal, paramedicinare, socialsekreterare, jurister, poliser och anhöriga.

DVD:n är uppdelad i fyra mappar med följande titlar: Psykiatrisk tvångsvård, Psykiatriskt status, Närstående till psykiskt sjuka och Diagnostisk intervju MINI. En DVD kan naturligtvis aldrig täcka in alla delar av psykiatrin. Man har valt att fokusera på de delar där man identifierat ett utbildningsbehov.

I avsnittet "Psykiatrisk tvångsvård" ingår tre typfall som vart och ett illustreras av ett antal filmade scener som åskådliggör olika faser av LPT-processen, alltifrån vårdintygsbedömning till länsrättsförhandling och utskrivning. Scenerna kommenteras av ett antal experter, bl a läkare och polis.

I "Psykiatriskt status" illustreras olika symptom med filmade scener, med möjlighet att själv skatta symptomen och sedan få facit.

I "Närstående till psykiskt sjuka" låter man tio personer, bl a Åsa Moberg och Kenneth Gärdestad, berätta om sina erfarenheter av att ha en anhörig med psykisk sjukdom.

I "Diagnostisk intervju MINI" demonstreras i en filmad intervju hur man använder den strukturerade intervjun MINI.

Utöver detta finns ett rikhaltigt material i form av bifogade fi-

ler med texter, blanketter, författningar, skattningsskalor, bilder mm.

Manual för olika yrkesgrupper

Till DVD:n hör en liten manual där det förutom innehållsbeskrivning finns förslag på hur materialet kan användas inom olika yrkesgrupper.

De patientfall som ingår är fingerade. De olika rollerna i de filmade inslagen spelas av bl.a. läkare och sjuksköterskor. Till största del är det påtagligt välspelat, svåra tillstånd skildras på ett realistiskt sätt. Vissa scener kan locka till igenkännande leenden, men det går inte till överdrifter. Intervjuerna med experter och anhöriga ger bredd och djup åt materialet. De bifogade filerna kompletterar på ett föredömligt sätt.

En liten personlig invändning är de musikstycken som ackompanjerar vissa textavsnitt. Jag hade föredragit att vara utan dem men det är en smaksak. Det går säkert även för övrigt att ha synpunkter på smärre detaljer i utformning, val av skattningsskalor mm, men i sin helhet är detta ett utmärkt material som borde kunna få ett brett användningsområde. Det kan användas i sin helhet eller i utvalda delar av olika yrkesgrupper, i form av självstudier eller gruppundervisning.

Socialstyrelsen har finansierat projektet med s.k. Milton-pengar. Ett tilläggsanslag har beviljats för att sätta samman en webbkurs om Psykiatrisk Tvångsvård som beräknas bli klar till hösten 2008.

Tove Gunnarsson

SKRIV TILL
OSS

SVENSK PSYKIATRI TEMANUMMER UNDER 2007 - 2008

NUMMER 4 2007

Psykiatrins risker del 2 (Hur förändrar jobbet psykiatern?)

(Innehållsansvarig för tema Daniel Frydman)

Deadline 20 oktober 2007

NUMMER 1 2008

Psykiatrin och media

(Innehållsansvarig för tema David Eberhard)

Deadline 20 januari 2008

NUMMER 2 2008

Etik

(innehållsansvarig ej bestämd)

Deadline 20 april 2008

NUMMER 3 2008

Själshjälp utanför psykiatrin

(innehållsansvarig ej bestämd)

Deadline 20 juni 2008

Vinn en isnatt för två

Hur upplever du Norrbotten? Vilka minnen har etsat sig fast hos dig? Skrönor du hört. Bilder du sett. Positivt eller negativt.

Den mest fängslande, roande eller skrämmande berättelsen belönas med en natt för två personer på ICEHOTEL i Jukkasjärvi (www.icehotel.com), inklusive resa från din hemort i Norden.

För att delta ska du vara psykiatriker och du får inte arbeta i Norrbotten. Juryn består av divisionschefen för vuxenpsykiatri Stefan Bergström, de fyra verksamhetscheferna Rolf Adolfsson, Francisco Barca, Per-Axel Karlsson och Staffan Rosenius samt informatör Helena Jönsson. Överklaganden lämnas utan beaktande.

Skicka ditt bidrag till Vuxenpsykiatri Sönderby sjukhus 971 80 Luleå eller på:

vuxenpsykiatri@nll.se

Senast den 1 november.



NORRBOTTENS LÄNS LANDSTING

Mer information om Norrbottens läns landsting hittar du på www.nll.se

Hur införlivas transkulturella aspekter på psykiatrin?

Svensk psykiatri hade transkulturell psykiatri som temanummer 1 2007. I en fortsättning diskuterar Solvig Ekblad och Marianne Kastrup en workshop i ämnet som tog plats under den internationella konferensen "Classification, Diagnosis and Context: Celebrating Linnaeus 300th Birthday" i Uppsala 30–31 maj. Syftet med denna workshop var att diskutera frågor av allmänt intresse och angelägenhet inom området transkulturell psykologi och psykiatri.

Med transkulturell inom klinisk verksamhet menar vi i detta sammanhang att kunna reflektera över betydelsen av egen och andras bakgrund och nuvarande levnadsförutsättningar ur ett maktperspektiv samt att kunna använda denna förståelse i arbetet med patienter, kollegor och anhöriga¹. Ett 25-tal deltagare från framförallt Norden och EU-länder, med olika erfarenhet

"En behandlare med sydeuropeisk bakgrund kan bedöma en svenskfödd patient som mer deprimerad än en svenskfödd behandlare skulle göra"

och yrkesbakgrund men alla med intresse för kulturella aspekter på psykisk hälsa träffades för att diskutera ämnesområdet. Här kommer en sammanfattning av ett antal centrala teman som togs upp under denna workshop. Vi har lagt till några referenser som kan vara av intresse för läsaren. För intresserade som önskar ytterligare information om det nordiska nätverket i transkulturell psykologi och psykiatri ta kontakt med

koordinator Henrik Wahlberg, mail: henrik.wahlberg@sll.se

Svårt med psykologtest

En central aspekt inom transkulturell psykologi och psykiatri är behovet av ekvivalens² av begreppen psykisk hälsa och ohälsa mellan olika språk. En oro som uttrycktes av många av deltagarna var att bedömningsinstrument och psykologtest används sällan och nuvarande test är inte tillräckligt validerade i bedömningen av etniska minoriteter. Detta leder till att en diagnostisk bedömning kan vara svårt, tidskrävande och till och med felaktig. I slutändan

1 Reviderad från Ekblad & Lindencrona, 2005)

2 Det finns fyra typer av ekvivalens att ta hänsyn till (Marsella & Kameoka, 1989): (1) språklig ekvivalens, dvs. att orden översätts på ett adekvat sätt; (2) begreppsekvivalens, dvs. att begreppet har samma mening i olika kulturer, (3) skalekvivalens, dvs. att skalstegen i svaren till frågorna uppfattas på samma sätt, (4) normativ ekvivalens, dvs. att likvärdiga normer används vid jämförelse av resultaten.

kan därför patienter med olika etniska bakgrund bli fel diagnostiserade och därmed få inadekvat behandling och som inte är förenlig med rådande evidens.

Deltagarna tog upp att skillnader i etnisk bakgrund mellan terapeut och patient kan i sig leda till fel i den diagnostiska bedömningen. Som ett exempel tog en deltagare upp att en behandlare med en sydeuropeisk bakgrund kan bedöma en svenskfödd patient som mer deprimerad än en svenskfödd behandlare skulle göra, och omvänt kan en svenskfödd behandlare bedöma en italienskfödd patient som mer hypomanisk än en italienskfödd behandlare skulle göra. Sådana möjliga fel i bedömningen behöver diskuteras ytterligare i ljuset av att den kliniska erfarenheten visar på en övervikt av speciella psykotiska sjukdomssymptom bland vissa utlandsfödda grupper som bedömts av behandlare inom psykiatrin med en annan etnisk bakgrund än patienten.

Effekter av traumatiska erfarenheter

Flera av deltagarna lyfte upp de psykologiska konsekvenserna av traumatiska upplevelser och som för närvarande är ett ofta diskuterat ämne inom den kliniska verksamheten, men som också kan vara en källa till oenighet och debatt mellan kolleger. Det råder oklarheter om vilka skyddsmekanismer som är verksamma vid t ex flyktingtrauma. I litteraturen menar vissa att effekterna är en naturlig och normal reaktion på en onormal händelse, medan andra menar att symtomen ska diagnostiseras utifrån uppfyllandet av vissa diagnostiska kriterier³. Psykisk tortyr ger samma lidande som fysisk tortyr⁴. Diskussionen tangerade riskgruppen invandrade kvinnor och våld i hemmet⁵. Deltagarna betonade vikten av att i bedömningen inte bara ta hänsyn till premorbida personlighetsdrag utan också till individuella s.k. "resilience" faktorer i och med att alla som exponeras för olika traumatiska händelser inte utvecklar psykiatriska sjukdomssymtom. Resilience handlar om individens förmåga att härda ut och utvecklas i en påfrestande omgivning. En deltagare refererade till en studie som visar att personer med matematisk talang har mindre benägenhet att utveckla PTSD efter traumatiska erfarenheter. Detta väckte både förvåning och nyfikenhet att undersöka vidare.

3 Ex på aktuell evidens återfinns i Jaranson, Ekblad, Eisenman, Kroupin (i tryck)

4 Basoglu, Livanou, Crnobaric 2007

5 Ex på aktuell evidens återfinns i Ekblad, Kastrup, Eisenman, Arcel (i tryck)



**"Det kan vara
svårt att verbalise-
ra emotionella pro-
blem i vissa etniska
grupper"**

tycks ha betydelse för människor som varit utsatta för krigstrauman⁶. Diskussionen ledde till ett resonemang kring vikten av att se kultur utifrån "båda sidorna av myntet", dvs. inte enbart som en risk faktor och med fokusering på problem som etniska minoriteter visar, utan också se kultur som en resurs och istället ha ambitionen att också identifiera faktorer som kan ha en positiv prediktivt värde.

En diskussion fördes mellan olika livsvärden, dels uppfyllandet av basbehov för överlevnad (såsom mat, vatten, tak över huvudet, etc) och livskvalitetsvärden, dels mellan religiösa och sekulariserade livsvärden. Svenskfödda är i allmänhet sekulariserade och fokuserar på livskvalitet i kontrast till vissa grupper av annan etnisk bakgrund⁷. Denna diskussion uppmärksammade också skillnaden mellan att komma från ett individualistiskt samhälle i kontrast med ett kollektivistiskt samhälle.

Terapeutisk allians under terapi

För- och nackdelar diskuterades kort när det gäller olika typer av psykoterapeutiska behandlingar, t ex gruppterapi. Deltagarna var eniga om att det behövs speciella färdigheter för att leda gruppterapi, men när gruppterapeuten hade denna kompetens fanns det enligt några deltagare inga begränsningar i att utföra gruppterapi med olika etniska grupper. I diskussionen kom det fram att det kan vara svårt att verbalisera emotionella problem i vissa etniska grupper och patienter kan vara ovilliga att delta i gruppterapi i motsats till svenskfödda patienter. Dock var alla eniga om att respekt är en betingelse, "sine qua non", d v s att en terapeutisk allians måste etableras oberoende av patientens bakgrund.

En sårbar grupp som togs upp till diskussion var de ensamkommande barnen. Någon hade erfarenhet av att dessa barn tenderar att integreras lättare eftersom de var som "tabula rasa" och fri från fördomar och förutfattade meningar. Andra hade en motsatt erfarenhet av att om barnens traumatiska erfarenheter inte uppmärksammades tidigt så fanns det risk för att de senare utvecklade psykiska problem.

När terapeutiska interventioner planeras diskuterades vikten av empowerment⁸ med ett fokus på de resurser som patienten har. Mentorskap visade sig också vara användbar under integrationsprocessen och kunde ha många olika "ansikten".

Deltagarna var överens om att det behövs fortsatt diskussion och utveckling av kulturell kompetens hos professionella inom psykiatri. Flera framförde att det fortfarande är en lång väg att gå för att höja medvetenheten bland beslutsfattare för att fördela ytterli-

Skyddande faktorer

När det gäller skyddsmekanismer för psykisk ohälsa visar litteraturen att det finns flera samvarierande faktorer. Att vara mentalt förberedd, att ha upplevelsen av att kunna kontrollera sin livssituation och betydelsen av upprättelse

gare resurser för utbildning och kompetensutveckling hos personalen inom psykiatri. Detta borde enligt deltagarna vara en prioritet för varje samhälle och är dess otvetydiga ansvar.

Slutsatser

Diskussionen avslutades med att deltagarna var eniga om att kultur behöver speciellt lyftas upp och få uppmärksamhet när:

- psykiska problem identifieras i det kliniska arbetet,
- terapeutiska interventioner planeras för den individuella patienten,
- service utbud planeras,
- personal kompetensutbildas.

Solvig Ekblad

Docent i transkulturell psykologi

Forskningsgruppsledare vid Institutet för Psykosocial Medicin

Adj univ lektor vid Karolinska Institutet, Stockholm

email: Solvig.Ekblad@ipm.ki.se

Marianne Kastrup

Överläkare och chef för Videncenter for Transkulturell Psykiatri

Köpenhamn, Danmark

email: marianne.kastrup@rh.regionh.dk

Referenser

1. Ekblad, S., Lindencrona, S. Inventering av ett transkulturellt perspektiv på utbildning. Steg 1. Rapport. Karolinska Institutet, 2005-07-15 pdf fil.
2. Marsella, A.J., Kameoka, V.A. Ethnocultural issues in the assessment of psychopathology (pp 231-256). I: Wetzler, S. (red) Measuring mental illness: psychometric assessment for clinicians. Washington: American Psychiatric Press 1989.
3. Jaranson, J., Ekblad, S., Eisenman, D.P, Kroupin, V. Epidemiology and Risk Factors (pp 627-633) In: P. Walker and E Barnett (Eds), J. Jaranson (Assoc Ed) Immigrant Medicine: A Comprehensive reference for the Care of Refugees and Immigrants. Section of Chronic Illness in Immigrants. Elsevier, 2007 (i tryck)
4. Basoglu M, Livanou M, Crnobaric C. Torture vs Other Cruel, Inhuman, and Degrading Treatment. Is the Distinction Real or Apparent? Arch Gen Psychiatry 2007;64:277-285.
5. Ekblad, S., Kastrup, M. Eisenman, D.P, Arcel, L. Interpersonal Violence Towards Women (pp 667-673). In: P. Walker and E Barnett (Eds), J. Jaranson (Assoc Ed) Immigrant Medicine: A Comprehensive reference for the Care of Refugees and Immigrants. Section of Chronic Illness in Immigrants. Elsevier, 2007
6. Basoglu, M., Livanou, M., Crnobaric C., Franciskovic R., Suljic E., Duric, D. et al. Psychiatric and cognitive effects of war in former Yugoslavia. Association of lack of redress for trauma and post-traumatic stress reactions. JAM 2005; 294(5):580-90.
7. Integrationsverket. Vilka är annorlunda? Om invandrares möte med svensk kultur. Integrationsverkets rapportserie 2005:03.
8. Världshälsoorganisationen (WHO). Health Promotion Glossary. Geneva, World Health Organisation, 1998



6 Basoglu m fl 2005

7 Integrationsverket, 2005

8 Enligt WHO (1998) är definitionen på empowerment inom hälsofrämjande, "en process genom vilket individer får större kontroll över de beslut och handlingar som påverkar deras hälsa" (sid. 6).

"Inte ett öre till den offentliga psykiatrin"

Privatpraktiserande psykiatern Claes Davidsson gör upp med den offentliga psykiatrin. Han menar att den fullständigt saknar förståelse för patienterna och att den helt förlorat sitt existensberättigande.

"Efter ett halvår hade jag ännu inte stött på en enda journalanteckning som försökt begripliggöra patientens besvär"

När jag efter 25 år som privatpraktiserande psykiater återvände till den offentliga psykiatrin genom att arbeta som överläkare vid ett antal landsortssjukhus, slogs jag av det sorgliga tillstånd specialiteten befann sig i. Jag var benägen att se det-



... och sprungit, utan mening. . .

ta som ett landsortsfenomen. Men när jag nu, under ett halvår, en till två dagar i veckan även tjänstgjort vid några psykiatriska öppenvårdsmottagningar i Stockholmsområdet, måste jag konstatera, att det står precis lika illa till i storstadsområdet.

Förfallet gäller uppenbarligen svensk offentlig psykiatri, det är systematiskt och, tro mig, det har gått långt.

Det första som slog mig var det totala ointresset för förståelse. Efter ett halvår hade jag ännu inte stött på en enda journalanteckning som försökt begripliggöra patientens besvär, ingen enda som urskilde den ofta ganska uppenbara konflikten, men desto fler som redan



Offentlig psykiatri har sprungit . . .

vid första besöket provat någon fördommande diagnos, vilken ofta meddelats patienten direkt, eller indirekt genom sjukintygets klartext. - Patienten har rätt till sin diagnos, upplyste mig Verksamhetschefen.

Må så vara. Men om man möter henne som ett subjekt och bjuder in henne till en utforskerande och klargörande dialog inriktad på förståelse, då kommer hon definitivt inte att be att få bli stämpad med en diagnos. Patienter som jag träffade för första gången var ofta vänliga nog att upplysa mig, inte bara om sin sjukdom, utan också om den exakta diagnosen, ja till och med om den inte sällan dåliga prognosen, allt enligt vad de fått sig till livs av mina aningslösa företrädare. Blott den livslånga medicineringen kunde man ibland ifrågasätta. En 23-årig kvinna sade sig sålunda ha diagnosen "paranoid schizofreni" och var egentligen bara orolig för medicinernas inverkan på fostret den dag hon blev gravid och

det sorgliga i att inte kunna amma sitt barn. Redan dessa reflektioner gav mig anledning ifrågasätta diagnosen, som senare definitivt kunde avskrivas. Men oavsett vilket, borde man kanske reflektera något lite över själva förfarandet. Åtskilliga presenterade sig slutligen - utan att blinka - som personlighetsstörda. Tala om övergrepp.

I grund och botten ligger det naturligtvis inte i någon enda människas intresse att bli stigmatiserad och att få sina livsproblem medikaliserade och bortom all begriplighet mystifierade. Allt levande vill egentligen leva och utvecklas. Men när man på detta vis hamnat i en återvändsgränd, finns i alla fall sekundära sjukdomsvinster att kompensera sig med: befrielse från ansvar och försörjningsplikt, ersättningar, stödåtgärder, bidrag och förtur. Folk är inte dumma! De inser snabbt att diagnosen är guld värd. Men skulle det i det läget komma någon utsocknes fridstörare och säga: "Hallå där, du är ju var-

ken sjuk eller på grund av sjukdom oförmögen att arbeta", då blir det förstås ganska turbulent.

"Och den patient som nekats färdtjänst för sin bussfobi får den i samma grannkommun beviljad"

- Drar han in mina kontrakterade sekundärvinster, då byter jag till grannkommunens mottagning!

- Det har patienten rätt till, säger Verksamhetschefen.

Må så vara, tänker man, självklart blir hon där mottagen av den store Chefsöverläkaren, som givetvis måste inse att det skulle kunna råka vara fråga om ett utagerande av någon på flykt undan sitt ansvar.

Hur naiv får man vara?

Men hur naiv får man vara? Den patient som nekats fortsatt sjukskrivning får den i grannkommunen omedelbart förlängd. Och den patient som nekats färdtjänst för sin bussfobi får den i samma grannkommun beviljad utan ett ögonblicks reflektion. Under sådana förhållanden är det givetvis stört omöjligt att hålla någon ansvarig. Föga förvånande uppvisar därför den offentliga psykiatrins patienter regelmässigt en av värden framodlad och rikligen belönad regression och regressiv oansvarighet.

Sedan har vi den dåliga psykiatrins alla välbekanta känneteck-



... utan förståelse, utan mål. . .

en. Var och varannan patient står på lugnande medel, typ Valium. Många står på en lustig cocktail bestående av antipsykotiska, antidepressiva och lugnande läkemedel, en veritabel universalmedicin



... och har därför kommit. ...

med andra ord. De som ännu inte blivit sjukpensionerade är i de flesta fall sjukskrivna. En förskräckande hög andel har kroniterat, det vill säga, blivit ett med sin sjukroll. Uppenbarligen förstår man inte vad man ser och ger därför, i desperation, allt som finns att ge. Men utan resultat, annat än i termer av utslagning och fördumning.

Där finns också en skrämmande brist på psykologisk förståelse. Patientens berättelse finns visserligen pliktskyldigast nedtecknad i journalen, men dess mest uppenbara psykologiska samband har man inte uppfattat. Om någon av en invaderande omgivning fått sitt vett ifrågasatt och söker den offentliga psykiatrin för att rentvå sig, då borde man kanske fundera åtminstone en liten stund innan man drar igång en stor psykologutredning av "cycloid psykos". Det kanske inte var precis vad denna utsatta kvinna behövde. Hennes ögon tårades av glädje över att slippa den medikaliserande utredningen och dessutom få återgå i arbete efter sin halvårslånga sjukskrivning. - Det var så lite, hade jag sånär sagt.

Bedrivs det då ingen psykoterapi i den offentliga psykiatrin? Jo visst! Massor. Problemet är bara att den bedrivs i denna sällsamma kultur präglad av meningsförstörande medikaliserande, psykologiskt oförstånd, klienteliserande ömsesidigt beroende/utnyttjande och objektiviserad, regressiv oansvarighet. Man är i den offentliga psykiatrin så omnipotent att man inte drar sig för att bedöma motivationen (istället för att helt enkelt låta patienten manifesteras den), så fullständigt okänslig för patientens integritet att man drar fallet i konferenser, så rasande okunnig om betydelsen av ramar att man helt blundar för bristerna i kontinuitet och konfidentialitet och så inpyrd av den meningsförstörande kultur man är en del av att man inte drar sig för att börja det hela med att formulera en "målsättning" så snävt och så konkret att man därmed garanterat dödar vad som till äventyrs finns kvar av den bekymrat angelägna nyfikenheten hos patienten, den som hon så väl skulle behövt för att reda ut sitt inre trassel i samarbetet med sin terapeut. Och självklart ska det vara tidsbegränsat, så att det känsligaste och viktigaste med säkerhet inte hinns med... Det blir solklara fall av psykoterapeutisk sammansvärjning (Langs 1982).

Skamlös, ramlös psykoterapi

Visserligen finns det ett privat alternativ, som också det är landstingsfinansierat, men detta förtigs systematiskt. Trots att det bara

är i en exklusiv, fullständigt konfidentiell och tidsobegränsad en-till-en-relation till en psykoterapeut som det finns förutsättningar för psykoterapi värd namnet. Nej, patienten bibringas föreställningen att vara beroende av den offentliga vården, hon klienteliseras och hon får hålla tillgodo med en undermålig produkt. Men det är naturligtvis först efter att fallet diskuterats på konferensen som undersåten meddelas beslutet. Och inte sällan får hon höra att hon är för frisk (!) eller för sjuk (!) eller rentav omotiverad (!). Under beteckningen stödsamtal bedrivs, slutligen, en skamlöst ramlös pseudoterapi. Uppenbarligen har man inte förstått att lästaterapeuter i en pseudoterapeutisk samtalskontakt utan allt vad ramar heter inte har en chans att undgå att blanda ihop sig med sin patient, att förmedvetet eller omedvetet liera sig med patientens regressiva tendenser och på så vis sammansvärja sig med sin patient mot hennes mera progressiva behov och genuina intressen. Sådant blir inte blott verkningslöst, det blir mycket värre än så. Det blir rent antiterapeutiskt. - Alla kan inte få psykoterapi, säger Verksamhetschefen. - Nej, inte om Landstingets pengar används till antiterapeutiska kontakter. Eljest skulle det räcka och bli över.



... till vägens ände. ...

Allt detta och mycket därtill är givetvis evidensbaserat, vilket är ordet för dagen, medan den förståelse som lyser med sin frånvaro först i en utopisk framtid kommer att kunna få denna hallstämpel, eftersom förståelse hör hemma i ett helt annat tänkande, det hermeneutiska. Förståelsen förutan lär den offentliga psykiatrin förbli

en pavlovskt meningsförstörande verksamhet som gör objekt - istället för subjekt - av dem som är oinformerade nog att söka dess hjälp. - Vad kostar inte allt detta i termer av psykiskt lidande, sorgligt stympade liv, torftighet, havererade äktenskap, inadekvata föräldraskap och stökiga elever! För att bara inte tala om alla sjukersättningar, rehabiliteringsprogram, arbetsskadeersättningar (fördelaktigt, lär mig patienterna), färdtjänster, boendestödjare, resurslärare och kamrattstödjare. - You name it!

"Allt detta och mer därtill är förstås evidensbaserat vilket är ordet för dagen medan den förståelse som lyser med sin frånvaro först i en utopisk framtid kommer att kunna få denna hallstämpel"

Kulturen demonteras

Samtidigt som den farmakologiska utvecklingen under de senaste decennierna givit oss tillgång till alltmer effektiva och förfinade preparat, har den psykiatriska kulturen demonterats, då psykiatern inte klarat att vara både naturve-

tare och humanist utan retirerat till medicinen. Härav den förödande förenklingen, den pinsamma ensidigheten och den utarmande förfäklningen, varigenom psykiatern blivit en nyttig idiot som utan tillstymmelse till intresse för förståelse och utan en aning om innebörden av terapeutisk hållning, reducerats till en sjukskrivande och pillertrillande underhuggare i ett antiterapeutiskt system, styrt av oansvariga och djupt okunni-



... för utan mening tar man sig. ...

ga paramedicinska personalkategorier. I detta system har han fått rollen som den tragikomiska figur som med sin diagnos slutgiltigt stämplat ut patienten, i det han i den medicinska vetenskapens heliga namn intygar att de problem patienten lider av alls icke är begripliga som de olösta konflikter de äro, utan tvärtom konstituerar en riktig sjukdom, även om den ibland har ett så oansenligt namn som "ångestsjukdom". Ja, egentligen är dessa märkvärdiga sjukdomar inte bara komplett obegripliga. Vad värre är, de är i grund och botten obotliga. Men det finns lindring. Av den nådeliga, offentliga, psykiatriska vården utgiven. Amen.

Inga pengar i världen, inte ens de miljarder som Psykiatrisamordnaren ordinerat, kan råda bot på dessa förhållanden. Tvärtom! Ju mer pengar desto fler patienter. Systemet producerar nämligen, perverst nog, patienter. Istället för att, vilket vore rimligare, "bota". Som i detta sammanhang betyder befria från diagnoser, medicinering och sjukskrivning genom en välgörande koll på sådana självbedrägerier, tankefel, illusoriska beroenden, falska självbilder och skuldbemängda sammanblandningar, det vill säga sådan gränsproblematik, som vi människor så lätt förlorar oss i (Davidson 1990).

Vem vill bli psykiater?

En fullständigt medikaliserad psykiatri av detta slag har förlorat sin trovärdighet och sitt existensberättigande. Vi kan inte förvänta oss att unga medicinare ska vidareutbilda sig till psykiatriker. Vettiga unga män och



... vatten över huvudet!

kvinnor identifierar sig inte med något så destruktivt. Först när psykiatrin erkänns som gränsland mellan naturvetenskap och humaniora, ett gränsland som kräver tvåspråkiga specialister, vilka flytande pratar både medicinska och hermeneutiska och fritt kan växla dem emellan utan att blanda ihop dem (och utan att blanda ihop sig), först då kan vi komma bort från dagens fördummande förenklingar. I detta gränsland är naturvetenskapen den anestesilog som vid behov möjliggör för den hermeneutiske kirurgen att dialektiskt skapa eller reparera den psykiska strukturen, om man nu förmår tänka sig en dialektiskt opererande kirurg. I den ena ändan av detta gränsland spelar anestesologen huvudrollen, i den andra är han överflödig. Väl etablerad i detta gränsland kan den offentliga psykiatrin åter börja locka till sig människor som verkligen är engagerade i denna fascinerande, känslomässigt och intellektuellt exceptionellt stimulerande specialitet, folk som själva gjort den utvecklande resan från objekt till subjekt, folk som bemästrat det ensidiga och endimensionella, människor med intresse och förmåga att förstå och hjälpa dem som så väl behöver göra samma resa. Till dess häckar de på sina privatmottagningar.

Claes Davidson

Referenser

- Cullberg, J: Kris och utveckling, NoK 1975
Davidson, C: Det finns ju gränser, Altum 1990
Langs, R: Den Psykoterapeutiska sammansvärjningen (1982), övers. C. Davidson, W&W 1985
Lübcke, P (red): Filosofilexikonet, Forum 1988
Sartre, J-P: Varat och Intet (1943), Korpen 1983

Referenser till artikeln Andliga kriser sid 12-15

1. Meninger, K: Hope. American Journal of Psychiatry, 116, 481 –491, 1959
2. Boisen, AT: The Exploration of the Inner World. New York, Harper and Row, 1962.
3. Perry, J: The Far Side of Madness. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1974, p 136.
4. Dabrowski, K: Positive Disintegration. Boston, Little Brown, 1964.
5. Ellenberger, H: The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry. New York, Basic Books, 1970.
6. Laing, RD: Metanoia: Some experiences at Kingsley Hall. In: Ruitenbeck HM (ed). Going Crazy. New York, Bantam Books, 1972.
7. Grof S, Grof, C, eds.: Spiritual Emergency: When personal transformation becomes a crisis. Los Angeles, Tarcher, 1989, p 195.
8. Lukoff, D: Visionary spiritual experiences. Manuscript, 2007.
9. Lukoff, D., Lu, F., Turner, R: Cultural considerations in the assessment and treatment of Religious and spiritual problems. Cultural Psychiatry, vol 18, Nr 3, 1995.
10. Lukoff, D, Lu, F, Turner, R: Toward a more culturally sensitive DSM-IV: Psychoreligious and psychospiritual problems. Journal of Nervous and Mental Disease 1992; 180 (11): 673-682.
11. Bruscia, K., and Grocke, D. (2002) "GIM – the Bonny Method and Beyond", Gilsum Press, NH.
12. Lukoff, D, Lu F, Turner R: From spiritual emergency to spiritual problem: The transpersonal roots of the new DSM-IV Category. Journal of Humanistic Psychology 1998;38(2):21-50.
13. Agosin, T: Psychosis, dreams and mysticism in the clinical domain. In: Halligan F, Shea J (eds). The Fires of Desire. New York, Crossroad, 1992
14. Lukoff, D: Transpersonal perspectives on psychosis: creative, visionary and mystical states, J of Transpersonal Psychology, 20(2) 1985.
15. Campbell, J: The hero with a thousand faces. First Princeton/Bollingen 1972
16. Spiritual by-pass, ursprungligen ett buddistiskt begrepp tillskrivet mästaren Chogyuan Trungpa.
17. Scotton, BW: The phenomenology and treatment of Kundalini. Textbook of transpersonal psychiatry and psychology. Chapter 25, Basic Books, 1996.
18. Körlin, D: The Spektrum Group GIM Therapy. In: Receptive Music Therapy – theory and practice. In: Frohne – Hageman (ed). Zeitpunkt Musik, Reichert Verlag, Wiesbaden 2007.
19. Körlin, D., Nybäck H., and Edman, G: Reliability and validity of a Swedish version of the Dissociative Experiences Scale (DES-II). Nord J Psychiatry, Vol 61 No 2, 2007.
20. <http://alternativesmagazine.com/08/levyl.html>
21. Stern, D: The interpersonal world of the infant – a developmental view from psychoanalysis and developmental psychology. Basic Books, New York, 1985.
22. Körlin, D: Creative Arts Therapies in Psychiatry. A clinical application of the Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM) and Creative Arts Groups. Akademisk avhandling, Karolinska institutet, Stockholm 2005.



Nu kommer det ett helt nytt läkemedel mot ångest. Fast det har redan funnits i två år.

Lyrica® (pregabalin) är nu godkänt för behandling av **generaliserat ångestsyndrom (GAD)**. För första gången på länge finns ett nytt alternativ med helt ny verkningsmekanism, byggd på minskning av neuronets aktivitet genom påverkan på kalciumkanalerna.¹

Men det betyder inte att Lyrica är oprövat. Sedan två år tillbaka används preparatet mot perifer neuropatisk smärta och tilläggsbehandling vid partiella anfall. Lyrica är inte bara effektivt mot de psykiska symtom som GAD ger, utan också mot de somatiska symtom som många av patienterna upplever.^{2,3} Sammantaget gör detta Lyrica till ett nytt och intressant alternativ vid generaliserat ångestsyndrom.²

LYRICA™
PREGABALIN

Lyrica gjuter olja på vågorna

Önskas mer info? Ring Pfizer Kunskapscentrum
Direktnummer för sjukvården 08-550 522 00

Pfizer AB Vetenskapsvägen 10 191 90 Sollentuna Tel 08-550 520 00 www.pfizer.se



Referenser: 1. Richard Kavoussi, Pregabalin: From molecule to medicine, European Neuropsychopharmacology (2006) 16, s128-133 2. Montgomery SA, Tobias K, Zornberg G, et al. The efficacy and safety of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: a 6-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo controlled comparison of pregabalin and venlafaxine. Paper accepted to J Clin Psychiatry. 3. Pohl RB, Feltner DE, Fieve RR, Pande AC. Efficacy of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: double blind, placebo-controlled comparison of BID versus TID dosing. J Clin Psychopharmacol. 2005;25:151-158. **Indikationer:** *Epilepsi:* Lyrica är indicerat som tilläggsbehandling för vuxna med partiella anfall med eller utan sekundär generalisering. *Neuropatisk smärta:* Lyrica är indicerat för behandling av perifer och central neuropatisk smärta hos vuxna. *Generaliserat ångestsyndrom:* Lyrica är indicerat för behandling av generaliserat ångestsyndrom hos vuxna. **Varningar och försiktighet:** Behandling med pregabalin har förknippats med yrsel och somnolens, vilket skulle kunna öka förekomsten av fallskador hos den äldre patientgruppen. Patienter bör därför tillrättas att vara försiktiga tills de känner till läkemedlets potentiella effekter. **Dosering:** 150–600 mg per dag, uppdelat på två eller tre doseringstillfällen. Lyrica finns som hård kapsel, 25, 50, 75, 100, 150, 225 och 300 mg i förpackningar om 14, 21, 56 eller 84 st. Samt burk 75, 150 och 300 mg om 200 st. Eventuellt kommer inte alla förpackningsstorlekar att tillhandahållas. Lyrica kan tas med eller utan föda. **För vidare information:** Se www.fass.se.

Psykolog Peter Ankarberg: "Osakligt av SBU"

DEBATT
ANTIDEPRESSIVA
LÄKEMEDEL

Peter Ankarberg fortsätter debatten om antidepressiva läkemedel med SBU genom att förtydliga att han anser att antidepressiva visst har effekt, men att den är liten. Något han menar att SBU inte tänkt på när de gjort sin genomgång.

I Svensk Psykiatri nr 2 2007 fanns artikeln "Ankarberg väljer referenser som passar honom" av SBU-företrädarna Lisa Ekelius, Björn Mårtensson och Agneta Pettersson.

Ekelius, Mårtensson och Petterssons (EMP) artikel var en reaktion på en tidigare artikel av mig som publicerades i Svensk Psykiatri nr 1 2007. Denna artikel fick av redaktionen för Svensk Psykiatri rubriken "Antidepressiva läkemedel har ingen effekt" vilket inte speglar innehållet i artikeln. Den rubrik jag ursprungligen satt var "Vad är en evidensbaserad depressionsbehandling?". I artikeln gick jag igenom aktuell forskning och påvisade vad denna betyder för det vetenskapliga stödet för antidepressiva respektive psykoterapi vid depression.

Sammantaget visade jag hur huvuddelen av effekten av antidepressiva vid depression beror på mängd och kvalitet på den läkarkontakt patienten får. Denna psykologiska del av behandlingen står, tillsammans med spontanförbättring, för omkring 80 procent av antidepressivas effekt vid måttlig till svår depression. I kontrollerade studier där antidepressiva jämförs med placebo får patienterna träffa sin läkare sex till åtta gånger under en tremånadersperiod. Under dessa förhållanden uppnår omkring 50 procent av de som får antidepressiva en signifikant symtomreduktion jämfört med omkring 40 procent av de som får placebo. Dessa studier visar således dels att antidepressiva har bättre effekt än placebo (även om skillnaden är relativt liten) och dels att regelbundna

stödsamtal är en effektiv depressionsbehandling i sig.

Frågan blir då vad som är en behandling med antidepressiva med vetenskapligt stöd i sedvanlig vård. Jag menar att syftet med begreppet vetenskapligt stöd måste vara att försäkra sig om att de behandlingar som bedrivs i sedvanlig vård faktiskt hjälper patienterna. Ett rimligt krav är att vi åtminstone kan säkerställa att det vi gör ger minst lika god effekt som bra behandlingar visat i kontrollerade studier. För behandling av depression med antidepressiva eller korttidssterapi innebär detta att minst 50 procent uppnår en signifikant symtomreduktion. För att någorlunda säkert kunna säga att en behandling med antidepressiva i sedvanlig vård genomsnittligt uppnår dessa resultat måste den innehålla samma aktiva ingredienser som i kontrollerade studier och i samma doser. Som det oftast ser ut gäller detta endast medicineringen medan läkarkontakten oftast är väsentligt mindre än i kontrollerade studier. Detta innebär att den behandling med antidepressiva som sker i sedvanlig vård ofta saknar den viktigaste aktiva ingrediensen.

"Denna psykologiska del av behandlingen, står tillsammans med spontanförbättring för omkring 80 procent av antidepressivas effekt"

SBU ställer inga krav på läkarkontakten

Min kritik mot SBU handlar således inte om att jag skulle hävda att antidepressiva saknar effekt utan om att SBU inte ställer några krav på läkarkontaktens längd och utformning. Dessa krav borde vara lika strikta som

för psykoterapi. I praktiken tycks SBU mena att antidepressiva generellt har ett starkt vetenskapligt stöd vid behandling av depression, oavsett hur läkarkontakten ser ut. Den bristande logiken i detta kan tydliggöras med ett fiktivt exempel från psykoterapiforskningen: Antag att ett flertal studier visat att 50 procent av deprimerade patienter som fått psykoterapisamtal varannan vecka i tre månader samt ett telefonsamtal varannan vecka uppnått en signifikant symtomminskning. Bland de som endast fått psykoterapisamtal varannan vecka uppnådde 40 procent en signifikant symtomminskning. Av detta skulle inte jag dra slutsatsen att det därmed är visat att telefonsamtal varannan vecka är en depressionsbehandling med starkt vetenskapligt stöd. Ändå är detta vad SBU gör när de menar att antidepressiva i sig är en depressionsbehandling med starkt vetenskapligt stöd.

EMP skriver att SBU har en annan syn på vetenskapligt stöd än den jag framför. Det skulle vara intressant att få ett svar i sak på vilket sätt den avviker från den ovan redovisade synen. Förhoppningsvis har läsarna av denna replik och min tidigare artikel i Svensk Psykiatri förstått att en bra depressionsbehandling med vetenskapligt stöd måste bygga på en välfungerande och rimligt tät relation mellan behandlare och patient. Detta oavsett om tekniken är antidepressiva eller psykoterapi. Att sedan många patienter



inom ramen för en sådan relation har nytta av ett tillägg av anti-depressiva är förstås en självklarhet liksom att många istället har störst nytta av en psykoterapi.

Referens sammanfattning av flera studier

Avslutningsvis vill jag också kommentera några felaktiga påståenden som görs av EMP. De hävdar att jag extrapolerar från studier av psykodynamisk psykoterapi vid schizofreni och personlighetsstörningar till depression. I min artikel i Svensk Psykiatri nr 1 2007 skriver jag "För depression finns det ett tjugotal randomiserade kontrollerade studier av psykodynamisk psykoterapi (PDT)" vilket ligger till grund för slutsatsen att det finns ett starkt vetenskapligt stöd för PDT vid depression. Här kan tilläggas att EMP hänvisar till en Cochrane rapport från 2006 utan att nämna att den endast avsåg studier där PDT jämförts med väntelista/sedvanlig behandling. Att inte nämna detta är missvisande då flertalet av de tjugotalet kontrollerade studierna av PDT vid depression är jämförelser mellan PDT och andra terapiformer och/eller anti-depressiva och således inte finns med i rapporten.

EMP skriver att jag inte ger några referenser som stödjer slutsatsen att huvuddelen av effekten vid kombination av stöd och antidepressiva beror på mängden och kvalitén på stödet. De måste ha läst min artikel slarvigt. Referenserna 9 till och med 15 avser detta.

EMP skriver att jag endast anger en referens som stöd för att terapeutisk allians förklarar en stor del av skillnaden i utfall mellan olika psykoterapier. De tycks ha missat att den terapeutiska alliansens påverkan på utfallet är ett av de mest robusta fynden inom psykoterapiforskningen, vilket inte betyder att alla studier visar detta. Den referens jag anger är i sig en sammanfattning av flera olika studier. Andra källor som den intresserade kan ta del av är Wampold (1) och Beutler med flera (2) som båda redovisar omfattande forskningsgenomgångar av fenomenet. Beutler med flera kommer fram till att den terapeutiska alliansen står för omkring 17 procent av variansen i utfall. Här kan tilläggas att terapeutisk allians är väsentligt inte bara vid psykoterapi utan också vid psykiatrisk behandling generellt. Den intresserade rekommenderas att läsa Johansson (3) som både innehåller flera intressanta studier och en genomgång av litteraturen på området.

"De måste ha läst min artikel slarvigt. Referenserna 9 till 15 avser detta"

Peter Ankarberg

leg. psykolog, leg. psykoterapeut
Samtalscentrum Unga Vuxna, Nyköping
peter.ankarberg@dll.se

Referenser

1. Wampold B. The great psychotherapy debate. Models, methods and findings. Mahwa, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2001.
2. Beutler LE, Malik M, Alimohamed S, Harwood TM, Talebi H, Noble S & Wong E. Therapist variables. In: Lambert MJ, editor, Handbook of psychotherapy and behaviour change. New York: John Wiley & Sons; 2004. p. 227-306.
3. Johansson H. Therapeutic alliance in general psychiatric care. Lund: Institutionen för psykologi, Lunds universitet; 2006.

Svenska Psykiatrikongressen

Svensk Psykiatrisk Förenings Vårmöte byter namn till Svenska Psykiatrikongressen!

2008 äger kongressen rum på Läkaresällskapet i Stockholm 12-14 mars.

Ur programmet:

Depressionens olika ansikten

Arv-miljöinteraktioner bakom psykisk sjukdom – lärdomar från beroendesjukdomar
Läkares psykiska ohälsa och suicid

Metabolt syndrom – vad gör vi?

Offentligt samtal om läkarassisterade suicid med Torbjörn Tännsjö och Erwin Bischofberger



Rapport från APA-möte, San Diego, 2007

Jag har haft förmånen att resa igen "overseas" och vara med i förmodligen världens största samling av kollegor med samma bakgrund och passion. I något frustrerande överflöd av spännande programpunkter fastnade jag denna gång för de nya rön om Spegelneuron system (SNS), som behandlades bl a på symposiumet Neurobiologi av det omedvetna. Kollegan Marco Iacoboni från L.A. (School of Medicine at UCLA) redogjorde först kort för SNSs upptäckt och dess uppgift vid målmedvetet beteende hos apor, sedan gick han raskt till människans frontoparietala SNS. Efter att man har studerat detta system ingående med neuroimagingtekniker, påvisade man dess roll för empati och imitation. Underfunktion i detta system har setts hos patienter med autismspektrumstörningar och i den presenterade studien har man även visat att aktivitetsreduktion korrelerar med störningens djup.

Anledningen att jag blir så entusiastisk är att detta fynd kan vara en till signal om att vi är på väg att hitta biologiska markörer för social kognition, beteende och interaktion. Med andra ord, ytterligare bevis på att endast integration av biologisk och psykosocial hjärnforskning kan leda oss mot målet, d v s full förståelse av "det omedvetna".

Helena Prochazka

Leg läk med dr Göteborg

Schizofrena patienter lever 25 till 30 år kortare än genomsnittsbefolkningen

Svenska Föreningen för Diabetologi (SFD) inom Svenska Läkaresällskapet hade den 9 maj 2007 ett seminarium kallat "Metabolic issues in Schizophrenia". Detta är ett viktigt tema och nedan följer korta referat från de olika föreläsningarna.

Metabolic effects of antipsychotic medications

John Newcomer, Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine, St. Louis (ej närvarande, föredraget av Ulf Adamsson, docent vid Medicinkliniken Danderyds sjukhus).

Det är oerhört viktigt att uppmärksamma de metabola effekterna som diabetes, blodfetsrubbnings, högt blodtryck och därmed ökad risk för hjärt-kärlsjukdomar som är associerade med psykossjukdomar. Denna patientgrupp lever i genomsnitt 25-30 år kortare jämfört med den övriga befolkningen. Orsaken till det är bland annat överdödlighet i hjärt-kärlsjukdomar. Om man tittar vidare på förekomst av diabetes så brukar man räkna med att cirka fyra procent av befolkningen är drabbade. Bland personer med schizofreni är denna siffra uppe i 15-18 procent. Frågan är vem som ska ha ansvaret för dessa psykiatripatienters fysiska hälsa. Det råder ett kommunikationsproblem mellan psykiatriker och diabetologer. Dessa läkargrupper måste bli bättre på att samarbeta och upptäcka de patienter som drabbas av metabola biverkningar och vidta de nödvändiga åtgärderna för att hjälpa dem.

Flera studier visar att patienter med schizofreni i mycket högre grad än den övriga befolkningen lider av metabola rubbningar. Dock har få studier undersökt behandlingsgraden bland patienter med schizofreni som är drabbade av dessa rubbningar. Resultat från en uppmärksammas studie¹ visade att 30,2 procent av patienterna led av odiagnostiserad diabetes, 62,4 procent av högt blodtryck och 88 procent av blodfetsrubbnings. Dessa data pekar på att denna utsatta patientgrupp ofta blir försummad inom vården.

Förutom att personer med schizofreni i högre grad är drabbade av metabolt syndrom har denna patientgrupp högre förekomst av andra hälsoriskfaktorer som rökning, dålig kost och sämre tillgång till vård. Därför är det oerhört viktigt att läkemedel som skrivs ut inte bidrar till ytterligare metabola effekter som exempelvis viktuppgång, störningar i regleringen av blodsocker och blodfetter samt ökad risk för följsjukdomar. Antipsykotiska läkemedel kan förenklat uppdelas i första generationens (typiska) respektive andra generationens (atypiska) preparat. En vanlig bieffekt av behandlingen är viktuppgång som i sin tur kan leda till diabetes och hjärt-kärlsjukdomar. Vid medicinering med atypiska pre-

parat är det ca 10 procent som behåller ursprungsvikten medan resten går upp i vikt. Viktökningen sker gradvis och det är de patienter som har låg vikt från början som brukar gå upp mest. Genomsnittsökningen är ca 5 kg men en del patienter går upp så mycket som 20-30 kg.

Resultat från en omfattande amerikansk studie, CATIE (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness) har undersökt de metabola riskerna kopplade till atypiska preparat. Det visade sig att det finns skillnader mellan preparaten i fråga om de metabola biverkningarna. Störst risk för att gå upp i vikt, utveckla diabetes och insulinresistens ger neuroleptika som Clozapine och Olanzapine. Risperidone och Quetiapine ledde till måttlig viktuppgång medan Aripiprazole och Ziprasidone gav upphov till minst viktökning.

Referenser

1. Nasrallah et al., Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. Schizophrenia Research 2006 Sep;86(1-3):15-22.

Prevalence and incidence of metabolic abnormalities in a prospective schizophrenia cohort

Marc De Hert, University Psychiatric Center Katholieke Universiteit Leuven, Kortenberg, Belgium

Det är känt att patienter med schizofreni löper högre risk att drabbas av metabola rubbningar. De Herts grupp genomförde en prospektiv studie där man fokuserade på metabola effekter hos patienter med schizofreni². Patienterna delades in i fyra grupper beroende på hur länge de har haft sjukdomen (grupp 1 < 1,5 år; grupp 2 mellan 1,5 och 10 år; grupp 3 mellan 10 och 20 år och grupp 4 > 20 år). Vid jämförelser med den allmänna populationen, anpassade efter ålder och kön, sågs mycket högre förekomst av det metabola syndromet, däribland diabetes, bland patienter med schizofreni. De metabola rubbningarna observerades redan hos grupp 1 och ökade kraftigt i takt med sjukdomslängden. Även om utbredningen av det metabola syndromet från början var högre hos patienterna så motsvarade den procentuellt ökningen bland den övriga befolkningen genom åren. Däremot ökade förekomst av diabetes mycket starkare hos patienter med schizofreni än resten, från 1,6 procent i åldersgruppen 15-25 år till 19,2 procent i åldersgruppen 55-65 år. Dessa resultat tyder på att metabo-



"Vid medicinering med atypiska preparat är det cirka 10 procent som behåller ursprungsvikten medan resten går upp i vikt"

la rubbningar hos patienter med schizofreni är till en viss del ned-
ärva men är också till stor del en effekt av sjukdomen och/eller
antipsykospreparaten.

Vissa antipsykotiska läkemedel är mer säkra ur metabol synvin-
kel än andra. Clozapine och Olanzapine är dem som är framför
allt förknippade med de metabola biverkningarna. Risken för be-
tydande viktuppgång vid medicinering med Aripiprazol är till ex-
empel lägre än för de ovanstående preparaten. Viktuppgång är ett
problem gällande patienternas fysiska hälsa men även deras psy-
kiska hälsa eftersom många avbryter sin antipsykotiska behand-
ling med anledning av viktökningen.

Med andra ord är kunskapen kring psykospatienternas fysiska
hälsa essentiell för denna patientgrupp och för deras prognos. För
att exemplifiera hur man på bästa sätt undersöker de metabola
effekterna hos patienter med schizofreni, i det här fallet diabe-
tes, analyserades de olika riktlinjerna för diagnostisering av diabe-
tes³. Mätning av fastande blodglukos (rekommenderas av Ame-
rican Psychiatric Association/American Diabetes Association)
hjälpste att upptäcka 46,2 procent av alla diabetesfall, dvs. näs-
tan hälften. Samma metod men i kombination med OGTT (oral
glukos tolerans test) hos alla schizofrenipatienter med dåliga vär-
den av fastande glukos ledde istället till upptäckt av 96,2 procent
av alla diabetesfall inom testgruppen. Kombinationen av dessa två
diagnosmetoder rekommenderas av WHO. Denna tvåstegsstrate-
gi bör implementeras i den psykiatriska vården.

Referenser

2. Hert et al., Prevalence of diabetes, metabolic syndrome and
metabolic abnormalities in schizophrenia over the course of the
illness: a cross-sectional study. Clin Pract Epidemiol Ment Health
2006 Jun 27;2:14.

3. Van Winkel et al., Screening for diabetes and other metabolic
abnormalities in patients with schizophrenia and schizoaffective
disorder: evaluation of incidence and screening methods. J Clin
Psychiatry 2006 Oct;67 (10):1493-500.

Managing diabetes and metabolic risk in pa- tients with schizophrenia

Richard Holt, University of Southampton, Southampton, UK

Förekomsten av diabetes och hjärt-kärlsjukdomar är 2-3 gånger
högre hos personer med schizofreni än bland övriga befolkning-
en. Bland orsakerna kan nämnas genetiska faktorer, livsstil, sjuk-
domen i sig och medicineringen. I denna grupp är också övervikt,

rökning och viktuppgång
mer vanligt än i resten av
populationen. Dessutom
är odiagnostiserade me-
tabola rubbningar van-
ligt förekommande hos
dessa patienter. Därför är
det nödvändigt att regel-
bundet undersöka risk-
faktorer för diabetes- och
hjärt-kärlsjukdomar hos

**"Förekomsten av
hjärt-kärlsjukdomar
är 2-3 gånger högre
hos personer med
schizofreni än bland
övriga befolkning-
en"**



Marc de Heut och Ulf Adamsson

alla schizofrenipatienter. Patienterna får inte nekas farmakologisk
hjärt-kärlbehandling på grund av deras mentala sjukdom.

Trots att man under den senaste tiden alltmer har börjat intresse-
ra sig för metabola rubbningar och överdödlighet i kardiovaskulä-
ra sjukdomar hos psykospatienter finns det mycket kvar att göra.
Undersökningar bör genomföras årligen och det är viktigt att in-
itiera olika livsstilsprogram i syfte att minska risken för diabetes
och kardiovaskulära sjukdomar hos denna redan utsatta patient-
grupp. De program som finns för viktkontroll har visat sig vara
minst lika effektiva bland psykospatienter som i den övriga be-
folkningen. Resultat från en långtidsstudie⁴ som följde psykos-
patienterna deltagande i ett viktminskningsprogram är ett tydligt
exempel på det. Programmet bestod av veckomöten med viktmät-
ning, diskussioner och råd om beteendeförändringar. Patienter-
nas viktreducering samt minskning av BMI (body mass index) var
stadig under hela programmets gång och den slutliga genomsnitt-
liga vikttnedgången var ca 6 kg.

Frågan är vem som ska ha ansvaret för genomförande av de årlig-
a fysiska kontrollerna. I första hand är det primärvården men det
är även viktigt att psykiatri tar sitt ansvar. Bättre och närmare
samarbete behövs mellan de två läkargrupperna för att hjälpa psy-
kospatienter till förbättrad hälsa.

Referenser

4. Pendlebury J et al., Long-term maintenance of weight loss
in patients with severe mental illness through a behavioural trea-
tment programme in the UK. Acta psychiatr Scand 2007
Apr;115(4):286-94.

Metabolic risks in a schizophrenia sample

Urban Ösby, Psykiatricentrum, Karolinska Universitetssjukhuset
Solna

Överdödlighet bland personer med schizofreni till följd av hjärt-
kärlsjukdomar samt metabol sjuklighet som typ 2 diabetes, fetma,
förhöjda blodfetter och högt blodtryck är hög.

För att exemplifiera graden av problematiken presenterade Urban

Ösby en del av preliminärdata från en pågående studie där man undersökt somatisk hälsa hos långtidsbehandlade patienter med schizofreni. De preliminära resultaten visar att patienterna har mycket förhöjda metabola riskfaktorer. Midjans omkrets var 104,2 cm hos män och 96 cm hos kvinnor. BMI låg på 28,3 hos män och 28,7 hos kvinnor. 33 procent av patienterna lider av fetma (BMI > 30) jämfört med 9 procent bland den övriga befolkningen. 50 procent har gått upp 10 kg eller mer i vikt sedan de börjat med antipsykosmedicineringen och ytterligare 30 procent har ökat 5-10 kg i vikt sedan medicineringsstarten. 40 procent har patologiskt förhöjda blodsockervärden, av dessa har 10,7 procent nivåer på 7 mmol/l eller högre, vilket är en definition av diabetes och 29 procent ligger på 5,6-6,9 mmol/l. Ärftlighet för diabetes var 24,8 procent och för fetma 29 procent. En hög andel, 45,2 procent, av patienterna var rökare och 24,2 var före detta rökare. Förhöjda blodglukosnivåer och viktuppgång är beroende av varandra eftersom viktökning ger en ökad frekvens av blodsockerstörning. Fetma är liksom diabetes en riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom.

Patienter diagnostiserade med schizofreni har betydligt sämre hälsa än genomsnittsbefolkningen. De metabola effekterna till följd av livsstilsfaktorer och medicineringen förstärker det redan från början problematiska hälsoläget och gör den utsatta patientgruppen ännu mer sårbar.

Den kroppsliga hälsan bör vara en naturlig del av riktlinjerna kring den psykiatriska vården och den somatiska öppenvården, något som saknas idag. Det behövs ett system som samordnar den reguljära psykiatriska vården och erbjuder resurser och adekvat utbildning för att genomföra de nödvändiga behandlingsåtgärderna. Prevention och behandling kräver en nära samverkan mellan psykiatri, primärvården och endokrinologispecialister.

Cardiovascular outcome in schizophrenia in Sweden

Urban Ösby, Psykiatricentrum, Karolinska Universitetssjukhuset Solna

Ett flertal studier från olika länder har visat att schizofrenipatienter löper dubbelt så stor risk att dö i kardiovaskulära sjukdomar jämfört med resten av befolkningen. I en registerbaserad studie av mortalitet vid psykisk sjukdom i Sverige under 1970-2003 jämfördes antalet dödsfall för patienter med schizofreni till följd av olika dödsorsaker med förväntat antal dödsfall, grundade på befolkningens dödstal (Standardized mortality ratio, SMR). En ökad dödlighet för patienter med schizofreni påvisades jämfört

"Prevention och behandling kräver en nära samverkan mellan psykiatri, primärvården och endokrinologispecialister"

med övriga befolkningen. SMR för schizofrenipatienter till följd av alla dödsorsaker var 2,33 för män och 2,35 för kvinnor. SMR för hjärt-kärlsjukdomar var 2,08 för män och 2,15 för kvinnor.

Det som är ännu mer oroväckande är att medan dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar, som exempelvis hjärtinfarkt, sjunker i populationen märks det inga sådana förbättringar bland våra patienter. Det är bedrövligt att dessa grupper inte får ta del av det alltmer förbättrade hälsoläget och det är ett stort kliniskt och folkhälsoproblem.

Cognitive function in relation to diabetes

Brian M Frier, Department of Diabetes, Royal Infirmary, Edinburgh

Både hypoglykemi (låg blodsockerhalt) och hyperglykemi (förhöjd blodsockerhalt) kan leda till kognitiv dysfunktion. Dock är långtidseffekterna av dessa återkommande metaboliska rubbningar inte helt klarlagda. Diabetestypen samt hur länge man har varit sjuk kan påverka. Brian M Frier har undersökt hur återkommande hypoglykemi och mikrovaskulära sjukdomar påverkar kognitiva funktioner hos vuxna med typ 1 diabetes. Typ 2 diabetes är en mer komplex sjukdom där de många bidragande multifaktorerna gör det svårare att dra några slutsatser.

Omfattande prospektiva studier som Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) styrkte inte tidigare tvärsnittstudier där man visat att svår hypoglykemi har en viss skadlig effekt på de kognitiva funktionerna. The Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications studie (EDIC) har också bekräftat att eventuell försämring av kognitiva funktioner inte kunde kopplas till svår hypoglykemi, utan snarare till otillräcklig mätning av blodsocker.

Studier av hjärnaktivitet hos vuxna med typ 1 diabetes har visat förändringar i hjärnans vita substans som inte är kopplade till tidigare hypoglykemi. Tilltagande försämring av kognitiv förmåga observerades över tid men var väntat i samband med retinopati (den vanligaste ögonsjukdomen vid diabetes) och neuropati (funktionsnedsättning i olika typer av nerver, i samband med diabetes). Detta tyder på att försämrade kognitiv förmåga verkar i första hand vara kopplad till mikroangiopati (funktionsstörning på kapillärnivå som leder till att blödningar eller syrebrist uppstår i njurar, ögon och fötter). I vilket fall som helst pekar den tydliga kopplingen mellan neuropati och svår hypoglykemi på att det senare tillståndet kan förvärra de kognitiva funktionerna vid tidigare diagnostiserad mikrovaskulär sjukdom.



Urban Ösby och Ulf Adamsson

När vi blir rädda står fascisten och knackar oss på axeln

KRÖNIKA

På min arbetsplats råder piercingförbud. Under förutsättning att man inte var piercad före 1 januari 2005 förstås, för då spelar det ingen roll. Och såvida man inte har örhänge för det går fortfarande bra. Det är ju socialt accepterat.

Men om man har nålar genom andra delar av kroppen kan man lika gärna glömma att Stockholms läns landsting finns som arbetsgivare. Varför är det så? Det påstås inte bero på att cheferna tycker att det är fult, utan stället skyller smittskyddsenhetsen på att piercade kan sprida sjukhussjukan.

Sjukhussjukan är en obehaglig smitta som är otroligt svår att bli av med eftersom den är resistent mot antibiotika. Och ska man tro smittskyddet så kan vi bekämpa den genom att alla har vita kläder och genom piercingförbud. Den linjen driver man så hårt att man till och med undersöker alla nyanställda i underlivet. Om du inte är villig att klä av dig naken för företagshälsovården så gör dig inte besväret att söka jobb i sjukvården.

Där rädslan går in går vettet ut. Inom psykiatri i Stockholms läns landsting där jag arbetar hade 2005 tre personer rapporterat ha sjukhussjuka. (Och siffrorna för 2006 ligger på samma nivå.) Ingen av dem var piercad och i inget av fallen hade piercing någonting med saken att göra. Även om man tittar på medicinska sökmotorer som rapporterar om sjukdomar och behandling över hela världen hittar man inga fall av smitta via piercing. Att man som omvårdnadspersonal skulle kunna sprida detta via underlivet förutsätter ju en intim kontakt med patienterna som under inga omständigheter kan anses tillåten. Så vad handlar förbudet egentligen om? Förutom att någon klädmoralist tycks ha fått alltför mycket makt inom smittskyddsenhetsen alltså.

Vanvettiga förbud utan grund

Det är ju patetiskt i sig att man kan driva igenom vanvettiga förbud utan grund, bara för att förhindra ett osmakligt mode. Ändå menar jag, tyvärr, att fenomenet dessutom är ett tecken på något ännu värre. Det är ju alltid frestande att kontrollera hela sin omvärld. Folkhemssamhället har gjort det till regel. Befolkningen har vant sig vid det och accepterar allt märkligare förbud för att skydda sig från allt möjligt. Ju diffusare hot desto obehagligare är det och därför är smittor tacksamma svepskäl för ökad kontroll. Om man använder skräck kan man styra medborgarna. Och därför sväljer vi alla påbud och förbud. Vad gör man inte för att maximera sin säkerhet.

Därför rusar vi också till doktorn för att få influensamedicin när 150 människor av 6,5 miljarder dött av fågelinfluensan. Därför låter gravida bli att äta vanliga födoämnen som grönmos och fisk trots att riskerna med dem är obefintliga. Därför accepterar vi att människor sätts i halvårslång karantän efter en vanlig salmonellainfektion.

Vägar man anställa folk med hiv?

När vår rädsla styr oss blir vi lätta offer. Därför blir det också lätt för någon som stör sig på att piercing är fult att helt enkelt förbjuda det med smittrisk som argument. Så rädslan för det diffusa ger moralisterna fritt spelrum.

Men när vi förbjuder på grund av skräck för det ovanliga eller för det som sticker ut har vi lagt en grogrund för att göra oss av med oliktankande. Det finns säkert lika bra (eller rättare sagt dåliga) argument för att i framtiden utesluta också andra grupper från stora delar av arbetsmarkanden. Vägar man då anställa folk med hiv eller människor som varit utomlands och kan ha fått tuberkulos? Piercingförbudet kommer att följas av andra lika dumma förbud, för när vi är rädda för det annorlunda står fascisten och knackar oss på axeln. Det har i alla fall inget med smittrisk att göra.

"Ju diffusare hot, desto obehagligare är det och därför är smittor tacksamma svepskäl för ökad kontroll"

David Eberhard

Huvudredaktör Svensk Psykiatri





Kalendarium

22 - 24 augusti 2007

7 e Nordiska rättspsykiatriska konferensen, Oslo, Norge

25 - 29 augusti 2007

ESCAP Florens, Italien

6 - 7 september 2007

Rättsmedicinalverkets § 7-dagar, Göteborg, Sverige

14 - 16 september 2007

EUFAMI Tourun, Polen

2 - 3 oktober 2007

Psykoteraeutisk behandling vid bipolär sjukdom hos unga, Lund, Sverige

10 -12 oktober 2007

Psykofarmakologisk behandling av barn och unga, Ängelholm, Sverige

11 - 12 oktober 2007

NAPE, Trondheim, Norge

13 - 17 oktober 2007

ECNP, Wien, Österrike

21 - 25 oktober 2007

19 th World Association for Social Psychiatry Congress
Prag, Tjeckien

28 nov - 2 dec 2007

WPA

Melbourne, Australien

12 - 14 mars 2008

Svenska Psykiatrikongressen 2008 (f d Vårmötet)
Stockholm, Sverige

2 - 4 april 2008

1 st Swedish Sleep Medicine congress
Skövde, Sverige

13 -17 juli 2008

26 th CINP Congress
München, Tyskland



20 miljoner patienter har fått hjälp.

Mot överdrifter bortom allt förnuft.



Under tio år har Zyprexa (olanzapin) hjälpt över 20 miljoner människor tillbaka till ett bättre liv.¹ En snabb och effektiv behandling mot schizofreni och bipolär sjukdom.^{2,3} Tillsammans med läkare och behandlingsteam ger Zyprexa effektivt skydd mot återfall och hjälp att komma vidare i livet.⁴ Framtiden ser bättre ut för allt fler.



10 år
Erfarenhet som
hjälp livet vidare
1998-2008

1 IMS Patient Level Data

2 Wright et al, Am J Psych 2001; 158:1149-1151, Tohen et al, Arch Gen Psych, 2002; 59: 62-29

3 Davies et al, Arch Gen Psych 2003; 60:553-564, Tohen et al, Am J Psych 2005; 162: 1281-1290

4 Beasley et al, J of Clin Psychopharmacology, 2003; 23, 582-594, Tohen et al, Am J Psych 2006; 163: 247-256